



KANCELARIA
SENATU

Po pierwsze zdrowie.
Badania przesiewowe
podstawą realnej
profilaktyki
zdrowotnej

Konferencja

WARSZAWA 2018

Po pierwsze zdrowie.
Badania przesiewowe
podstawą realnej
profilaktyki
zdrowotnej

Konferencja

KANCELARIA SENATU

WARSZAWA 2018

Przedruk materiałów Kancelarii Senatu w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Kancelarii Senatu. Cytowanie oraz wykorzystanie danych empirycznych dozwolone jest z podaniem źródła.

Materiały z konferencji zorganizowanej
przez Marszałka Senatu Stanisława Karczewskiego
i prof. dr. hab. n. med. dr. h.c. multi Henryka Skarżyńskiego
21 listopada 2017 r.

Redaktor
Magdalena Narożna

Redaktor techniczny
Jacek Pietrzak

ISBN 978-83-65711-30-4

Centrum Informacyjne Senatu
Dział Edycji i Poligrafii
Warszawa 2018
Nakład 200 egz.

Otwarcie konferencji

Senator Waldemar Kraska*

Dzień dobry państwu.

Witam wszystkich bardzo serdecznie w gmachu polskiego Senatu, Senatu, który zawsze jest otwarty, szczególnie na problemy polskiej służby zdrowia i ochrony zdrowia. Dlatego pozwólcie państwo, że na początku przywitam gospodarza tego miejsca, Marszałka Senatu Stanisława Karczewskiego.

Serdecznie witamy, Panie Marszałku.

Jako przewodniczący senackiej Komisji Zdrowia jestem zaszczycony tym, że w tej kadencji w Senacie tak wiele konferencji odbywa się pod auspicjami pana marszałka, konferencji poświęconych służbie zdrowia i zdrowiu naszych rodaków.

Dzisiejsza konferencja jest zatytułowana: *Po pierwsze zdrowie. Badania przesiewowe podstawą realnej polityki zdrowotnej*. Dlatego pozwólcie państwo, że także przywitam profesora Henryka Skarżyńskiego, współorganizatora tej konferencji, który opracował założenia programu „Po pierwsze zdrowie”, a powstały one na podstawie wieloletnich doświadczeń zespołu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, w organizacji, w której prowadzi się zakrojone na szeroką skalę badania populacji pod kątem wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, wzroku i mowy.

Pozwólcie państwo, że także powitam przedstawiciela mediów pana Krzysztofa Jakubiaka, redaktora naczelnego „Pulsu Medycyny”.

Dzisiejszą debatę współorganizuje także wiele komitetów naukowych: Komitet Nauk Klinicznych Państwowej Akademii Nauk, Światowe Centrum Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Rada Główna Instytutów Badawczych przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej, a także wiele towarzystw naukowych. Wymienię tylko niektóre: Towarzystwo Otolaryngologów, Foniatrów i Audiologów Polskich, Sekcja Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskie Towarzystwo Okulistyczne, Polskie Towarzystwo Periodontologiczne. Tak że konferencja odbywa się przy udziale współorganizatorów – licznych grup eksperckich wielu specjalności.

Oczywiście konferencja ta nie mogłaby się odbyć bez przedstawicieli mediów, szczególnie serdecznie witam przedstawicieli Polskiego Radia i Telewizji Polskiej,

* Senator Waldemar Kraska – przewodniczący Komisji Zdrowia

bo to dzięki państwu nasze głosy, nasze starania o to, żeby polskie społeczeństwo było coraz zdrowsze, przebija się do szerokiej publiczności.

Proszę państwa, ta konferencja, jak zapoznaliście się z jej programem, jest bardzo bogata w materiały źródłowe, więc myślę, że czas, który wspólnie spędzimy, będzie ciekawy i wiele ciekawych refleksji w trakcie tego spotkania dzisiaj się pojawi.

Pozwolicie państwo, że teraz oddam głos marszałkowi Stanisławowi Karczewskiemu.

Panie Marszałku, zapraszam.

Marszałek Senatu Stanisław Karczewski

Panie Przewodniczący! Panie Profesorze! Panie, Panowie Profesorowie! Szanowni Państwo!

Przed wszystkim bardzo dziękuję za przyjęcie zaproszenia do Senatu. Senat, jak powiedział senator, przewodniczący Waldemar Kraska, jest zawsze otwarty na dyskusję, na debatę. Tu zawsze temperatura sporu politycznego jest niższa, ale tutaj spór polityczny się toczy, bo nie mogę powiedzieć, że jestem lekarzem a nie jestem politykiem; jestem i lekarzem, i politykiem, choć teraz przede wszystkim skupiam swoje zainteresowania wokół spraw politycznych. Ale nie zapominamy o sprawach ważnych dla nas wszystkich, Polaków, bo zastanawiałem się, o czym państwu, witając się i dziękując za przyjęcie zaproszenia, powiedzieć. Nie chciałem być egocentrykiem, ale odniosłem to do siebie, bo wielokrotnie byłem na tego typu spotkaniach i zawstydził mnie jeden z profesorów, który pytał: „Proszę państwa, rozmawiamy, a jak wielu z państwa tu siedzących, mówiących o tym problemie, przeszło wszystkie badania, zrobiło sobie badania, było i zrobiło to, co powinno się zrobić w odpowiednim wieku?” Ręk podniesionych do góry wcale nie było tak dużo. Sam również ręki nie podnosiłem, zawstydzony chowałem się gdzieś za siedzącego obok mnie kolegę lub siedzącą obok koleżankę. W tej chwili mogę podnieść rękę do góry, ale jeszcze nie zdecydowanie, bo wszystkich badań nie zrobiłem, chociaż te najważniejsze już są za mną. Musimy do tego zachęcać. Ale musimy zachęcać do tego, aby się badali, nie tylko przeciętnych Polaków, ale również lekarzy, również samorządowców, żeby brali w tym czynny udział.

Dziękuję bardzo prasie, mediom, wszystkim, którzy są w tej chwili, będą mówić o tym problemie. Zastanawialiśmy się z ministrem Konstantym Radziwiłłem – nie ma go, bo uczestniczy w posiedzeniu Rady Ministrów – jak zachęcić do szczepień przeciwko grypie, jak wytoczyć walkę tym, którzy mówią nieprawdę, którzy nie wierzą w *evidence-based medicine*, tym, którzy niszczą państwa naukową pracę, mówiąc, że szczepienia szkodzą, że są niepotrzebne. Zaszczepiliśmy się z panem ministrem, zrobiliśmy to przed kamerami po to, żeby zachęcić do tego Polaków, po to, żeby również wywołać dyskusję, debatę, po to, żebyśmy my, ci, którzy wiemy, że te szczepienia są niezbędne, są konieczne, mogli to odważnie powiedzieć.

Muszę państwu powiedzieć, że w mediach społecznościowych spotkałem się z największym hejtem właśnie z tego powodu. To zadziwiające, nie polityczny hejt,

tylko hejt dotyczący szczepionek. Tak wielka jest w tej chwili akcja, która ma zniechęcić do tego, żebyśmy się szczepili. Gdybyśmy się nie szczepili, to musielibyśmy leczyć choroby, które już dawno zostały wyeliminowane. Tak więc nie ma żadnej wątpliwości, że szczepienia są konieczne, że musimy podtrzymać dobry zwyczaj szczepień, że musimy rozszerzać te szczepienia.

Dzisiaj będziemy mówili o czymś innym, dzisiaj będziemy mówili też o ważnej, niezwykle ważnej sprawie, o badaniach przesiewowych. Trzeba zachęcić do nich lekarzy, zachęcić Polaków, zachęcić samorządowców. To też jest bardzo istotny instrument w rękach samorządowców. Pomyślałem, że przecież przy każdej możliwej uroczystości, na przykład dożynkowej, można by organizować badania. Już w niektórych miejscach tak się robi, że obok zabawy, obok radości również jest możliwość przeprowadzania badań.

Już tutaj, w tej sali opowiadałem o lekarzu, który zachorował w Szwecji, miał anginę, poszedł do lekarza i lekarz go zbadał od góry do dołu, łącznie z badaniem *per rectum*. Poszedł na kontrolę, myśląc, że lekarz obejrzy mu tylko i wyłącznie gardło i zobaczy, jaki jest efekt leczenia anginy. A lekarz ponownie go zbadał według swojego standardu, zbadał go tak samo jak podczas pierwszej wizyty. Trzeba się uderzyć w piersi, trzeba powiedzieć, że my, lekarze często zapominamy o tym, że powinno się wykorzystać moment kontaktu z pacjentem i sięgnąć poza gardło, sięgnąć poza brzuch, sięgnąć poza ból głowy i dokonać całościowego badania.

Dzisiaj będziemy mówili o badaniach przesiewowych, o badaniach szeroko zakrojonych i profesjonalnych, robionych również w sposób naukowy. Bardzo dziękuję specjalistom z wielu dziedzin, którzy będą o tym mówić. Dziękuję też za to, że przyjęli zaproszenie. Proszę państwa, nie muszę państwu tłumaczyć, jak to jest istotne, ważne.

Dziękuję bardzo za zorganizowanie tej konferencji. Nie mówimy, proszę państwa, że to nasza ostatnia konferencja, że już nie będziemy zajmowali się tym tematem. Będziemy chcieli, żeby nasza akcja była akcją ciągłą, akcją, którą promuje telewizja, którą promuje radio, „Lato z radiem”. Każdy program w małym miasteczku, w dużym mieście będzie również związany właśnie z tą akcją, z akcją badań przesiewowych. Będziemy mogli o tym mówić. Czyli tak naprawdę będziemy mówili codziennie Polakom o tym, że trzeba się badać, że powinniśmy się badać. Jestem przekonany, że ta akcja przyniesie efekt, że coraz więcej Polaków będzie dbało o swoje zdrowie, że będzie zwracało uwagę na zdrowie, że będzie myślało o tym, żeby rzucić palenie, żeby pić jak najmniej alkoholu, żeby dobrze się odżywiać, żeby wreszcie regularnie aktywnie spędzać wolny czas, żeby w ogóle znaleźć wolny czas na aktywność fizyczną. Wszyscy tu siedzący zastanówmy się, co robiliśmy przez ostatnich dziesięć dni, czy mieliśmy codziennie aktywność fizyczną, czy co drugi dzień, czy przez dziesięć dni ani razu nie pobiegaliśmy, czy nie odbyliśmy dłuższego spaceru.

W tej sali spotkałem się 14 listopada z seniorami, to w Polsce Dzień Seniora. Zachęcamy bardzo nie tylko seniorów, ale szczególnie seniorów do tego, aby byli aktywni, jak najbardziej aktywni, i żeby się jak najczęściej w jak najszerszym zakresie poddawali badaniom przesiewowym.

Dziękuję jeszcze raz za tę konferencję. Panie Profesorze, robi pan naprawdę bardzo dobrą robotę, za którą chciałbym panu i wszystkim tym, którzy się do tego przyłączają, podziękować. Życzyc państwu i sobie wytrwałości, żebyśmy nie robili tego akcyjnie. Bo badania przesiewowe zrobione raz nie mają tak dużego znaczenia jak powtarzane cyklinie i robione na szeroką skalę. Tak że jeszcze raz dziękuję. Pan robi dobrą robotę i chciałbym, żeby ktoś powiedział, że my wszyscy robimy dobrą robotę. Bardzo serdecznie państwu dziękuję.

Senator Waldemar Kraska

Dziękuję, Panie Marszałku.

Nie wiem, czy mogę zdradzić, ale pan marszałek jest przykładem właśnie dbania o zdrowie, ponieważ codziennie jest aktywny fizycznie, biega, jest bardzo aktywny, oprócz tego na pewno się bada. Myślę, że my jako politycy, oprócz tego, że jesteśmy lekarzami, powinniśmy dawać przykład. Badania przesiewowe, badania okresowe powinny być szeroko propagowane i powinniśmy my, jako politycy, dawać przykład.

Poproszę teraz pana profesora Skarżyńskiego o wygłoszenie wykładu wprowadzającego.

Wprowadzenie

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński*

„Po pierwsze zdrowie” we współpracy z Polskim Radiem PR1 i TVP

Panie Marszałku! Panie Przewodniczący! Panie Redaktorze! Dostojni Goście! Przyjaciele!

Bardzo dziękuję, że po raz kolejny możemy się spotkać w Senacie i mówić o ważnych problemach dotyczących służby zdrowia.

Jeszcze chcę się cofnąć do symbolu „Po pierwsze zdrowie”. (rys. 1) Powstał on podczas naszej rozmowy w Polskim Radiu z panem redaktorem Rafałem Porzezińskim. Szukaliśmy wspólnego symbolu. Jest jedynka, bo Program 1 Polskiego Radia, jest fragment fali, która się rozchodzi podczas transmisji, podczas działalności Polskiego Radia. Ale całe przedsięwzięcie – za co bardzo dziękuję, Panie Dyrektorze – nie byłoby możliwe, gdybyśmy nie realizowali go wspólnie ze środowiskiem przede wszystkim medycznym wspieranym przez media, przez Polskie Radio, przez Telewizję Polską.



Rys. 1

Grupa inicjatorów, która była na samym początku, to przede wszystkim członkowie Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk reprezentujący różne specjalności, członkowie Rady Głównej Instytutów Badawczych, towarzystwa naukowe, zespoły eksperckie oraz Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, które wzięło na siebie cały ciężar organizacyjny i logistyczny.

Mogę powiedzieć z czystym sumieniem, że jest to największe przedsięwzięcie niekomercyjne, które w ramach wielu specjalności odbyło się podczas tegorocznego lata. Bardzo wiele osób wzięło w nim udział, autentycznie, z entuzjazmem,

* Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński – dr h.c. multi, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, wiceprzewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych

zwłaszcza młodych ludzi, którzy pokazali, nie narzekając, że można drugiemu człowiekowi pomóc, a jednocześnie można wyciągnąć z tych wszystkich badań określoną wartość. Dziękuję za patronat Naczelnej Izby Lekarskiej, która upowszechniła to przedsięwzięcie i dzięki temu mogliśmy się na trasie spotykać z różnymi ludźmi, którzy nas wspierali, przychodzili, włączali się w to przedsięwzięcie.

Współrealizatorami programu byli przedstawiciele wielu instytucji (rys. 2), do których jeszcze wrócę, zespołów eksperckich z obszaru okulistyki, urologii, dermatologii, audiologii, foniatrii, otolaryngologii, onkologii, chorób błony śluzowej, przyzębia,

neurologii, kardiologii. Towarzystwa naukowe zostały już wymienione. Myślę, że to był początek, na szeroką skalę, ale jednak pilotaż. Wykorzystywaliśmy doświadczenia ubiegłoroczne, kiedy nasz zespół został zaproszony przez ekipę Polskiego Radia „Lata z radiem” i uczestniczył, zdobywał pewne doświadczenia, można powiedzieć, przetarł szlak.



Rys. 2

Jakie były główne cele programu? Przede wszystkim promocja badań przesiewowych w różnych specjalnościach na rzecz promocji powszechnych badań profilaktycznych. Jeżeli dzisiaj chcemy mówić o realnej profilaktyce, to to nie może być profilaktyka zaściankowa i nie można tylko o tym mówić. Przekonaliśmy się, że to może dotyczyć dużych grup społecznych, żeby nie powiedzieć całych populacji. Jeżeli dotyczy to całej populacji, to niewielki błąd w założeniach, błąd organizacyjny lub merytoryczny przekłada się na wyniki i jest powielany. A zatem, żeby dziś można było z czystym sumieniem powiedzieć polskiemu społeczeństwu: Jesteśmy w stanie, jako środowisko medyczne, zorganizować na szeroką skalę przedsięwzięcia realne, związane z profilaktyką zdrowotną, to one muszą być powszechne, a jednocześnie muszą być tanie i dostępne. Wtedy dopiero będzie to prawdziwy sukces.

Jednocześnie celem było dotarcie do całego szeregu osób, które chciały skorzystać z porad ekspertów, które brały udział w akcji. Często to były bardzo konkretne, wymierne badania, od początku do końca profesjonalne porady, które skróciły drogę do lekarza, do właściwego specjalisty lub do właściwej jednostki. Wreszcie cel trzeci, ważny, to wypracowanie takich wytycznych, które by spowodowały, że to nie będzie akcja. Pan marszałek o tym mówił, pan przewodniczący komisji senackiej również o tym wspominał. Chodzi o to, żeby nie mówić o akcji. Akcja może być przez pewien czas, natomiast jeżeli mamy zamiar osiągnąć sukces, a myślę, że stać nas na to

i intelektualnie, i organizacyjnie, i mentalnie, to mamy szansę mówić o wielospecjalistycznym całorocznym wsparciu zdrowia Polaków w różnych formach, żeby przeciwdziałać między innymi chorobom cywilizacyjnym. My o tym mówimy, że społeczeństwa się starzeją, nasze społeczeństwo się starzeje. Z tej mowy i uświadamiania wynika coś, ale nie tyle, ile mogłoby wynikać, jeżeli byśmy zaczęli realizować konkretne programy. Te programy muszą dotyczyć całych grup społecznych, a wiemy, że dotarcie do grupy senioralnej jest znacznie trudniejsze niż do innych.

Zanim przejdę do omówienia kilku kwestii, chciałbym pokazać amatorski film zrobiony podczas trasy „Lato z radiem”, pokazać, gdzie byliśmy i jak to się odbywało, kto z nas brał w tym udział.

(Emisja filmu)

Drodzy Państwo, trzeba tam było być. Gdybyśmy nie byli, byśmy nie wiedzieli, jak to się odbywa. Czasami było słońce, czasami był deszcz, czasami było zimno, czasami ludzi było więcej, czasami mniej, ale bez tego doświadczenia, bez otarcia się wzajemnie, popatrzenia, co potrafimy, co możemy zrobić, co możemy zaoferować, nie byłoby tych doświadczeń i tych wyników.

Przechodząc do wyników, chcę powiedzieć, że konkretna, wymierna pomoc była udzielona ponad pięciu tysiącom osób. Wielu członków rodzin tych osób uzyskało pomoc pośrednią. Uzyskaliśmy twarde dane, które po opracowaniu przez ekspertów z poszczególnych specjalności powinny być uwzględnione w konstruowaniu polityki zdrowotnej państwa. Uzyskane dane potwierdzają potrzebę organizowania takiego przedsięwzięcia jak powszechnie programy, które pozwalają docelowo wykrywać znacznie wcześniej choroby, zwłaszcza cywilizacyjne, które będą dotyczyły coraz większej części naszego społeczeństwa. Wśród informacji, które udało nam się zebrać w naszej specjalności, są informacje, które pokazują, jak wielki odsetek, ponad 70% najstarszej populacji, osób w wieku ponad 70 lat ma problemy ze słuchem. Do dzieci łatwo dotrzeć (dzieci w środowisku szkolnym są do ogarnięcia, jeśli chodzi o takie badania), a do grup seniorów nie. Stąd poszukiwanie różnych form dotarcia jest niezbędne, stąd połączenie akcji, zabawy, rozrywki z badaniami profilaktycznymi. To pokazanie prawdziwego – trzeba to powiedzieć – oblicza polskiej służby zdrowia, w której działa wielu znakomitych ekspertów, w której dzieje się bardzo dużo. Najlepiej o tym mówią ci, którzy z Anglii lub Irlandii przyjeżdżają, bo im się opłaca przylecieć tutaj na konsultację. Ja ich zachęcam, żeby o tym mówili i pisali, bo wtedy dopiero społeczeństwo się dowie, jaka jest relacja, jakie są różnice między tym, co tam, a tym, co tu.

Jakie są perspektywy programu po tym, co odbyło się w tym roku? Przede wszystkim perspektywą jest zbudowanie szerszej kadry partnerów i patronów programu oraz przygotowanie w 2018 roku kampanii społecznej i edukacyjnej. Jak wspomniałem, było to największe przedsięwzięcie niekomercyjne. Dzisiaj trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie, czy stać nas w dalszym ciągu na korzystanie z naszego entuzjazmu, z naszego wolnego czasu, bo tak to się odbyło, w kolejny weekend. Czy to ma się odbywać w każdy lub prawie każdy weekend lata, czy to ma być tylko w okresie letnim, czy to ma być rzeczywiście – a tak powinno być – przedsięwzięcie całoroczne, w którym lato można wykorzystać do spotkań weekendowych,

a pozostałe miesiące do większych konferencji w dużych miastach, czy to ma być przedsięwzięcie „Lata z radiem” w miejscowościach mniejszych, tam gdzie przebywa akcja „Lato z radiem”. Pokazanie prawdziwego oblicza ludzi i możliwości współczesnej medycyny jest niezbędne. Wtedy, kiedy ktoś potrzebuje pomocy i biegnie do szpitala, on jest skupiony na sobie, nie ma czasu ocenić, jak wiele otrzymuje, a bardzo łatwo się zniechęca, jeżeli spotka się z rejestratorką lub kimś innym, kto nie zdążył go wysłuchać. My o tym doskonale wiemy. Dobrze, że w gmachu Senatu o tym możemy powiedzieć, a także, że możemy to upowszechnić poprzez media, które nas wspierały w szerokim zakresie.

Perspektywy programu to przede wszystkim poszerzenie badań przesiewowych w różnych specjalnościach i upowszechnienie idei badań powszechnych. Obserwując siebie nawzajem, widzieliśmy i podpatrywaliśmy, przez co możemy zrobić sami znacznie więcej, a wydawało nam się, że już osiągnęliśmy szczyt możliwości. Możemy również opracować i promować pewne zalecenia i raporty wspierające politykę zdrowotną.

Mam nadzieję, że jutrzejsza debata w Polskim Radiu z udziałem marszałka Stanisława Karczewskiego oraz kolejne spotkania przyczynią się do tego, że będziemy mogli powiedzieć o roli Polskiej Akademii Nauk, grupy eksperckiej, która jest zgromadzona w Komitecie Nauk Klinicznych PAN, o zaangażowaniu konsultantów krajowych w różnych specjalnościach i wreszcie będziemy mogli mówić o roli resortu, który będzie wspierał to przedsięwzięcie, żeby nie wyglądało, że robimy to jak gdyby na przekór, a przecież, jak wiemy, tak nie jest.

Mamy oczywiście cały szereg pomysłów i te pomysły są ukryte w możliwościach zespołów różnych specjalności. Ja podaję tylko jeden przykład, ze swojej dziedziny. Pokazuję, jak powstał jeden z prototypów, jak wyglądały kolejne etapy jego tworzenia do finalnego produktu, który w tej chwili jest montowany i służy do badania wszystkich zmysłów. (rys. 3) Z profesorem Marią Barcikowską rozmawialiśmy, że jeżeli to postawimy w różnych miejscach: w szkole, w galerii, w kościele lub w innym

często uczęszczanym miejscu, to będziemy mogli dotrzeć do dużej grupy, także grupy senioralnej, i dzięki temu zebrać informacje w sposób zintegrowany dotyczące wielu chorób o podłożu neurodegeneracyjnym. To może się odbywać w takiej formule jak teraz. To jest jeden z programów Narodowego Centrum Badań



Rys. 3

i Rozwoju. (rys. 4) W ten sposób możemy bardzo dużo zrobić.

Bardzo dziękuję wszystkim tym, którzy się do tego włączyli, zwłaszcza liderom, profesorowi Grzegorzowi Opali – który za chwilę, po obronie doktoratu ma tu dotrzeć, profesor Renacie Górskiej, profesor Iwonie Grabskiej-Liberek, profesorowi Grzegorzowi Opolskiemu, profesorowi To-

maszowi Konopce, profesorowi Sławomirowi Majewskiemu, profesorowi Piotrowi Radziszewskiemu, profesor Marii Barcikowskiej, profesorowi Piotrowi Andziakowi i wszystkim innym, a zwłaszcza obok tych liderów młodym ludziom i studentom z kół naukowych, którzy brali udział w tym programie i cieszyli się, że mogą się zetknąć z niekonwencjonalną medycyną, dzięki takim formom mogą dotrzeć do wielu pacjentów, łącząc z tym rozrywkę, bo jak wiemy podczas akcji „Lata z radiem” działo się bardzo dużo, o czym wszyscy wiedzą od lat, działo się również bardzo dużo w tym roku.

Jeszcze raz dziękuję Telewizji Polskiej i Polskiemu Radiu za to, że o nas mówiono. Może chcielibyśmy, żeby mówiono więcej, jak zawsze, ale dziękujemy za to, co było. A jeżeli ten program zmienimy w stałe przedsięwzięcie, wtedy zakładam, że będziemy mogli przekazać polskiemu społeczeństwu jeszcze więcej dobrych nowin. Bardzo dziękuję wszystkim, którzy chcieli tu dzisiaj wystąpić i podzielić się swoimi doświadczeniami, łącznie ze środowiskiem dziennikarskim. Od lat praktykujemy już to rozwiązanie. Ono jest niezwykle cenne, kiedy obok ekspertów są przedstawiciele mediów, uznani zawodowcy w obszarze nauki, w obszarze zdrowia, nauk medycznych, którzy tak pięknie do tej pory zawsze nas może nie kontrowali, ale uzupełniali, pokazując, jaki wydzźwięk mogą mieć nasze przedsięwzięcia, a tym samym uświadamiali nam, że to, co robimy jako specjaliści, ma sens, głęboki sens.

Bardzo dziękuję za uwagę.

Senator Waldemar Kraska

Dziękuję, Panie Profesorze.

No rzeczywiście lato minęło, za oknami już mamy zimą, więc dopiero za kilka miesięcy pojawi się wspaniała audycja „Lato z radiem”. Myślę, że też warto się zastanowić, jak te miesiące wykorzystać, aby ta akcja przerodziła się w systematyczne działanie.

Proszę teraz o wystąpienie dyrektora Rafała Porzezińskiego.



Rys. 4

Edukacyjna rola Polskiego Radia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych

Istotnie, „Lato z radiem” się skończyło, ale są przecież „Cztery pory roku”.

Szanowni Państwo! Panie Marszałku! Panie Przewodniczący! Panie Profesorze! Panie i Panowie Senatorowie! Posłowie! Profesorowie! Doktorzy! Redaktorzy!

Szanowni Państwo, zacznę od podziękowań – takich bardzo wylewnych – dla wszystkich tych wspaniałych lekarzy, którzy za sprawą profesora Henryka Skarżyńskiego i nieocenionej doktor Renaty Korneluk pomogli podczas wakacji kilku tysiącom osób, na pewno można tak powiedzieć. Spędziliśmy razem dwa miesiące w trasie, odwiedzając z „Latem z radiem” – wymienię jeszcze raz, chociaż oglądali państwo – Płońsk, Włocławek, Cieszyn, Świeradów Zdrój, Wyszaków, Siemiatycze, Wągrowiec, Solec Kujawski, Puck, Krynica Morską, Katowice, Gogolin, Stegnę, Stalową Wolę, Tomaszów Lubelski, Rabkę Zdrój, Piotrków Trybunalski, Łomżę i Augustów. Po prostu byliśmy w całej Polsce.

Ze sceny „Lata z radiem” oprócz plenerowych badań, o których będzie mowa za chwilę, też propagowaliśmy z panem Piotrem Kalicińskim ideę transplantologii i tylko wspomnę, że także ze swoim zespołem muzycznym przekazał bardzo dużo ważnych treści na ten temat. Ale poza artystycznymi doznaniem, może trochę nadwyrężającymi zmysł słuchu i przysparzającymi pacjentów instytutowi w Kąkule, zdecydowanie najważniejsza była nasza wspólna akcja „Po pierwsze zdrowie”, czyli darmowe badania lekarskie przygotowane i pięknie zrealizowane przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu oraz wielkiego orędownika zdrowego stylu życia i badań profilaktycznych, czyli profesora Henryka Skarżyńskiego.

Badania były prowadzone w specjalnych mobilnych laboratoriach. Instalowaliśmy je koło studia plenerowego radiowej Jedynki i były one dostępne dla wszystkich chętnych, badania w różnych dziedzinach medycyny odbywały się we wszystkich miastach i przez wiele godzin. Minimum w godzinach od 9 do 15, a niekiedy nawet dłużej, i w sumie w czasie wakacji udało się udzielić konsultacji i przebadać blisko sześć tysięcy osób – dodam, że bez kolejek w dusznych poczekalniach. Czasem w plenerze była kolejka, ale zawsze coś atrakcyjnego działo się podczas tego oczekiwania, odbywało się to bez stresu, bez skierowań i bezpłatnie – to też bardzo

* Redaktor Rafał Porzeziński – dyrektor Programu 1 Polskiego Radia

ważne. Olbrzymia grupa Polaków została doskonale obsłużona przez lekarzy niemal wszystkich specjalności. Ogromne podziękowania za ten wysiłek logistyczny, dar z siebie, poświęcony czas i doskonałą współpracę na trasie, także współpracę antenową, bo trzeba wiedzieć, że pan profesor i jego ludzie, przyjaciele mają bardzo dobrze wypracowany, rozwinięty zmysł antenowy, tak że rola edukacyjna, również przez eter, była ogromna. Właśnie o niej mam mówić: edukacyjna rola Polskiego Radia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych.

Myślę, że większość z państwa wie, że Program 1 Polskiego Radia od lat wierne służy Polakom jako medyczny edukator, w audycjach „Lato z radiem”, „Cztery pory roku”, w czwartkowej „Eurece” redaktora Artura Wolskiego, też tu obecnie – bardzo jestem wdzięczny za te profesjonalne audycje, Panie Arturze – a także w „Pigułce na zdrowie” tegoż autora, to w soboty, w „Czasie pogody” Zbyszka Krajewskiego, w audycjach nocnych, gdzie często możemy bezpośrednio otrzymać poradę w trakcie trwania audycji, lub w debatach, jak choćby w jutrzejszej o godzinie 17.30, podczas której redaktor Henryk Szrubarz będzie gościł pana marszałka i pana profesora. Tak że zachęcam, żeby wszyscy tu obecni poświęcili jutro o godzinie 17.30 pół godziny na spotkanie z radiową Jedynką. Także w programie „Ocaleni”, o którym za chwilę.

Choroby cywilizacyjne. Niewątpliwie należą do nich cukrzyca i otyłość, to wszyscy wiemy, ale także uzależnienia. Te oczywiste, od alkoholu, narkotyków – mówię oczywiste, bo po prostu powszechne, niestety – ale także coraz częściej bardziej takie jak hazard, praca, agresja, seks, pornografia, internet, komputery, zakupy, kompulsywne jedzenie albo niejedzenie. To są wszystko śmiertelne zagrożenia. Myślę, że radio jak żadne inne forum stwarza okazję do podzielenia się swoim problemem, schorzeniem, poszukianiem pomocy w sposób, po pierwsze, wygodny, na pewno bezpieczny, anonimowy i nieangażujący ani sił, ani środków. Fakt, że możemy usłyszeć na antenie radia najwybitniejszych specjalistów, którzy odnoszą się do naszego osobistego problemu, to z pewnością rzecz nie do przecenienia. Wszystkim naszym drogim ekspertom na ręce pana profesora składam ogromne podziękowania, że wspierają nas w tym dziele od lat i robią to bardzo profesjonalnie i zawodowo.

Niewątpliwie bariera wstydu, którą trzeba pokonać, by wybrać numer radiowego studia, jest o wiele łatwiejsza do pokonania niż zdobycie się na wizytę u kilku kolejnych lekarzy z naszym często wstydlivym problemem. To rzadkie dobro, jakim jest czas antenowy, daje nam niezwykłą możliwość niesienia nadziei, a czasem podania rozwiązania bezpośrednio do domów państwa przyszłych pacjentów. Zwłaszcza osoby starsze, samotne, słabiej wykształcone, z małych miejscowości i wsi mają bardzo często ogromne lęki przed skorzystaniem z pomocy lekarza, ale kiedy usłyszą na antenie swojego ukochanego radia – a niewątpliwie Jedyńka jest radiem i ukochanym, i pierwszego wyboru dla tych właśnie grup słuchaczy – kiedy usłyszą oni, że ich problem nie jest odosobniony, że bardzo wiele osób szuka pomocy w takiej lub podobnej sprawie i ją znajduje, wówczas otwiera się przed chorym droga do leczenia i w konsekwencji uzdrowienia.

Nie bez powodu wspomniałem też, że wśród chorób cywilizacyjnych niezwykle powszechne i niebezpieczne są uzależnienia. Oczywiście radio nie jest w stanie

nawet setką audycji wyrwać kogoś z jego uzależnienia, ale na pewno może pomóc i pomaga w uznaniu bezsilności wobec uzależnienia własnego lub uzależnienia – możliwe nawet częściej – osoby bliskiej. Coraz młodszy ludzie uciekają w wirtualny świat internetu, pornografii od prawdziwego życia i prawdziwych relacji, w narkotyki i hazard od uczciwego budowania swojego rozwoju osobistego i zawodowego. Zatrzymanie wchodzenia w głęboki kryzys uzależnienia jest możliwe dopiero od chwili identyfikacji problemu, autodiagnozy dokonanej nawet w trakcie trwania audycji, czego niejednokrotnie doświadczaliśmy podczas naszych telefonicznych dyżurów w trakcie trwania audycji.

Od dwóch lat na antenie Jedyńki we wtorki po godzinie 20 mam przyjemność prowadzić audycję „Ocaleni”, w której poznajemy historie powrotów ze śmierci uzależnienia do pełni życia. To są historie ludzi, którzy naprawdę mogli skończyć źle, a trwają i to często trwają bardzo pięknie. Jest to świetna okazja do profilaktyki uzależnień, ale i do budzenia do życia tych, którzy w uzależnienia już zabrnęli, a także okazja, by odpowiedzieć coś ich bliskim, którzy zupełnie nie wiedzą, jak pomóc ludziom uzależnionym. Często ponoszą konsekwencje ich chorób, tak naprawdę nie pomagając w wychodzeniu z tego problemu, lecz jeszcze w ten problem je wpychając. W przypadku uzależnień bardzo toksycznych, jak alkoholizm, hazard, spłacając długi, ponosząc konsekwencje, kłamiąc za osoby uzależnione, zamiast konfrontować je z konsekwencjami ich własnych niemądrych, często powodowanych chorobą wyborów.

Bardzo gorąco zachęcam do słuchania Jedyńki i tych wszystkich audycji, które traktują o zdrowiu, ale nie tylko. Mam nadzieję, że przyszłoroczna trasa „Lata z radiem”, niezależnie do tego, jaki wymiar artystyczny przyjmie, będzie również odbywała się z udziałem pana profesora, jego świetnej ekipy. Gorąco sobie tego życzę. Cieszę się też już na wspólne projekty realizowane z drużyną pana profesora.

Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Senator Waldemar Kraska

Myślę, że będę wyrazicielem opinii wszystkich tu obecnych i przyłączę się do tych podziękowań dla Polskiego Radia, bo rzeczywiście robicie państwo wspaniałą robotę. Mówię ze swojego doświadczenia, że im człowiek ma więcej lat, tym chętniej słucha Programu 1, więc coś w tym jest.

Oczywiście drugim bardzo ważnym medium jest Telewizja Polska, dlatego teraz o refleksje na temat programu „Po pierwsze zdrowie” poproszę dyrektora Marcina Stefaniaka.

Działania prozdrowotne TVP na przykładzie ogólnopolskiego programu „Po pierwsze zdrowie”

W imieniu Telewizji Polskiej bardzo dziękuję za zaproszenie i chciałbym się dołączyć do podziękowań, do laudacji, którą wygłosił redaktor Rafał Porzeziński na cześć profesora Henryka Skarżyńskiego, wszystkich państwa, którzy zaangażowali się, zaangażowaliście swój czas, swoją energię w to, by pomóc tysiącom Polakom. We wszystkich miejscowościach wymienionych przed chwilą, pokazanych na filmie, tam, gdzie było Polskie Radio, tam też najczęściej towarzyszyła Telewizja Polska, robiąc większe lub mniejsze materiały, relacje reporterskie, wskazania w programach informacyjnych. Celem było to, by być jak najbliżej i by pokazać, by zachęcić wszystkich Polaków do działania, do tego, by odważyli się, by przełamali bariery strachu, o których mówią wszyscy państwo, którzy spotykają pacjentów na co dzień i wiedzą doskonale, że nie jest to łatwe, zwłaszcza w małych miejscowościach, by po prostu wyjść, otworzyć się, podejść do lekarza i szczerze powiedzieć o problemie.

Telewizja Polska od lat zgodnie z misją nadawcy publicznego działa na rzecz upowszechniania profilaktyki prozdrowotnej. Dzieje się to między innymi na podstawie instrukcji Ministerstwa Zdrowia, wskazań zawartych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020. I program, wielki program badań przesiewowych „Po pierwsze zdrowie” dokładnie wpisuje się w te strategie. Zatem w ramach programu „Lato z radiem”, w ramach ubiegłorocznej trasy towarzyszyliśmy z kamerą w różnych miejscowościach, podsumowaliśmy akcję na antenie programu „Pytanie na śniadanie”, który nadajemy w TVP 2. 19 września profesor Renata Górka i profesor Henryk Skarżyński podsumowali akcję. Wydaje się, że zaowocowała ona nie tylko wielkim zadowoleniem naszych widzów, nie tylko pomocą tysiącom potrzebujących, ale także jesteśmy przekonani, że tę akcję należy rozwijać, kontynuować i w kolejnych latach nieco bardziej, jeszcze mocniej zakotwiczać w świadomości naszych widzów.

Dla nas dziennikarzy, dla nas przygotowujących treści telewizyjne lub radiowe to jest oczywiste, sprawdziliśmy to, że najlepszą formą przekazu jest zachęcenie i poinformowanie widzów poprzez na przykład głos ich ulubionych spikerów radiowych, poprzez twarze ich ulubionych prowadzących. W tym wypadku program

* Marcin Stefaniak – Telewizja Polska

śniadaniowy „Pytanie na śniadanie” bardzo chętnie włączał się do tych akcji. Gościliśmy przewoźną klinikę pana profesora przed budynkiem telewizji na przykład we wrześniu, ale pierwszy raz w maju tego roku. To pokazało, jak wielkie zainteresowanie budzi i sama klinika, i projekt „Po pierwsze zdrowie”. Dość powiedzieć, że w ciągu jednego dnia odbyło się tysiąc konsultacji. Budynek telewizji po prostu przyciąga dużo osób, które na co dzień tam przychodzą, a dodatkowo mieliśmy okazję skierować zainteresowanie ludzi na profilaktykę prozdrowotną.

Oprócz programu „Pytanie na śniadanie”, również program poranny w TVP 1 „Dzień dobry, Polsko!” przybliżył tę problematykę. Naturalnie największą robotę, takie mamy przekonanie, zrobiły programy lokalne. Mam na myśli „Obiektyw”, „Panoramę”, „Aktualności”, stąd ogromnie się cieszę, że na sali widzę dyrektora Tomasza Skłodowskiego, który w TVP 3 odpowiada za te treści, ponieważ to, że mogliśmy dotrzeć z informacjami „pod strzechę”, do niemal każdego zainteresowanego, zwłaszcza w małych miejscowościach, to przede wszystkim zasługa zasięgu Polskiego Radia, TVP 1, TVP 3 Regionalnej, to zbudowało szeroką informację o tej akcji.

Oprócz tej akcji Telewizja Polska promuje treści związane z profilaktyką prozdrowotną również w innych obszarach. W wakacje szczególnie skupiamy się także na honorowym dawstwie krwi, ponieważ wiemy, że wtedy banki krwi szczególnie potrzebują dawców. Stąd też kolejny raz, również i w tym roku, ustami celebrytów zachęcaliśmy do honorowego krwiodawstwa, włączyliśmy się w akcję Ministerstwa Zdrowia promującą honorowe dawstwo krwi „Czerwona nitka”.

Staramy się w swoich programach, również w filmach i serialach, które prezentujemy naszym widzom, zamieszczać treści, które są związane z profilaktyką prozdrowotną. Tak na przykład program walki z chorobami nowotworowymi to jest program, który implementujemy w rozmaity sposób do naszych treści serialowych, staramy się ustami ulubionych bohaterów przekazywać najnowsze informacje z dziedziny onkologicznej, zachęcamy także do profilaktyki, ale także informujemy o skutkach ewentualnego zaniedbania w tym obszarze. Mamy też przekonanie, że w wypadku takiego programu jak „Po pierwsze zdrowie” szczególnie działa mówienie w pierwszej osobie, odpytywanie, relacje naocznych świadków, osób, które poddały się badaniom, które opowiadają, że to pomogło, że to uratowało życie albo to po prostu poprawiło komfort życia, bo przecież w ślad za badaniem, za diagnozą idą konkretne działania. Widzimy też, że w wypadku profilaktyki nowotworowej skuteczne jest implementowanie treści do seriali, długofalowych programów. Dotyczy to także wszelkich innych akcji i wydarzeń, które są związane z profilaktyką prozdrowotną i znajdują odzwierciedlenie na antenie wszystkich kanałów Telewizji Polskiej w zależności od zapotrzebowania i tego, jaki jest to rodzaj treści.

Bardzo dziękuję za zaproszenie. Zachęcamy też wszystkie ośrodki, które są bezpośrednio zainteresowane i które prowadzą akcje prozdrowotne, bo im te programy, projekty są szersze, skierowane do bardziej masowego odbiorcy, tym oczywiście, mamy tego świadomość, jest większa szansa na dotarcie do ludzi. Tak że zachęcam do kontaktu, Telewizja Polska zawsze chętnie podejmie te tematy. Dziękuję bardzo.

Redaktor Rafał Porzeziński

Dyrektor Marcin Stefaniak przypomniał mi, że w programach „Matysiakowie” i „W Jezioranach” też o zdrowiu dużo usłyszymy, więc proszę słuchać w radiu nowel. Tam również nie zabraknie treści prozdrowotnych.

Senator Waldemar Kraska

Jeszcze raz dziękujemy Telewizji Polskiej.

Rzeczywiście, myślę, że przemykanie treści prozdrowotnych w popularnych serialach jest może metodą dość dziwną, ale bardzo skuteczną, jeżeli widzowie, tak jak i bohaterowie, idą się badać i zaczynają dbać o swoje zdrowie.

Proszę teraz o wystąpienie profesora Witolda Rużyłły.

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski*

Panie Marszałku! Panie Przewodniczący! Panie Profesorze! Panie Redaktorze! Szanowni Państwo!

Niestety profesor Witold Różyłło nie może być na dzisiejszym spotkaniu i prosił mnie o przekazanie gratulacji dla wszystkich uczestników programu „Po pierwsze zdrowie”, szczególnie wyrazy uznania przekazuje profesorowi Henrykowi Skarżyńskiemu – pomysłodawcy tego programu i przewodniczącego Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk. Polska Akademia Nauk Wydział V angażuje się w wiele takich akcji, działalności związanych z poprawą opieki medycznej w Polsce. Myślę, że doświadczenia, o których mówił profesor Henryk Skarżyński, dotyczące programu „Po pierwsze zdrowie”, jak i dzisiejsza debata, wspólna ze środowiskiem dziennikarskim pozwoli na to, żeby poprawić naszą skuteczność w zakresie prewencji, dlatego że wszyscy jesteśmy przekonani o tym, że lepiej zapobiegać niż leczyć. W praktyce jest to niezwykle trudne. W kardiologii przyjęło się, że interwencja, że kardiologia naprawcza to jest porażka kardiologii zapobiegawczej, ale nawet wtedy, jak podkreśla profesor Witold Różyłło, żeby mówić o skutecznej interwencji, potrzebna jest prewencja. Dziękuję bardzo.

Senator Waldemar Kraska

Dziękuję, Panie Profesorze.

Zakończyliśmy pierwszy etap naszej konferencji. W tej chwili przystępujemy do właściwej sesji.

* Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski – kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie

Panie Profesorze, proszę o prowadzenie jej razem z rektorem Krzysztofem Jakubiakiem.

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Przypadła mi w udziale najbardziej wdzięczna czynność, to znaczy pilnowanie czasu naszej debaty. Znam państwa zdyscyplinowanie z poprzedniej konferencji i wiem, że to będzie czysta przyjemność, nikt nie będzie przedłużał swoich wystąpień i wszyscy zmieszczą się w czasie.

Szanowni Państwo!

Od razu przejdźmy do pierwszego tematu, badań przesiewowych w profilaktyce periodontologicznej. W związku z tym o wystąpienie poprosimy profesor Renatę Górską – prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, oraz profesora Tomasza Konopkę. Komentarz po tych wystąpieniach wygłosi redaktor Jadwiga Kamińska.

Referaty

Badania przesiewowe w profilaktyce periodontologicznej

Panie Marszałku! Szanowni Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!
Przed wszystkim chciałabym bardzo serdecznie podziękować organizatorom za zaproszenie mnie do udziału w debacie. Podczas swojego wystąpienia będę mogła przekazać informacje na temat badań przesiewowych w periodontologii, w profilaktyce periodontologicznej.

Periodontologia jest dziedziną stomatologii, która zajmuje się chorobami błony śluzowej i przyzębia. Choroba przyzębia jest chorobą tkanek otaczających zęb, chorobą infekcyjną, chorobą przewlekłą, która nieleczona prowadzi do zaburzenia dysfunkcji narządu żucia, zaburzenia estetyki, utraty uzębienia, ale także wpływa niekorzystnie na stan naszego zdrowia. (rys. 1)

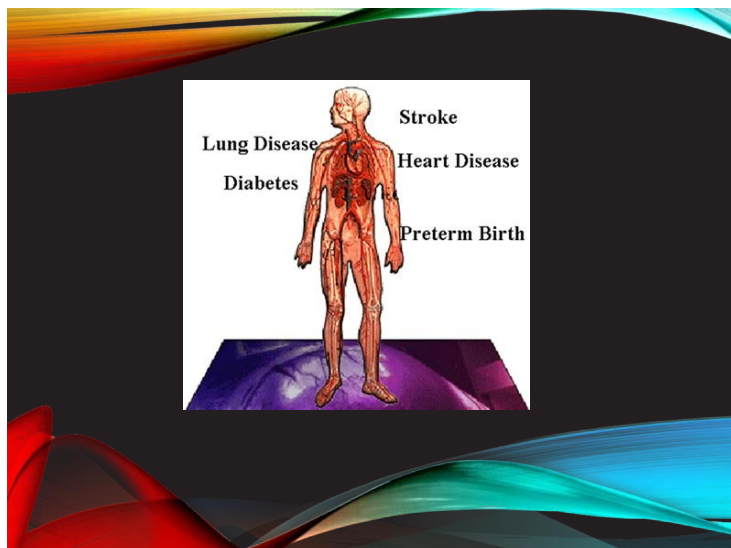
Badania ostatnich lat

wykazały wpływ zapalenia przyzębia na takie choroby jak: choroby serca, udar mózgu, choroby płuc, cukrzyca, poród przedwczesny z niską wagą urodzeniową, ale także ostatnio mówi się o związku zapalenia przyzębia z rakiem trzustki lub reumatoidalnym zapaleniem stawów. (rys. 2)

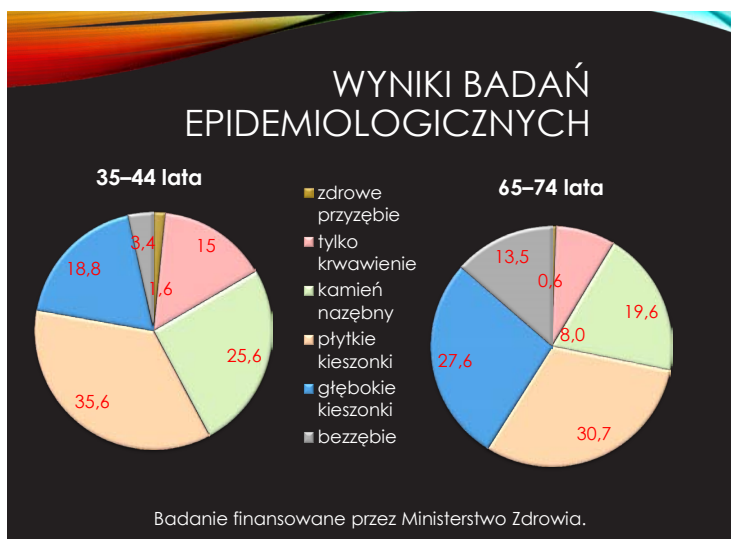


Rys. 1

* Prof. dr hab. n. med. Renata Górska – kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego



Rys. 2



Rys. 3

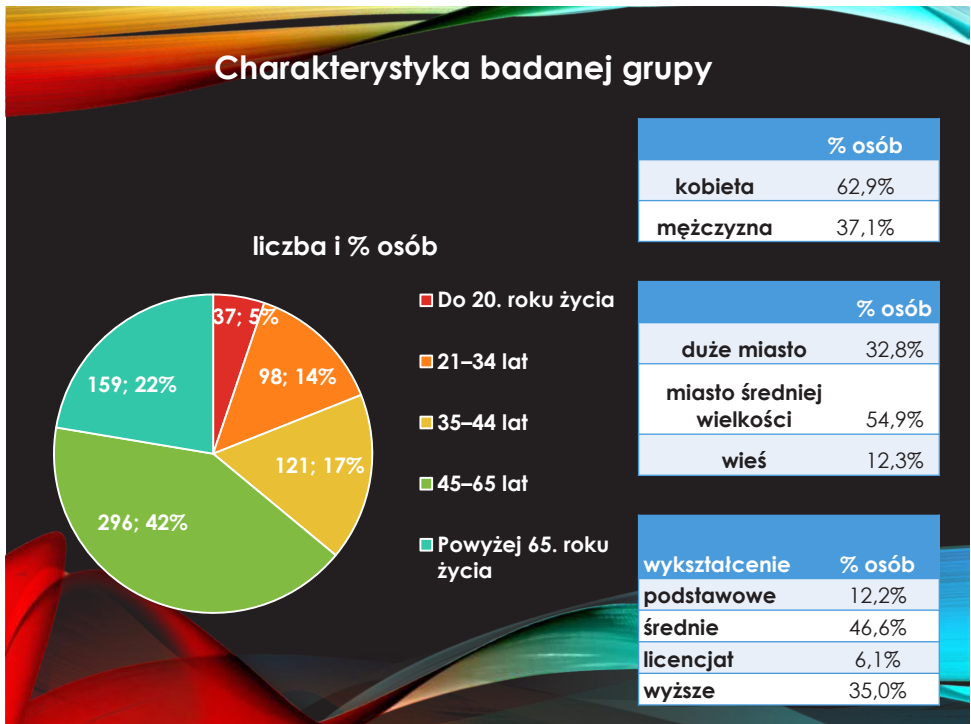
ających w jamie ustnej na stan zdrowia ogólnego. Większość to były osoby dorosłe, 63% stanowiły kobiety, większość z nich to byli mieszkańcy średniej wielkości miast, osoby z wykształceniem średnim lub wyższym.

W czasie badania ankietowego zadaliśmy kilka pytań, z których uznałam, że jedno z ważniejszych dotyczyło liczby zębów. (rys. 5) Liczba zębów maleje wraz z wiekiem, wyniki tych ankiet potwierdzają wcześniejsze nasze badania. Okazuje się, że po 65. roku średnia liczba zębów to 13.

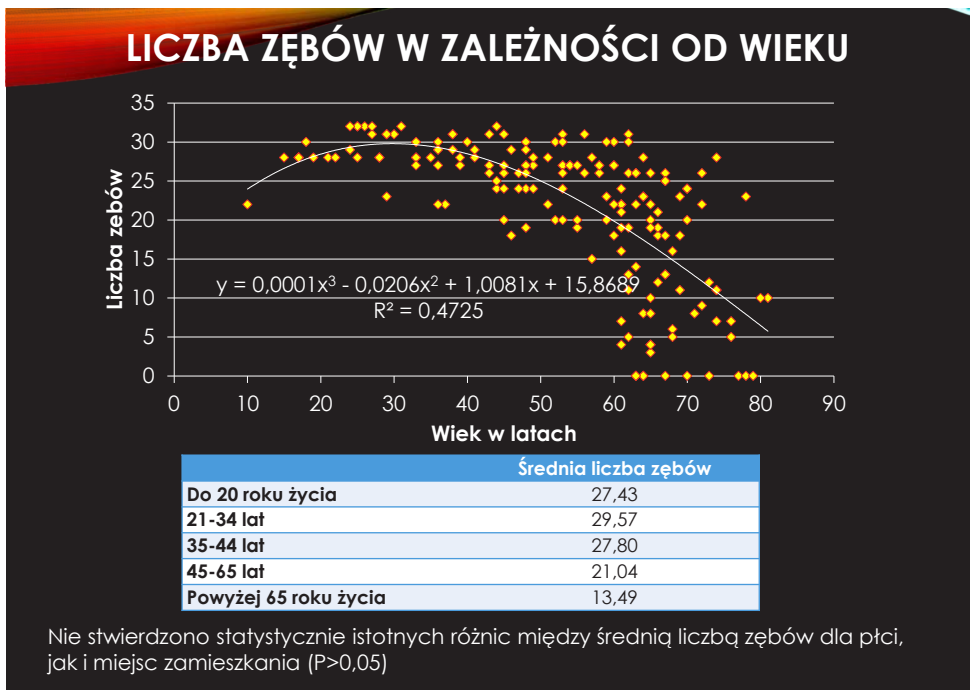
Choroba przyzębia powstaje na skutek zaburzenia funkcji pomiędzy bakteriami znajdującymi się w płytce nazębnej a odpowiedzią gospodarza. Niewątpliwie

Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w 2012 i 2014 roku wykazały w dwóch grupach wiekowych 35–44 lata i 65–74 lata, że odsetek osób ze zdrowym przyzęciem wynosił 1,6% w grupie młodszej i 0,6% w grupie starszej. Natomiast leczenia specjalistycznego wymagało prawie 19% w grupie młodszej i prawie 28% w grupie starszej. (rys. 3)

Wyniki tych badań są niezadawalające i wymagają zmiany tej sytuacji, dlatego z ogromną wdzięcznością przyjęliśmy zaproszenie profesora Henryka Skarżyńskiego – jeszcze raz, Panie Profesorze, bardzo serdecznie dziękuję – do udziału w programie „Po pierwsze zdrowie”. W czasie tej akcji przebadaliśmy 715 osób. (rys. 4) Było to badanie ankietowe, ale także był to instruktaż higieny jamy ustnej oraz informacja na temat wpływu zapalenia, patologii występu-



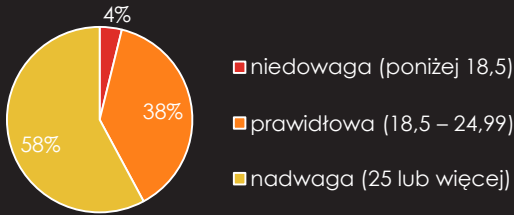
Rys. 4



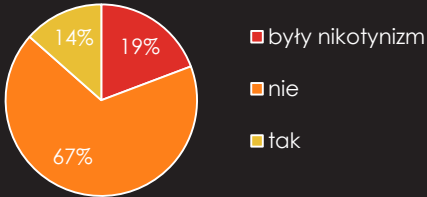
Rys. 5

CZYNNIKI RYZYKA

liczba osób z podziałem na zakresy BMI



liczba osób z nikotynizmem

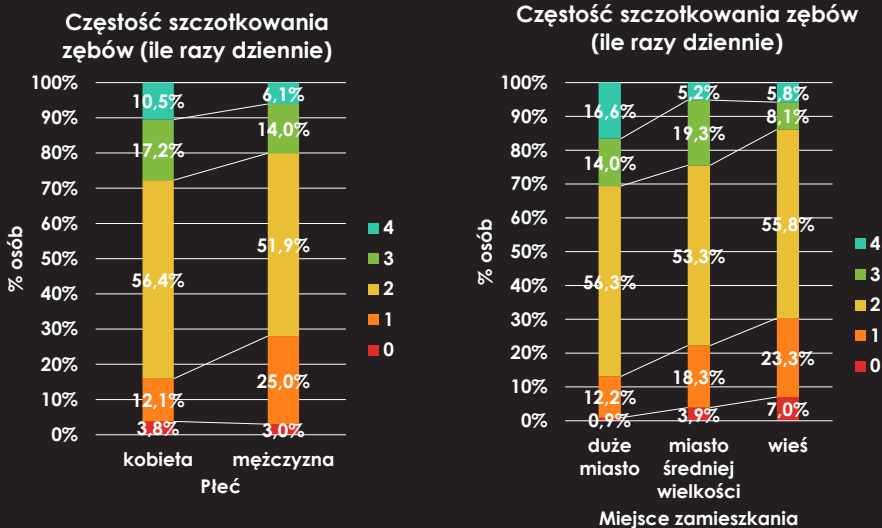


	% osób
cukrzyca typu I	3,5%
cukrzyca typu II	5,5%

Rys. 6

na odpowiedź gospodarza wpływają czynniki ryzyka. W pierwszej badanej grupie 58% miało nadwagę lub otyłość, 14% paliło papierosy, 9% chorowało na cukrzycę. (rys. 6) Czynnikiem inicjującym zapalenie przyzębia są bakterie znajdujące się w płytce nazębnej, ale one są konsekwencją złej higieny jamy ustnej. Na zadane pytania dotyczące częstości szczotkowania zębów, proszę sobie wyobrazić, respondenci odpowiedzieli zupełnie szczerze i mówili, że na przykład nie szczotkują zębów albo szczotkują je raz dziennie. (rys. 7) Różnice były znamienne statystycznie na korzyść kobiet i na korzyść dużego miasta, w mieście rzeczywiście osób nieszczotkujących zęby było prawie 1%, natomiast mieszkańców małych miasteczek lub osób zamieszkujących wieś – 7%.

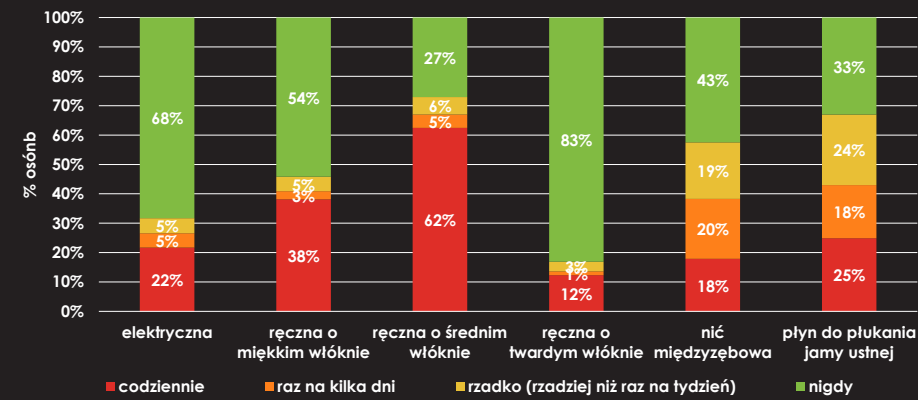
CZĘSTOŚĆ SZCZOTKOWANIA ZĘBÓW (ILE RAZY DZIENNIE) W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA



Różnice **statystycznie** istotne dla płci i miejsca zamieszkania – $P < 0,001$ – test chi-kwadrat

Rys. 7

UŻYWANIE RÓŻNYCH TYPÓW SZCZOTECZEK DO ZĘBÓW I AKCESORIÓW DO ZĘBÓW (% OSÓB)



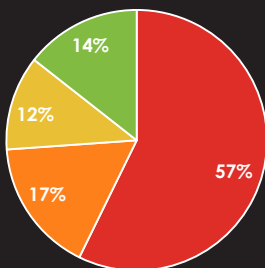
Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między częstością używania różnych typów szczoteczek do zębów między płciami oraz miejscami zamieszkania ($P > 0,05$ dla testu chi-kwadrat).
 Stwierdzono natomiast statystycznie istotnie większą częstość stosowania szczoteczek ręcznych o miękkim i średnim włóknie w porównaniu do szczoteczek elektrycznych ($P < 0,05$).
 Statystycznie istotnie większą częstość używania stwierdzono dla kobiet w porównaniu z mężczyznami ($P < 0,001$ – test chi-kwadrat) w przypadku używania nici międzyzębowej i płynu do płukania.
 Statystycznie istotnie większą częstość używania stwierdzono dla większych miast w porównaniu z wsią ($P < 0,05$ – test chi-kwadrat) w przypadku używania nici międzyzębowej.

Rys. 8

Natomiast jeżeli chodzi o akcesoria, oczywiście najczęściej szczotkujemy zęby szczoteczką manualną, natomiast 68% osób nigdy nie używało szczotki elektrycznej, 43% osób nie używa nitki dentystycznej, która stanowi znakomitą prewencję przed zapaleniem dziąseł, a 33% osób nie używało żadnych płynów do płukania jamy ustnej. (rys. 8)

OSTATNIA WIZYTA U DENTYSTY (% OSÓB)

ostatnia wizyta u dentysty (% osób)



- w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- w ciągu ostatnich 6-12 miesięcy
- w ciągu ostatnich 12-24 miesięcy
- więcej niż 2 lata temu

ostatnia wizyta u dentysty	kobieta	mężczyzna
w ciągu ostatnich 6 miesięcy	60,4%	52,3%
w ciągu ostatnich 6-12 miesięcy	17,8%	14,7%
w ciągu ostatnich 12-24 miesięcy	10,7%	13,6%
więcej niż 2 lata temu	11,2%	19,4%

Stwierdzono statystycznie istotne różnice między płciami dotyczące ostatniej wizyty u dentysty ($P = 0,009$ dla testu chi-kwadrat).

Rys. 9

Świadomość związku

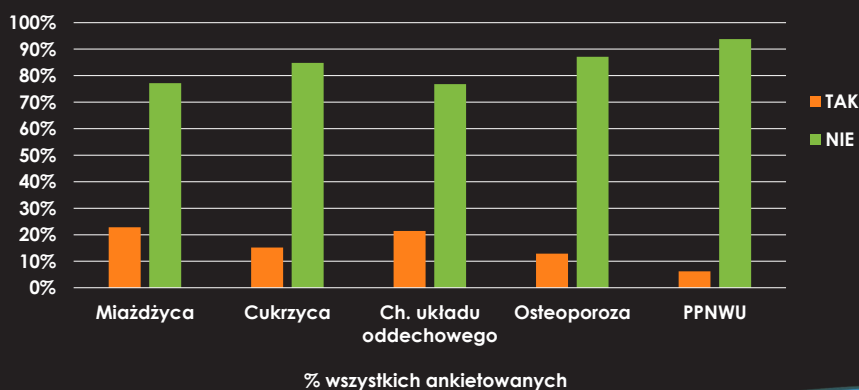
- Ankieta – internetowa (12 pytań)
- 224 osoby: 112 mężczyzn i 112 kobiet
- 90% respondentów w wieku 18–30 lat
- Mieszkańcy miast

Rys. 10

Kiedy respondenci odbyli ostatnią wizytę u dentysty? (rys. 9) Okazuje się, że 14% przez ostatnie dwa lata u dentysty nie było, 12% nie było w ciągu ostatniego roku.

Z ankiety internetowej, którą przeprowadziliśmy u ponad 500 osób na temat świadomości,

Choroba przyzębia a:



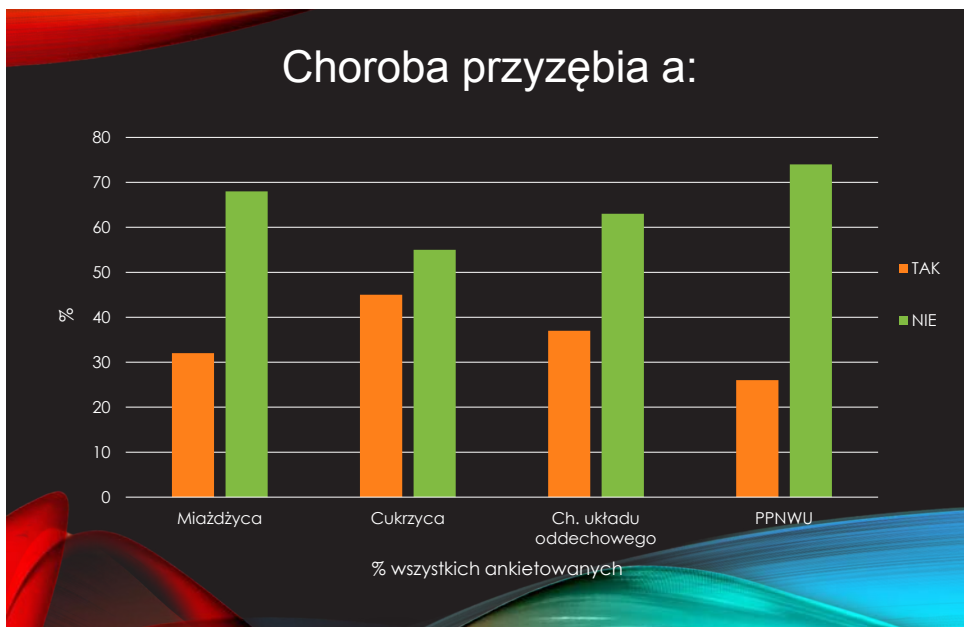
Rys. 11

Świadomość związku

- Ankieta – internetowa (12 pytań)
- 300 osób: 150 mężczyzn i 150 kobiet
- 90% respondentów w wieku 35–50 lat
- Mieszkańcy miast

Rys. 12

że choroba przyzębia może wpływać negatywnie na stan zdrowia ogólnego, na poszczególne choroby, okazało się, że w grupie młodszej, do 30. roku życia, takiej wiedzy nie ma prawie 80% (rys. 10–11), a w grupie starszej, u osób w wieku 35–50, okazuje się, że odsetek osób, która ma świadomość o związku



Rys.13

chorób przyzębia z chorobami ogólnymi, jest około 30%. (rys. 12–13) Zatem wyniki badań wskazują, że konieczna jest zmiana sytuacji w Polsce.

Myślę, że obecnie bardzo nam pomagają media, dziennikarze, którzy zainteresowali się tematem. Muszę powiedzieć również, że naprzeciw naszym oczekiwaniom wyszedł Narodowy Fundusz Zdrowia, który od 1 lipca podniósł wycenę świadczeń za punkt. Tak że sytuacja zmienia się na korzyść, niemniej dalej liczymy na wsparcie dziennikarzy. Jest to poruszony przeze mnie jeden problem, a profesor Tomasz Konopka powie o czujności onkologicznej, która jest niezwykle ważna. Dziękuję bardzo.

Badania przesiewowe w profilaktyce raka błony śluzowej jamy ustnej

Panie Marszałku! Szanowni Państwo!

Drugim obszarem zainteresowania periodontologii są choroby błony śluzowej jamy ustnej, a spośród nich najważniejsze to zmiany przednowotworowe oraz rak kolczystokomórkowy.

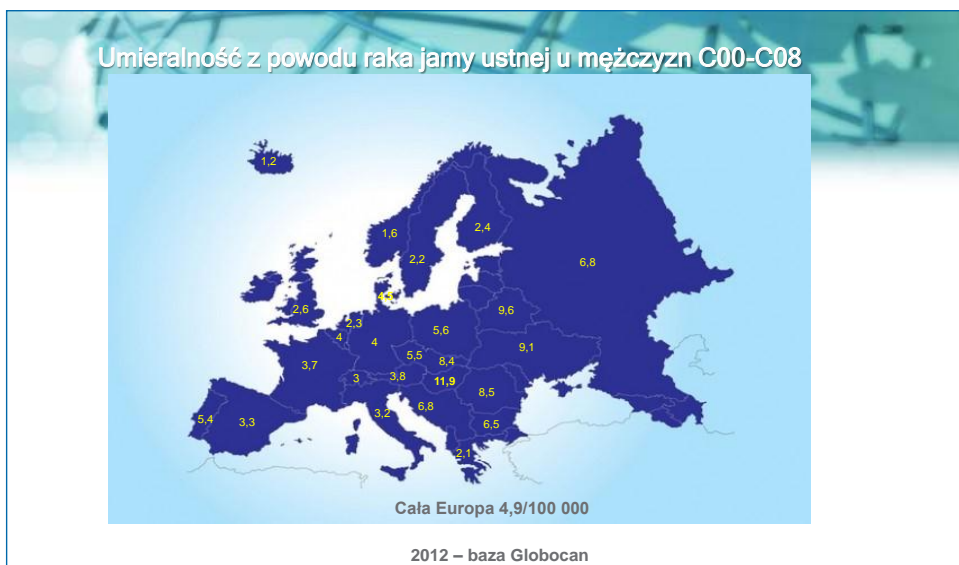
Epidemiologia dotycząca raka błony śluzowej jamy ustnej jest szczególnie niedobra w Polsce dla mężczyzn. (rys. 1) Jego występowanie jest wyższe niż w wielu kra-



Rys. 1

jach europejskich. Jesteśmy powyżej średniej. Jeszcze gorsze są dane statystyczne, jeżeli chodzi o umieralność z powodu tego raka, jest ona zdecydowanie wyższa niż

* Prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka – Katedra i Zakład Periodontologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu



Rys. 2

w krajach zachodnich. (rys. 2) Tak więc występuje problem dotyczący zgłaszalności się pacjentów w późnym stadium.

Ostatnie badania dotyczące sytuacji w Polsce pokazują właśnie, że to jest prawie 2500 przypadków w roku. Zdecydowany związek jest tutaj z płcią męską. (rys. 3) Jest rzeczą niesamowitą, że w Polsce ciągle na przykład umierają ludzie z powodu raka wargi, który jest bardzo łatwo dostrzegalny, łatwo go można zdiagnozować. (rys. 4) On daje późno przerzuty. To świadczy o tym, że pacjenci późno zgłaszają się do lekarza, nie są diagnozowani we właściwym czasie, jest z tym bardzo źle.

Występowanie raka jamy ustnej (C00-C08) w Polsce

Lokalizacja	Mężczyźni	Kobiety
C00 - warga	288	100
C01-C02 - język	539	202
C03 - dziąsła	102	58
C04 - dno jamy ustnej	384	106
C05 - podniebienie	102	61
C06 - inna w jamie ustnej	113	88
C07-C08 - ślinianki	221	257
Razem	1748 (66,7%)	872 (33,3%)

2014 – Krajowa Baza Danych Nowotworowych w Warszawie

Rys. 3

Umieralność z powodu raka jamy ustnej (C00-C08) w Polsce

Lokalizacja	Mężczyźni	Kobiety
C00 - warga	66	23
C01-C02 - język	398	123
C03 - dziąsła	23	24
C04 - dno jamy ustnej	268	86
C05 - podniebienie	61	24
C06 - inna w jamie ustnej	63	47
C07-C08 - ślinianki	134	96
Razem	1013 (70,5%)	423 (29,5%)

2014 – Krajowa Baza Danych Nowotworowych w Warszawie

Rys. 4

Występowanie i umieralność z powodu raka jamy ustnej (C00-C08) w Polsce i Szkocji w 2014 roku

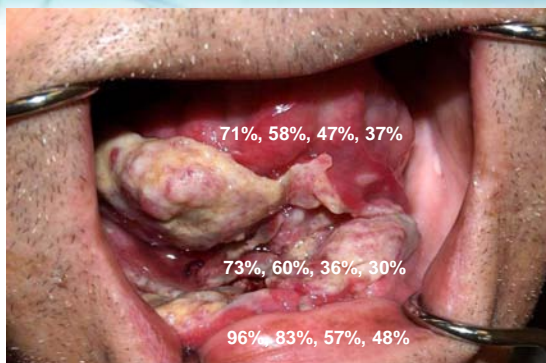
Lokalizacja	Polska	Szkocja
C00 - warga	388 - 89	50 - 1
C01-C02 - język	741 - 521	249 - 68
C03-C06 - błona śluzowa jamy ustnej	1014 - 596	259 - 67
C07-C08 - ślinianki	478 - 230	55 - 23
Razem	2620 - 1436	613 - 159

Rys. 5

Porównanie danych z Polski i na przykład ze Szkocji z 2014 roku pokazuje, że o ile występowanie raka błony śluzowej jamy ustnej jest podobne, to umieralność w naszym kraju jest o wiele, wiele wyższa. (rys. 5)

Dlaczego tak się dzieje? Bo średni wskaźnik 5-letniego przeżycia jest w Polsce niższy niż w innych krajach, krajach wysoko cywilizowanych, ale także w Izraelu, gdzie jest najwyższa przeżywalność na świecie. (rys. 6) Wysoka umieralność z powodu raka jamy ustnej w Polsce jest spowodowana przede wszystkim późnym zgłaszaniem się do specjalisty. Ta umieralność jest 2,7 razy wyższa dla mężczyzn i 1,7 razy wyższa dla kobiet niż w innych krajach Unii Europejskiej.

Średni wskaźnik 5-letniego przeżycia w Polsce w przypadku raka C00-C08 za lata 2003-2005 wynosił 48,3% (47,6% vs. 49,1% u kobiet)
 USA 64,5% (2007-2013), UK 56,1% (2009-2013), Niemcy 54,6% (2002-2006)



Umieralność dla mężczyzn 2,7 razy wyższa u mężczyzn i 1,7 razy wyższa u kobiet niż średnia dla krajów UE

Rys. 6

Jaka profilaktyka? Co my możemy z tym zrobić? Przede wszystkim eradykować czynniki ryzyka. (rys. 7) Podstawowe dwa to nikotynizm i picie alkoholu, zwłaszcza jednocześnie. Minimalna interwencja antynikotynowa jest dla nas bardzo istotna. Kolejna ważna rzecz to fakt występowania raka jamy ustnej dotyczący młodych ludzi i związany z zachowaniami seksualnymi, również ryzykownymi, również powiązany z homoseksualizmem. Obecnie bardzo istotna jest transmisja zakażenia

Czynniki ryzyka raka jamy ustnej (OSCC)

- + Nikotynizm czynny OR 8.5 i 16.4
- + Picie alkoholu OR 4.9
- + Homoseksualizm OR-8.9 dla Ca języka u mężczyzn i OR – 4.3 dla kobiet
- + Zakażenia – HPV-16 (OR- 15.1 dla Ca migdałka), 18, 31,33; EBV, HIV, *Candida sp.*
- + Promieniowanie UVB, UVC i radioterapia
- + Dieta – niedobory żelaza, beta karotenów, antyoksydantów i tłuszczów roślinnych
- + Masa ciała (niedowaga – OR 2.0, dla Ca języka OR 2.5)
- + Zaburzenia potencjalnie nowotworowe w jamie ustnej (PMD)
- Płeć męska
- Obciążenie genetyczne rakiem układu oddechowo-pokarmowego OR 12.1
- Immunosupresja nabyta
- Nieprawidłowości w EGFR, onkogeny (TP53, pRb,p16)

Rys. 7

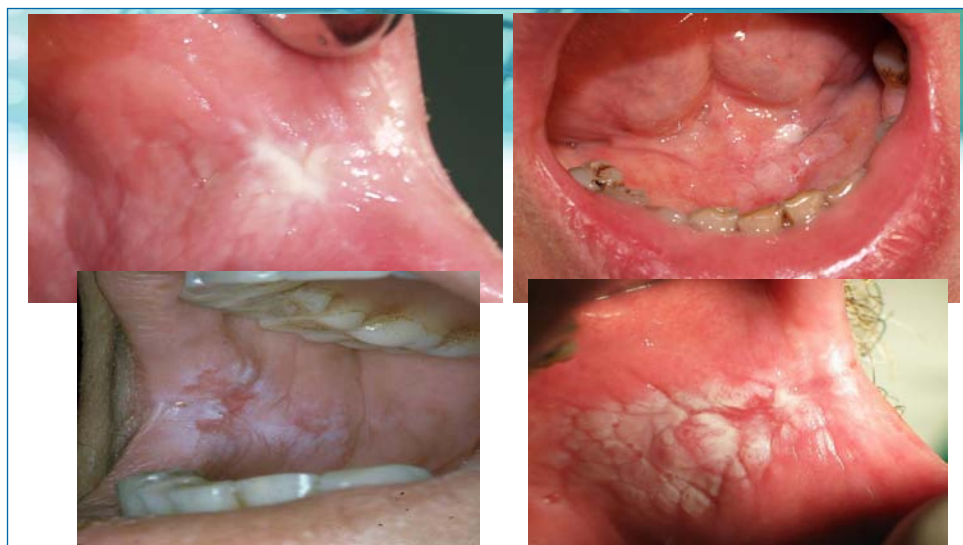
HPV. To są niezwykle ważne czynniki ryzyka, o których powinniśmy bardzo dużo mówić. Są jeszcze inne czynniki ryzyka, zaznaczone na rysunku 7 plusami. Te, na które mamy wpływ, powinniśmy w znaczący sposób eradykować.

Nasza codzienność to są zaburzenia potencjalnie nowotworowe, które występują w jamie ustnej, ze szczególnym uwzględnieniem leukoplakii, która jest najczęściej występującą zmianą. (rys. 8) To jest codzienność naszej pracy – pacjenci, którzy mają takie zmiany. (rys. 9) One na szczęście naprawdę późno dają zmiany

Zaburzenia potencjalnie nowotworowe (PMD)

- **Najczęstsze PMD:**
 - Leukoplakia (od OR 2.7 do 43.1)
 - Odmiany czerwone liszaja płaskiego
 - Brodawczaki i kłykciny
 - Odsłoneczne zapalenie warg
 - Erytroplakia
 - Włóknienie podśluzówkowe (Indie)
- **Bardzo Rzadkie PMD w jamie ustnej:**
 - zespół Plummera-Vinsona (Paterson-Kelly)
 - immunosupresja,
 - anemia Fanconiego
 - wrodzona dyskeratoza
 - ogniskowy toczeń rumieniowaty
 - pęcherzowe oddzielanie się naskórka

Rys. 8



Rys. 9

Średnie opóźnienie diagnostyczne w raku jamy ustnej

Autor, rok, kraj	Liczba osób	Opóźnienie pacjenta	Opóźnienie lekarskie	Opóźnienie całkowite
Jovanovic 1992 Holandia	50	24	22	46 (14-724)
Wildt 1995 Dania	167	105	16	121 (19-783)
Onizawa 2003 Japonia	152	60	24	84 (12-1890)
Scott 2005 UK	245	b.d.	b.d.	145 (0-1080)
Peacock 2008 USA	50	104	102	206 (52-786)
Jafari 2013 Iran	110	252	25	277 (0-2520)
Kaing 2015 Australia	101	166	31	197 (21-2912)

Rys. 10

nowotworowe, a więc jest czas na to, żeby je zdiagnozować, wyleczyć. Tylko wczesne zgłoszenie się do lekarza dentystry, do specjalisty jest bardzo prostym remedium, profilaktyką nowotworów.

Przedstawiana tabela (rys. 10), bardzo ważna, pokazuje, jakie jest opóźnienie ze strony pacjenta i opóźnienie ze strony lekarza, opóźnienie diagnostyczne w raku jamy ustnej. Są to badania zagraniczne. W tej chwili prowadzimy polskie badania na ten temat, które pokazują, że w Polsce te opóźnienia, szczególnie dotyczące pacjenta, są jeszcze większe. Tak więc od momentu, w którym pojawiają się pierwsze zmiany w jamie ustnej, do momentu, w który pacjent pierwszy raz kontaktuje się z lekarzem pierwszego kontaktu, mija długi czas.

Co my możemy z tym robić? Jaka powinna być taktyka profilaktyki onkologicznej jamy ustnej? Przede wszystkim włączenie badań jamy ustnej do ogólnego skriningu dotyczącego osób 40+. Samobadanie jamy ustnej. To jest bardzo ważne, żeby to robić, bo podobnie jak w profilaktyce raka piersi jest samobadanie, tak samo można badać jamę ustną. Rzeczywiście w grupach wysokiego ryzyka takie badanie byłoby bardzo potrzebne. Oczywiście istotne są: minimalna interwencja



Rys. 11

antynikotynowa, właściwe leczenie stomatologiczne, wczesne pobieranie materiału do badania histopatologicznego, a przede wszystkim ósmiostopniowy skrining dotyczący badania stomatologicznego, które powinien prowadzić lekarz dentysta i również może go prowadzić sam pacjent. (rys. 11)

Bardzo serdecznie dziękuję, Panie Profesorze, za ten bezmiar dobra. Naprawdę bardzo się cieszę, że mogłem w tej akcji brać udział. Dziękuję za to wszystko.

Redaktor Jadwiga Kamińska*

Witam państwa serdecznie.

Ja także bardzo się cieszę, że choroby przyzębia są jednym z tematów tej debaty, bo jak wynika z prezentacji państwa profesorów, jest to nieuświadomiana w naszym społeczeństwie choroba społeczna będąca czynnikiem ryzyka wielu chorób ogólnoustrojowych. Nawet redaktor Rafał Porzeziński z Polskiego Radia wspominał, że radio zajmuje się wieloma czynnikami ryzyka, wymieniał otyłość, palenie, uzależnienia, ale nie powiedział o tak ważnej sprawie jak choroby przyzębia.

Proszę państwa, istotna jest świadomość. Choroby przyzębia to jeden z groźnych czynników ryzyka chorób ogólnoustrojowych, a o tym się u nas nie mówi. U nas nie ma takiej świadomości. Tylko 1% Polaków ma zdrowe przyzębie. To jest przerażające, jak wiele osób ma czynnik ryzyka cukrzycy, zawału serca, udaru i tak dalej moglibyśmy wymieniać. To są wszystko choroby, które wynikają z procesu zapalnego, który toczy się wokół tkanek otaczających zęb.

Z tego wynika, że 99% polskiego społeczeństwa potrzebuje pomocy w zakresie zabiegów higieniczno-prewencyjnych, jeżeli chodzi o choroby przyzębia, ale aż 30% potrzebuje profesjonalnej opieki periodontologicznej. A jak to wygląda? Mamy w Polsce 400 specjalistów w dziedzinie periodontologii, oni są zlokalizowani przeważnie w klinikach Akademii Medycznej. Mniejsze miejscowości i nawet większe miasta nie mają takich specjalistów, w związku z tym wielu pacjentów jest pozbawionych szans na leczenie.

Drugą sprawą jest wycena zabiegów periodontologicznych przez NFZ. Wszystkie te zabiegi do lipca 2017 roku były wycenione poniżej kosztów, w związku z tym generowały straty w placówkach. Efektem tego było ograniczenie tych procedur stomatologicznych we wszystkich gabinetach i zniechęcanie młodych stomatologów do podejmowania takiej specjalizacji. To rodzi właśnie takie konsekwencje, o jakich mówili profesorowie Renata Górka i Tomasz Konopka.

Jak wspomniała pani profesor, od 1 lipca – chwała za to Ministerstwu Zdrowia i Narodowemu Funduszowi Zdrowia – te procedury zaczęto inaczej wyceniać. Dwukrotnie zwiększono wycenę tych procedur. To świadczy o tym, jak one były zaniżane.

Pocieszającą informacją jest to, że bardzo łatwo jest zmienić ten katastrofalny stan, bo Polacy są na szarym końcu Europy, jeżeli chodzi o stan przyzębia. Możemy sami ten stan zmienić, bo do tego potrzebna jest świadomość i umiejętność

* Redaktor Jadwiga Kamińska – Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia

profesjonalnego czyszczenia zębów. Są to rzeczy proste, tylko trzeba wiedzieć, jak to zrobić. Ale polskich dzieci nie uczy się w szkołach higieny jamy ustnej, nie uczy się tego także w domach. Potem są konsekwencje. Proszę państwa, w Polsce ze względu na ten stan, o jakim mówili profesorowie, jest bardzo pilnie potrzebny program profilaktyczno-leczniczy dotyczący chorób przyzębia, który powinien być wdrożony jak najszybciej. Zrobiono to w wielu krajach. Podam tylko jeden przykład. Włoska telewizja w ubiegłym roku bardzo intensywnie prowadziła kampanię, w której był emitowany spot telewizyjnym z jednym przesłaniem: Jeżeli twój dentysta specjalną sondą nie wykonał ci badania stanu przyzębia, jak najszybciej zmień dentystę. Uważam, że podobne programy oraz włączanie się mediów radiowych i telewizyjnych w profilaktykę chorób przyzębia w obecnej sytuacji są w Polsce niezbędne i bardzo pilne do wdrożenia.

Chciałam jeszcze powiedzieć, że to, co się stało dobrego, jeżeli chodzi o periodontologię w Polsce, to zasługa profesor Renaty Górskiej, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, i garstki periodontologów, którzy bardzo intensywnie zabiegają o to, żeby zmienić sytuację na lepsze. Dziękuję bardzo.

Redaktor Rafał Porzeziński

Jeśli mogę tylko jednym zdaniem skomentować wypowiedź redaktor Jadwigi Kamińskiej, bo poczułem się wywołany.

Pani Redaktor, bardzo dziękuję za to upomnienie, ale nie dlatego nie wymieniłem chorób przyzębia, że nie ma tego tematu na naszej antenie, bo jest, redaktor Artur Wolski właśnie to potwierdza, więc miliony naszych słuchaczy słyszą o tym problemie. Żałuję, że to grono z moich ust nie usłyszało nic na ten temat. Ale dziękuję za upomnienie.

Redaktor Jadwiga Kamińska

Ale rzadko słyszą, za rzadko.

Prof. dr hab. n. med. Renata Górka

Chciałam podziękować wszystkim swoim kolegom, którzy wzięli udział w akcji „Po pierwsze zdrowie” w wakacje i poświęcili swój czas. Dziękuję bardzo.

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński

Bardzo dziękujemy pani profesor i bardzo dziękujemy zespołowi.

Zapraszam zespół okulistów. Ja chcę przypomnieć, że nasza współpraca z zespołem ekspertów z dziedziny okulistyki sięga wielu, wielu lat. Z profesorem Jerzym Szaflikiem w swoim czasie zorganizowaliśmy przedsięwzięcie, które zakończyło się sukcesem, podpisaniem w 2011 roku europejskich porozumień naukowych w Warszawie dotyczących wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, wzroku i mowy. Zostało to zaakceptowane i przypieczętowane jako konkluzja Parlamentu Europejskiego. Bardzo dziękuję profesor Iwonie Grabskiej-Liberek i licznemu zespołowi okulistów, którzy w tym roku w tej akcji uświetnili nas swoją obecnością, zaangażowaniem i pokazali, co można zrobić. Bardzo proszę. Komentarz wygłosi redaktor Justyna Wojteczek, Polska Agencja Prasowa, Serwis Zdrowie.

Prof. dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek*

Działania Polskiego Towarzystwa Okulistycznego na rzecz profilaktyki w okulistyce

Szanowny Panie Marszałku! Panie Senatorze! Panie Profesorze!

Dziękuję bardzo za tak wspaniałe wprowadzenie na temat tego, jak okulistyka wpisuje się w laryngologię i nie tylko, także w badania przesiewowe. Na slajdzie wymieniłam mój zespół, który w tym roku współpracował właśnie przy akcji „Po pierwsze zdrowie”. (rys. 1) Chciałam też podziękować za oko w logu. Dziękuję bardzo.



Rys. 1

Przejdę do tego, co się dzieje, co w ogóle robimy w okulistyce. Jeden z najważniejszych problemów to zwyrodnienie plamki związane z wiekiem. (rys. 2) Sytuacja starzejącego się społeczeństwa powoduje, że tych pacjentów będzie coraz więcej.

* Prof. dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek – kierownik Kliniki Okulistyki w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Najczęściej występujące choroby okulistyczne w Polsce

- **Zwrodnienie plamki związane z wiekiem** – AMD (1,5 mln osób, w tym 130 000 osób z postacią wysiękową AMD)*
Prognozy wskazują, że do 2020 roku liczba chorujących na AMD może osiągnąć 2 mln.*
Z każdym rokiem przybywa około 14 000 pacjentów z postacią wysiękową AMD.**
- **Zaćma** (800 000 osób)***
Zapadalność na zaćmę rośnie wraz z wiekiem. W związku z postępującym starzeniem się ludności w Polsce możemy oczekiwać wzrostu zachorowalności w kolejnych latach.****
- **Jaskra** (400 000 – 800 000 osób)***
Prognozuje się wzrost zachorowalności na jaskrę u osób po 65. roku życia o 120% do 2050 roku.*

* Przegląd Epidemiologiczny, 2015

** Raport Fundacji na rzecz zdrowego starzenia się pt. Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się, 2015

*** GUS, 2016

**** Raport pt. Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa, 2012



Rys. 2

Kolejnym jest zaćma. Wiemy, że są kolejki. Udało się je skrócić dzięki dodatkowym środkom, które były przeznaczone na leczenie tej choroby w tym i pod koniec zeszłego roku. Te kolejki nie będą jednak jakoś znacznie skrócone, ponieważ przybywa pacjentów z racji wydłużenia życia. Wreszcie jaskra, która jest podstępny złodziejem wzroku, która niepostrzeżenie kradnie nam wzrok, prowadząc do ślepoty. Nadal walczymy z tą chorobą i o zwiększenie liczby operacji przeciwjaskrowych, ponieważ w Polsce wykonujemy ich za mało.

Jeżeli chodzi o choroby, które współistnieją z problemami okulistycznymi, to idea kompleksowego przesiewowego badania „Po pierwsze zdrowie” bardzo pięknie wpisuje się w naszą specjalizację. (rys. 3) Retinopatię nadciśnieniową, jak wyglądają

Najczęściej występujące choroby ogólnoustrojowe z powikłaniami ocznymi

- **Nadciśnienie tętnicze** (9 mln osób)*
Retinopatia nadciśnieniowa występuje z częstością 66,3% u osób dorosłych chorujących na nadciśnienie tętnicze, a ryzyko jej rozwoju rośnie wraz z wiekiem pacjenta, czasem trwania nadciśnienia tętniczego oraz wysokością skurczowego ciśnienia tętniczego.**
- **Cukrzyca** (2,17 mln osób)***
Retinopatia cukrzycowa występuje u 28–37% chorych z dopiero zdiagnozowaną cukrzycą typu 2.
U pacjentów chorujących od ponad 20 lat na cukrzycę typu 1 retinopatia cukrzycowa występuje u 90% chorych, a w grupie osób chorujących na cukrzycę typu 2 ponad 60%.****

* NATPOL, 2011

** Retinal Physician, 2013

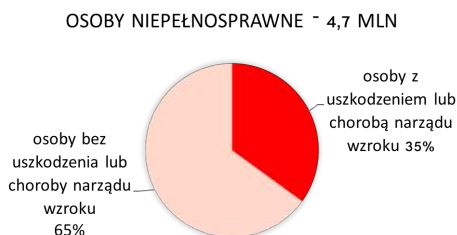
*** Komitet Zdrowia Publicznego PAN, 2016

**** Przegląd Epidemiologiczny, 2015



Rys. 3

Odsetek osób niepełnosprawnych posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku*



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

*na podstawie danych GUS, 2016



Rys. 4

naczynia przyżyciowo tylko my, okuliści możemy dojrzeć na dnie oka i prognozować, jak te naczynia wyglądają w całym organizmie. Tak samo jest z cukrzycą – pierwsze zmiany obserwujemy właśnie na dnie oka i możemy pomóc diabetologom nie tylko w rozpoznaniu, ale także musimy pomagać i pomagamy. Liczymy na dalszą współpracę, bo nie jest ona do końca, jak byśmy sobie tego życzyli, rozpropagowana właśnie w wypadku retinopatii cukrzycowej.

W Polsce jest prawie 5 milionów osób niepełnosprawnych. (rys. 4) Z tego 35% to są osoby z uszkodzeniem narządu wzroku. Są to osoby niedowidzące lub wręcz niewidome. Ściśle współpracujemy z Polskim Związkiem Niewidomych i razem tworzymy standardy, razem tworzymy procedury, które są potem stosowane przy badaniu i rehabilitacji takich osób. (rys. 5) Rehabilitacja osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu wzroku nie jest jeszcze do końca prawidłowo prowadzona, za mało jest ośrodków, za mało funduszy jest na to przeznaczanych. Liczymy na

Jak podaje GUS, w 2009 roku w Polsce było ponad **60 000 niewidomych** lub **niedowidzących** osób w grupie wiekowej powyżej 15. roku życia.*

Obecnie Polski Związek Niewidomych zrzesza ponad **55 000** członków.**

*GUS, 2011
** www.pzn.org.gov



Rys. 5


to i mamy pierwsze oznaki, że w przyszłym roku środków na rehabilitację, w tym także na okulistykę, będzie więcej.

Według WHO w skali globalnej można zapobiec lub poddać leczeniu, nawet wyleczyć do 80% przypadków zaburzeń widzenia. Jest to bardzo duża grupa osób. Wymaga to wdrożenia przez kraje członkowskie kompleksowych działań diagnostycznych i leczniczych. Do tego nam są potrzebne właśnie badania przesiewowe, badania profilaktyczne. Teraz podam zaskakujące dane: według badań TNS z 2012 roku co trzeci Polak nigdy nie był u okulisty.

Polskie Towarzystwo Okulistyczne istnieje od 1911 roku. W naszym statucie jest między innymi zapisana działalność publiczna na rzecz ochrony i promocji zdrowia w społeczeństwie. (rys. 6) PTO ma stronę internetową, gdzie edukujemy

Polskie Towarzystwo Okulistyczne (PTO)

- Rok założenia – 1911
- Główne cele Towarzystwa:
 - Reprezentowanie środowiska okulistów polskich
 - Działalność publiczna na rzecz ochrony i promocji zdrowia społeczeństwa**
 - Rozwój działalności naukowej i edukacyjnej w okulistyce
 - Doskonalenie zawodowe lekarzy i pracowników ochrony zdrowia
 - Działalność edukacyjna i szkoleniowa
 - Kształtowanie właściwych postaw społecznych i etyki zawodowej oraz integracja środowiska
 - Współdziałanie z parlamentem, organami administracji państwowej i samorządowej, mediami oraz innymi podmiotami i organizacjami w usprawnieniu profilaktyki i opieki okulistycznej**




Rys. 6

Działania PTO na rzecz profilaktyki w okulistyce

- Edukacja lekarzy okulistów w zakresie profilaktyki
 - ➔ programy edukacyjne na stronie internetowej, Zjazdy Okulistów Polskich, cykliczne spotkania lokalnych oddziałów Towarzystwa
- Edukacja lekarzy specjalizujących się w dziedzinie medycyny rodzinnej w zakresie profilaktyki chorób okulistycznych
 - ➔ kursy specjalizacyjne prowadzone przez lekarzy okulistów będących członkami PTO
 - ➔ wykłady na zjazdach lekarzy Medycyny Rodzinnej
- Opracowywanie wytycznych dotyczące standardów leczenia (26)

www.pto.com.pl



Rys. 7



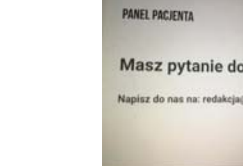


lekarzy, gdzie edukujemy lekarzy medycyny rodzinnej, gdzie publikujemy nasze wytyczne, standardy. (rys. 7) Do tej pory opublikowaliśmy 26 standardów leczenia, na których opiera się Ministerstwo Zdrowia w swoich programach. Dbamy także o seniorów. (rys 8) Powstał również portal dla pacjentów. (rys. 9) W panelu



Rys. 8

Działania PTO na rzecz profilaktyki w okulistyce

- Publikacja najnowszych doniesień naukowych dotyczących profilaktyki na stronie internetowej PTO
- Edukacja pacjentów
 - ➔ Panel Pacjenta na stronie internetowej PTO
- Współpraca z Polskim Związkiem Niewidomych
 - ➔ Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcją wzroku

Rys. 9

pacjenta można zadać pytanie ekspertowi, jest tam omówionych kilkanaście chorób, pacjent dowiadyuje się, jak im przeciwdziałać, co ma robić, gdzie ma się zgłosić.

W tym roku, tak jak w latach poprzednich, ale w tym roku po raz pierwszy na tak dużą skalę, podczas Światowego Tygodnia Jaskry zorganizowaliśmy tzw.

Działania PTO na rzecz profilaktyki w okulistyce

- POLSCY OKULIŚCI KONTRA JASKRA – akcja zorganizowana podczas Światowego Tygodnia Jaskry (10–18.03.2017)

W akcji wzięły udział 64 ośrodki okulistyczne w całej Polsce

Badanie obejmowało:

- wywiad i wypełnienie ankiety (ocena występowania czynników ryzyka)
- badanie ostrości wzroku
- badanie ciśnienia wewnątrzgałkowego
- badanie dna oka przy użyciu lampy szczelinowej

Wnioski:

- akcja spotkała się z dużym zainteresowaniem społeczeństwa
- zbadano ponad 2,5 tysiąca osób
- 18% osób badanych miało podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe
- 35% osób badanych wymagało dalszej diagnostyki w kierunku jaskry



Rys. 10

białą sobotą. (rys. 10) To kiedyś tak nazywano, „białe soboty”. Pacjenci wypełniali ankiety, byli to pacjenci, którzy w ciągu ostatniego roku nie byli u okulisty i którzy nie chorują na jaskrę. Chcieliśmy wyłowić właśnie tych, którzy już niestety albo chorują albo zaraz zaczną. 18% osób miało podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe, a aż 35% wymagało dalszej diagnostyki jaskry. Z tego potwierdzi się około połowa. Przebadaliśmy ponad 2500 osób. W przyszłym roku będzie to już tydzień, chcemy poświęcić tydzień na to, żeby robić badania przesiewowe. (rys. 11) To będzie nasz plakat: „Nie trać jaskry z pola widzenia” – myślę, że takie bardzo mocne słowa. Zdjęcie po prawej przedstawia nerw wzrokowy u pacjenta, który już za chwilę przestanie widzieć.

To są plany, jak będziemy docierać do grupy docelowej, jak będzie wyglądała kampania medialna. (rys. 12) Tak że już teraz zapraszamy i Polskie Radio, i Telewizję

• Światowy tydzień jaskry 11–17.03.2018



Rys. 11

Komunikacja – pacjenci

14

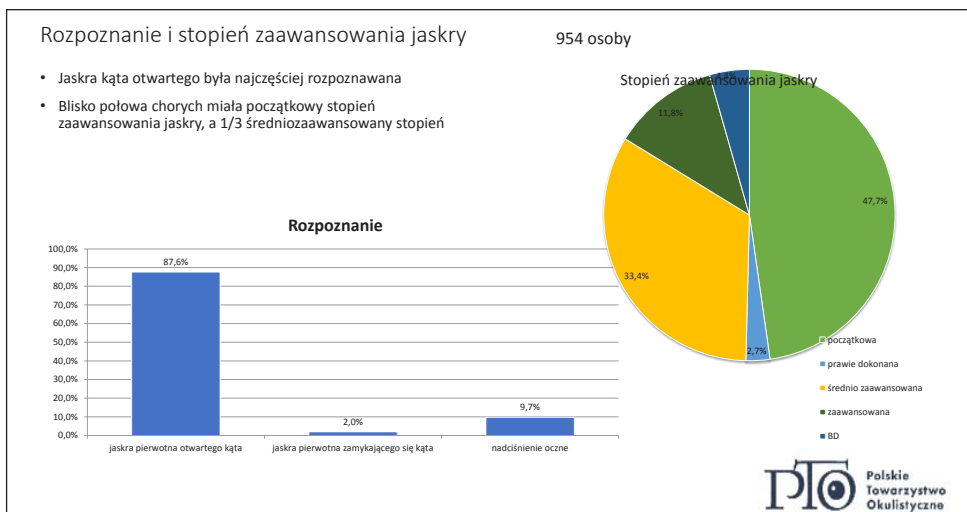
Konferencja prasowa	Kampania digital	Media katolickie	Media senioralne	Media regionalne	Biuro prasowe
<p>Na Foksal</p> <p>Inauguracja Światowego Tygodnia Jaskry</p> <p>Prezentacja raportu opracowanego na podstawie wyników badania</p>	<p>Wsparcie strony WWW oraz profilu na Facebooku</p>	<p>Radio Maryja, Telewizja Trwam, prasa katolicka</p> <p>Listy duszpasterskie w kościołach</p>	<p>„Głos Seniora” i inne magazyny senioralne</p> <p>Materiały promocyjne na eventach dla seniorów (pierwsza akcja 1 października – Międzynarodowy Dzień Osób Starszych)</p>	<p>Nawiązanie współpracy z lokalnymi KOL's – pozycjonowanie eksperckie w mediach lokalnych</p> <p>Komunikacja problemy na poziomie województw</p> <p>Reklamy w lokalnych rozgłoszeniach radiowych</p>	<p>Proaktywna komunikacja targetowana na poszczególne media np. opiniotwórcze, kobiece, poradnikowe</p> <p>Wysyłka mailingów do biur prasowych samorządów</p>



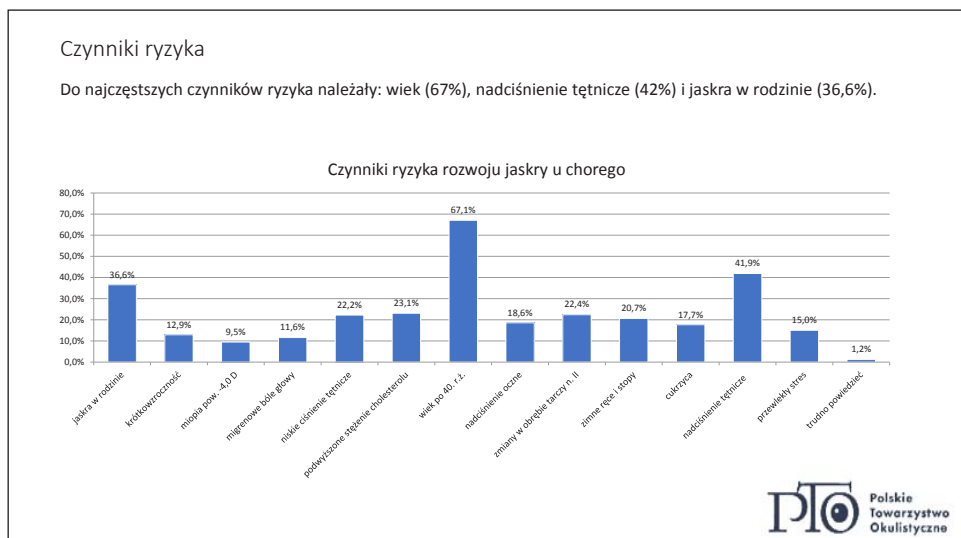
Rys. 12

Polską, i inne media do włączenia się do naszej akcji i mam nadzieję, że wspólnie zrobimy trochę dobrego w okulistyce. Będzie też działała infolinia, pacjent będzie wiedział, gdzie się zgłosić w danym dniu, w danym mieście do okulisty.

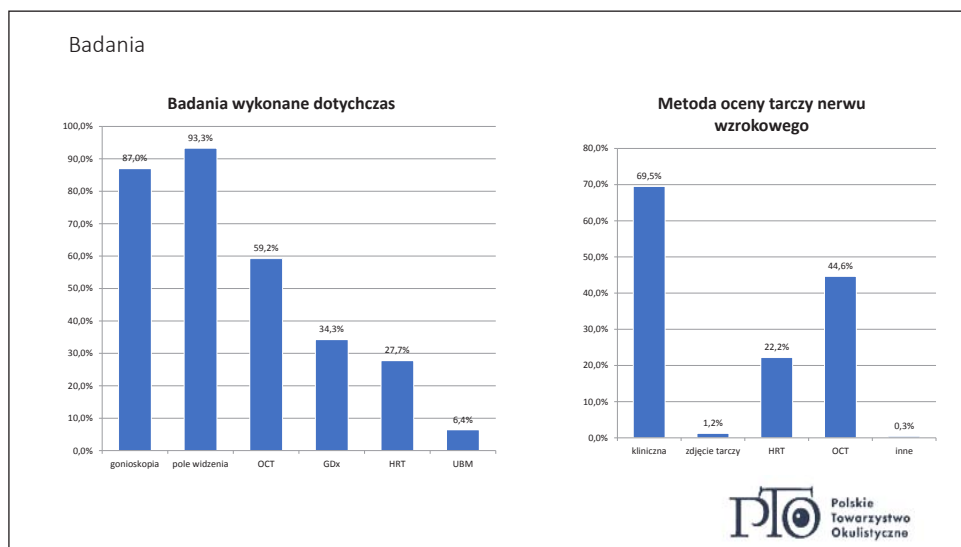
Przedstawię raport cząstkowy z badań przesiewowych „Ocena profilu klinicznego i stosowania schematów terapeutycznych u chorych z jaskrą”, podczas których planowane jest przebadanie 3000 osób. To jest raport z badań na prawie 1000 osób. Głównie badaliśmy pacjentów, którzy zgłosili się do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) pierwszy raz z jaskrą. Bardzo dużo pacjentów miało jaskrę początkową – to jest to zielone pole – i średniozaawansowaną. (rys. 13) Czyli pacjenci zgłaszają się do lekarza zdecydowanie za późno. Postulujemy i będziemy postulować,



Rys. 13



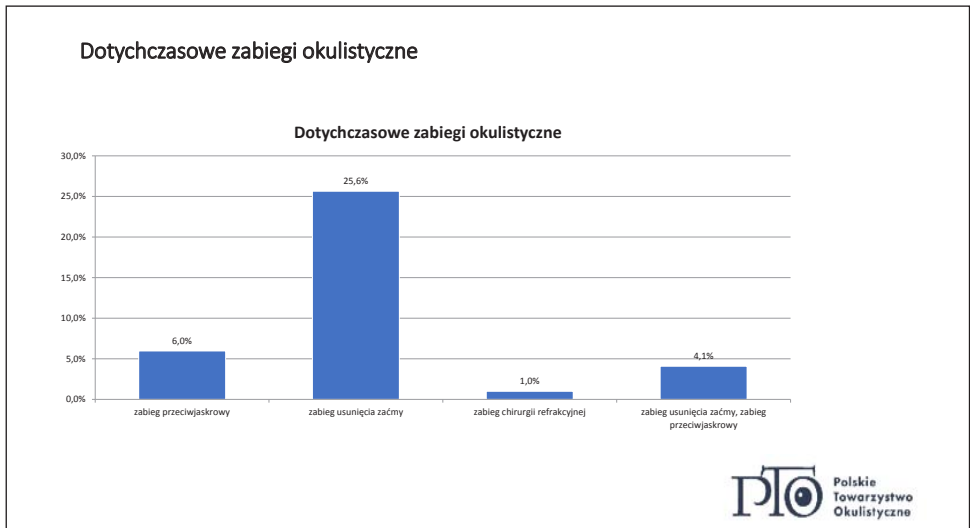
Rys. 14



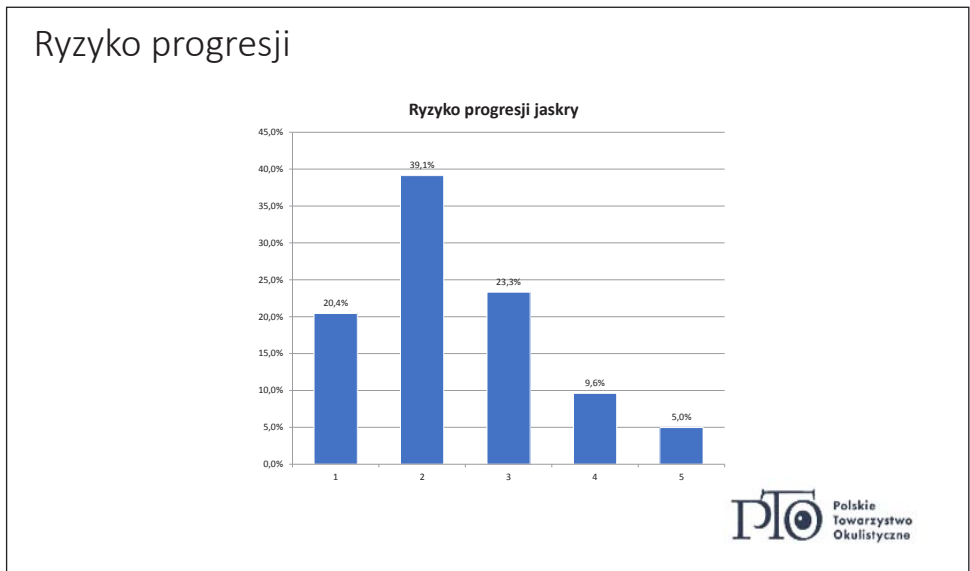
Rys. 15

żeby znieść skierowania do okulisty, żeby pacjent nie stał najpierw w kolejce do lekarza rodzinnego po skierowanie do specjalisty, do okulisty, a bezpośrednio już do okulisty trafił.

Główne czynniki ryzyka to oczywiście wiek powyżej 40 lat, nadciśnienie tętnicze i jaskra w rodzinie. (rys. 14) Metody oceny tarczy nerwu wzrokowego należą do bardziej specjalistycznych. (rys. 15) Skala stosowania poszczególnych metod mówi nam o tym, jak są wyposażone poradnie. Wykres dotyczący dotychczasowych zabiegów okulistycznych pokazuje zaś, że ryzyko jaskry jest największe u tych pacjentów, którzy mieli usuniętą zaćmę. (rys. 16)



Rys. 16

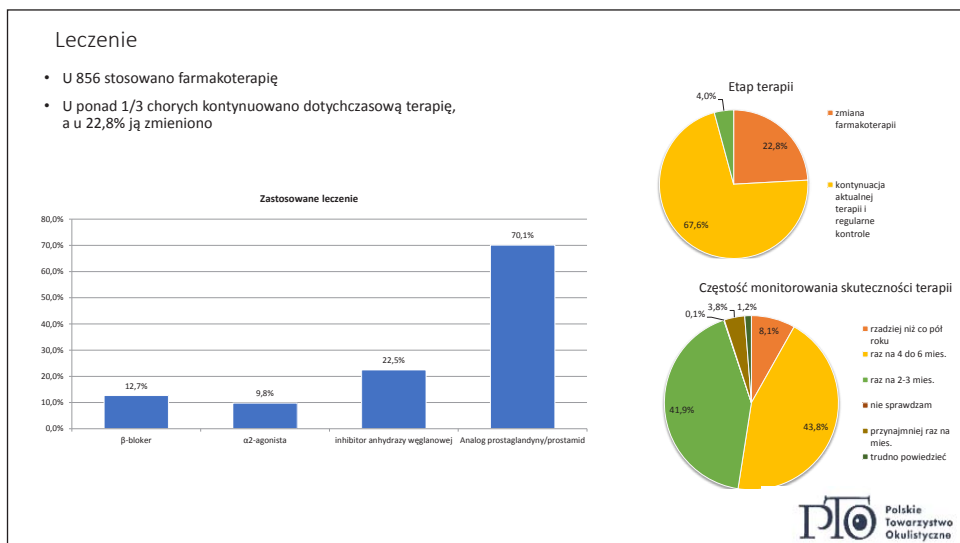


Rys. 17

Chciałam zwrócić uwagę na to, że w Polsce wykonuje się bardzo mało zabiegów przeciwjaskrowych. Jesteśmy na szarym końcu. Tylko Ukraina jest od nas jeszcze gorsza.

Odnośnie do ryzyka progresji jaskry, to u prawie 40% osób stwierdzono 2. stopień tej progresji. (rys. 17) To jest bardzo duża grupa osób.

Jaka była stosowana farmakoterapia? Zgodnie ze standardami europejskimi, najpierw stosujemy prostaglandyny i wreszcie właśnie badania przesiewowe. (rys. 18)



Rys. 18

Działania PTO na rzecz profilaktyki w okulistyce

- PO PIERWSZE ZDROWIE – AKCJA PROFILAKTYCZNA ORGANIZOWANA PRZEZ ŚWIATOWE CENTRUM SŁUCHU INSTYTUTU FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU W KAJETANACH

Badania plenerowe, sierpień–październik 2017 r.

Zorganizowano 4 akcje z udziałem 3 ośrodków okulistycznych
 Klinika Okulistyki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
 Katedra i Klinika Okulistyki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medica Vision w Suwałkach

Badanie obejmowało:
 wywiad i wypełnienie ankiety (ocena występowania czynników ryzyka chorób okulistycznych)
 badanie ostrości wzroku
 badanie dna oka przy użyciu oftalmoskopu

Wnioski:
 akcja spotkała się z dużym zainteresowaniem
 zbadano 206 osób
 badani ostatni raz u okulisty byli **średnio 2,5 roku wcześniej**
7% nigdy wcześniej nie było badanych przez okulistę

PTO

Rys. 19

W tym roku w ramach akcji „Po pierwsze zdrowie” razem z profesorem Henrykiem Skarżyńskim przebadaliśmy 206 osób. (rys. 19) Ostatni raz były one u okulisty średnio 2,5 roku wcześniej, a 7% nigdy wcześniej nie było badanych przez okulistę. Tak że w tym roku, w 2018 roku na pewno przy państwa pomocy będzie to szerzej rozpropagowane i będziemy w większej liczbie miast.

Wreszcie wspieramy merytorycznie projekt kapsuły do badań zmysłów Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach. Testowałam ją także osobiście. Muszę państwu powiedzieć, fantastyczna rzecz do pierwszych badań przesiewowych, właśnie postawiona w centrach handlowych.

Kampania lepszy wzrok lepsze życie

Karta Praw Pacjenta z ZAĆMĄ

*Prawa pacjenta są nie tylko Twoimi uprawnieniami.
Są jednocześnie zobowiązaniem placówek leczniczych
i personelu medycznego do ich respektowania.*”

1 Prawo do opieki medycznej (diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji) zgodnej z aktualną wiedzą medyczną.

Twoim podstawowym prawem jako chorego na zaćmę jest uzyskanie od personelu medycznego świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, zgodnych ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej. Kwalifikacja do zabiegu usunięcia zaćmy powinna odbywać się zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. Skierowanie na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy powinno otrzymać wtedy, gdy choroba utrudnia Ci codzienne funkcjonowanie. Powinieneś zostać poinformowany indywidualnie, a udzielane świadczenia medyczne powinny być uzależnione od okoliczności i Twojego stanu zdrowia.

3 Prawo do współdecydowania o zastosowanych wyrobach medycznych

Po przyjęciu do szpitala na zabieg operacji zaćmy masz prawo do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych, m.in. soczewki wewnątrzgałkowej. W przypadku zabiegu refundowanego przez NFZ nie masz możliwości dopłaty i wyboru soczewki wieloogniskowej i torycznej, mimo że nie ma w polskim prawie przepisu zabraniającego dopłat. W ramach NFZ wszczepiana jest soczewka jednoogniskowa. Ministerstwo Zdrowia nie określa w swoich wytycznych w precyzyjny sposób cech, którymi charakteryzować się powinna soczewka wewnątrzgałkowa, wszczepiana podczas refundowanego zabiegu. Decyzję o wyborze rozstępu stosowanych soczewek podejmują szpitale – tak więc dostępne w różnych placówkach medycznych implanty soczewkowe różnią się od siebie m.in. materiałem, budową i zastosowanymi filtrami. Twoje prawo do współdecydowania o zastosowaniu oprócz soczewki możesz mieć



Rys. 20

Rzeczywiście byłam pod wrażeniem tej kapsuły. Tu pan profesor o niej wspominał. Mam nadzieję, że szybko będą prototypy.

Ostatnia nasza działalność, o której chcę powiedzieć, to Karta Praw Pacjenta z Zaćmą. (rys. 20) W ogóle odnośnie do Karty Praw Pacjenta, to proszę pamiętać, że my wszyscy jesteśmy pacjentami, wszyscy chcemy być i dobrze poinformowani o naszym schorzeniu, i załatwieni tak jak powinniśmy, i żeby lekarz miał czas dla nas. Bardzo sobie tego i wszystkim życzę.

W przyszłym roku planujemy oczywiście dalsze badania przesiewowe w tygodniu jaskrowym. W akcji „Po pierwsze zdrowie” zamierzamy uczestniczyć bardziej specjalistycznie, czyli mieć do dyspozycji potrzebny sprzęt – lampę szczelinową i aparat do mierzenia ciśnienia wewnątrzgałkowego. (rys. 21)

Planowane działania PTO na rzecz profilaktyki w okulistyce

- Kontynuacja dotychczasowej działalności edukacyjnej
- Badania profilaktyczne w ramach akcji POLSCY OKULIŚCI KONTRA JASKRA (marzec 2018) ➔ zaangażowanie jak największej liczby ośrodków okulistycznych
- Plenerowe badania profilaktyczne PO PIERWSZE ZDROWIE ➔ zaangażowanie jak największej liczby ośrodków okulistycznych
- ➔ zakup potrzebnej aparatury (lampa szczelinowa, aparat do pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego)



Rys. 21

Obecnie około **15%** mieszkańców Europy to osoby **powyżej 65. roku życia**. Liczba ta stale rośnie. Szacuje się, że już w 2020 roku osoby po 65. roku życia będą stanowiły **powyżej 20%** populacji.

W związku ze starzeniem się społeczeństwa problem chorób narządu wzroku będzie narastał.

Podnoszenie świadomości społeczeństwa i powszechny dostęp do badań profilaktycznych są podstawowymi narzędziami w walce o utrzymanie jak najlepszej kondycji narządu wzroku przez całe życie.



Rys. 22

Na koniec chciałam tylko pokazać, co więcej możemy zrobić, jak dużo jest pacjentów okulistycznych i że społeczeństwo szybko się starzeje, przez co problem będzie narastał. (rys. 22)

Motto, które przyświeca tej akcji: „Uncja zapobiegania jest warta funta leczenia”, tak powiedział Benjamin Franklin.

Jeszcze raz bardzo państwu dziękuję.

Redaktor Justyna Wojteczek*

Dzień dobry. Witam Państwa serdecznie.

Przede wszystkim chciałabym pogratulować i, jeśli mogę, to pokazać jako wzór działania Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, które w ostatnich latach bardzo się zaktywizowało. To, co państwo robią, to rzeczywiście jest nieprawdopodobny dorobek. A problemy narządu wzroku oczywiście są – my tutaj w ogóle nie rozmawiamy o problemach niepoważnych – również poważnymi problemami.

Okuliści są w tej dobrej sytuacji, jest to ich mocną stroną, że z ich liczbą w Polsce nie jest tak dramatycznie jak na przykład z liczbą patologów, więc nie ma ogromnego problemu deficytu tej specjalności. Ponadto gabinety okulistyczne w Polsce są naprawdę bardzo dobrze wyposażone, jest dostęp do sprzętu.

W kontekście tego, że problemy narządu wzroku stają się coraz poważniejsze, są dwie wiadomości. Wciąż jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu i niska wycena z Narodowego Funduszu Zdrowia. Te dwa czynniki razem powodują, są jednym z powodów, że ludzie się po prostu późno zgłaszają na badania albo nie wykonują badań kontrolnych.

Pani profesor bardzo pięknie powiedziała wszystko o profilaktyce, więc nie będę tego powtarzała. Chciałabym zwrócić uwagę na problem profilaktyki wtórnej,

* Redaktor Justyna Wojteczek – Polska Agencja Prasowa, Serwis Zdrowie

czyli ludzi, którzy już mają jakieś zaburzenie wzroku. Wyczytałam, że jeśli chodzi o pacjentów okulistycznych, to 60% z nich nie przestrzega zaleceń lekarskich, czyli zmienia dawki leków albo ich nie bierze, albo odstawia na jakiś czas. W kontekście tego, że jest tak utrudniony dostęp do okulisty, to jest to po prostu dramat. Tu też trzeba bardzo zwrócić uwagę na edukację społeczną.

Druga kwestia, na którą jako dziennikarze i lekarze koniecznie musimy zwrócić uwagę, jest medycyna holistyczna, czyli wpływ różnych schorzeń również na rozmaite inne układy lub powodujących cukrzycę czy nadciśnienie. Ciekawa jestem, jak wielu ludzi, którzy trafiają do internisty, otrzymuje informację, że mają nadciśnienie, że powinni zwracać uwagę na wzrok, może zapisać się na kontrolę do okulisty. Nie wiem, nie ma takich badań. Warto by było podnosić świadomość lekarzy w tym zakresie, żeby pacjentów edukowali, ponieważ pacjenci najczęściej wiadomości wnoszą jednak od lekarzy. Media też oczywiście mają ogromne znaczenie, jak najbardziej, jestem pewna, że moi koledzy i ja będziemy starali się robić to, co najważniejsze.

Jeszcze jedna rzecz, którą najbardziej prasa może rozpowszechnić. Mam wrażenie, że prasa kobieca rozpowszechniła wśród swoich czytelniczek głównie potrzebę ćwiczenia mięśni oka z uwagi na to, że ma to przeciwdziałać zmarszczkom. Dobrze by było jeszcze tworzyć nową modę, szerzyć wiedzę o tym, że na szybsze powstawanie zmarszczek wokół oczu wpływa również na przykład to, że mamy niewłaściwe oświetlenie. To jest profilaktyka bazowa, całkowicie bazowa. Ja, proszę państwa, głupieję, jak wchodzę do sklepu i mam kupić żarówkę. Ja naprawdę nie wiem, jaką mam wybrać z tych wszystkich żarówek. Muszę dokładnie dopytywać sprzedawcę i efekt jest taki, że potem i tak wracam do sklepu, ponieważ oświetlenie mi nie pasuje.

Dziękuję bardzo za te działania, które państwo podjęli, i życzę jeszcze więcej.

Badania przesiewowe w urologii

Panie Marszałku! Panie Senatorze!

Ja dołączę się do laudacji profesora Henryka Skarżyńskiego. Cieszę się z włączenia urologii do badań profilaktycznych, ponieważ urologia zazwyczaj jest pomijana przy takich akcjach, bo badania profilaktyczne w tej dziedzinie są, jak by nie patrzeć, dosyć trudne z racji na specyficzny zakres naszych zainteresowań. Ja nie bez kozery pokazuję państwu Jamesa Buchanana Brady'ego, człowieka, który dzięki swoim donacjom stworzył nowoczesną urologię w Stanach Zjednoczonych. (rys. 1)


Jak widać, bez profilaktyki, przy złym sposobie odżywiania się też można żyć relatywnie długo.

W tej chwili w Polsce niestety zachorowalność na nowotwory złośliwe cały czas rośnie i częstość zachorowania na nowotwory układu moczowego niestety również rośnie. (rys. 2)

Jeżeli chodzi o śmiertelność, to jest pewna poprawa, natomiast prawda jest taka, że ile byśmy pieniędzy nie mieli w medycynie, to każde może-

my spożytkować. (rys. 3) Oczywiście lepiej zapobiegać, natomiast czasami jest to niemożliwe. W urologii w zasadzie, poza dołączeniem się do chóru głosów, że dym tytoniowy jest sprawcą większości nowotworów, dużych możliwości zapobiegania

James Buchanan Brady – fundator urologii
Johns Hopkins Hospital, Baltimore
pacjent Hugh Hamptona Younga
Twórcy nowoczesnej urologii



Śniadanie:
1 galon soku pomarańczowego
omlet z 12 jaj
1 stek
kotlety wieprzowe
mufiny

Lunch:
2 homary, kraby, ostrygi
1 stek
4 tace ciast

Podwieczorek:
1 talerz owoców morza

Kolacja:
36 ostryg
6 krabów, 8 homarów, zupa żółwiowa
2 kaczk
1 stek
1 kilogram czekoladek

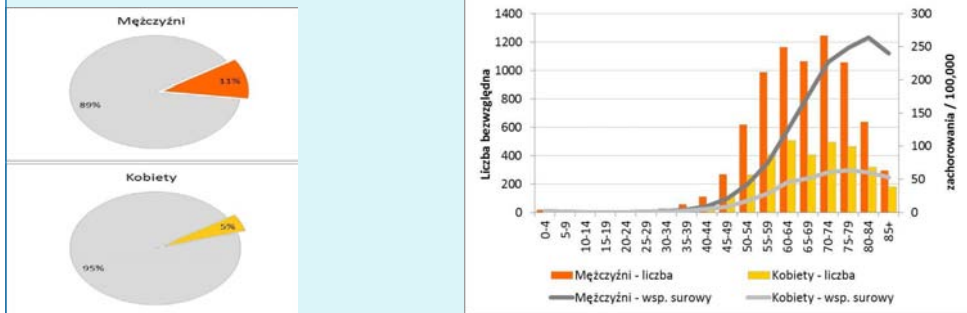
Żył 71 lat
Nie miał żony ani dzieci

Rys. 1

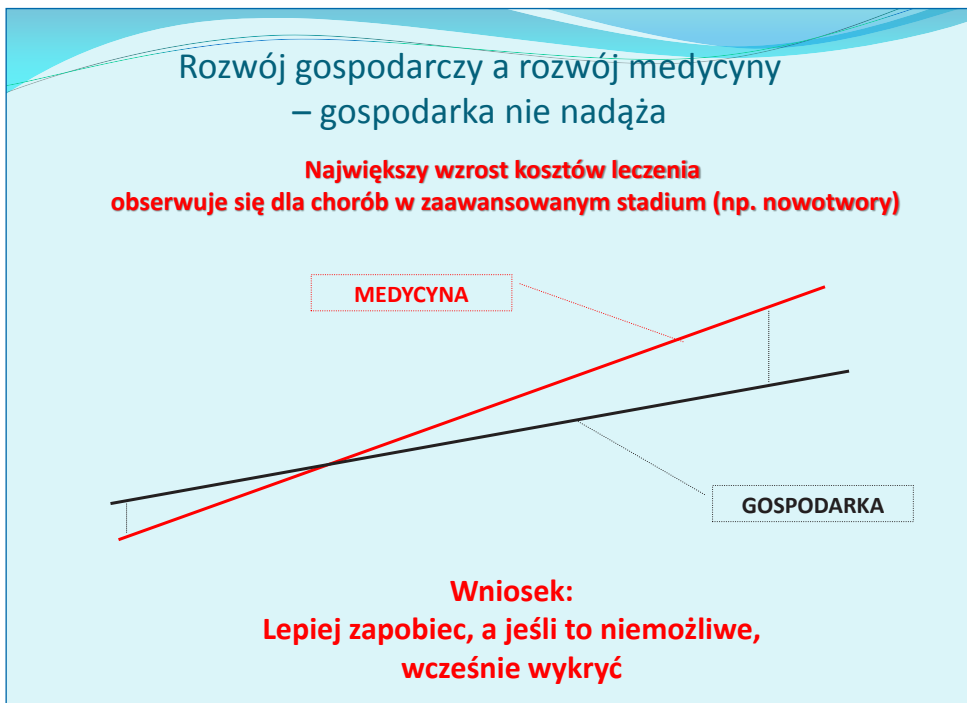
* Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski – kierownik Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie



Częstość zachorowania na nowotwory układu moczowego

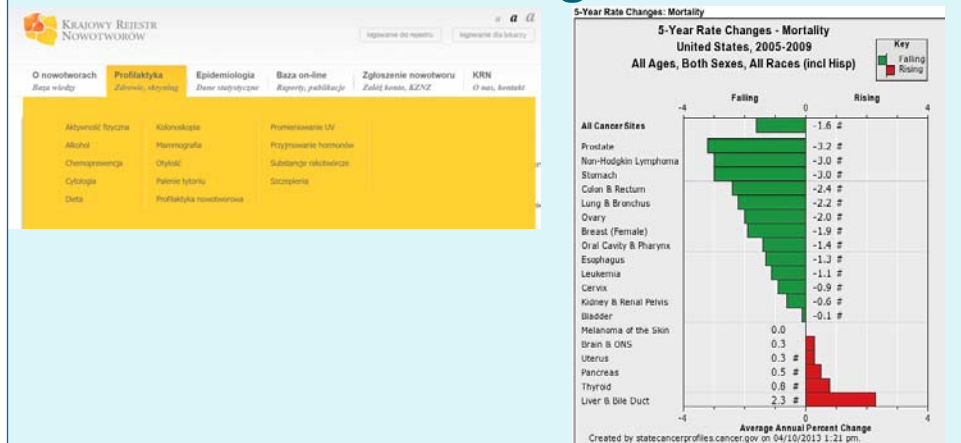


Rys. 2



Rys. 3

Brak programów skriningowych lub wczesnej wykrywalności w urologii



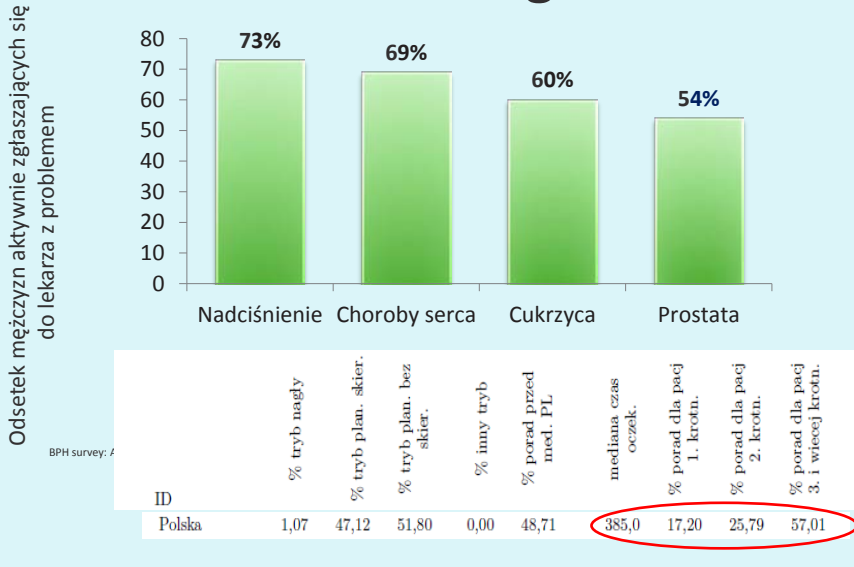
Rys. 4

nie ma. Ale mamy zdecydowanie bardzo dużo możliwości wczesnego wykrywania, a to wczesne wykrywanie, jak by nie patrzeć, przekłada się ewidentnie na wyniki leczenia i na koszty – bo cały czas mówimy o pieniądzach, które są przeznaczane na leczenie.

Pozwoliłem sobie pokazać państwu stronę z Krajowego Rejestru Nowotworów. (rys. 4) Jak państwo widzą, jest bardzo wiele programów profilaktycznych – programów profilaktycznych a nie wczesnego wykrywania. W odniesieniu do urologii niestety programów wczesnego wykrywania nie ma. Jeżeli popatrzymy, jak wygląda na świecie pięcioletnia śmiertelność w nowotworach, to ona się oczywiście zmienia. Największe zmiany obserwujemy w wypadku raka gruczołu krokowego, te zmiany obserwujemy również w Polsce. Ale rak pęcherza i rak nerki to są nadal zabójcy wielu osób i, jeżeli chodzi o raka pęcherza, to w Polsce sytuacja wygląda bardzo tragicznie, co za chwilę pokażę.

Mężczyźni niechętnie chodzą do urologa, to prawda, ale drugi problem jest taki – to jest wyimek z map potrzeb zdrowotnych – że średni czas oczekiwania na poradę w poradni urologicznej to ponad rok. (rys. 5) Oczywiście to wynika z dwóch rzeczy. Po pierwsze, urodzą się starzej, niedługo ponad 50% urologów będzie po 60. roku życia. Drugi problem jest taki, że my bardzo chętnie chcielibyśmy przyjmować pacjentów już wstępnie przebadanych, czyli takich, którzy z Podstawowej Opieki Zdrowotnej przyszliby do nas z kompletem podstawowych badań, które nie wykraczają – ja za chwilę powiem, jakie to są badania – poza zakres, który leży w gestii lekarza POZ.

Mężczyźni niechętnie chodzą do urologa

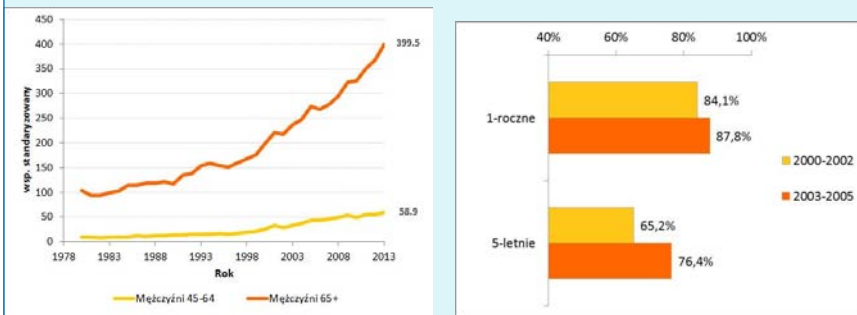


Rys. 5

Rak prostaty

Zachorowalność 15%

Umieralność 8%



Rys. 6

Kilka słów na temat raka prostaty. (rys. 6) Zachorowalność w Polsce wynosi 15%, a umieralność – 8%. Jak państwo widzicie, pomiędzy 2000 a 2005 rokiem te wartości się zmieniły, to znaczy wzrosła zachorowalność – a w zasadzie wzrosła wykrywalność dzięki wprowadzeniu badań PSA, o czym za chwilę – natomiast umieralność niestety nadal nie jest na takim poziomie, na jakim byśmy chcieli, nadal w istotny sposób odstawiając od zagranicy.

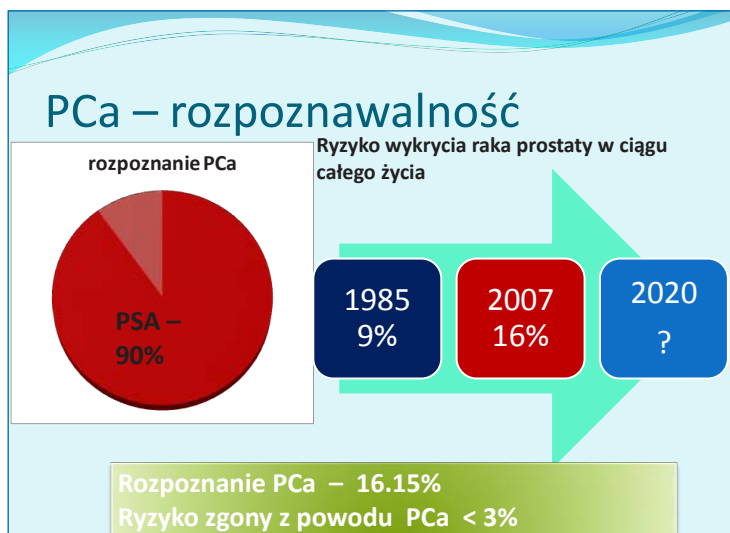
Ryzyko wykrycia raka prostaty w ciągu całego życia w 2007 roku wynosiło 16%, ocenia się, że w 2020 roku będzie wynosiło około 20%. (rys. 7–8) Pytanie, co z tym

można zrobić. Pierwsza rzecz to wykrywać nowotwory ograniczone do narządu, czyli takie, które umiemy leczyć, i co ważniejsze zidentyfikować te nowotwory, które zabijają, i je leczyć agresywnie, a te nowotwory, które nie zabijają, obserwować.

Pytanie, czy prowadzić badania przesiewowe. (rys. 9) Badania europejskie udowodniły, że redukcja ryzyka zgonu w ramieniu skринingowym wynosi 51%. Proszę państwa, to są fakty, z którymi nie można dyskutować. Mówimy o tym, że w nowotworach piersi badania przesiewowe są potrzebne, i z tym nie mamy żadnych problemów. Proszę spojrzeć, *number needed to screen* (NNS) dla raka piersi wynosi 377, dla raka prostaty – i to się cały czas zmniejsza – 293. *Number needed to treat* (NNT), żeby uratować jedno istnienie

ludzkie, dla raka piersi wynosi 10, dla raka gruczołu krokowego – 12. To są cyfry, z którymi nie powinno się dyskutować.

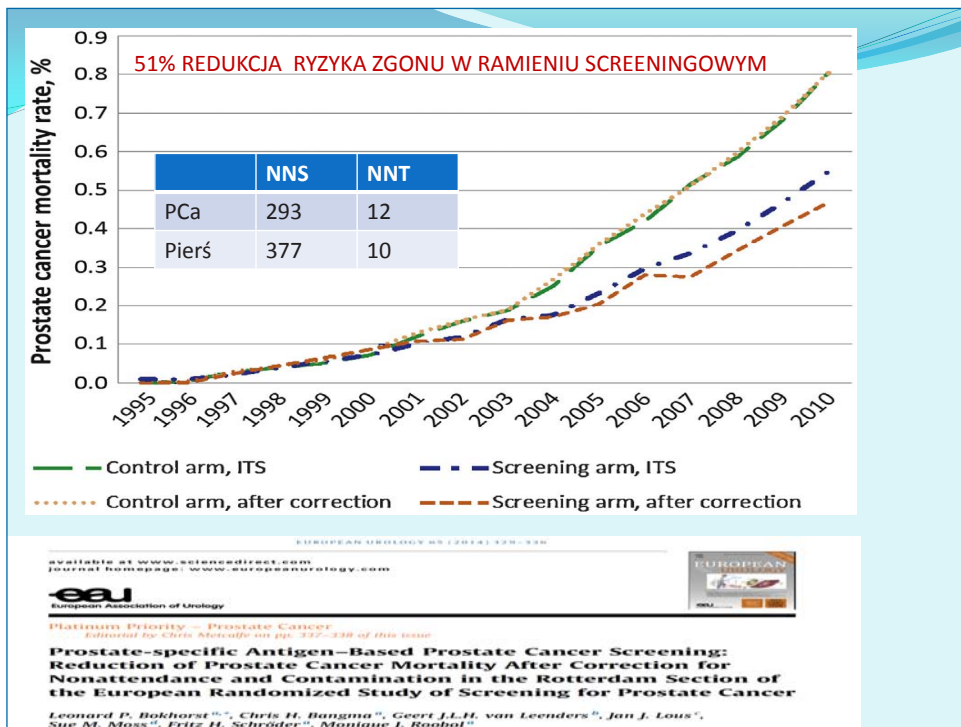
Proszę pamiętać o tym, że norma PSA nie istnieje, nie ma czegoś takiego jak PSA w normie. (rys. 10) PSA zawsze musi zinterpretować urolog. Dlatego ja bardzo



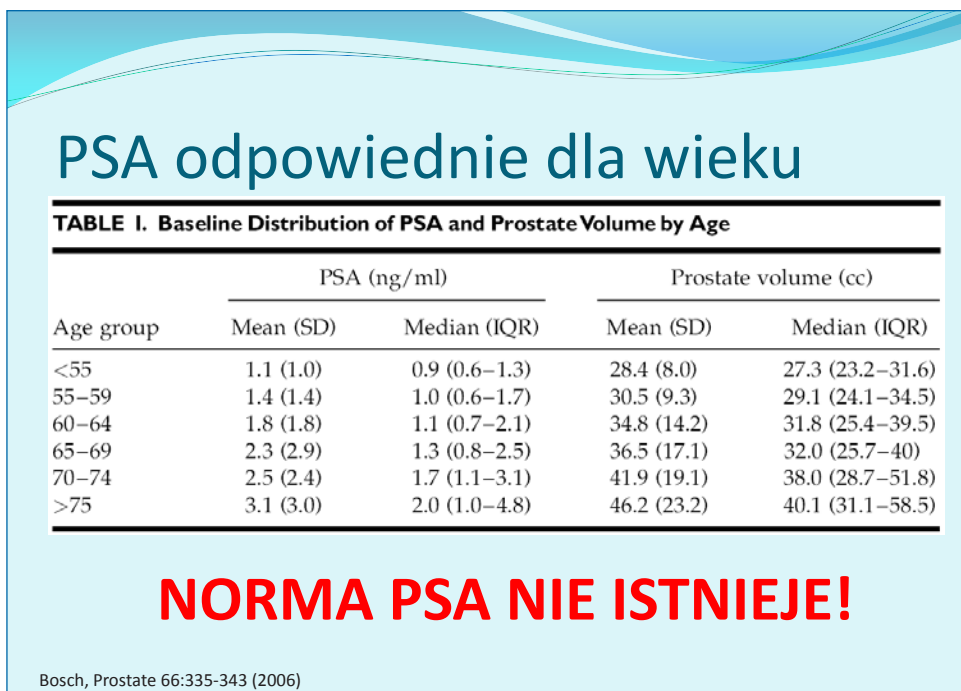
Rys. 7



Rys. 8



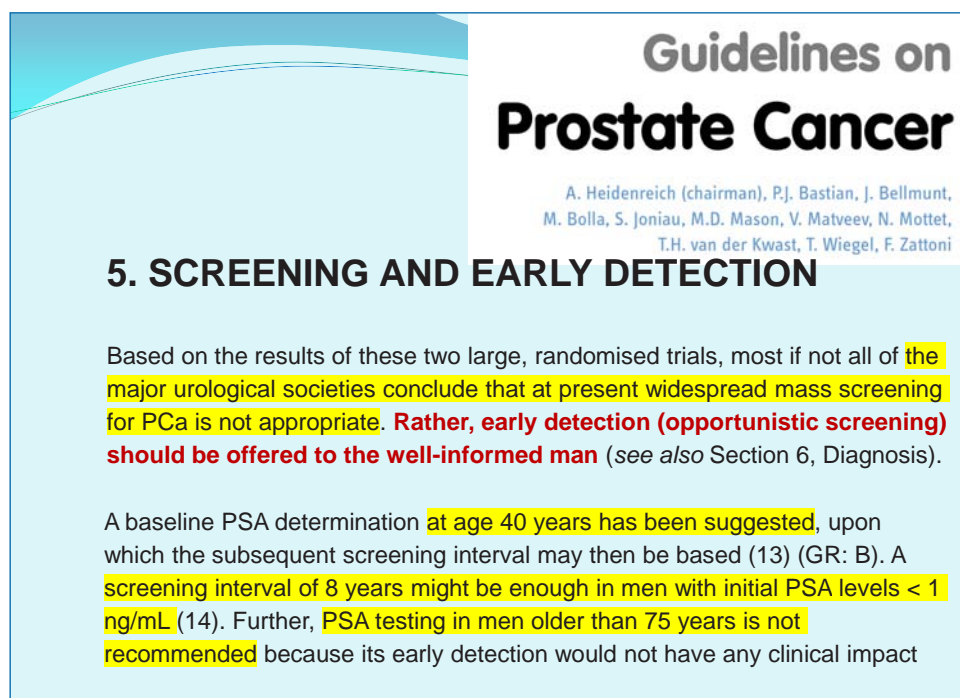
Rys. 9



Rys. 10

nie lubię „dzikich” skriningów, czyli skriningów robionych na przykład na poziomie powiatu, gdzie ktoś chce sobie zwiększyć, przepraszam bardzo za kolokwializm, popularność polityczną i robi skrining dla tysiąca mężczyzn, z którego zupełnie nic nie wynika, bo nikt potem nie weryfikuje tego badania.

Jeżeli popatrzymy na wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, które są zaakceptowane przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, to okazuje się, że stawiamy na wczesną wykrywalność. (rys. 11) Po pierwsze, pierwsze PSA powinno się oznaczyć po 40. roku życia, po drugie wynik powinien zinterpretować urolog, po trzecie, po 75. roku życia – tylko ta granica się coraz bardziej przesuwają – nie powinniśmy już wykonywać badań przesiewowych PSA. Proste przykazanie: oznacz PSA po 40. roku życia. Niestety pacjenci najczęściej przychodzą do nas bez PSA. Pójdź do urologa i w przypadku raka rodzinnego, czyli jeżeli mamy jednego, dwóch lub więcej męskich krewnych z rakiem gruczołu krokowego, trzeba badania robić zdecydowanie wcześniej.



Rys. 11

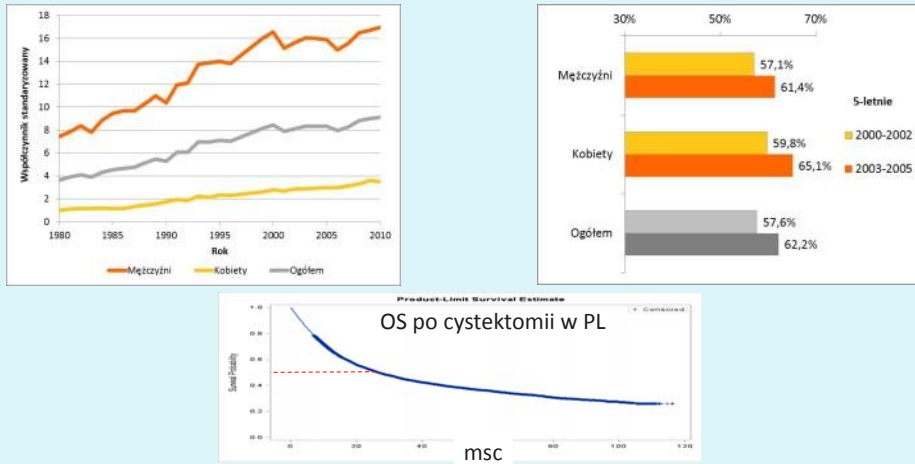
Rak pęcherza. (rys. 12) Proszę państwa, zachorowalność rośnie głównie u mężczyzn, u kobiet również, ale mniej. Nadal jest też wysoka umieralność, nadal operujemy zbyt późno. To są bardzo aktualne dane. Jeśli chodzi o całkowite przeżycie po cystektomii, to 50% pacjentów umiera w ciągu 24 miesięcy od operacji.

Dlaczego tak się dzieje? Bo nadal nie diagnozujemy nowotworów typu zabójca, czyli naciekających na błonę mięśniową. (rys. 13) Jeżeli wykryjemy nowotwór wcześniej, my umiemy go wyleczyć.

Rak pęcherza

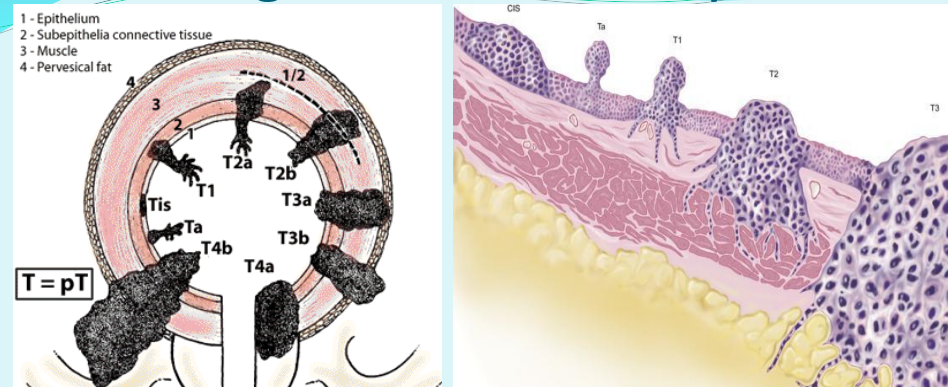
zachorowalność 7%/2%

Umieralność 5%/2%



Rys. 12

TNM guzów urotelialnych

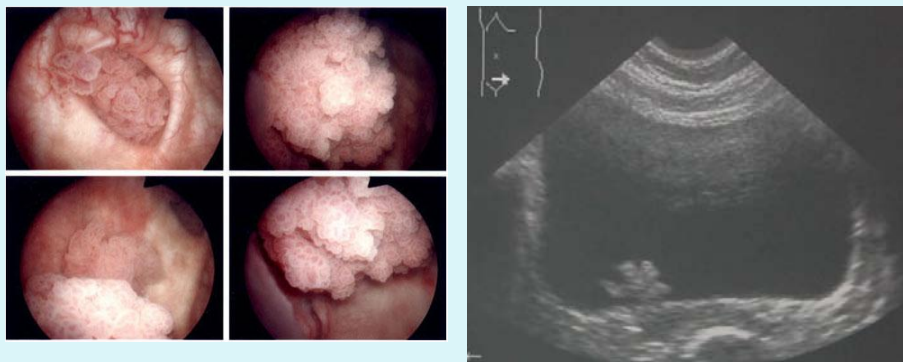


Stage Distribution and 5-year Relative Survival by Stage at Diagnosis for 2002-2008, All Races, Both Sexes

Stage at Diagnosis	Stage Distribution (%)	5-year Relative Survival (%)
In situ (only in the layer of cells in which it began)	51	96.4
Localized (confined to primary site)	35	70.2
Regional (spread to regional lymphnodes)	7	32.9
Distant (cancer has metastasized)	4	5.5
Unknown (unstaged)	3	48.8

Rys. 13

Biomarker – bezbólowy krwiomocz!



Cystoskopia lub USG a nie leczenie infekcji!

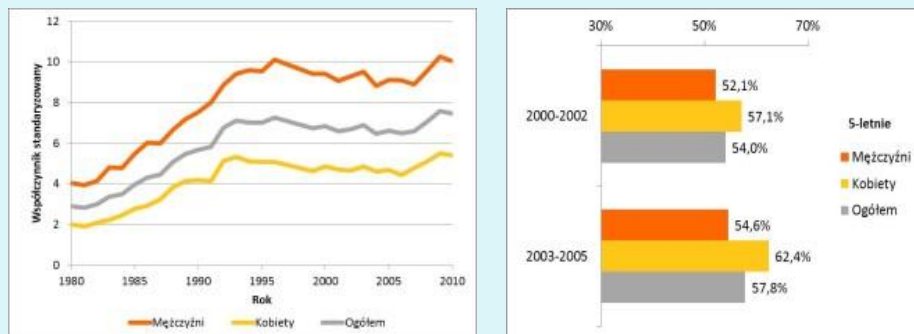
Rys. 14

Jak go wykryć? Bardzo prosto – USG i cystoskopia, niebagatelizowanie krwiomoczu bez bólu. (rys. 14) Ja marzę o tym, żeby w Polsce powstały ośrodki cystoskopowe. Bo tutaj ewidentnie jesteśmy w stanie bardzo dużo poprawić, żeby pacjent z bezbólowym krwiomoczem nie czekał rok na wizytę u urologa, tylko

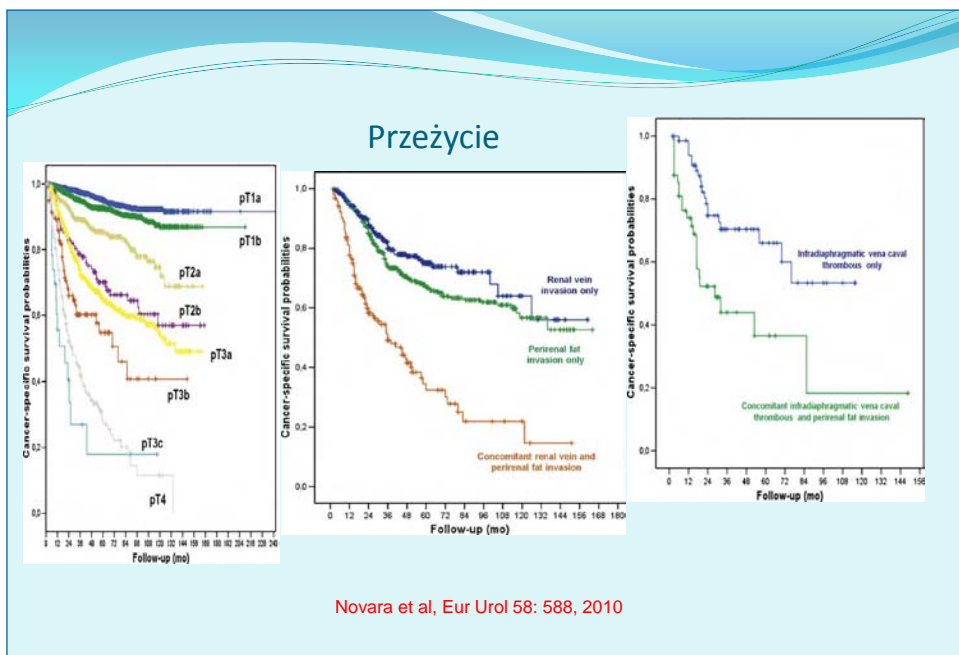
Nerka

Zachorowalność 3%/2%

Umieralność 3%/2%



Rys. 15



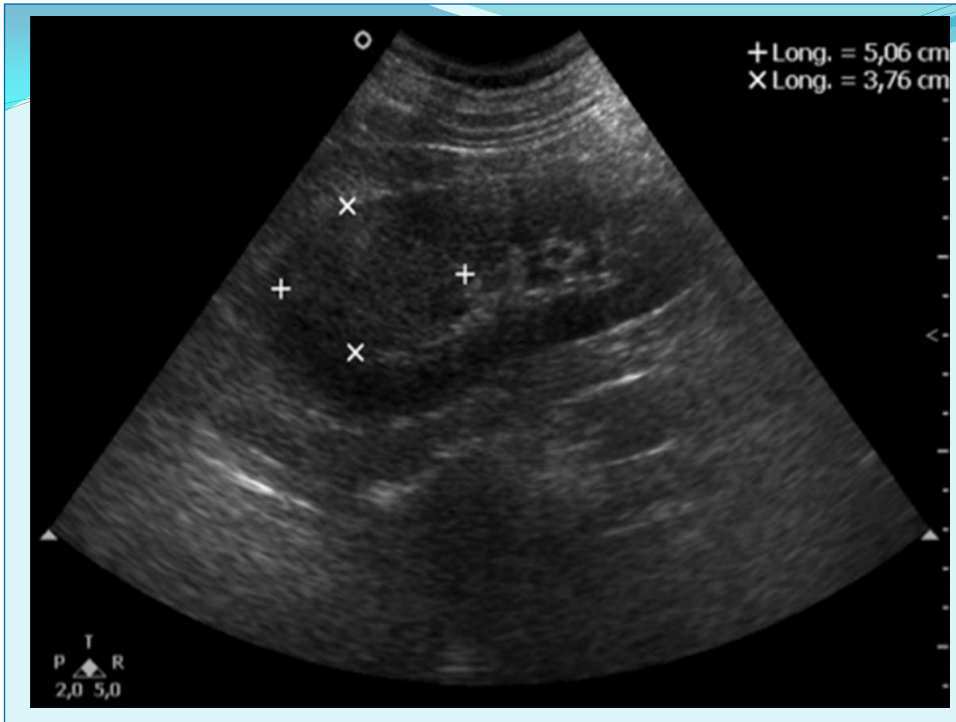
Rys. 16

miał w ciągu tygodnia, dwóch tygodni wykonaną cystoskopię. Efekt zdrowotny netto tego będzie niesamowity. Trzeba pamiętać o tym, że czynnikiem ryzyka jest to, o czym już wspominałem, palenie papierosów. Wczesna cystektomia w wypadku naciekających nowotworów ratuje życie. Ta cystektomia powinna być wczesna.

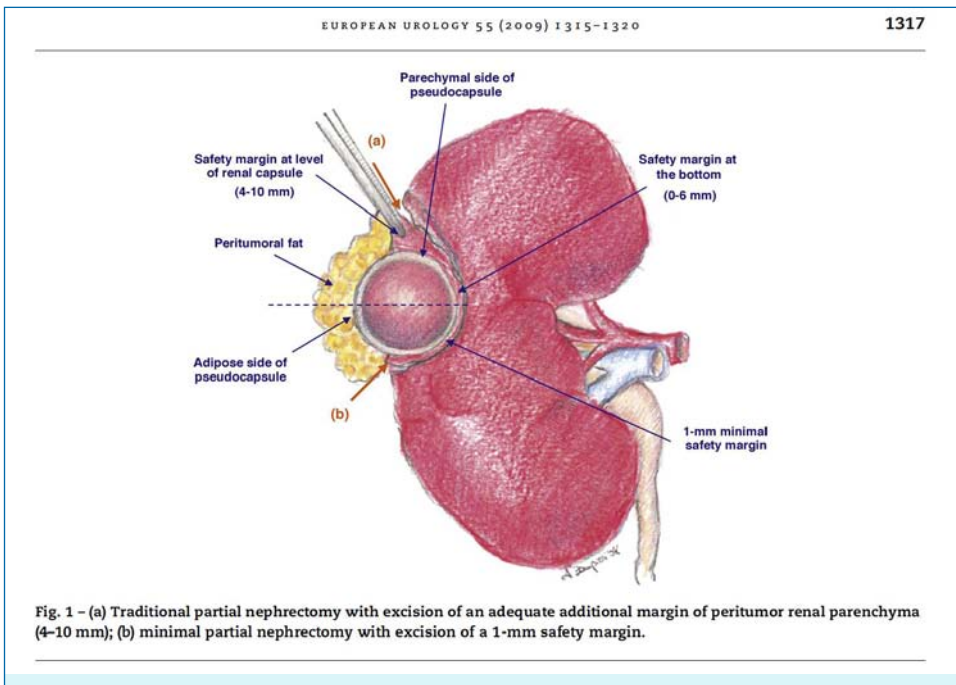
Ostatni nowotwór, o którym chcę powiedzieć, to rak nerki. (rys. 15) Zachorowalność wynosi 3%, umieralność – 3% dla mężczyzn i 2% dla kobiet. Jest pewna poprawa, są wprowadzone nowe leki, które pozwalają skutecznie leczyć zaawansowane nowotwory. Jeżeli jednak popatrzy się na krzywe przeżycia, to znowu – im wcześniej rozpoznamy nowotwór, tym lepiej go umiemy wyleczyć i umiemy go wyleczyć tanio i skutecznie. (rys. 16)

Badanie przesiewowe – banalne i proste. Cały czas uważam, że dobrze wykonane USG raz do roku jest najtańszym badaniem przesiewowym, które możemy naszym pacjentom zaproponować, bo wtedy jesteśmy w stanie wykryć nowotwór nerki, jesteśmy w stanie usunąć ten nowotwór z nerki i pacjent wychodzi do domu w ciągu kilku dni zdrowy i ma bardzo duże szanse na to, że nie będzie miał wznowy, że nie będzie miał przerzutów odległych. (rys. 17–18) Ja nadal spotykam pacjentów, którzy są operowani na przykład z powodów innych i nie mieli nigdy w swoim życiu USG jamy brzusznej. Oni przychodzą z nowotworem, który ma 6–7 cm, i z przerzutami do płuca.

Na koniec, niejako zapowiadając wystąpienie profesora Grzegorza Opolskiego, chciałem nawiązać do kardiologii, bo wbrew pozorom urologia ma z nią dużo wspólnego i rzeczywiście możemy ze sobą współpracować. Zespół metaboliczny,

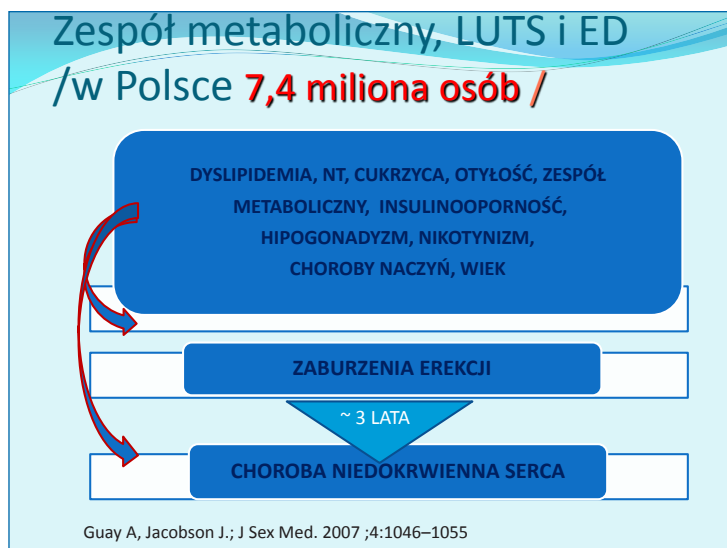


Rys. 17



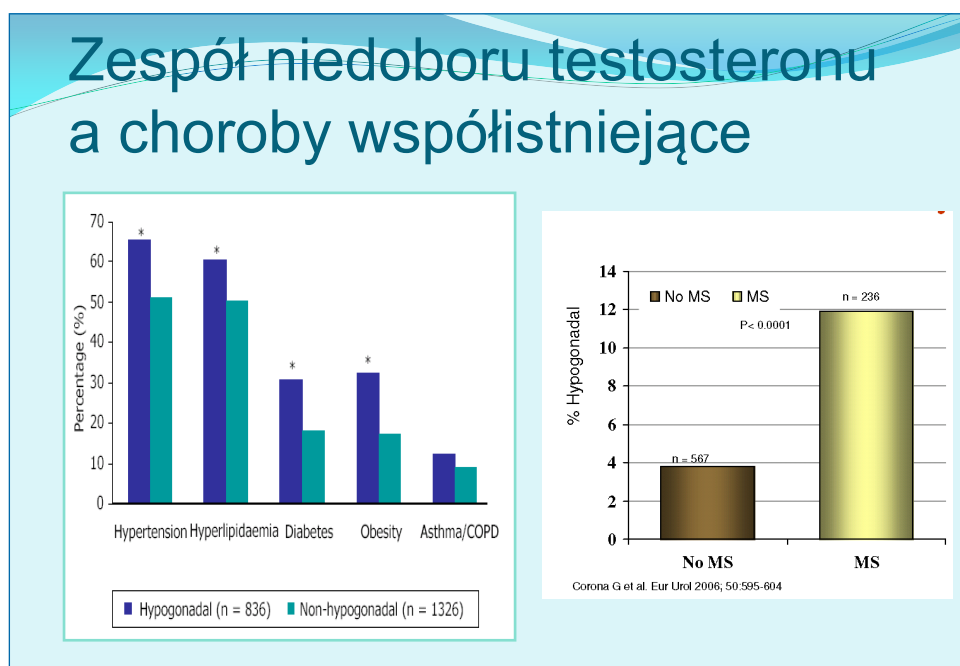
Rys. 18

choroba niedokrwienna serca, cukrzyca i tak dalej, i tak dalej, to wszystko wiadomo, że to są cisi zabójcy Polaków. (rys. 19) Natomiast mężczyźni mają doskonały biomarker skriningowy, który pozwala na wykrycie tych zaburzeń odpowiednio wcześniej – to są zaburzenia erekcji. Jeżeli u młodego człowieka pojawiają się wcześniej zaburzenia erekcji, to nie należy ich bagatelizować. Trzeba sprawdzić, czy ci mężczyźni



Rys.19

nie mają zespołu niedoboru testosteronu, czy nie są ospali, niechętni do pracy, czy nie mają problemów ze skupieniem. (rys. 20) Nie należy tego kłaść na karb przemęczenia, bo wcześniej wykryte zaburzenia erekcji poprzedzają incydenty sercowo-naczyniowe o 3 do 5 lat. (rys. 21) Tak więc pacjent z zaburzeniami erekcji tak naprawdę powinien bardzo szybko zgłosić się do lekarza, być może najpierw do



Rys. 20

Zaburzenia erekcji poprzedzają incydenty sercowo-naczyniowe

Wiek	Incydenty S-N/1000 pacjentów (CI)	
	Z zaburzeniami erekcji	Bez zaburzeń erekcji
40–49	48.52 (1.23-269.26)	0.94 (0.02-5.21)
50–59	27.15 (7.40-69.56)	5.09 (3.38-7.38)
60–69	23.97 (11.49-44.10)	10.72 (7.62-14.66)
70+	29.63 (19.37-43.75)	23.30 (17.18-30.89)

Inman et al Mayo Clin Pr 2009

Rys. 21

Redaktor Dariusz Dewille*

Muszę przyznać, że z niezwykle dużym zainteresowaniem wysłuchałem wystąpienia pana profesora, chociażby dlatego, że ten ostatni akcent był typowo męski. Ale mówiąc poważnie, przedstawił pan profesor mnóstwo informacji, a więc można domniemywać, że problem jest znany środowisku urologicznemu, onkologia jest tematem, który nie jest nowy. Jeżeli jest to tak doskonale zbadane, zdiagnozowane przez środowisko medyczne, to dlaczego śmiertelność Polaków jest aż tak duża? Dlaczego odstawiamy od średnich europejskich? Czy to jest wiedza tajemna, która jest dostępna tylko dla pana profesora, czy też profesury, czy też ona schodzi do poziomu lekarza pierwszego kontaktu lub też urologa pierwszego kontaktu? Bo pan profesor sugeruje, że urolog powinien być właściwie na równi z lekarzem pierwszego kontaktu, że do urologa powinniśmy trafiać bardzo, bardzo szybko. Ale z drugiej strony sam pan podkreślił, że czas oczekiwania na wizytę do urologa wynosi około roku. Sprawdziłem, niestety ma pan profesor rację.

Drugą racją jest to, że jako mężczyzna nie spotkałem się z sytuacją, kiedy lekarz pierwszego kontaktu zadałby mi pytanie, czy mam jakiegokolwiek problemy urologiczne, a więc czy mój „papierek lakmusowy”, czyli „barometr” informuje o jakichkolwiek problemach zdrowotnych. Pytanie, czy lekarz był na tyle delikatny, subtelny i nie chciał zadawać intymnego pytania, czy też po prostu nie wiedział, że powinien je zadać. Bo oczywiście pacjent powinien być świadomy, ale o wiele bardziej świadomy pewnych rzeczy wypadałoby, żeby był lekarz, lekarz pierwszego kontaktu.

urologa, a potem bardzo szybko do kardiologa.

Proszę państwa, dzięki uprzejmości pana marszałka 3 lata temu mieliśmy przyjemność spotkać się tutaj i rozmawiać o tym, czy polski mężczyzna może żyć dłużej. Ja cały czas uważam, że tak, i o ile kobiety chcą być wiecznie młode, to mężczyznom wystarczy, że będą długo sprawni.

Dziękuję bardzo.

* Redaktor Dariusz Dewille – TVP 3

Pan profesor mówił o tym, narzekał na to, że badania urologiczne są analizowane nie przez urologa a przez lekarza pierwszego kontaktu, że właściwie z tymi badaniami powinniśmy trafiać do specjalisty. Powstaje pytanie: jeżeli wszystko jest zdiagnozowane przez środowisko medyczne, dlaczego nie ma pewnych procedur systemowych, dlaczego pewne rzeczy nie są rutynowo stosowane?

Panie Profesorze, pani profesor, jeżeli chodzi o schorzenia okulistyczne powiedziała, jakie są zamierzenia, co przewiduje się w przyszłości. Brakuje mi takiej informacji w kontekście urologii, co będzie w przyszłym roku, za dwa, za pięć lat, jeśli chodzi o procedury, o sposób leczenia, o badania przesiewowe.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Czy ja mogę *ad vocem*?

Panie Redaktorze, pierwsza rzecz, co można zrobić. Pół miliona wizyt – to wynika z wyliczeń, z map potrzeb zdrowotnych – można przesunąć z AOS do POZ, wszelako pod warunkiem, że lekarze POZ będą wykonywali badania, z którymi pacjent może się zgłosić do urologa. Druga rzecz, co pan redaktor słusznie zauważył, to edukacja – i to się dzieje cały czas – edukacja lekarzy pierwszego kontaktu, ale i edukacja pacjentów. Bo ja zawsze mówię, że najlepszym remedium na lekarza, który nie do końca ma dobrą wiedzę w danym zakresie, jest dobrze wyedukowany pacjent.

Redaktor Dariusz Dewille

Tak, tylko że my jako pacjenci liczymy na to, że lekarz to jest ten, który wie, i ten, który poprowadzi pacjenta, wskaże mu drogę, jaką powinien podążać.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Powinniśmy prowadzić działania i to się dzieje, żeby zarówno dla lekarzy pierwszego kontaktu, jak i dla pacjentów powszechna była wiedza choćby o tym, że jeśli ma się krwimocz, to nie powinno się tego bagatelizować i trzeba zgłosić się do lekarza.

Redaktor Dariusz Dewille

Dziękuję.

Ocena i zarządzanie ryzykiem sercowo-naczyniowym

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

W swoim wykładzie chciałbym zająć się dwoma zagadnieniami, oceną ryzyka sercowo-naczyniowego oraz możliwościami zarządzania ryzykiem sercowo-naczyniowym przy użyciu technik mobilnych.

Główne przyczyny zgonów z powodu chorób układu krążenia to przede wszystkim doskonale państwu znane czynniki ryzyka takie jak: nadciśnienie tętnicze,

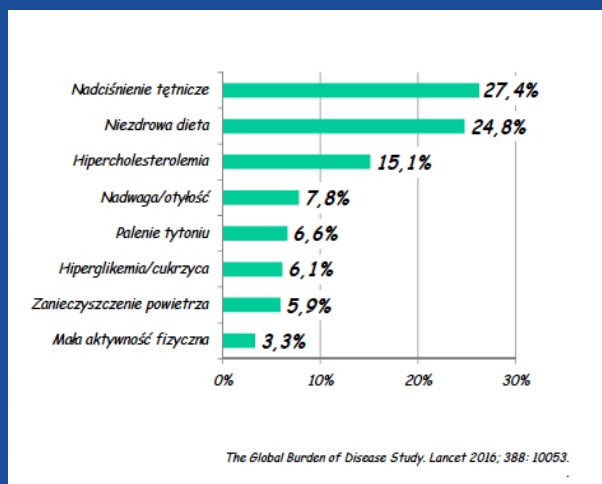
niezdrowa dieta, hipercholesterolemia, nadwaga i otyłość, palenie tytoniu, hiperglikemia. (rys. 1)

Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego możemy podzielić na te, które są modyfikowalne, tak jak palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca i otyłość, oraz te, które są poza naszymi możliwościami, takie jak wiek, płeć czy czynniki genetyczne. (rys. 2)

To, co obserwujemy w ostatnich latach, kilkudziesięciu latach, to zmiana profilu ryzyka sercowo-naczyniowego. Otóż częściej obserwujemy

otyłość i nadwagę, częściej zaburzenia gospodarki węglowodanowej i cukrzycę, natomiast, i to dobrze, obserwujemy spadek częstości palenia papierosów oraz spadek średniego stężenia cholesterolu. Myślę, że najlepszym przykładem tego, jak zmienia

Główne przyczyny zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce (2015 r.)



Rys. 1

* Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski – kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie

się to ryzyko sercowo-naczyniowe, jego profil, są badania, które przeprowadziliśmy w Sejmie w 2000 i 2006 roku. (rys. 3) Proszę zwrócić uwagę na porównanie profilu ryzyka sercowo-naczyniowego parlamentarzystów w 2000 i 2006 roku – ten sam wiek średni, 49 lat, średnie stężenie cholesterolu wyniosło odpowiednio 212 i 195, otyłość brzuszna – 57% i 78%, a więc istotny wzrost. Nie mamy takich danych, jeśli chodzi o Sejm, z 2017 roku. Myślę, że warto to badanie kontynuować.

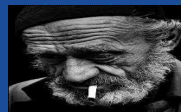
To, co jest, myślę, niezwykle ważne, również w kontekście zmiany profilu czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, to również zmiana, jeśli chodzi o naszą aktywność fizyczną. Mówi się o siedzącym trybie życia, sedentaryzmie, a więc długotrwałym uczestnictwie w czynnościach z minimalną aktywnością ruchową i niskim wydatkiem energetycznym.

Kolejne zagadnienie: jak oceniać ryzyko sercowo-naczyniowe? Otóż jest wiele metod, począwszy od zaburzeń erekcji po choroby przyzębia – znam badanie, które mówiło o ilości zębów a ryzyku wystąpienia zawału serca. Są metody oparte na czynnikach ryzyka klasycznych, nieklasycznych, genetycznych, biomarkerach, obrazowych (jak tu jest przedstawione u dołu przezrocza). (rys. 4) Ale to, czego poszukujemy w każdej dziedzinie medycyny, to to, żeby to badanie było proste, powszechne do zastosowania, wiarygodne i tanie, to znaczy efektywne kosztowo.

Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego

Modyfikowalne

- Palenie tytoniu
- Nadciśnienie tętnicze
- Zaburzenia lipidowe
- Cukrzyca
- Otyłość



Niemodyfikowalne

- Wiek
- Płeć (mężczyźni)
- Czynniki genetyczne

Rys. 2

Sejm

Zmiana profilu ryzyka kardiometabolicznego

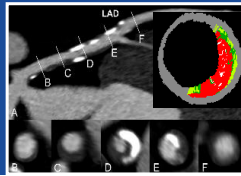
	<u>Parlament</u> <u>2000</u>	<u>Parlament</u> <u>2006</u>	P
wiek	49 lat	49 lat	
stężenie cholesterolu	212 ± 35 mg/dl	195 ± 30 mg/dl	< 0.001
otyłość brzuszna	57 %	78 %	< 0.001

Rutkowski M i wsp. Kardiol Pol 2007 65:486

Rys. 3

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego u zdrowych

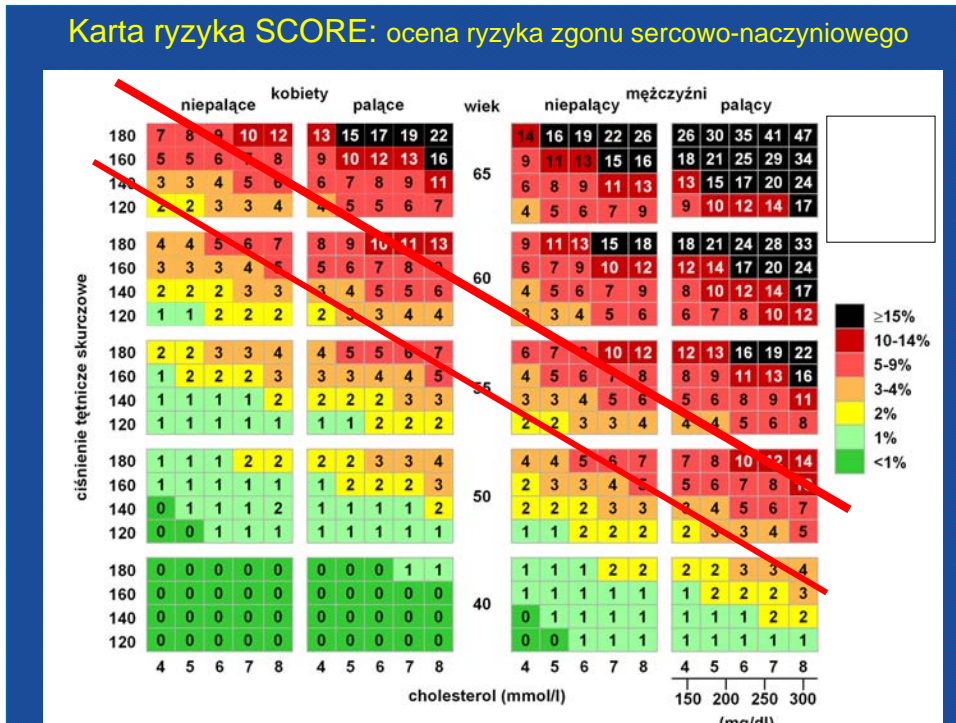
- wiele metod oceny: czynniki ryzyka klasyczne i nieklasyczne, genetyczne, biomarkery, obrazowe...
- poszukiwane: proste, powszechne do zastosowania, wiarygodne, tanie – efektywne kosztowo



Rys. 4

W ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego nie posługujemy się jednym czynnikiem ryzyka, raczej dążymy do globalnej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. Korzyści wynikające z modyfikacji czynników ryzyka zależą przede wszystkim od obniżenia globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego. A więc spośród osób, które są zdrowe, mamy wyodrębnić te, które są najbardziej zagrożone wystąpieniem choroby sercowo-naczyniowej.

Dysponujemy prostą, tanią skalą, którą od 15 lat Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne stara się wdrożyć. To jest karta ryzyka SCORE: ocena ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego u osób bez choroby sercowo-naczyniowej. Jest ona oparta



Rys. 5

na bardzo prostych elementach: płci, wieku, paleniu papierosów, skurczowym ciśnieniu tętniczym i stężeniu cholesterolu. Ta karta pozwala nam ocenić ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego w ciągu 10 lat. Jednocześnie wiemy, że łączne ryzyko zdarzeń sercowych jest około trzykrotnie większe w stosunku do ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego, a więc wystąpienie poza zgonem sercowo-naczyniowym udaru lub zawału serca. Na przezroczu (rys. 5) pokazana jest ta skala, prosta, która pozwala nam wyodrębnić tych, u których ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego jest poniżej 5%, i tych, u których jest powyżej 5%. Bardzo wysokie jest powyżej 10%.


Uważamy, że każda osoba powyżej 40. roku życia powinna znać swoje ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych w perspektywie dziesięcioletniej. Przy niskim ryzyku jest modyfikacja czynników ryzyka i ocena za następne 5 lat, natomiast przy wysokim ryzyku intensyfikacja działań diagnostycznych, pełny lipidogram, glikemia i działania terapeutyczne.

Proszę państwa, kiedy oceniać całkowite ryzyko sercowo-naczyniowe? U mężczyzn powyżej 40. roku życia, u kobiet powyżej 50. roku życia. Następnie u osób z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym, a więc rodzinnym wywiadem przedwczesnej choroby sercowo-naczyniowej, rodzinną hiperlipidemią i obciążonych głównymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego, o których wcześniej mówiłem.

Bardzo dobrym parametrem dla nas wszystkich, jeśli mówimy o prewencji chorób sercowo-naczyniowych, jest wiek serca. Wiek ryzyka danej osoby z kilkoma czynnikami ryzyka odpowiada wiekowi osoby tej samej płci i z tym samym poziomem ryzyka, ale z idealnie kontrolowanymi czynnikami ryzyka. To jest łatwa, intuicyjna metoda zrozumienia i przedstawienia prawdopodobnego skrócenia długości życia. Okazuje się, że ten wiek serca dorosłych Polaków jest wyższy o około 7 lat w stosunku do wieku metrykalnego.

O wiedzy Polaków o czynnikach ryzyka sercowo-naczyniowego mówiliśmy. Tu chciałem nawiązać do badań naszych studentów z koła naukowego, badań ankietowych. (rys. 6) Było wiele pytań dotyczących czynników ryzyka, znajomości własnej wagi, obwodu pasa, wiedzy o wybranych chorobach serca. Przedstawiam kilka danych z tej ankiety. (rys. 7–9) Przynajmniej 30 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego

Badanie ankietowe przeprowadzone podczas programu „Po pierwsze zdrowie”
przez Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Kardiologii WUM


I KATEDRA I KLINIKA KARDIOLOGII
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO


Populacja :

- 65 osób
- średnia wieku 64 (29–86) lata,
- 55,4% ♀, 44,6% ♂

Pytania:

- dbanie o własne zdrowie
- odżywianie
- aktywność fizyczna
- palenie tytoniu
- znajomość własnej wagi, BMI, obwodu pasa i zakresów referencyjnych tych danych
- wiedzy o wybranych chorobach serca

Tymińska A, Ozierański K, Kowara M, Januszkiewicz Ł, Balsam P

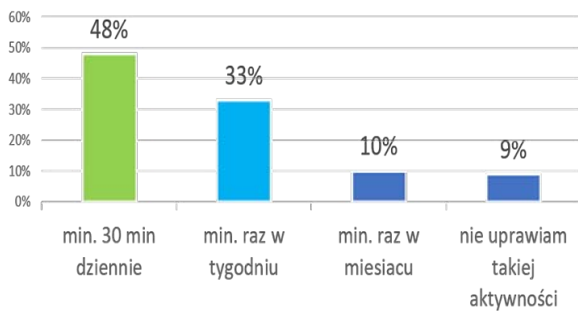


2016-06-14

Rys. 6

Wyniki:

Częstość umiarkowanego/dużego wysiłku

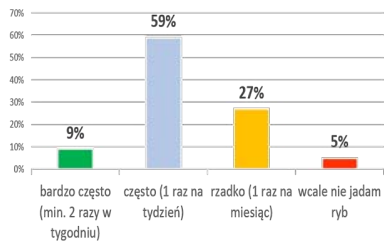


I KATEDRA I KLINIKA KARDIOLOGII
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

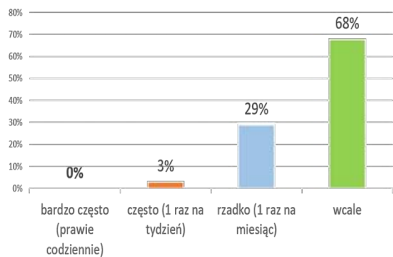
Rys. 7

Wyniki:

Spożycie ryb



Spożycie jedzenia typu fast-food



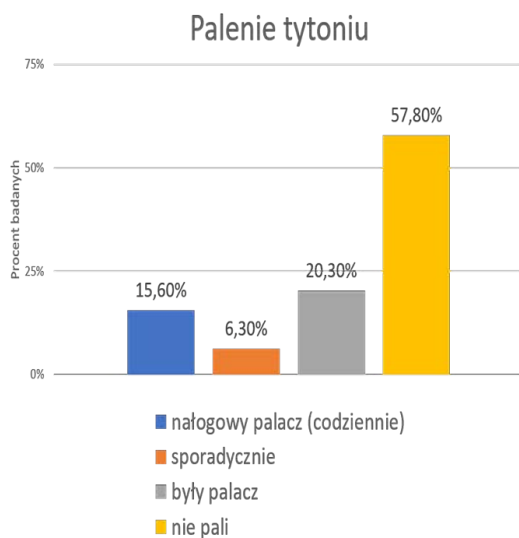
Dosalenie pokarmów



I KATEDRA I KLINIKA KARDIOLOGII
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Rys. 8

Wyniki:



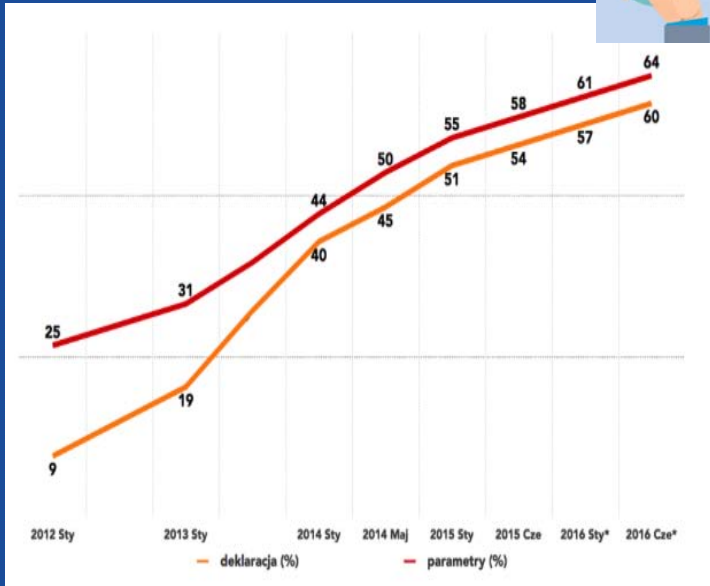
Rys. 9

dziennie deklarowała prawie połowa respondentów w tym badaniu. Spożycie ryb, bardzo duże. Być może to badanie było przeprowadzane akurat nad morzem. Palenie tytoniu deklarowało około 20% osób. Studenci tak podsumowali to bardzo interesujące badanie: świadomość Polaków na temat chorób sercowo-naczyniowych jest coraz lepsza, ale wciąż niezadowalająca, i istnieje potrzeba zorganizowanych programów ukierunkowanych na edukację w zakresie profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych.

Jak zarządzać swoim ryzykiem sercowo-naczyniowym? Możemy powiedzieć, że tak jak finansami, swoim budżetem. Otóż zarządzanie swoim ryzykiem sercowo-naczyniowym nie jest łatwe. Mark Twain powiedział, że „Rzucanie palenia to najłatwiejsza rzecz na świecie. Wiem, bo sam robiłem to tysiące razy.”

Tak więc monitoruję bilans energetyczny: robię codzienny rachunek aktywności ruchowej i spożytej liczby kalorii, znam swoje ciśnienie tętnicze, lipidogram, glikemię, obwód w pasie, znam swoje ryzyko w skali SCORE, mam na tej podstawie plan wsparcia serca. Możemy skorzystać z narzędzi, z technik mobilnych, które mamy do dyspozycji. Obecnie ponad 60 milionów Polaków ma smartfony, w Polsce jest 60 milionów smartfonów. (rys. 10) Proszę państwa, proszę zwrócić uwagę na urządzenia widoczne po lewej stronie, które pozwalają na ocenę różnych parametrów medycznych, w tym kardiologicznych, oraz pokazane po prawej stronie aplikacje medyczne. (rys. 11) Dzięki nim możemy uzyskanymi wynikami podzielić się ze swoim lekarzem, ze swoją rodziną, z innymi pacjentami, z mediami

„Smartfonizacja” Polaków



Rys. 10



Rys. 11

Aplikacja do wykrywania migotania przedsionków



- Automatyczna ocena migotania przedsionków na podstawie metody pletyzmografii z wykorzystaniem kamery smartfona
- Wysoka czułość metody: 95%
- Aplikacja mobilna instalowana na smartfonie bez potrzeby dodatkowych urządzeń peryferyjnych

Rys. 12

społecznościowymi, jednocześnie możemy korzystać z różnego rodzaju systemów eksperckich. Obecnie jest również dostępna aplikacja do wykrywania zaburzeń rytmu serca, tu jest zaprezentowana do wykrywania migotania przedsionków. (rys. 12)

Prewencja indywidualna z wykorzystaniem sensorów i technik mobilnych...



Rys. 13

Podsumowując, w tej chwili są dostępne proste, łatwe techniki, które pozwalają ocenić ryzyko sercowo-naczyniowe, ale jednocześnie pozwalają nam być skutecznym we własnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych. (rys. 13) Jest też coraz więcej badań naukowych, które mówią o tym, że takie postępowanie jest skuteczne. Dziękuję bardzo.

Redaktor Agnieszka Pochrzęst-Motyczyńska*

Dzień dobry państwu.

Ja w komentarzu do wystąpienia profesora Grzegorza Opolskiego chciałabym trochę postawić się w roli pacjenta. Przejrzałam internet, ale też wokół mnie jest bardzo dużo ludzi, którzy mają wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe. Dlaczego? Głównie z przyczyn, o których wspomniał już profesor Grzegorz Opolski. Mam wrażenie, że oni są zagubieni, to znaczy edukacja pacjenta jest jednak bardzo słaba.

Podam przykład z internetu, 56-letniego pacjenta, który napisał: „Do tej pory na nic nie chorowałem i staram się prowadzić zdrowy styl życia. Nie palę papierosów, jeżdżę na rowerze, sporo spaceruję. Podczas ostatniej wizyty u lekarza rodzinnego zaniepokoiło mnie stwierdzenie, że jestem w grupie podwyższonego ryzyka chorób serca. Lekarz dokładnie stwierdził, że jest to podwyższone ryzyko całkowite chorób sercowo-naczyniowych. Co to znaczy?”

Myślę, że wielu pacjentów słyszy: „Jest pan w grupie ryzyka”, a on nie wie, co dalej z tym zrobić. Bardzo często lekarz nawet jeszcze mu powie, że jest w grupie ryzyka z powodu na przykład palenia, że musi przestać palić. Dobrze, ale co dalej? Dobrze by było, gdyby ten pacjent usłyszał, że rzucenie palenia będzie najskuteczniejsze, jeżeli uda się do poradni palenia. Są poradnie, jest też bezpłatna infolinia, telefon pomocy palącym: 801 108 108. Dobrze by było, żeby oni też wiedzieli, że nie-licznym osobom udaje się rzucić palenie za pierwszym razem. Średnio potrzebnych jest siedem, osiem prób, by pozbyć się nałogu, niestety. Bardzo dobrze by było, żeby oni też mogli na ten temat porozmawiać z lekarzem pierwszego kontaktu, bo wiadomo z badań, że jeżeli włączy się jakieś wsparcie farmakologiczne, to wtedy szanse na rozstanie z paleniem są większe. Tylko warto wiedzieć o tym, że taka konsultacja z lekarzem powinna się odbyć czasami minimum tydzień przed wyznaczoną datą, kiedy pacjent chciałby zaprzestać palenia, bo musi wcześniej zacząć brać leki, żeby to było skuteczne.

Wydaje mi się, że takich konkretnych informacji pacjenci powinni dostać bardzo dużo, bo na przykład bardzo często też słyszą: „Musi pan schudnąć”. Świetnie, tylko jak? Mówi mu się: „Niech pan się zdrowo odżywia.” „Ale ja się zdrowo odżywiam, nie chodzę do McDonalds.” Nikt ze starszych osób raczej tam nie chodzi. Nie widzą zagrożenia w pasztetach, w salcesonach, które kochają i jedzą od dawna. Nikt im nie powie, że to jest bomba cholesterolowa i czym to można zastąpić. Wydaje mi się, że tutaj aż się prosi, żeby pacjenta nie zostawiać, tylko być może zalecić

* Redaktor Agnieszka Pochrzęst-Motyczyńska – Polska Agencja Prasowa, Serwis Zdrowie

konsultację u dietetyka, być może pokazać mu nawet konkretne menu albo dać kilka prostych rad, co on mógłby zrobić, żeby pozbyć się cholesterolu, bo przecież dzięki zmianie sposobu odżywiania możemy obniżyć cholesterol nawet o 25%. Myślę, że to mogłoby go przekonać, że to nie jest tak, że on musi zacząć jeść tylko warzywa. Należy mu pokazać, jakie konkretne zmiany powinien wprowadzić w tym żywieniu, żeby uzyskać jakiś efekt.

Ja pamiętam moją teściową, która właśnie wróciła od lekarza i usłyszała: „Niech pani nie je tyle cholesterolu”. A ona usiadła i mówi: „No dobrze, ale kiedy ja go jem?” To jest podstawowa rzecz. Młodzi ludzie wygooglują sobie, w czym jest cholesterol, ale ci starsi zostają trochę zagubieni. Wydaje mi się, że dla nich jakaś broszura, poradnik, który byłby sprawdzony, zrobiony przez jakichś ekspertów, byłby naprawdę bardzo pomocny.

Jeszcze na koniec chciałabym też powiedzieć o ćwiczeniach, bo wszędzie podkreślamy, że aktywność fizyczna jest niezbędną, i to jest profilaktyka związana i z chorobami serca, i nowotworowa. Ale pacjenci też bardzo często słyszą tylko: „Proszę schudnąć”. No dobrze, ale jak? My możemy im dać jakieś konkretne narzędzia. Przypomina mi się pacjent, pan Krzysztof, który brał udział w telerehabilitacji w Instytucie Kardiologii. Niestety to była rehabilitacja po zawale mięśnia sercowego. Nie mamy pomocy konkretnej w tym, żeby chronić, brakuje właśnie profilaktyki. Pamiętam, jak ten pan opowiadał, że czuł się jak wrak człowieka, nie miał już na nic siły i gdy przyszedł do niego lekarz i ten powiedział, że ma zacząć ćwiczyć, to zdębiał. Powiedział: „Panie, ale jak? Przecież ja ledwo dycham. Co ja mogę robić w tym stanie?” Gdy przyszła rehabilitantka z kijami do nordic walking, gdy go oplastrowali, żeby badać jego serce, żeby czuł się bezpiecznie, bo tak naprawdę chodziło o jego komfort psychiczny, on poszedł na... parking, chodził po tym parkingu. Spotkałam go trzy lata później i chodził z żoną po lesie z tymi kijami, już bez plastrów. I powiedział, że mu to weszło w krew. Poczł się bezpiecznie. Pokazano mu, co ma zrobić, żeby schudnąć i żeby o siebie zadbać.

Wydaje mi się, że potrzebna jest taka profilaktyka, nawet połączona z telerehabilitacją, żeby ludziom konkretnie pokazać, co oni mogą zrobić, że to zajmuje pół godziny dziennie. Tu nie chodzi o to, że oni mają iść na siłownię, bo to jest dla nich ogromna bariera. Wydaje mi się, że gdybyśmy poszli w kierunku właśnie takiej edukacji, takiej kompleksowej opieki przedprofilaktycznej, to by były tego bardzo dobre efekty. Dziękuję.

Redaktor Krzysztof Jakubiak*

Przy okazji dziękuję, Panie Profesorze – zwracam się do pana ministra Grzegorza Opali – za osobistą obecność na trasie Polskiego Radia, konsultacje i badania. To niezwykle podniosło rangę naszych wszystkich działań.

* Redaktor Krzysztof Jakubiak – redaktor naczelny „Pulsu Medycyny”

Współczesne możliwości profilaktyki neurologicznej

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja niestety nie byłam członkiem tego programu, niestety nie miałam takiej możliwości, natomiast zostałam wyznaczona przez profesora Jarosława Sławka, żeby powiedzieć o prewencji i badaniach przesiewowych w otępieniu. Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Będę mówiła o dwóch wyzwaniach dla prewencji w neurologii, to jest o udarze mózgu – wiadomo, że udar mózgu to jest bezpośrednie zagrożenie życia i jest na pewno najgroźniejszym wyzwaniem dla neurologa – i o otępieniu, które wręcz przeciwnie, jest stanem przewlekłym, natomiast stanowi duże wyzwanie dla organizacji służby zdrowia i dla ekonomii państwa.

Obecnie w ciągu roku mamy do czynienia z około 60–70 tysiącami udarów i 20 tysięcy z dotkniętych nimi pacjentów to będą osoby już na zawsze lub na dłuższy okres niesamodzielne ruchowo albo poznawczo. Jednocześnie mamy do czynienia z bardzo dużą populacją, 500 tysiącami osób z otępieniem (10% populacji powyżej 65. roku życia). Nie prowadzi się w Polsce badań epidemiologicznych, ale według badań Alzheimer Europe ta liczba jest właśnie taka, z czego uważa się, że 310 tysięcy osób to są pacjenci z chorobą Alzheimera. Porównując to z danymi firm farmaceutycznych, wobec braku innych danych w Polsce, wydaje się, że pomoc lekarską znajduje, jest zdiagnozowanych i leczonych, około 20% osób.

W tej chwili podnosi się konieczność tworzenia rejestrów. Myślę, że akurat pacjenci z otępieniem to byłaby bardzo dobra grupa pacjentów, dla których powinno się taki rejestr stworzyć. Jak państwo wi-

dzicie, rejestry pacjentów z otępieniem są już w licznych krajach, ale jak się na to patrzy, to niewątpliwie są to państwa bardzo zamożne. (rys. 1) Nie sądzę, żeby w najbliższym czasie powstał taki rejestr w Polsce.

Jeśli chodzi o badania przesiewowe, które można by zaoferować pacjentom

Dementia registries around the globe and their applications; A systematic review,

(DANIA, ANGLIA, FRANCJA, NIEMCY, WŁOCHY, KOREA, NORWEGIA, HISZPANIA, SZWECJA)

Krysinska i wsp. Alzheimer's & Dementia, 1-17, 2017

Rys. 1

* Prof. dr hab. n. med. Maria Barcikowska – dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN

z otępieniem, przede wszystkim w chorobie Alzheimera, to nie są to badania bardzo proste. Jak powiem za chwilę, badania przesiewowe w fazie, w której jeszcze chory nie ma objawów klinicznych, są bardzo trudne z powodów etycznych, moralnych, braku leczenia, pewnej stygmatyzacji. Natomiast badania przesiewowe, których celem byłoby leczenie większej grupy pacjentów niż te 20%, to jest naprawdę ważny cel i ważne wyzwanie. Organizacje pacjentów naciskają na to, żeby badania przesiewowe w tej grupie pacjentów objawowych jednak wykonywać. Chciałabym tu dodać, że 20% leczonych pacjentów to jeszcze nie jest tak mało, ponieważ wszystkie światowe statystyki dowodzą, że sytuacja optymalna to jest 50%. Nigdy nie osiągnie się 100%, to się zbliża do tej liczby tylko w krajach skandynawskich.

Odnosnie do prewencji w chorobach neurologicznych, to paradoksalnie te dwie bardzo dziwne choroby, czyli udar mózgu i otępienie, mają te same czynniki ryzyka i prewencja dotyczy takich samych działań. W ostatnim czasie opublikowano na ten temat bardzo dużo prac. (rys. 2) Prewencja pierwotna to jest właściwie prewencja, o której mówiliśmy po wielokroć, przede mną mówił o tym profesor Grzegorz Opolski, wobec tego nic dodać, nic ująć. Nie będę już do tego wracać. Natomiast zapobieganie chorobom neurologicznym wieku podeszłego, takim jak udar mózgu i otępienie, a żeby było skuteczne, powinno rozpoczynać się już w wieku średnim. Ta cezura jest trudna, bo wymaga bardzo dużej świadomości społecznej i doskonałej organizacji służby zdrowia. Bowiem tylko w wieku średnim – a jest na ten temat bardzo wiele publikacji – można w istocie osiągnąć efekty prewencyjne w tych dwóch grupach.

Chciałam państwu przypomnieć, że 10% populacji po 65. roku życia to będą ludzie z otępieniem. W krajach, które tu wymieniam, dzięki działaniom edukacyjnym i prewencyjnym udało się osiągnąć spadek tego zakłętego odsetka do 8%, co przekłada się na wiele osób bez cech otępienia. (rys. 3) Te badania również podkreślają, że w krajach o wysokim dochodzie liczba pacjentów z otępieniem będzie spadać. Jesteśmy świadkami tego procesu. W krajach o średnim i niskim dochodzie oraz pewnie gorzej zorganizowanej

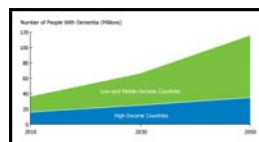
Prewencja - Te same czynniki ryzyka dla udarów i otępienia

□ **Prewencja pierwotna** to wczesne rozpoznawanie i leczenie: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, choroby wieńcowej, zaburzeń rytmu serca, przesunięć lipidogramu. Przestrzeganie zasad prozdrowotnego trybu życia; właściwa dieta, budowanie rezerwy poznawczej, kultura fizyczna, unikanie używek

□ Zapobieganie chorobom neurologicznym wieku podeszłego takim jak udar mózgu i otępienie, a żeby było skuteczne, **powinno rozpoczynać się już w wieku średnim**, i jest domeną lekarzy POZ i AOS

Rys. 2

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE SĄ TAKIE SAME W PRZYPADKACH UDARU, JAK I OTĘPIENIA W TYM ALZHEIMEROWSKIEGO



W krajach o rozwiniętej świadomości społecznej i dobrze zorganizowanej służbie zdrowia (USA, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania) liczba osób otępiiałych spadła z **10%** w populacji osób >65. roku życia do **8%**. Przekłada się to na wiele milionów ludzi, którzy unikną otępienia.

PreDIVA, FINGER, MAPT

Rys. 3

Te badania również podkreślają, że w krajach o wysokim dochodzie liczba pacjentów z otępieniem będzie spadać. Jesteśmy świadkami tego procesu. W krajach o średnim i niskim dochodzie oraz pewnie gorzej zorganizowanej

służbie zdrowia niestety będziemy konfrontowani z szybko rosnącą liczbą takich pacjentów.

Jeżeli chodzi o udary, to uważam, że to jest ogromne osiągnięcie polskiej neurologii, również, jak myślę, kardiologii. W każdym razie udało nam się stworzyć dobrą

□ **Prewencja wtórna - udary: leki**
antykoagulacyjne, przeciwplatekcyjne, rzadkie:
stany nadkrzepliwości, zakrzepica zatok
żylnych mózgowia, ciąża, przetwarty otwór
owalny

□ **Prewencja wtórna - choroba Alzheimera:**
leczenie przyczynowe, anty-amyloidowe, anty
tau i inne

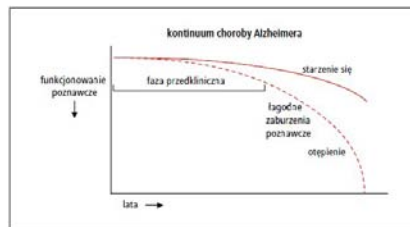
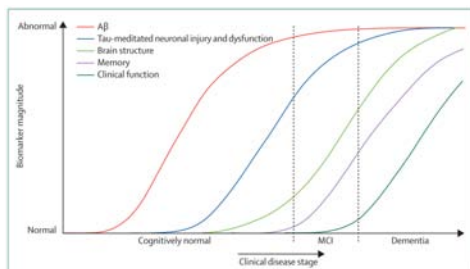
Hsu, Marshal
2017

Rys. 4

służbę zdrowia, która opiekuje się pacjentami z udarami w sposób naprawdę skuteczny. (rys. 4) Odnośnie do choroby Alzheimera, to poza tym wyzwaniem, żeby rozpoznać tę chorobę w odpowiednim czasie i rozpocząć dostępne leczenie, stoimy przed bardzo nowoczesnym i nowym wyzwaniem, czyli prewencją wtórną.

Cóż to oznacza w wypadku choroby Alzheimera? (rys. 5) Otóż

Kryteria rozpoznawania choroby Alzheimera NIA-AA, 2011



CR. Jack i wsp.
2011, Boustani
2017

Rys. 5

w wypadku choroby Alzheimera mamy do czynienia ze zjawiskiem bardzo długiego niemego okresu trwania choroby, około 20 lat mózg jest niszczone przez patologiczne białka zanim chory zgłosi pierwsze objawy. Ten okres jest jedynym okresem, kiedy można pacjenta leczyć, bo chory ma jeszcze właściwą liczbę neuronów. To jest wyzwaniem nowoczesnej prewencji – wpłynąć na odkładanie się białka beta-amyloidowego i tau w okresie, kiedy chory jeszcze kompensuje swoje deficyty mózgowie i obumierającą kolejną populację komórek, bo tylko wtedy jest możliwe leczenie przyczynowe.

Oczywiście to jest dosyć egzotyczny problem w Polsce, bo mamy do czynienia raczej z walką o rozpoznanie chorych objawowych, niemniej chciałam powiedzieć

o światowych badaniach, które w tym zakresie się robi. (rys. 6) Wygląda na to, że żeby oznaczyć obecność białka tau i beta-amyloidów w płynie mózgowo-rdzeniowym, wystarczy zrobić badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i to badanie już jest skuteczne na 25 lat przed objawami klinicznymi. Jest to bardzo duże wyzwanie. Badanie jest tanie. My w naszym ośrodku robimy je już niemalże rutynowo. Czyli mamy pacjentów, o których wiemy, że w ich mózgu toczy się już proces alzheimerowski, i celem naszych działań prewencyjnych jest zapobieżenie pojawieniu się objawów klinicznych.

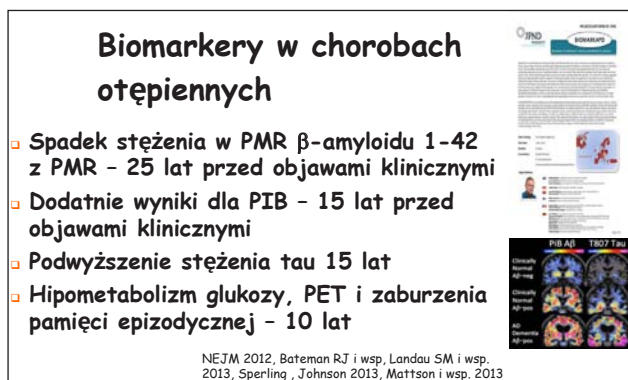
Taki pierwszy Narodowy Plan Prewencji, finansowany przez państwo a nie przez firmy farmaceutyczne, powstał w Stanach Zjednoczonych w 2012 roku, ale oprócz tego od 2013 roku na świecie są prowadzone pierwsze próby leczenia przyczynowego choroby Alzheimera i, jak państwo widzicie, ten projekt się rozrasta. (rys. 7–8) Obejmuje pacjentów ze znaną mutacją. My w naszym ośrodku odnaleźliśmy w Polsce tego rodzaju populację. Mamy 40 takich rodzin i chcemy je włączyć do możliwości pierwszego na świecie leczenia przyczynowego. To jest ta prewencja wtórna, którą można nazwać nowoczesną.

Dziękuję bardzo.

Biomarkery w chorobach otępiennych

- ▣ Spadek stężenia w PMR β -amyloidu 1-42 z PMR - 25 lat przed objawami klinicznymi
- ▣ Dodatnie wyniki dla PIB - 15 lat przed objawami klinicznymi
- ▣ Podwyższenie stężenia tau 15 lat
- ▣ Hipometabolizm glukozy, PET i zaburzenia pamięci epizodycznej - 10 lat

NEJM 2012, Bateman RJ i wsp, Landau SM i wsp, 2013, Sperling, Johnson 2013, Mattson i wsp, 2013



Rys. 6

Narodowy Plan Prewencji AD, 2012 USA (API)

- Pierwszy na świecie, dotyczący przeciwciała przeciw amyloidowi **crenezumab**
- Plan będzie dotyczył w największej części bardzo dużej kolumbijskiej rodziny, będącej nosicielem znanej mutacji (PSEN 1)
- Lek jest podawany w okresie przedklinicznym u osób z mutacją i bez!

Ott i wsp. 2013, Rios-Romentos i wsp 2016, Yim i wsp 2017



Rys. 7

2013: DIAN TU (Dominantly Inherited Alzheimer's Network)

Wybrane leki:

- ▣ Gantenerumab: przeciwciało przeciw β -amyloidowi
- ▣ Solanezumab: przeciwciało przeciw β -amyloidowi,
- ▣ Inhibitor β -sekreazy

Roche, LiLLY



Rys. 8

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński

Bardzo dziękujemy pani profesor.

Ja chcę powiedzieć, że kapsuła, którą pokazywałem podczas filmu, będzie miała dorobione kółka i jeżeli będzie akcja „Lato z radiem”, a będzie, to będzie jeździła w trasie i dzięki temu będziemy mogli wcześniej wykrywać zaburzenia różnych zmysłów słuchu, wzroku, smaku, powonienia i równowagi. Dzięki temu, mam nadzieję, przyczynimy się do wczesnego wykrywania wielu schorzeń o podłożu neurodegeneracyjnym.

Zapraszam pana Artura Wolskiego do wygłoszenia komentarza. Polskie Radio, Program 1.

Redaktor Artur Wolski*

Proszę państwa, prognozy Głównego Urzędu Statystycznego szacują, że w Polsce do roku 2025 osób po 60. roku życia będzie ponad 10 milionów. Jaka w ogóle jest nasza kondycja zdrowotna? Otóż diagnozujemy, i to w bardzo różnych grupach wiekowych, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, cukrzycę, otyłość, miażdżycę, ale także nie od dziś wiadomo, że te choroby mogą prowadzić do zespołów otępiennych, o czym właśnie przed chwilą mówiła pani profesor. Za połowę tych zespołów otępiennych odpowiada między innymi choroba Alzheimera.

Po udarze – i to też pani profesor była uprzejma powiedzieć – i po każdym kolejnym incydencie udarowym następuje skokowe i niestety już trwałe pogorszenie funkcjonowania osób chorych. Co się wtedy dzieje? Po prostu zaczynamy gorzej myśleć, mamy problemy z kojarzeniem faktów, gorzej pamiętamy, są problemy z orientacją, rozumieniem i oceną tego, co rozgrywa się wokół nas. Jest też problem z pamięcią wsteczna, ponieważ mamy kłopoty z odtwarzaniem tego, co się już kiedyś wydarzyło. Nie mamy też umiejętności odtwarzania pewnych nabytych rzeczy, które kiedyś zostały w głowie, kiedy posiadliśmy jakieś umiejętności. To jest oczywiście taka krótka, bardzo pobieżna diagnoza medyczna.

Ile nas, jako społeczeństwo, będzie kosztowało to, że mamy taki stan zdrowotny w Polsce? Myślę, że to jest nietrudne do przewidzenia i do policzenia. Przybędzie nam przede wszystkim grupa ludzi słabych, chorych, bezbronnych i być może, czego bardzo się obawiam, ludzi wykluczonych. Dlaczego wykluczonych? Tak sobie myślę, że zaczynamy w tej chwili tworzyć społeczeństwo o budowie kastowej. Rzecz stara jak świat, ponieważ już w starożytnych Indiach powstawały właśnie struktury społeczne oparte na kastowości, gdzie pewne grupy stanowiły zamknięte kręgi. W tej chwili te grupy już widać, tworzą je korporacje, tworzy biznes, tworzą pieniądze, tworzy też świat polityki.

Czas na konkluzję, co z tej diagnozy medyczno-społecznej będzie wynikało dla nas, Polaków, dla zdrowia. Myślę, że najwyższy czas jest postawić na to, o czym

* Redaktor Artur Wolski – Program 1 Polskiego Radia

mówiła też pani profesor, czyli na profilaktykę, w tym wypadku neurologiczną. Pytanie, czy to się opłaca, bo wszystko dzisiaj chcemy koniecznie policzyć, zbilansować. Otóż dowody, które przedstawiła profesor Maria Barcikowska, jasno dowodzą, że to się naprawdę opłaca, ponieważ dobrze zorganizowana służba zdrowia, świadomość społeczna dotycząca zdrowia, przyszłości zbudowana dzięki informacji, dzięki tytanicznej, codziennej pracy, powoduje, że w krajach skandynawskich udało się zmniejszyć z 10 do 8%, o czym pani profesor mówiła, odsetek osób z zespołem otępiennym. Ktoś może powiedzieć, że to tylko 2%. Proszę państwa, w strukturze globalnej, jak policzymy, to są miliony ludzi ocalonych od zespołu otępiennego, czyli ludzi, których możemy z powrotem włączyć do społeczeństwa, ludzi, którzy będą szczęśliwi, ludzie, którzy będą normalnie pracować, którzy będą ojcami, matkami, którzy będą służyli krajowi. To jest niesamowity zysk i wartość, o której trzeba pamiętać. To wszystko można zrobić między innymi dzięki właśnie profilaktyce.

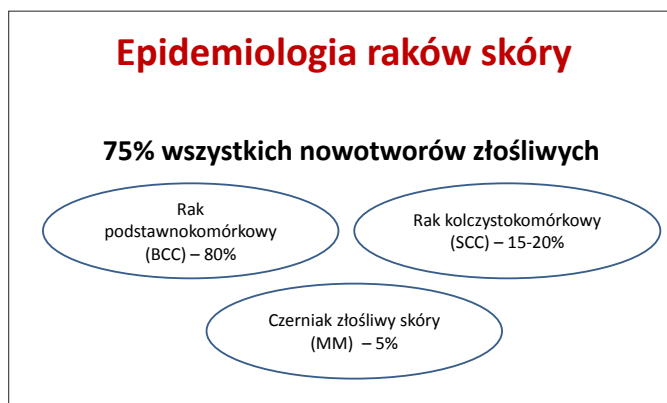
Pamiętajmy, że nie ma w życiu takiej sytuacji, w której człowiek nie mógłby pomóc innym. Ja myślę, że tylko trzeba po prostu chcieć i odkrywać w sobie pewną przyzwoitość do bycia użytecznym dla innych. To jest zadanie dla nas, dziennikarzy i świata nauki, abyśmy mogli spróbować zagrać na wielu fortepianach taki koncert, taką wielką symfonię, która będzie symfonią serc, symfonią mądrości, zauważenia innych, słabszych i wyrobienia w sobie poczucia, że nasza praca, zarówno praca naukowca, lekarza, jak i dziennikarza, to jest codzienna służba na rzecz osoby chorej i słabej. Dziękuję.

Profilaktyka raka skóry

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Raki skóry należą do najczęstszych nowotworów występujących u człowieka, a w niektórych populacjach nawet, jak widzą państwo, do 75% wszystkich nowotworów to są nowotwory skóry, z czego najczęstszym jest rak podstawnokomórkowy. (rys. 1) Zaraz powiem kilka słów o nim. Na drugim miejscu jest rak kolczystokomórkowy i wreszcie czerniak

złośliwy. Ten najczęstszy na szczęście rzadko daje przerzuty, ale wykazuje tak zwaną miejscową złośliwość, czyli niszczy tkanki, jeżeli jest zaniedbany, sytuacja często wymaga bardzo specjalistycznej chirurgii plastycznej. Rak kolczystokomórkowy z kolei jest rakiem, który powoduje przerzuty. Wreszcie najbardziej złośliwy nowotwór, czyli czerniak, to około 5% raków skóry.



Rys. 1

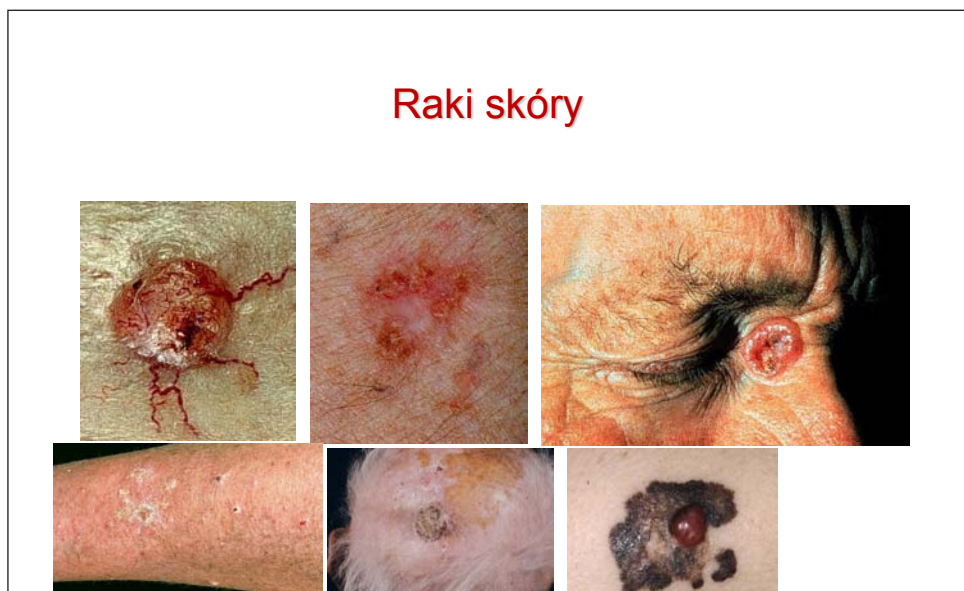
Proszę państwa, ocenia się, że ryzyko zachorowania w ciągu życia na raka skóry u rasy kaukaskiej wynosi około 20%. Najczęściej dotyczy to osób dojrzałych albo starszej populacji, ale czerniak złośliwy występuje również u młodych osób, na przykład wśród młodych kobiet czerniak złośliwy skóry jest najczęstszym złośliwym nowotworem.

Trudno jest powiedzieć o epidemiologii. Nie tylko w Polsce, ale w wielu krajach nie funkcjonują dobrze krajowe rejestry nowotworów. Rocznie notuje się od 12 do 20 tysięcy przypadków, ale uważamy, że trzeba by tę liczbę pomnożyć razy dwa lub trzy z tego względu, że większość tych nowotworów na wczesnym etapie

* Prof. dr hab. n. med. Sławomir Majewski – kierownik Katedry Dermatologii i Wenerologii II Wydziału Lekarskiego na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

jest diagnozowana i usuwana w gabinetach prywatnych i lekarze nie mają nawyku zgłaszania tego do krajowego rejestru.

Na przeźroczu zaprezentowane jest spektrum tych zmian. (rys. 2) Oczywiście część z nich wymaga bardzo specjalistycznych zabiegów chirurgicznych. Często są to liczne zmiany, w miejscach odsłoniętych, na przykład na twarzy, więc też stanowią pewien problem natury kosmetycznej, nie tylko bezpośredniego zagrożenia stanu zdrowia i życia.



Rys. 2

Czynniki ryzyka rozwoju raka skóry. Przede wszystkim jest to promieniowanie ultrafioletowe – słońce i sztuczne źródła, czyli solaria. Intensywne przerywane ekspozycje na ultrafiolet, czyli poparzenia słoneczne, to jest główny czynnik, który jest odpowiedzialny za występowanie czerniaka złośliwego w wieku dojrzałym. Niestety nasze badania ankietowe, które wykonywaliśmy i w Europie, i w ramach naszego programu z profesorem Henrykiem Skarżyńskim, wskazują, że około 20–25% dzieci ulega kilku poparzeniom słonecznym drugiego stopnia w ciągu pierwszych 10 lat życia. Dodatkowe czynniki to promieniowanie jonizujące – obecnie to ma mniejsze znaczenie, ekspozycja na niektóre substancje chemiczne, nikotynizm, nieprawidłowa dieta, niektóre leki oraz infekcje wirusowe.

Istnieją też genetyczne czynniki rozwoju raka skóry. Są to I fototyp skóry, czyli jasna karnacja, oraz niektóre choroby i zespoły genetyczne. Znaczenie mają też przewlekłe choroby skóry, ale to, co najważniejsze, obecnie jest coraz większa liczebnie populacja osób, które są w stanie supresji. To są biorcy przeszczepów narządowych, to są chorzy, którzy cierpią na choroby reumatyczne, reumatoidalne, z autoagresji, którzy wymagają przewlekłej immunoterapii, immunosupresji, pacjenci zakażeni wirusem HIV i z AIDS.

Prewencja pierwotna to edukacja i jeszcze raz edukacja społeczeństwa na temat właściwych zasad fotoprotekcji, edukacja pacjenta na temat objawów zmian na skórze, które mogłyby sugerować obecność zmian przednowotworowych.

Wreszcie prewencja wtórna, czyli edukacja pacjenta, by wiedział, z jakimi zmianami przyjść do lekarza, aby miał nawyk prowadzenia samobadania, oraz wykonywał regularne badania dermatologiczne monitorujące, z badaniem dermoskopowym.

Oczywiście głównym problemem jest zmiana naszych nawyków. (rys. 3) Na dwóch górnych zdjęciach widać, jak dawniej, jeszcze kilkadziesiąt lat temu, w pierwszej połowie ubiegłego wieku zachowywaliśmy się na plaży. Natomiast obecnie, widzą państwo, są zupełnie inne nawyki. Ten nieszczęśnik widoczny na lewym dolnym zdjęciu zasnął trzymając dłonie na brzuchu i ewidentnie widzimy, jakie są tego efekty.



Rys. 3

Polska brała udział w programie EPIDERM, który obecnie – dzięki inicjatywie profesora Henryka Skarżyńskiego – mamy możliwość kontynuować. (rys. 4) To był europejski program prewencji czy inicjatywa dotycząca zapobiegania nowotworom skórnym. Brało w tym udział osiem krajów, w tym między innymi Polska. Przebadano 1370 pacjentów z rakami skóry, ponad 1550 osób zdrowych. Wykonano bardzo dokładne, bardzo precyzyjne badania epidemiologiczne związane z prewencją, czynnikami ryzyka, wiedzą ogólną dotyczącą spraw zdrowotnych, przeprowadzono też analizy farmakoekonomiczne. Wyniki zostały opublikowane w specjalnym

EPIDERM (2010-2012)

European Prevention Initiative for Dermatological Malignancies

<p>Finlandia</p> <p>Grecja</p> <p>Hiszpania</p> <p>Malta</p> <p>Polska</p> <p>Niemcy</p> <p>Szkocja</p> <p>Włochy</p>	<p>1370 pacjentów z rakami skóry</p> <p>1550 osób zdrowych</p> <ul style="list-style-type: none"> - dokładne dane epidemiologiczne - metody prewencji - czynniki ryzyka - „health literacy” - sposoby i koszty leczenia 	
---	--	--



Rys. 4

suplemencie „The British Journal of Dermatology”, bardzo prestiżowego czasopisma. To stanowi dla nas podstawę, dla nas w Polsce, jak i dla innych krajów, do pewnych rozwiązań. To jest największe badanie tego typu w Europie, które zostało przeprowadzone z tak dokładną analizą danych naukowych.

Postanowiliśmy, zresztą to wynikało z zaleceń EPIDERM, że będziemy kontynuować tego typu badania w poszczególnych krajach i rzeczywiście na pewną skalę one zostały przeprowadzone w ramach programu „Po pierwsze zdrowie”. Oprócz badań dermatologicznych – oceny stanu skóry w połączeniu z badaniem dermoskopowym – podczas których zdiagnozowaliśmy kilkudziesięciu chorych z zaawansowanymi zmianami przednowotworowymi albo inwazyjnymi rakami, odbyły się także badania ankietowe oceniające stan wiedzy na temat: czynników ryzyka zachorowania na raka skóry, możliwości zapobiegania rakom skóry, zasad samooceny zmian skórnych mogących stanowić zagrożenie rakiem. Staraliśmy się jeszcze rozszerzyć badania czy potwierdzić wyniki uzyskane w ramach inicjatywy EPIDERM. Potwierdziło się, że wiedza czy społeczeństwa, czy pacjentów na temat szkodliwości ekspozycji na ultrafiolet, zwłaszcza świadomość, że jej przewlekła ekspozycja, bez poparzeń słonecznych, jest również szkodliwa, w dalszym ciągu jest niedostateczna. Niebezpieczeństwo dotyczy także korzystania z solariów. Na szczęście prezydent podpisał już ustawę, która zakazuje korzystania z solariów młodzieży poniżej 18. roku życia. Brak świadomości – to dotyczy z kolei osób starszych – że niektóre leki, na przykład moczopędne lub przeciw nadciśnieniu, które są powszechnie używane, mogą również zwiększać ryzyko – to wyszło w badaniach EPIDERM. Będziemy się starali jeszcze to potwierdzić w naszych badaniach w Polsce na szerszą skalę. Brak

Program „Po pierwsze zdrowie”

- Niewystarczająca wiedza nt. szkodliwości ekspozycji na UV (ostre vs. przewlekłe ekspozowanie się na UV)
- „Solaria nie szkodzą” - wręcz pomagają
- Brak świadomości, że niektóre leki i pokarmy zwiększają ryzyko raka skóry (nasilają szkodliwe działanie UV na DNA)
- Brak wiedzy nt. zasad samooceny zmian skórnych
- Nieprawidłowe stosowanie preparatów przeciwsłonecznych



Rys. 5

dań, i z tych, które w tej chwili prowadziliśmy, to potrzeba stworzenia i wdrożenia kompleksowego krajowego programu profilaktyki raków skóry, w tym systemu badań przesiewowych, żeby więcej członków naszej społeczności miało szansę być zbadanych przez lekarza. Taką znakomitą grupą, która mogłaby to robić, są lekarze rodzinni. Jeżeli lekarz rodzinny bada stetoskopem pracę serca, to niech rozepnie pacjentowi koszulę, niech zobaczy, co dzieje się na klatce piersiowej lub na plecach. W czasie rozmowy naprawdę można popatrzeć też na twarz. I takie elementarne ABC rozpoznawania tych zmian – lekarz rodzinny powinien wiedzieć. Może powinien być jakiś system telemedyczny, żeby mógł konsultować w ramach skринingu? Ważne są również skoordynowane badania edukacyjne. One muszą być adresowane do poszczególnych grup wiekowych w trochę inny sposób, do dzieci, młodzieży, rodziców, lekarzy różnych specjalności i pielęgniarek. Wreszcie środki masowego przekazu powinny się w to włączyć.

Od kiedy zacząć taką edukację? Jak najwcześniej. To jest jedna z takich prac (rys. 6), która ukazała się w „The British Journal of Dermatology”, czasopiśmie, którego *impact factor* wynosi około 5 – naprawdę prestiżowym czasopiśmie. To przykład z Niemiec – badania w 55 przedszkolach z programem interwencyjnym, które pokazują, jak łatwo nauczyć opiekunów i rodziców oraz również zaszczepić pewne może nie nawyki, ale pomysły dzieciom. Bardzo ciekawa praca, też znakomicie wykonana, jeśli chodzi o warsztat.

Proszę państwa, uważa się – to też wynika z badań EPIDERM, ale one dotyczyły czterech krajów – że jeżeli udałoby się rzeczywiście przynajmniej w odniesieniu do fotoprotekcji przygotować takie programy i programy skринingowe, to do roku 2050 powinniśmy uzyskać efekt w postaci zmniejszenia o około 30% przypadków czerniaka złośliwego, 35% – błoniaka i prawie 50% – raka kolczystokomórkowego. (rys. 7)

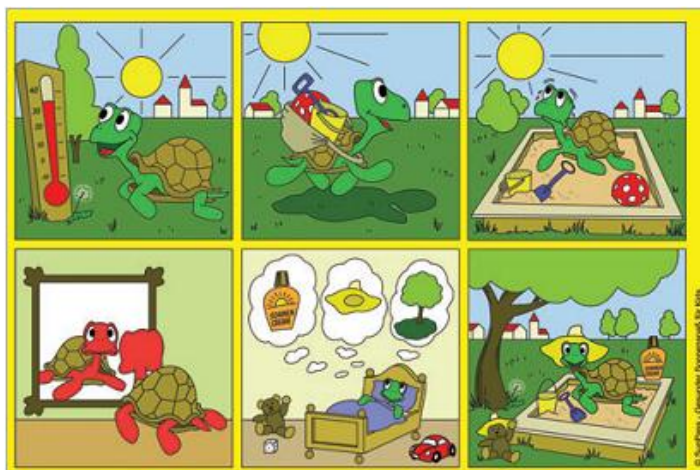
Myślę, że jest dużo do zrobienia. Oczywiście szerokie programy skринingowe nie będą możliwe, ale tak jak mówię, gdyby chociażby przez lekarzy rodzinnych móc w jakiś sposób dostarczyć poradnictwo, czy ten skринing do większej grupy

również wiedzy, pacjenci nie wiedzą, jak mają oceniać swoje zmiany skórne, co powinno ich zaniepokoić. Nie wiedzą, jak stosować preparaty przeciwsłoneczne. Na zdjęciu widać osobę, której wydawało się, że perfekcyjnie zastosowała krem z filtrem przeciwko ultrafioletowi. (rys. 5) Fluorescencja wskazuje na to, że ten preparat został nieprawidłowo zastosowany, nie na całą powierzchnię skóry.

Dalsze działania, które wynikają i z uprzednich ba-

Getting in early: primary skin cancer prevention at 55 German kindergartens

L.A. Stöver,¹ B. Hinrichs,^{1,2} U. Petzold,³ H. Kuhlmei,⁴ J. Baumgart,⁵ C. Parpart,^{1,2} O. Rademacher⁶ and E. Stockfleth^{1,2}



Rys. 6

Potential impact of interventions resulting in reduced exposure to ultraviolet (UV) radiation (UVA and UVB) on skin cancer incidence in four European countries, 2010–2050

E. de Vries,¹ M. Arnold,¹ E. Altsitsiadis,^{2,3} M. Trakatelli,⁴ B. Hinrichs,² E. Stockfleth² and J. Coebergh¹ on behalf of the EPIDERM Group*

¹Department of Public Health, Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands

²Department of Dermatology, Venerology and Allergology, Skin Cancer Centre Charité, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

³Research Group Marketing, Faculty of Business and Economics, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium

⁴Second Department of Dermatology, Aristotle University, Papageorgiou Hospital, Thessaloniki, Greece

A combination of interventions **to protect** populations in Europe fully against UVR when outdoors and **to limit** UVR exposure will result in:

up to 31% of future cases of **malignant melanoma**
 up to 35% for **basal cell carcinoma**
 up to 46% for **squamous cell carcinoma**

avoided in the year **2050**.

Rys. 7

pacjentów, to byłoby bardzo dobrze, zwłaszcza, że do tych lekarzy rodzinnych oprócz dzieci przychodzą też osoby starsze.

Dziękuję bardzo.

Redaktor Katarzyna Pinkosz*

Chciałam na początku powiedzieć, że z ogromną radością reprezentuję zarówno tygodnik „Do Rzeczy”, jak i magazyn „Świat Lekarza”.

Jeśli chodzi o nowotwory skóry i słońce, to sprawa wydaje się bardzo prosta i że można od razu powiedzieć: nowotwór skóry – słońce, tak jak rak płuca – papierosy. Ale może to jest tak, jak było kiedyś. Kiedy pojawiały się pierwsze doniesienia o tym, że papierosy powodują nowotwory, to pierwsi prześmiewcy, oponenci mówili, że to jest tak samo, jakby ktoś mówił, że noszenie nylonowych rajstop powoduje większe ryzyko zachorowania na raka. Dziś już powszechna świadomość tego, że papierosy powodują raka, jest, a mimo to wiemy, jak trudno rzucić palenie, wiemy, ile osób pali, choć na szczęście to się poprawia. Miejmy nadzieję, że tak samo będzie, jeżeli chodzi o słońce. Jak na razie, tak jak mówił profesor Sławomir Majewski, nie jest tak prosto, dlatego że wszyscy lubimy słońce, wciąż synonimem zdrowia i dobrego spędzenia lata, dobrego wypoczynku jest wyjazd do ciepłych krajów i opalanie się. Jak patrzę na ludzi opalających się nad morzem, to trudno uwierzyć, żeby wszyscy stosowali taką ilość kremów przeciwsłonecznych, żeby one dobrze chroniły. Pan profesor powiedział, że 20–25% dzieci w pierwszych latach życia ulega poparzeniom – te dane są szokujące, zwłaszcza, że wydaje się, że bardzo dbamy o dzieci, że rodzice bardzo dbają o dzieci. Okazuje się, że jednak nie. Miejmy jednak nadzieję, że tak jak wiedza dotycząca szkodliwości papierosów, tak samo wiedza dotycząca szkodliwości słońca również będzie się przebiegać.

Dobłą, bardzo korzystną zmianą jest zakaz korzystania z solariów przez dzieci i młodzież do 18. roku życia. Na pewno dobrze, że to się stało, zwłaszcza, że jak wiemy, młoda skóra wystawiona na słońce jest później bardziej narażona na nowotwory. Być może to, że ten zakaz został wprowadzony, spowoduje też większą samoświadomość osób dorosłych, że jednak stwierdzą, że jest jakiś powód tego, że dzieci i młodzież nie mogą korzystać z solariów. Tak więc być może to, co mówił profesor Sławomir Majewski, że większość osób nie zdaje sobie sprawy z tego, że solaria szkodzą, się zmieni, że te osoby w inny sposób o tym pomyślą.

Co można jeszcze powiedzieć? Można powiedzieć, że lekarze i naukowcy bardzo dbają o to, żeby propagować najnowszą wiedzę naukową. Jednak jest tak, że lekarz może powiedzieć swoim pacjentom wszystko o papierosach, tak samo o słońcu. W tym miejscu jest rola społeczna, odpowiedzialność mediów, coś, o czym właśnie mówił też redaktor Artur Wolski, czyli to, co my z tym zrobimy. Bo tak naprawdę to dzięki mediom ta wiedza może się przenieść do społeczeństwa.

* Redaktor Katarzyna Pinkosz – „Do Rzeczy”

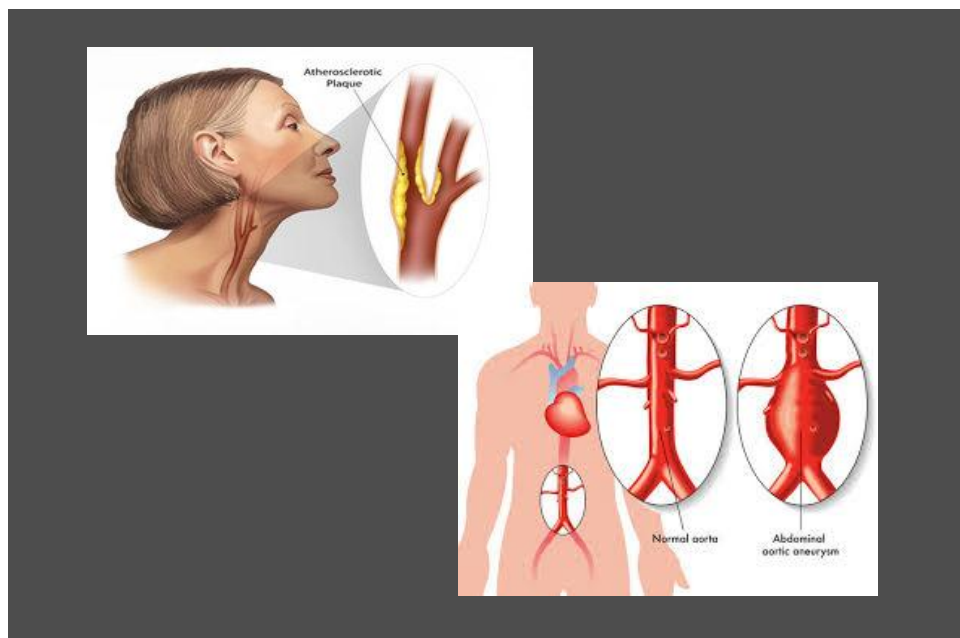
Tutaj ponownie zrobię analogię między korzystaniem ze słońca a papierosami. Tak jak w tej chwili już nie jest dobrze widziane pokazywanie w mediach osób palących, tak jeśli udałoby się stworzyć modę, żeby nie pokazywać latem opalenizny albo pokazywać ją w niezbyt dobrym kontekście czy też osoby wygrzewające się na słońcu i zacząć propagować bardziej aktywny tryb życia i bardziej aktywne spędzanie czasu, czy to nad morzem, czy to w górach, czy to nad jeziorami, to być może udałoby się ten trend, o którym pan profesor mówił, odwrócić. Być może udałoby się zrobić to samo, co – jak mówił profesor Grzegorz Opolski – stało się w wypadku papierosów, że jednak pali je mniej, coraz mniej osób. Więc może też coraz mniej osób będzie korzystało ze słońca.

Tak jak wszyscy kibicowaliśmy profesorowi Witoldowi Zatońskiemu, jeżeli chodzi o kampanie antynikotynowe, tak myślę, że wszyscy musimy w tej chwili kibicować profesorowi Sławomirowi Majewskiemu i innym dermatologom, którzy mówią, że związek między opaleniem a rakiem skóry jest tak samo potwierdzony jak związek między paleniem papierosów a rakiem. To jest nasza, mediów społeczna odpowiedzialność i uczciwość wobec naszych odbiorców, żeby przekazywać tę wiedzę, za którą dziękujemy profesorom, lekarzom, że nam ją udostępniają. Dziękuję bardzo.

Profilaktyczne badania przesiewowe w chirurgii naczyniowej

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Dziękuję bardzo za zaproszenie. Powiem państwu kilka słów na temat profilaktycznych badań przesiewowych w chirurgii naczyniowej. Ze względu na krótki czas tego wystąpienia powiem o dwóch schorzeniach, które są przedmiotem zainteresowania chirurgów naczyniowych, w których uzasadnione jest prowadzenie badań przesiewowych. Są to zwężenie tętnic szyjnych i tętniak aorty brzusznej. (rys. 1) Oba te schorzenia rozwijają się w sposób skryty, podstępny, bezobjawowy, a pierwszy

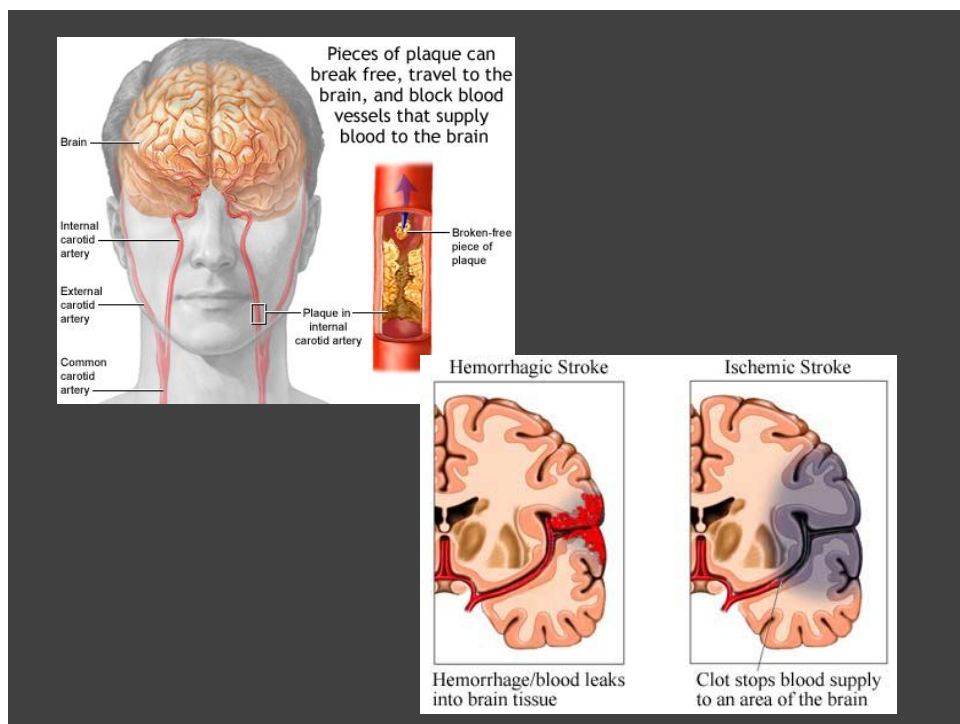


Rys. 1

* Prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak – konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii naczyniowej, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie

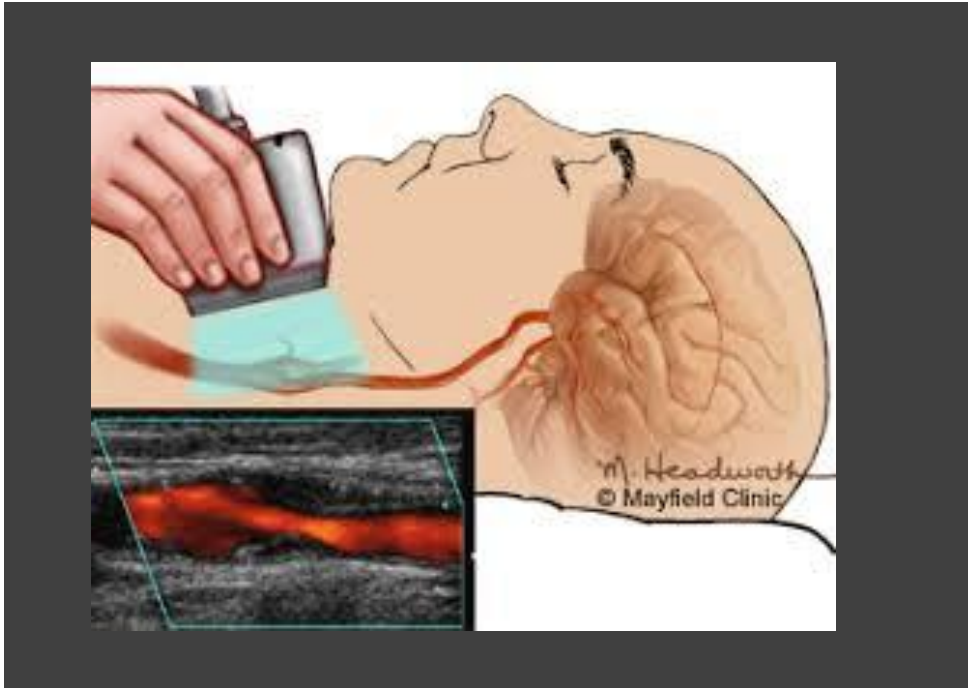
objaw takiego schorzenia czy objaw choroby może być zagrożeniem dla zdrowia i życia chorych. W wypadku zwężenia tętnicy szyjnej jest to udar niedokrwienny, a w wypadku tętniaka aorty – pęknięcie aorty z bezpośrednim zagrożeniem życia.

W wypadku zwężenia tętnic szyjnych mamy do czynienia z ryzykiem udaru niedokrwiennego wynikającym z fragmentacji blaszki miażdżycowej, która się z prądem krwi przenosi do mózgu, skutkuje wyłączeniem ukrwienia w części mózgu, powodując objawy neurologiczne o różnym nasileniu, od najmniejszych, które się wycofują, aż do takich, które – o czym mówiła profesor Maria Barcikowska – powodują ciężki udar i łączą się z dużym kalectwem, niesprawnością wieloletnią lub do końca życia. (rys. 2)

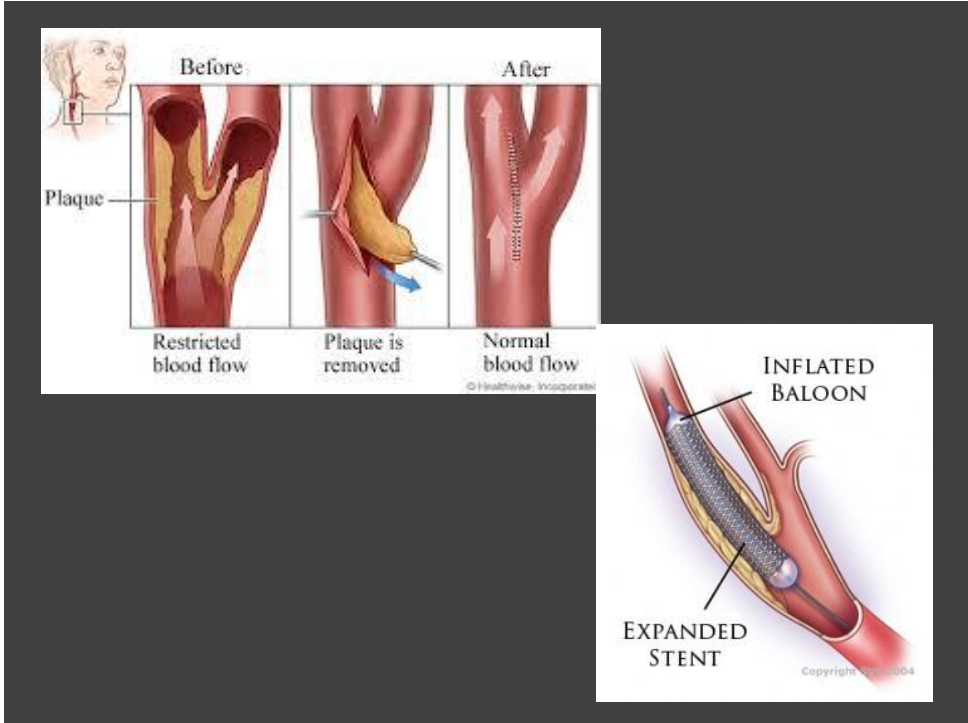


Rys. 2

Tętnica szyjna bardzo łatwo poddawać się może badaniom skriningowym, z jednej strony ze względu na położenie, bardzo powierzchowne położenie na szyi, a z drugiej strony ze względu na powszechną dostępność badania ultrasonograficznego, które jest metodą z wyboru w wypadku skriningu u chorych z podejrzeniem zwężenia tętnic szyjnych, u chorych, którzy mają czynniki ryzyka i u których możemy się tego spodziewać. (rys. 3) W momencie, kiedy stwierdzimy zwężenie tętnic szyjnych, mamy możliwość zaproponowania choremu trzech metod leczenia: metody farmakologicznej oraz dwóch metod operacyjnych, z których w wypadku zwężeń bezobjawowych bez wątplenia metodą z wyboru jest leczenie operacyjne, a dopiero w drugim rzucie metoda wewnątrznaczyniowa, czyli implantacja stentu. (rys. 4)



Rys. 3



Rys. 4

Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease: 2017 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS)

Writing Group ^a, A.R. Naylor, J.-B. Ricco, G.J. de Borst, S. Debus, J. de Haro, A. Halliday, G. Hamilton, J. Kakisis, S. Kakkos, S. Lepidi, H.S. Markus, D.J. McCabe, J. Roy, H. Sillesen, J.C. van den Berg, F. Vermassen, ESVS Guidelines Committee ^b, P. Kolh, N. Chakfe, R.J. Hinchliffe, I. Koncar, J.S. Lindholt, M. Vega de Ceniga, F. Verzini, ESVS Guideline Reviewers ^c, J. Archie, S. Bellmunt, A. Chaudhuri, M. Koelemay, A.-K. Lindahl, F. Padberg, M. Venermo

2.2.2.	Screening for asymptomatic carotid stenoses	11
2.2.2.1.	Is stroke important to prevent?	11
2.2.2.2.	Unheralded stroke and asymptomatic carotid stenoses	11
2.2.2.3.	Is Duplex ultrasound reliable for diagnosing stenosis severity?	11
2.2.2.4.	Prevalence of asymptomatic carotid disease	12
2.2.2.5.	Can a "high risk for stenosis" cohort be identified?	12
2.2.2.6.	Potential benefits of selective screening	12
2.2.2.7.	Harm associated with screening	12
2.2.2.8.	Harm associated with carotid interventions	12
2.2.2.9.	Does screening prevent fatal or nonfatal ipsilateral stroke?	12
2.2.2.10.	Who advocates population or selective screening?	12

Rys. 5

Co mówią na temat badań przesiewowych nasze wytyczne? To są wytyczne, które jeszcze się nie ukazały. (rys. 5) Tak jak państwo widzicie, jest to artykuł w druku, z datą 28 października 2017 roku. To są najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, w których bardzo duża część, jeden rozdział jest poświęcony skriningowi u chorych właśnie z bezobjawowym zwężeniu tętnicy szyjnej wewnętrznej. Znajdujemy tu bardzo dużo informacji. (rys. 6) Pani profesor mówiła

2.2.2.1. Is stroke important to prevent? In Europe, stroke causes 1.1 million deaths annually³ It is the commonest cause of acquired disability in adults, with more than half of stroke survivors being dependent on others for everyday activities.⁴ Stroke costs health providers in Europe 38 billion Euros per year,³ and successful prevention strategies could have enormous clinical, social, and financial benefits. It is, therefore, a very important condition to prevent.

2.2.2.2. Unheralded stroke and asymptomatic carotid stenoses. About 10–15% of all first-ever stroke patients will experience an unheralded ischaemic, carotid territory stroke following thromboembolism from a previously untreated asymptomatic significant carotid stenosis⁸

Rys. 6

2.2.2.3. Is Duplex ultrasound reliable for diagnosing stenosis severity? The US Preventive Services Taskforce (USPSTF) concluded that DUS was accessible and non-invasive, with a sensitivity of 94% and a specificity of 92% for diagnosing 60–99% carotid stenoses.⁶⁴ However, USPSTF observed that the accuracy of DUS varied considerably (especially in inexperienced hands) and that its indiscriminate use in low prevalence populations could result in a low positive predictive value because of a large number of false

Rys. 7

Table 3. Prevalence of asymptomatic >50% and >70% stenoses in the general population, stratified for gender and age.^a

Age	Stenosis	Males	Females
<50 years	>50%	0.2%	0.0%
	>70%	0.1%	0.0%
50–59 years	>50%	0.7%	0.5%
	>70%	0.2%	0.1%
60–69 years	>50%	2.3%	2.0%
	>70%	0.8%	0.2%
70–79 years	>50%	6.0%	3.6%
	>70%	2.1%	1.0%
≥80 years	>50%	7.5%	5.0%
	>70%	3.1%	0.9%

^a Based on analyses from de Weerd M, Greving JP, Hedblad B, Lorenz MW, Mathiesen EB, O’Leary DH. Prevalence of asymptomatic carotid artery stenosis in the general population: an individual participant data meta-analysis. *Stroke* 2010;41:1294–7.

Rys. 8

Journal of the American College of Cardiology
© 2013 by the American College of Cardiology Foundation
Published by Elsevier Inc.

EDITORIAL COMMENT

Asymptomatic Carotid Stenosis: The Not-So-Silent Disease

Changing Perspectives From
Thromboembolism to Cognition*

Adnan H. Siddiqui, MD, PhD,†‡§

L. Nelson Hopkins, MD†‡§||

Buffalo, New York

Rys. 9

o tym, jak dużo udarów jest w Polsce. W Europie tych udarów jest 1 milion 100 tysięcy rocznie. To kosztuje Europę 38 miliardów euro rocznie. Wśród tych chorych 10 do 15% doznaje pierwszego udaru właśnie w przebiegu bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej. Tak jak powiedziałem, metodą z wyboru zalecaną przez wszystkie towarzystwa naukowe, jeśli chodzi o skrining i rozpoznawanie zwężeń tętnicznych, jest ultrasonografia, metoda mniej inwazyjna, tania, obecnie łatwo dostępna. (rys. 7)

Jaka jest skala problemu? (rys. 8) Oczywiście częstość występowania zwężeń tętnic szyjnych jest funkcją wieku, jak państwo widziecie. Im starszą badamy grupę, tym tych zwężeń jest więcej.

Czy rzeczywiście są to zwężenia bezobjawowe, tak jak się je określa? Oczywiście nie. (rys. 9–10) Przeprowadzono bardzo wiele badań, w których udowodniono, że im większe zwężenie, tym większe ryzyko występowania mikro-zatorów, które się przemieszczają z prądem krwi, które są początkowo nieme, ale których

Silent cerebral events in asymptomatic carotid stenosis

Gayani Jayasooriya, BSc, MBBS, Ankur Thapar, BSc, MBBS, MRCS,
Joseph Shalhoub, BSc, MBBS, MRCS, and Alun H. Davies, MA, DM, FRCS, London, United Kingdom

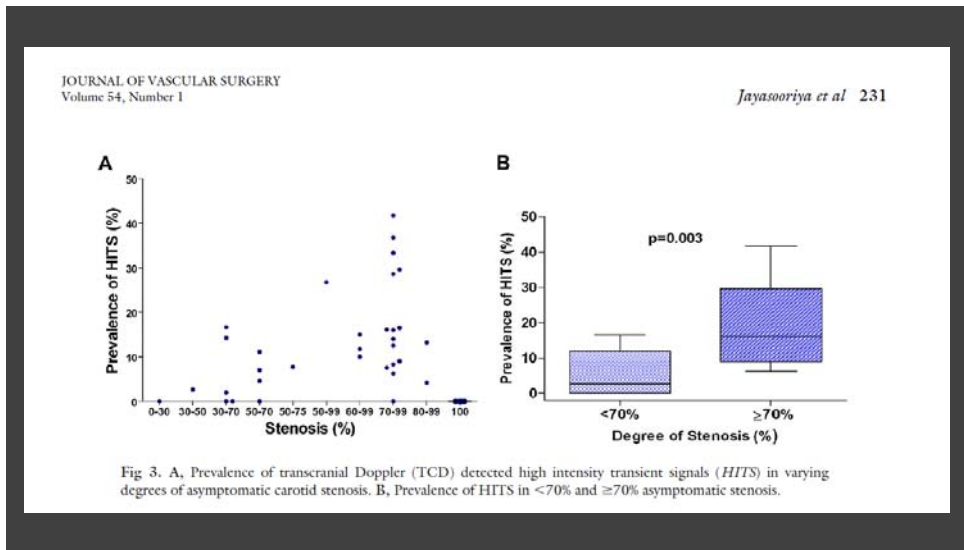
Background: Approximately 20% of strokes are attributable to carotid stenosis. However, the number of asymptomatic patients needed to prevent one stroke or death with endarterectomy is high at 17 to 32. There is a clear need to identify asymptomatic individuals at high risk of developing future ischemic events to improve the cost-effectiveness of surgery. Our aim was to examine the evidence for subclinical microembolization and silent brain infarction in the prediction of stroke in asymptomatic carotid stenosis using transcranial Doppler (TCD), computed tomography (CT), and magnetic resonance imaging (MRI).

Methods: The review was conducted according to the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) guidelines. Articles regarding humans between 1966 and 2010 were identified through systematic searches of PubMed, MEDLINE, and EMBASE electronic databases using a predetermined search algorithm.

Results: Fifty-eight full text articles met the inclusion criteria. A median of 28% of microemboli positive patients experienced a stroke or transient ischemic attack during follow-up compared with 2% of microemboli negative patients ($P = .001$). The same was true for the end point of stroke alone with a median of 10% of microemboli positive patients experiencing a stroke vs 1% of microemboli negative patients ($P = .004$). A specific pattern of silent CT infarctions was related to future stroke risk (odds ratio [OR] = 4.6; confidence interval [CI] = 3.0-7.2; $P < .0001$). There are no prospective MRI studies linking silent infarction and stroke risk.

Conclusions: There is level I evidence for the use of TCD to detect microembolization as a risk stratification tool. However, this technique requires further investigation as a stroke prevention tool and would be complemented by improvements in carotid plaque imaging. (J Vasc Surg 2011;54:227-36.)

Rys. 10



Rys. 11

kumulacja może powodować nieodwracalne konsekwencje i również w rezultacie doprowadzić do udaru mózgowego. (rys. 11) Udowodniono to w wielu badaniach, w tym najważniejszym badaniem było badanie ACES, w którym wykazano, że jeżeli obserwujemy mikrozatory w tętnicy szyjnej oceniane przy pomocy badania dopplerowskiego przezczaszkowego, to aż 2,5 razy częściej występują u takich chorych udary mózgowy i przemijające niedokrwienie mózgu i aż

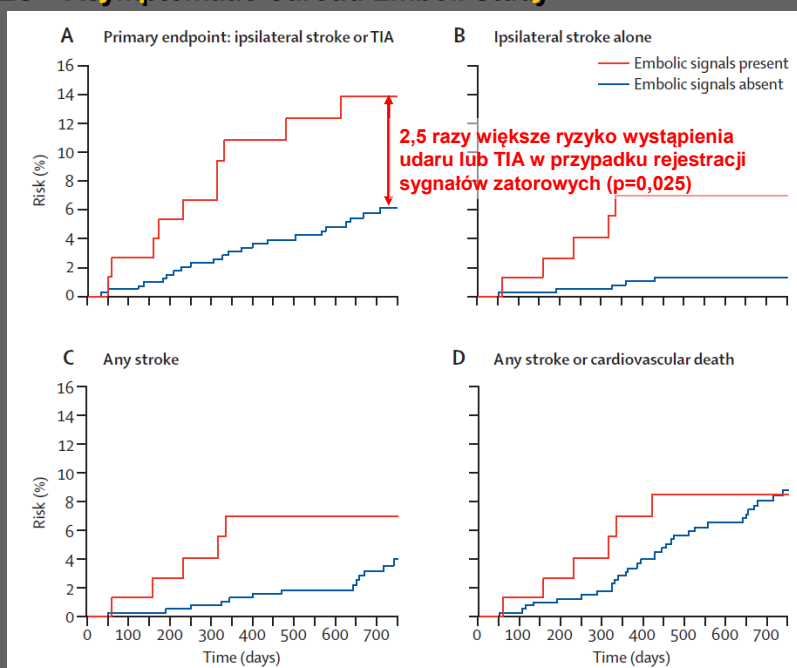
ACES – Asymptomatic Carotid Emboli Study

- identyfikacja chorych z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, bardziej od innych zagrożonych wystąpieniem udaru mózgowego
- 467 chorych z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej przekraczającym 70%
- 60-minutowe przezczaszkowe badanie dopplerowskie (TCD) w tętnicy środkowej mózgu (włączenie do badania oraz po 6, 12 i 18 miesiącach)
- oceniano wystąpienie objawów neurologicznych w czasie 2-letniej obserwacji i zbieżność z wynikami badania dopplerowskiego

H. Markus i wsp. Asymptomatic embolisation for prediction of stroke in the Asymptomatic

Rys. 12

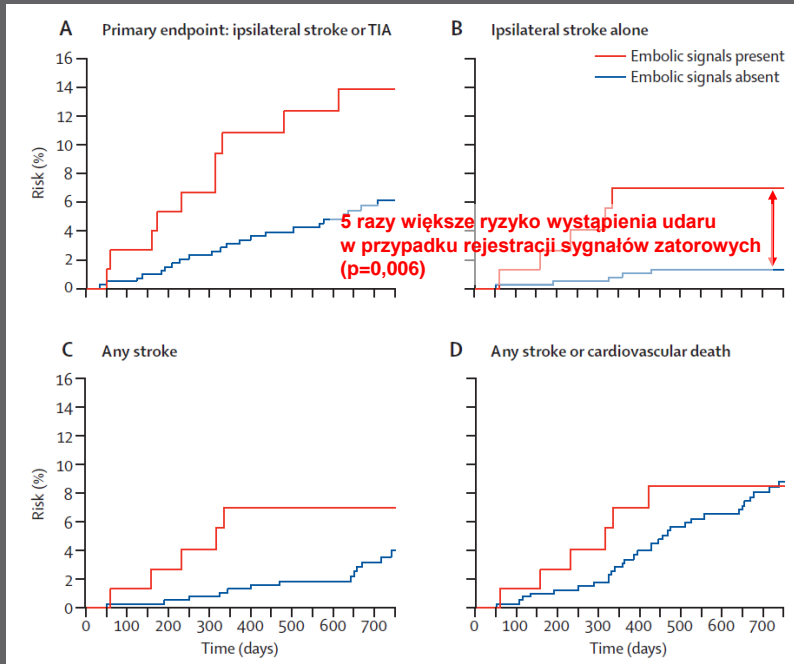
ACES – Asymptomatic Carotid Emboli Study



Rys. 13

5 razy częściej występuje ryzyko udaru mózgowego. W związku z tym zwężenia bezobjawowe tak naprawdę nie są bezobjawowe i stąd sens wykrywania tego schorzenia. (rys. 12–15)

ACES – Asymptomatic Carotid Emboli Study



Rys. 14

ACES – Asymptomatic Carotid Emboli Study

ryzyko wystąpienia udaru mózgowego w okresie 6-miesięcy było ponad sześciokrotnie większe w przypadkach stwierdzonej zatorowości w przezczaszkowym badaniu dopplerowskim

bezobjawowe zwężenia tak naprawdę nie są bezobjawowe, gdyż u wielu chorych obserwuje się przemieszczenie się materiału zatorowego do tętnic wewnątrzczaszkowych

Rys. 15

Jakie korzyści niesie przeprowadzenie badań skriningowych? (rys. 16) Poza tym, że wykryjemy grupę chorych, u których możemy zastosować profilaktykę pierwotną w postaci operacji, chorzy otrzymują profilaktykę pierwotną w postaci leczenia farmakologicznego i eliminacji czynników ryzyka, a więc przekłada się to na zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego, o którym mówił profesor Grzegorz Opolski, i zmniejszenie śmiertelności z tego powodu, czyli ryzyka dodatkowego.

2.2.2.6. Potential benefits of selective screening. Screening for ACS could enable risk factor modification and BMT for all screened patients (irrespective of stenosis severity or whether they undergo CEA/CAS) and this could contribute towards preventing MI and cardiac deaths, which are more common than late stroke.⁶⁶ In ACST-1, 40% of patients aged <75 years at trial entry died within 10 years, with 55% of deaths being cardiac.³⁵ In a recent systematic review and meta-analysis, 17 studies reported late mortality in 11,391 patients with an ACS >50%.³¹ Overall, 5-year mortality was 24% (95% CI 20.5–26.8). Two-thirds of late deaths were the result of heart disease. Accordingly, risk factor modification and implementation of BMT in patients with screen-detected ACS could significantly reduce cardiac morbidity and mortality.

Rys. 16

2.2.2.7. Harm associated with screening. Patients might undergo an unnecessary intervention following a false positive screen and suffer a stroke after CEA or CAS. This was the main concern of USPSTF.⁶⁴

2.2.2.8. Harm associated with carotid interventions. All RCTs involving CEA or CAS in asymptomatic patients reported 30-day death/stroke rates <3% (Section 2.2.3.1.2).

However, most surgeons/interventionists were credentialed before randomising patients and 40% of surgeon applicants in ACAS were rejected following review of their track record.⁶⁷ Several audits and registries of “real world” practice suggest that many surgeons/interventionists do not achieve death/stroke rates \leq 3% in asymptomatic patients.^{68–70}

Rys. 17

2.2.2.9. Does screening prevent fatal or nonfatal ipsilateral stroke? There is no evidence that population screening reduces stroke and there have been no RCTs of the benefits of screening versus no screening for ACS.

Rys. 18

Oczywiście wszystko ma swoje dobre i złe strony. Jakie jest ryzyko przeprowadzenia skринingu? (rys. 17) Jest takie, że jeżeli będzie dużo wyników fałszywie dodatnich, to będziemy operowali dużą grupę osób niepotrzebnie. To jest oczywiste. Natomiast ryzyko związane z samą metodą jest znaczne i tutaj nie muszę o tym mówić. Skumulowane ryzyko udarów i zgonów u chorych, u których operujemy zwężenie bezobjawowe, nie może być większe niż 3% i to jest powszechnie przyjęta wartość.

W związku z tym, czy skринing zapobiega udarom mózgowym? (rys. 18) Proszę państwa, według *guideline*, które teraz przytaczam, nie, ale mimo to towarzystwa naukowe, i amerykańskie, i europejskie, zalecają wybranej grupie chorych obarczonych ryzykiem przeprowadzenie skринingu, czyli u takich chorych, którzy mają nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię, są palaczami tytoniu, mają wskazania z wywiadu rodzinnego. (rys. 19–20) To potwierdzają również najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa

Chirurgii Naczyniowej. W Polsce badań przesiewowych w kierunku zężenia tętnic szyjnych do tej pory nie prowadzono, nie było takich badań.

Drugie schorzenie, które w sposób ewidentny podlega badaniom skriningowym, to tętniak aorty brzusznej. Celem skriningu jest zapobieżenie takiej sytuacji, jaką widać na przeźroczu (rys. 21), czyli pęknięciu tętniaka aorty i operowaniu chorego w stanie

2.2.2.10. Who advocates population or selective screening?

The AHA recommends against screening low-risk populations, but did not define who they meant.⁷¹ The Society for Vascular Surgery (SVS) advise that screening for ACS should be considered in selected patients with multiple risk factors, provided that “patients are fit for and willing to consider a carotid intervention if a significant stenosis is discovered.” Such patients might include those with PAD (regardless of age), and patients aged >65 years with a history of one or more of CAD, smoking, or hypercholesterolemia.⁷² The “14 Society” guidelines advise against routine screening of low-risk patients, but advise that screening might be considered in people without clinical evidence of atherosclerosis who had at least two risk factors, including hypertension, hyperlipidaemia, tobacco smoking, a family history of stroke and “early onset” atherosclerosis.⁷³ Using the SVS screening criteria described above, Thapar determined that

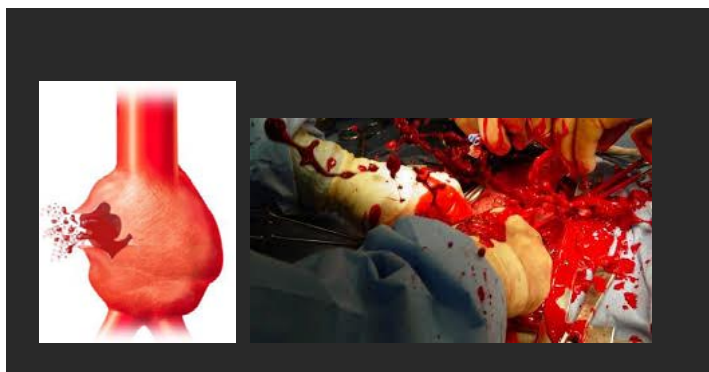
Rys. 19

Recommendation 15	Class	Level	References
Routine population screening for asymptomatic carotid stenosis is not recommended	III	C	64
Recommendation 16			
Selective screening for asymptomatic carotid stenoses may be considered in patients with multiple vascular risk factors to optimise risk factor control and medical therapy to reduce late cardiovascular morbidity and mortality, rather than for identifying candidates for invasive carotid interventions	IIb	C	72,73

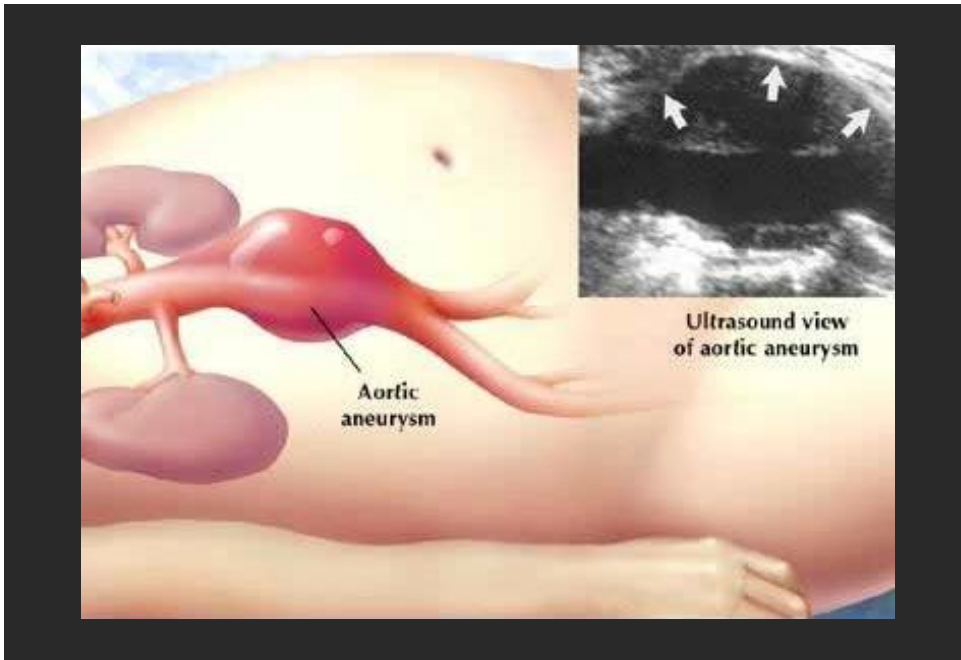
ARTICLE IN PRESS
 Eur J Vasc Endovasc Surg (2017) ■ 1–79
Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease: 2017 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS)
 Writing Group^a, A.R. Nayak, J.B. Ricco, G.J. de Borja, S. Debus, J. de Roo, A. Halliday, G. Hamilton, J. Kakkis, S. Kakkis, S. Lepidi, H.S. Markus, D.J. McCabe, J. Ring, H. Sillman, J.C. van den Berg, F. Vermeulen,
 ESVS Guidelines Covertors^b: P. Kahl, R. Chahal, R.J. Hinchliffe, I. Kolar, S. Lindholt, M. Vega de Ceniga, F. Veroni,
 ESVS Guideline Reviewers^c: J. Archie, S. Bellmont, A. Choudhury, M. Koolenay, A.-K. Lindahl, F. Padberg, M. Veuroso

Rys. 20

zagrożenia życia, czego wyniki są znacznie gorsze niż w momencie, kiedy chorego operuje się w sposób planowy. Te badania przesiewowe również są prowadzone przy użyciu ultrasonografii. (rys. 22) Jest to badanie stosunkowo proste. Wykrycie tętniaka aorty brzusznej nie jest trudne

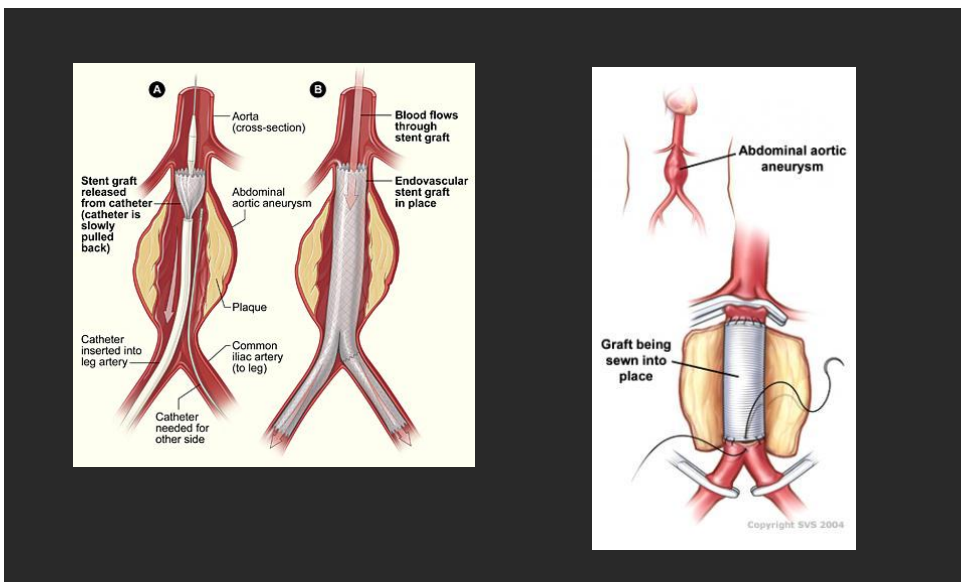


Rys. 21



Rys. 22

dla doświadczonego lekarza. Po stwierdzeniu tętniaka i dalszej obserwacji, w momencie kiedy średnica osiągnie 55 mm u kobiet i 52 mm u mężczyzn, możemy zaproponować choremu leczenie i, jak podkreślam, planowe, które daje znacznie lepsze wyniki. (rys. 23)



Rys. 23

Nie będę mówił o wszystkich powikłaniach, skupię się tylko na śmiertelności. Śmiertelność po operacjach planowych waha się od 1 do 8%, we wszystkich ośrodkach wynosi między 3 i 4%, natomiast śmiertelność po operacjach pękniętych tętniaków waha się od 35 do 55%. W najlepszych ośrodkach jest to 35%. Przeciętnie jest to około 50%. Te dane dotyczą jednak tylko 20% osób z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej, które dojeżdżają do szpitala; z tych 20% dopiero są te procenty. 80% chorych z pękniętym tętniakiem umiera przed uzyskaniem pomocy medycznej, zostaje tam, gdzie im tętniak pękł, czyli w domu, na ulicy, w samochodzie. Stąd sens prowadzenia badań skriningowych.

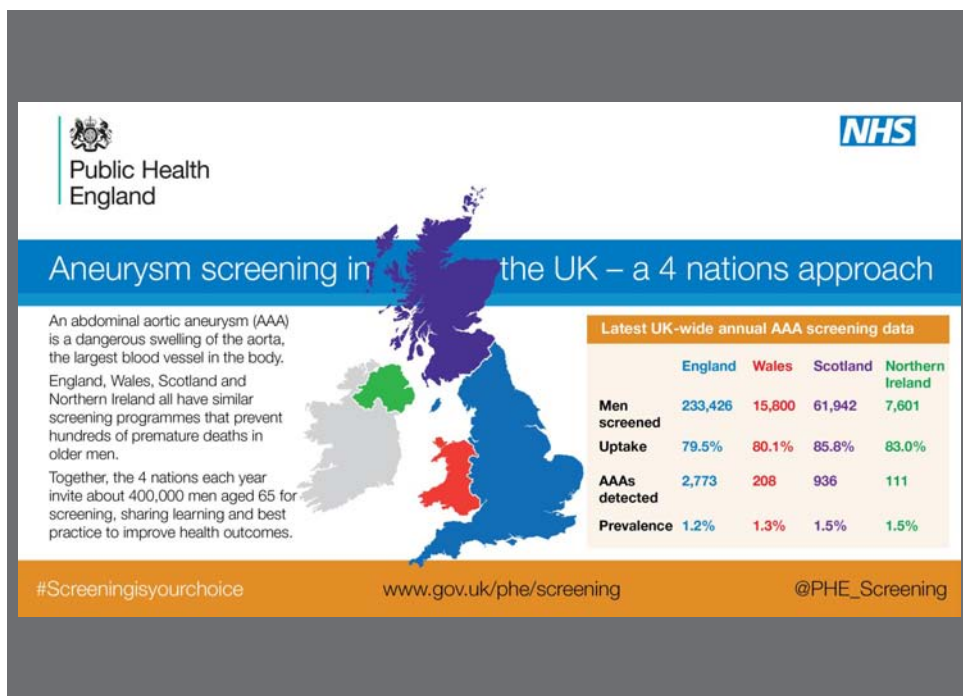
Do tej pory przeprowadzono dziesięć takich badań skriningowych – w Wielkiej Brytanii, Holandii, Danii, Australii i Norwegii – głównie u mężczyzn w wieku powyżej 65. roku życia. (rys. 24) Stwierdzono, że częstość występowania tętniaków waha się od 4 do prawie 9%. Ostatnie badanie, którego wyniki zostały opublikowane w 2015 roku, to jest badanie brytyjskie. (rys. 25) Przebadano 400 tysięcy osób w latach 2014–2015, odnotowano częstość występowania tętniaków poniżej 2%.

Miejsce badania	Chichester Wielka Brytania	Viborg, Dania	Western Australi	MASS, Wielka Brytania	Rotterdam, Holandia	Tromsø, Norwegia
Liczba badanych	15 775	12 628	41 000	67 800	5419	6386
Płeć	M, K	M	M	M	M, K	M, K
Wiek (lata)	65–80	65–73	65–79	65–74	>55	55–74
Okres badania	1988–1990	1994–1998	1996–1998	1997–1999	1994–1995	1994–1995
Data publikacji	1995	2002	2004	2002	1995	2001
Częstość występowania	4,0% 7,6% - M 1,3% - K	4,0%	7,2%	4,9%	4,1% - M 0,7% - K	8,9% - M 2,2% - K

Częstość występowania tętniaków aorty brzusznej określona w populacyjnych badaniach przesiewowych (M – mężczyźni, K – kobiety)

Rys. 24

W Polsce badanie przesiewowe w kierunku tętniaka prowadzi tylko profesor Arkadiusz Jawień w województwie kujawsko-pomorskim. Zrobił dwa badania. Pierwsze w małej gminie Gniewkowo, gdzie badał mężczyzn w wieku powyżej 65. roku życia. (rys. 26) Stwierdził obecność tętniaków u ponad 9% mężczyzn. Potem rozszerzył te badania na całe województwo kujawsko-pomorskie. (rys. 27) Badał mężczyzn powyżej 60. roku życia i tutaj częstość występowania tętniaka oceniono na 6%.



Rys. 25

PROGRAM PRZESIEWOWY w Polsce

Polska (Gniewkowo Study)

- Jednorazowe USG, mężczyźni w wieku 65 lat i więcej
- 641 mężczyzn przebadanych (marzec 2011)
- 33 TAB zdiagnozowanych (9,3%)

Szpital Uniwersytecki Nr 2 w Bydgoszczy

Gniewkowo

Jawien A, Formankiewicz B, Dereziński T et al. Preliminary results from the first Polish screening program for abdominal aortic aneurysm in the Kuyavian-Pomeranian Province. Acta Angiol 2012;18(1) 9-17

A. Jawien

Rys. 26

PROGRAM PRZESIEWOWY w Polsce

Województwo kujawsko-pomorskie

- Jednorazowe badania USG
- **Mężczyźni lat 60 i więcej**
- **Od października 2009 r. do listopada 2011 r.**
- 1556 przebadanych **mężczyzn**
- 94 TAB zdiagnozowane (6,0%)

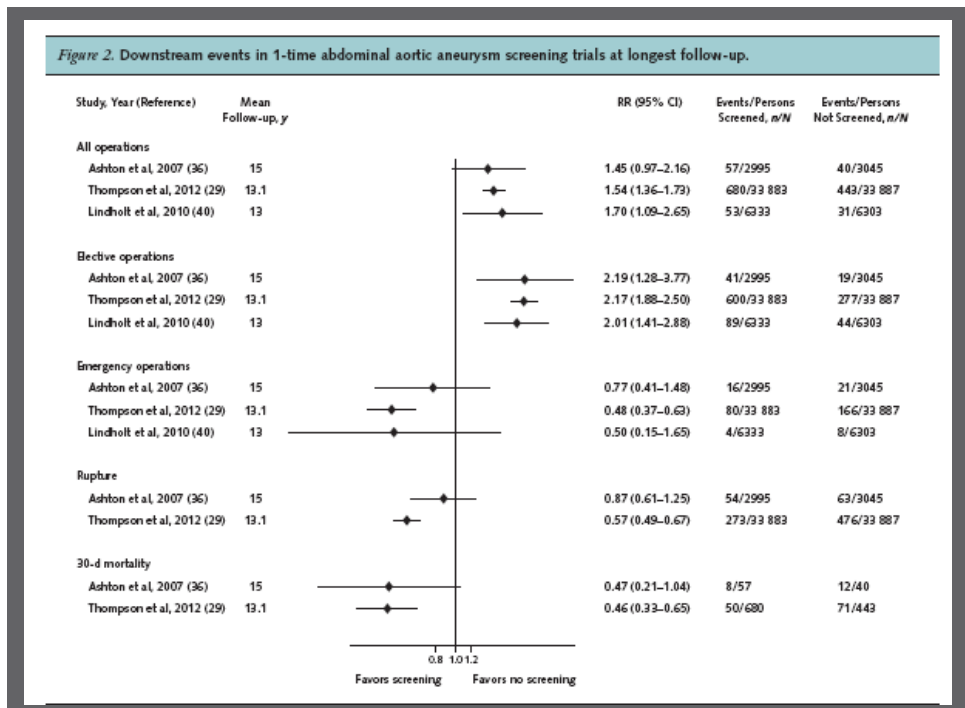
Szpital Uniwersytecki Nr 2 w Bydgoszczy



Jawien A, Formankiewicz B, Dereziński T et al. Preliminary results from the first Polish screening program for abdominal aortic aneurysm in the Kuyavian-Pomeranian Province. Acta Angiol 2012; 18(1) 9-17

A.Jawien

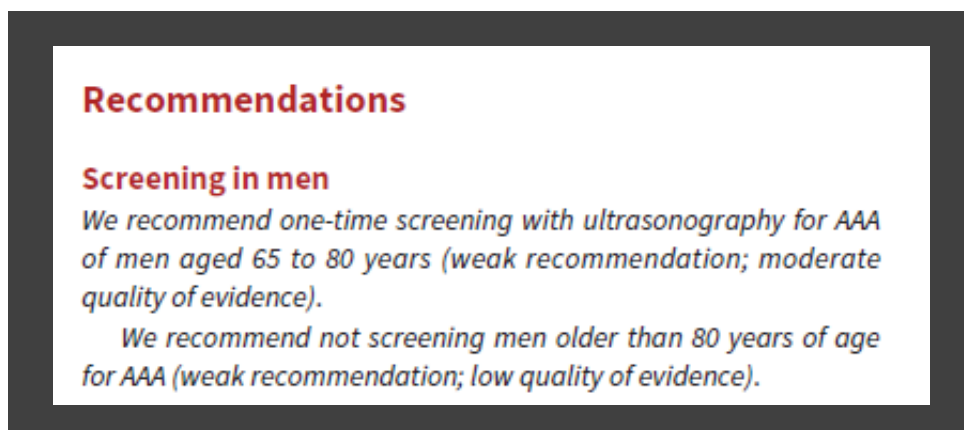
Rys. 27



Rys. 28

Dlaczego trzeba prowadzić badania skriningowe w kierunku tętniaka? Tak jak pokazywałem, żeby uniknąć operacji doraźnej. Na przeźroczu widać metaanalizę wszystkich badań przesiewowych, które były dotychczas przeprowadzane i które wyraźnie wskazują na korzyści wynikające z tego, że unika się operacji doraźnych i pęknięcia tętniaka aorty. (rys. 28)

Wreszcie ostatnie zalecenia, też z sierpnia tego roku, mówią wyraźnie, że powinno się prowadzić jednorazowy skrining przy pomocy ultrasonografii u mężczyzn powyżej 65. do 80. roku życia. (rys. 29) Nie zaleca się prowadzenia skriningu u mężczyzn powyżej 80. roku i nie zaleca się prowadzenia takiego skriningu u kobiet, dlatego że częstość występowania tętniaków u kobiet jest znacznie mniejsza.



Rys. 29

Jak państwo widzieli, w Polsce było prowadzone jedno badanie przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej. Być może w nowej edycji POLKARD-u uda się przeprowadzić takie badanie, a może udałoby się w przyszłości również przeprowadzić badanie skriningowe w kierunku zwężeń tętnic szyjnych.

Dziękuję bardzo.

Redaktor Paweł Kruś*

Panie Senatorze! Panie Profesorze! Panie Przewodniczący!

Profesor Piotr Andziak podzielił się z nami bezcenną wiedzą o roli badań przesiewowych w chirurgii naczyniowej. Wymienił dwa bardzo ważne obszary terapeutyczne: tętniaki aorty brzusznej i zwężenia tętnic szyjnych. Myślę, że stosowanie USG w prewencji to jednak jest etap dalszy, że badanie przesiewowe pod kątem chorób naczyń powinno i może zaczynać się znacznie wcześniej. Istnieją bowiem jeszcze dwa obszary związane z chorobami naczyń, w których zastosowanie badań

* Redaktor Paweł Kruś – „Świat Lekarza”

przesiewowych również może uchronić ludzi przed śmiercią, a z pewnością przed ciężkim kalectwem. To zespół stopy cukrzycowej i niedokrwienie kończyn dolnych.

Muszę państwu o tym powiedzieć, że w roku 2016 wprowadziłem wraz z kolegami dziennikarzami i środowiskiem Nagrodę Zaufania „Złoty OTIS”, Społeczną Akcję Profilaktyczną „Kostka–Ramię. Stop Udarom i Amputacjom.” Celem akcji było propagowanie nowoczesnej i bardzo taniej metody wczesnego ostrzegania przed możliwością wystąpienia udaru lub stopy cukrzycowej. Niecałe dwa lata temu niewiele osób w Polsce słyszało o pomiarze wskaźnika kostka–ramię. To badanie jest wykonywane zbyt rzadko. Z reguły przeprowadzają je kardiolodzy i angiolodzy, ale u osób, które już są poważnie chore. Dzięki pomocy obecnych tutaj kolegów dziennikarzy bez trudu przebadaliśmy w ciągu kilku tygodni ponad 2 tysiące osób. Były zapisy, przepychanki, protekcje, wszystko, co świadczyło o wielkim zainteresowaniu Polaków. Prosty komunikat puszczony bez udziału mediów publicznych był w stanie zappełnić nam gabinety z dwutygodniowym wyprzedzeniem. I co z tego? Zacytuję profesora Henryka Skarżyńskiego: „Siłami społecznymi można to zrobić raz, ale nie da się co roku przebadać kilkuset tysięcy osób, żeby kilka tysięcy z nich uratować przed kalectwem.”

Myślałem o tym i media publiczne bardzo mnie zainspirowały, ponieważ to od nich usłyszałem, od państwa pracowników, że prawdopodobnie poczułem wolę Bożą do obwoźnego handlu sprzętem, bo skoro wożę nowoczesny aparat po miastach, to widocznie tak jest. Tak więc zacząłem analizować sytuację, ile tego sprzętu i o jakiej wartości należałoby zakupić, żeby w Polsce zapewnić 10 na województwo nowoczesnych aparatów umożliwiających badanie kostka–ramię w ciągu 3 minut. Proszę państwa, to jest wydatek około 2 milionów zł na całą Polskę. To jest tak tani sprzęt. Dramatem tej metody jest to, że jest ona zbyt tania. Niestety tak musi to zabrzmieć.

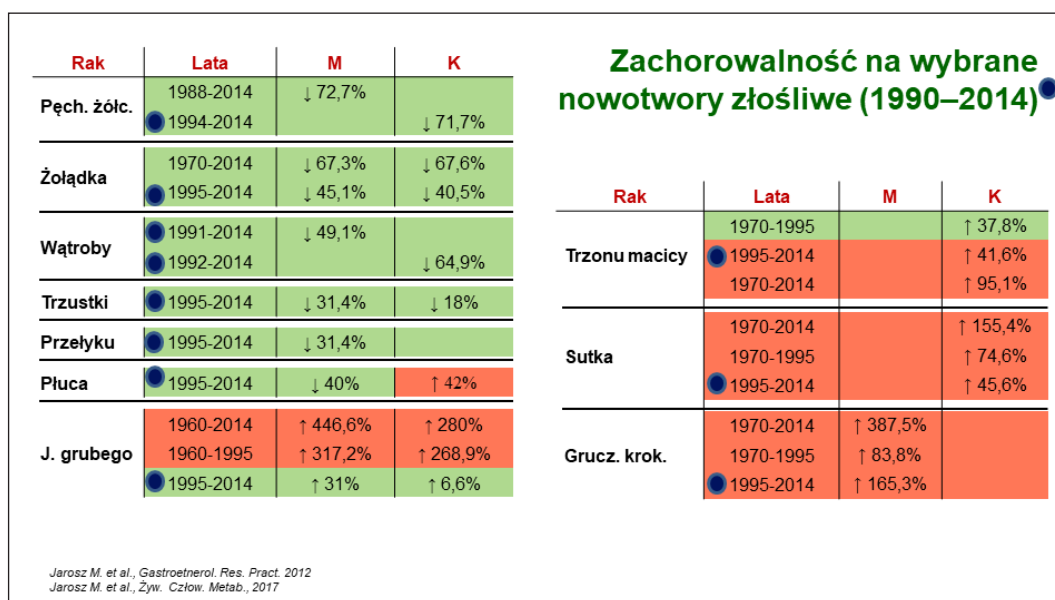
Na koniec powiem, że gdybyśmy rocznie uratowali 3 tysiące osób, uchronili je przed stopą cukrzycową, wydając 2 miliony zł na aparaty ABI (ang. *ankle-brachial index*) – to, co powiem, może być szokujące – to koszt tego byłby wielokrotnie niższy niż koszty rent dla osób, którym odjęto stopę. Koszt renty dla jednej takiej osoby, zgodzimy się wszyscy, wynosi około 12 tysięcy zł rocznie, a koszt uratowania jednej z 3 tysięcy osób w wyniku badania przesiewowego przy inwestycjach rządu 2–3 miliony zł jednorazowo, wyniósłby około 400–500 zł na osobę. Z tą refleksją, która w Senacie musiała wybrzmieć, bo tutaj się rodzi nowa myśl, bardzo państwu dziękuję za uwagę.

Profilaktyka raka i otyłości jest możliwa. Mamy na to dowody

Szanowni Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie na tak ważną debatę. Chciałbym krótko przedstawić dwie bardzo istotne kwestie.

W ciągu ostatnich 20 lat 313 tysięcy osób w Polsce uniknęło zachorowania na raka. (rys. 1) Dotyczy to osób z nowotworami o najgorszym rokowaniu, czyli takim rokowaniu, w którym pięcioletnie przeżycie wynosi od kilku do 15, 20% – raka żołądka,



Rys. 1

jelita grubego, przełyku, pęcherzyka żółciowego. Powstaje zasadnicze, bardzo ważne pytanie: skąd to się wzięło? To jest najlepszy wynik w Europie. Oczywiście w krajach europejskich w przypadku niektórych nowotworów obserwuje się zahamowanie

* Prof. dr hab. n. med. Mirosław Jarosz – dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie

wzrostu lub również niewielki spadek, ale nie taki jak obserwujemy w Polsce. Zdziwiająca jest na przykład sprawa raka żołądka, na którego zachorowalność w ciągu 30 lat zmniejszyła się trzykrotnie, a przecież w polskiej populacji zakażenie *Helicobacter pylori* – najsilniejszym kancerogenem występuje w żołądkach 70–80% Polaków. Tak więc co się stało? Bo 313 tysięcy osób uniknęło zachorowania, w tym 188 tysięcy osób raków przewodu pokarmowego i 125 tysięcy osób raków płuca. (rys. 2) Nasze szacunki pokazują, że dało to oszczędności około 9,5 miliarda zł, biorąc pod uwagę koszty pośrednie i bezpośrednie. (rys. 3)

To nie jest wykład naukowy, więc dam tylko pewien przykład. W ubiegłym roku Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem ogłosiła nowy kancerogen – mięso przetworzone, mięso czerwone. (rys. 4)

Na przykładzie tej korelacji, bo takich korelacji jest bardzo dużo, za chwilę pokażę podsumowanie. Ale jak to działa? Teraz jesteśmy w stanie ocenić to, jak sposób żywienia Polaków w ciągu ostatnich dwudziestu, dwudziestu kilku lat wpływał na zachorowania na poszczególne nowotwory. Wyraźnie widać, że ta korelacja jest bardzo ścisła: trzykrotny wzrost spożycia mięsa czerwonego na mieszkańca – czterokrotny wzrost występowania raka trzustki. Zmniejsza się spożycie przetworów mięsnych – zmniejsza się zachorowalność na raka trzustki.

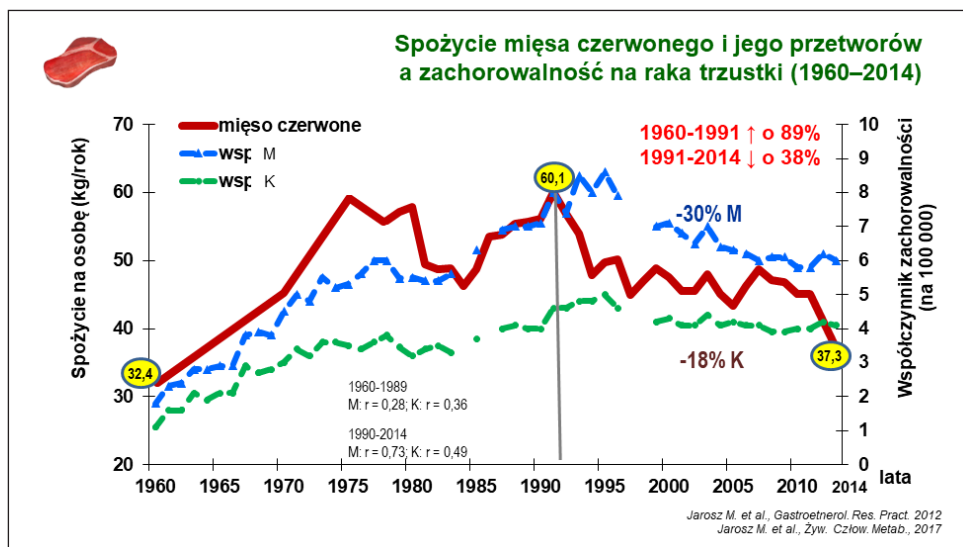
Podobnie jest w wypadku raka jelita grubego. (rys. 5) W ostatnich latach, co zaskoczy wielu naukowców, wiele ośrodków, obserwujemy tendencję wyhamowywania zachorowania na raka jelita grubego. Możemy to skojarzyć z wieloma czynnikami żywieniowymi, ale tutaj dla przykładu pokazujemy mięso czerwone i przetwory, ponieważ dynamiczny wzrost spożycia przetworów mięsnych i mięsa czerwonego był bardzo istotnie skorelowany ze wzrostem zachorowalności na raka jelita grubego, a później dwukrotny spadek spożycia przetworów mięsnych i mięsa



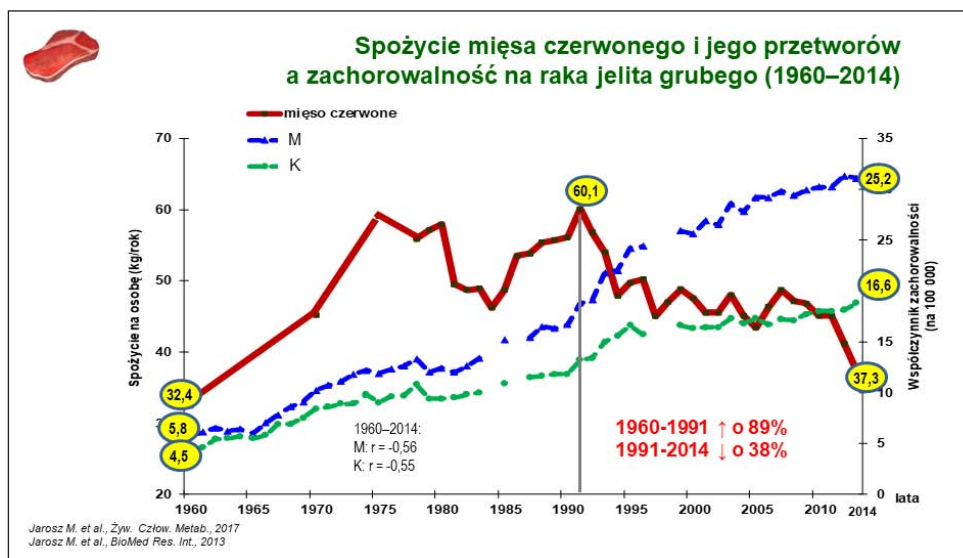
Rys. 2



Rys. 3



Rys. 4



Rys. 5

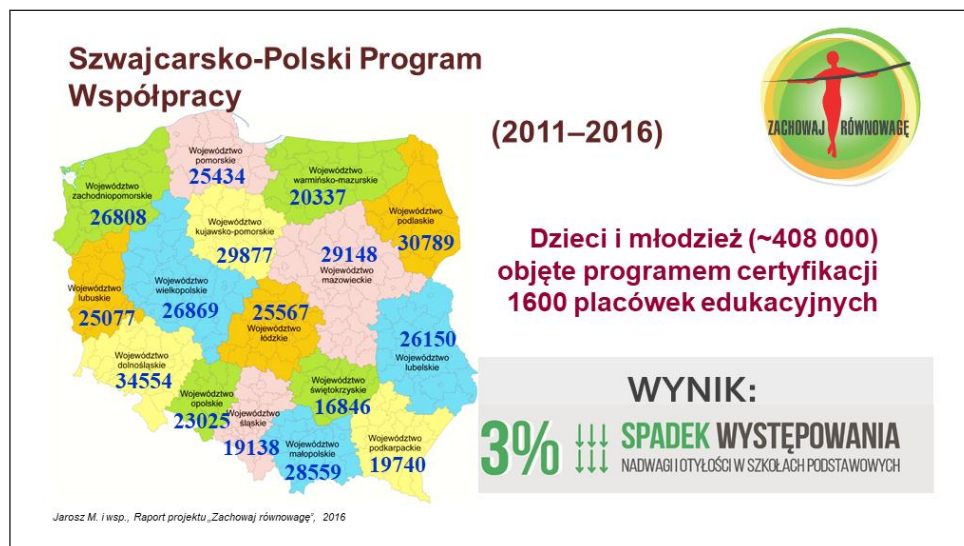
czerwonego był jednym z czynników, który spowodował spowolnienie narastania zachorowania na raka jelita grubego.

W krótkim podsumowaniu, bo przecież nie będę przedstawiał wszystkich analiz, przedstawię, co stwierdziliśmy, że spowodowało tak bardzo istotne zmiany. Oczywiście nawyki żywieniowe Polaków nadal są złe, oczywiście daleko jest od zaleceń i norm, ale mimo wszystko w ciągu ostatnich 20 lat doszło do zmniejszenia spożycia mięsa czerwonego i jego przetworów, zmiany struktury spożycia tłuszczów (zmniejszenia spożycia tłuszczów zwierzęcych nasyconych na korzyść

spożycia tłuszczów roślinnych – to był duży, istotny wzrost), zmniejszenia spożycia cukrów prostych, zmniejszenia spożycia soli (to był jeden z ważnych czynników, który spowodował spadek zachorowania na raka żołądka). Oprócz tego obserwowaliśmy systematyczny wzrost spożycia warzyw i owoców, jak również wzrost spożycia witamin antyoksydacyjnych i polifenoli. To spożycie było o 20% większe niż w latach poprzednich. Dodatkowo czynniki to wzrost spożycia kawy i oczywiście zmniejszenie częstotliwości palenia tytoniu przez mężczyzn, bo w wypadku kobiet następuje wzrost, natomiast u mężczyzn doszło do zahamowania.

Natomiast z czym mamy problem, dlaczego jednak ogólnie, jeśli spojrzymy na całą epidemiologię nowotworów w Polsce, to obserwujemy wzrost zachorowań? Wzrost zachorowań na raka macicy, raka sutka, raka gruczołu krokowego. Tutaj wchodzi na scenę gracz – otyłość, stale dramat otyłości w Polsce narasta, jest też wzrost palenia tytoniu wśród kobiet, wzrost spożycia alkoholu, nadal wysokie spożycie mięsa przetworzonego, izomerów trans, soli i słodczy, niskie spożycie warzyw, owoców, produktów mlecznych, błonnika, ryb, niski poziom witaminy D w diecie. Tak więc wiemy, jakie czynniki powodują zdecydowany wzrost zachorowań, jakie czynniki hamują ten wzrost. To dokonało się bez udziału medycyny naprawczej, czyli te 313 tysięcy osób w Polsce i te prawie 10 miliardów zł oszczędności to nie było działanie medycyny naprawczej. Krótko mówiąc, może gdyby ten 1 miliard zł przeznaczyć na edukację, to może miałyby sens. Jeżeli takie oszczędności jednak powstały, to może tu są środki, które trzeba byłoby wykorzystać?

Co z otyłością? Czy jest możliwa walka z otyłością? Oczywiście, że tak, jest możliwa. W ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy w ciągu dwóch lat objęliśmy 10% uczniów programem „Zachowaj Równowagę”, spowodowaliśmy nie tylko spowolnienie narastania nadwagi i otyłości, ale spadek otyłości o 3%. (rys. 6)



Rys. 6



Rys. 7

wiele narzędzi mamy, czyli jest „mercedes”. Ale „benzyna” jest potrzebna. Krótko mówiąc, jak dysponować środkami finansowymi, jaką strategię wydatków finansowych przyjąć, ile powinno się przeznaczyć na medycynę prewencyjną? Jak widać z tych badań, możliwe są do osiągnięcia bardzo dobre wyniki.

Dziękuję bardzo.

Redaktor Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk*

Przygotowałam bardzo dużo materiałów, głównie dlatego, że w bieżącym numerze naszego pisma będziemy się zajmować otyłością. Przedstawię to skrótowo.

Wczoraj rozmawiałam z profesorem Krzysztofem Bieleckim, który powiedział, że skoro będzie na ten temat mówił profesor Mirosław Jarosz, to ja już właściwie nie mam nic do powiedzenia. Przypomniał jeszcze słowa Demokryta, że ludzie błagają bogów o zdrowie, a nie myślą o tym, że zdrowie leży w ich rękach. To być może jest piękna myśl, ale może sprowadzić także na ziemię, ponieważ zdrowie leży trochę w naszych rękach, każdego z nas, ale także w rękach instytucji, które my tworzymy.

Chciałam wspomnieć tylko o trzech rzeczach. O inicjatywie Rzecznika Praw Dziecka, który niedawno wystąpił do ministra zdrowia z prośbą i wnioskiem o wprowadzenie porady żywieniowo-dietetycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych, co jest rzeczą bardzo istotną. Już nie będę wspominała o tym, o czym mówił pan profesor, jak to wpływa na zmniejszenie wydatków na leczenie i z kolei na co można by te pieniądze przeznaczyć. Natomiast ważne jest, że już ze dwa czy trzy lata temu środowiska medyczne wystąpiły z prośbą o wprowadzenie takiej porady żywieniowej dla kobiet w ciąży i rodzin dzieci do 36. miesiąca życia, co miało wpłynąć, po pierwsze, na lepszą kondycję młodych Polaków, a poza tym propagowanie zdrowego stylu życia tych dzieci w przyszłości. Jednocześnie przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” były prowadzone badania sześć- i dwunastomiesięcznych

* Redaktor Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk – „Puls Medycyny”

dzieci, w których stwierdzono, że te dzieci po prostu jedzą za dużo. Dlaczego za dużo? Myślę, że pokutuje przekonanie nas, rodziców sprzed bardzo wielu lat, że dziecko nie może być głodne. Ja to pamiętam ze swojego dzieciństwa i myślę, że to jeszcze będzie pokutowało w następnych pokoleniach.

Następną rzeczą, o której chciałam powiedzieć, jest raport NIK-u dotyczący odżywiania dzieci w szkołach, z którego wynika, że w ubiegłym roku co piąte dziecko w wieku szkolnym miało nadwagę, mimo przeprowadzenia wielu akcji, także informacyjnych. Na przykład były też prowadzone takie akcje jak mleko w szkole czy owoce, jarzyny w szkole. Niewiele to pomaga, ale dlaczego? Bo te dzieci nie są pilnowane. Może tu jest rola także szkoły? Dzieci nie zjadały owoców i warzyw. Albo je ze sobą zabierały, albo je wyrzucały. Tak że to jest bezsens, również organizacyjny. Jest to najprostsza rzecz, żeby dziecko, to co dostanie, zjadło.

Kolegium Lekarzy Rodzinnych dwa lata temu razem z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej i Polskim Towarzystwem Badań nad Otyłością opracowało wytyczne dla lekarzy rodzinnych dotyczące postępowania w wypadku nadwagi i otyłości leczonych przez lekarza rodzinnego. Są to wskazówki, w jaki sposób lekarz rodzinny ma pokierować rodziców, jak mają zajmować się dziećmi, je karmić i być może daje to rezultaty. Natomiast okazuje się, że nie ma łańcuszka skoordynowanej opieki. Jeżeli stwierdzi się otyłość u dzieci, nie bardzo wiadomo, gdzie one mają potem trafić. To jest ogromna luka w systemie. Myślę, że dość łatwa do naprawienia.

Przede wszystkim trzeba jeść mądrze, należy przekonać do tego dzieci i rodziny. Nie zawsze jest to robione. Rozmawiałam z moją wnuczką i synową i okazuje się, że w warszawskich przedszkolach jest prowadzona akcja, bardzo dobrze przez dzieci przyjmowana, „Mały dietetyk”. Podczas niej uczy się dzieci, co się je i dlaczego, w taki sposób, który jest dla nich przystępny, i uczy się też rodziców. Są także warsztaty „Przemysłane zakupy żywności”, podczas których dzieci idą grupą i robią zakupy. Potem przychodzą do domu i tłumaczą, dlaczego zostało to a nie co innego kupione.

Myślę, że akcja informacyjna, edukacyjna, taka prosta, może dać dobre rezultaty. Dziękuję.

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński

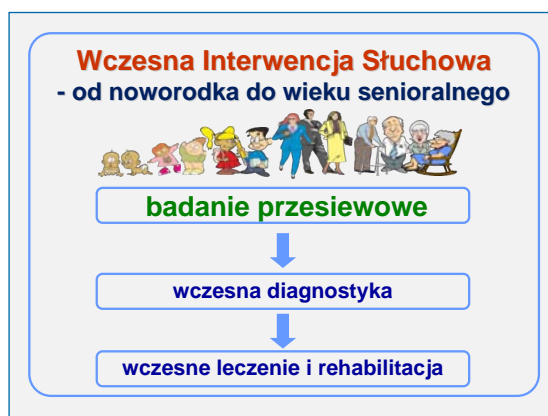
Bardzo dziękujemy.

Zaczęliśmy od wzroku, kończymy na słuchu. Zapraszam przedstawicieli naszego zespołu, profesora Krzysztofa Kochanka i współautorów, do przedstawienia problemów dotyczących badań przesiewowych słuchu. Komentarz wygłosi redaktor Henryk Szrubarz, Polskie Radio Program 1.

Badania przesiewowe słuchu

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym rozpocząć od stwierdzenia faktu, że właściwie we wszystkich wystąpieniach dzisiaj moi przedmówcy podkreślili wagę badań przesiewowych, ale również wskazali na szereg trudności w realizacji powszechnych badań przesiewowych. Mówili o tym między innymi profesor Maria Barcikowska, profesor Sławomir Majewski, profesor Piotr Andziak. Natomiast ja jestem w tej szczęśliwej sytuacji, że reprezentuję taką specjalność, audiologię, w której badania przesiewowe realizuje się bardzo prosto. Posiadamy niezwykle proste narzędzia, bardzo skuteczne, dla których czułość i specyficzność jest bliska prawie 100%, współczynniki predykcji są również bardzo wysokie, więc my rzeczywiście takie badania możemy skutecznie robić. W tym krótkim wystąpieniu chciałem opowiedzieć o naszych polskich



Rys. 1

doświadczeniach dotyczących badań przesiewowych słuchu w różnych populacjach, ale chciałbym przede wszystkim skoncentrować się na populacji dzieci w wieku szkolnym.

Wszyscy z państwa podkreślali, że badania przesiewowe inicjuje, że tak powiem, pewien proces, jest na początku każdego programu wczesnej interwencji medycznej. My mówimy w tym wypadku o wczesnej interwencji słuchowej. (rys. 1) Jeżeli zrealizujemy doskonale ten proces, to

efekty akurat w dziedzinie audiologii są doskonałe, bo my wiemy, że na przykład dzieci, które są implantowane w pierwszym roku życia, w pierwszych miesiącach

* Dr hab. n. med., dr inż. Krzysztof Kochanek – profesor nadzwyczajny, sekretarz naukowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

życia, w szóstym, siódmym miesiącu życia, w wieku trzech lat osiągają takie same kompetencje językowe jak rówieśnicy dobrze słyszący.

Wiemy, że badania przesiewowe, żeby miały sens, muszą dotyczyć chorób, które spełniają pewne kryteria. W przypadku słuchu wszystkie kryteria dotyczące badań przesiewowych są spełnione. (rys. 2)

Między innymi częstość zaburzeń słuchu skłania do tego, żeby badania przesiewowe realizować tak naprawdę w różnych populacjach wiekowych. Częstość zaburzeń słuchu narasta wraz z wiekiem. U noworodków jest to tylko od 1 do 2% wrodzonych zaburzeń słuchu, ale już prawie co piąte, szóste dziecko w wieku szkolnym ma różnego rodzaju zaburzenia słuchu. Natomiast u osób w wieku podeszłym – również mówił o tym profesor Henryk Skarżyński – tych zaburzeń jest znacznie więcej, prawie 70% osób powyżej 70. roku życia ma jakieś problemy związane ze słuchem. (rys. 3)

Jakie są cele badań przesiewowych, które są realizowane nie tylko w Polsce? Chcę powiedzieć, że Polska na mapie świata wyróżnia się, jeżeli chodzi o skalę i jakość realizowanych programów. W wypadku noworodków naszym celem jest wykrywanie zaburzeń wrodzonych i to w Polsce całkowicie się udaje. U dzieci w wieku szkolnym chcemy wykrywać nie tylko zaburzenia wrodzone, które nie zostały wcześniej wykryte, ale również ujawniające się znacznie później oraz nabyte. Natomiast u osób w wieku podeszłym celem jest wykrycie zaburzeń odbiorczych, przewodzeniowych i centralnych. Taki jest cel naszych badań.

Chciałbym pokazać najważniejsze aktualne programy badań przesiewowych słuchu realizowane w Polsce. Jest to przede wszystkim program badań przesiewowych słuchu noworodków, który objął do tej pory ponad 5 milionów osób, ale również chciałbym skoncentrować się na programie, który objął ponad 1 milion dzieci w wieku szkolnym.

Badania przesiewowe prowadzi się w odniesieniu do schorzeń, które spełniają następujące kryteria:

- częstość występowania schorzenia jest znacząca
- niewykrycie schorzenia niesie za sobą istotne konsekwencje zarówno dla osoby dotkniętej danym schorzeniem, jak i dla społeczeństwa
- w przypadku wczesnego wykrycia schorzenia istnieją efektywne metody terapeutyczne i rehabilitacyjne
- korzyści wynikające z wczesnego wykrycia schorzenia i wczesnej terapii powinny przewyższać wszelkie nakłady związane z prowadzeniem badań, terapii i rehabilitacji

Rys. 2

Badania epidemiologiczne

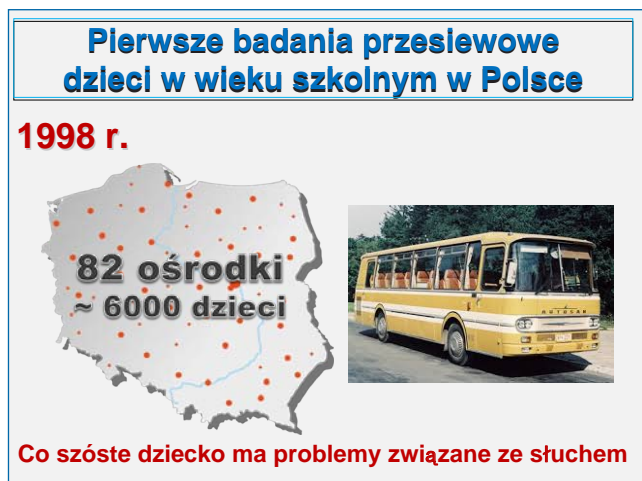


Rys. 3



Rys. 4

W 1998 roku poprzedniego stulecia przejechaliśmy przez Polskę autobusem, starym autosanem, zajrzeliśmy do 82 ośrodków, przebadaliśmy 6 tysięcy dzieci i wykryliśmy wiele nieprawidłowości i już wtedy pokazaliśmy, że tak naprawdę co szóste dziecko ma zaburzenia związane ze słuchem. (rys. 5)



Rys. 5

plakacie, to program przesiewowy słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych z województwa mazowieckiego. Podobnych programów na szczęście jest coraz więcej. Inne programy, o których chciałbym jeszcze krótko wspomnieć, to na przykład realizowane we współpracy z Fundacją Ronalda McDonalda, we współpracy z samorządami różnych miast, badania przesiewowe realizowane przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu właśnie we współpracy z „Latem z radiem” i przeróżne inne. Obecnie takich programów jest na szczęście coraz więcej. Na końcu wymienię program, który był realizowany w ramach ostatniej akcji „Po pierwsze zdrowie”, a którym objęliśmy ponad 5 tysięcy osób w różnym wieku.

Cele wszystkich naszych dotychczasowych działań, tych programów, niezależnie od wieku badanych, są zbieżne, takie same. To jest przede wszystkim wczesne wykrycie zaburzeń słuchu i jak najwcześniejsze skierowanie pacjenta do wczesnej

Jeżeli chodzi o Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, w misję naszej działalności od samego początku mamy wpisaną realizację badań profilaktycznych, badań przesiewowych. Stąd też wiele lat temu, 20 lat temu zawiązaliśmy konsorcjum trzech instytucji, które rozpoczęło działania na rzecz badań przesiewowych dzieci w wieku szkolnym. (rys. 4)

Główne programy realizowane w ostatnich latach dotyczące dzieci i młodzieży w wieku szkolnym to program, który realizujemy od wielu lat we współpracy z Funduszem Składowym Ubezpieczeń Społecznych Rolników i KRUS-em, a który objął ponad 470 tysięcy dzieci, oraz program realizowany od wielu lat z samorządem Warszawy, który do tej pory, w ciągu kilku lat objął 164 tysiące dzieci. To są nasze główne programy.

Kolejny program, o którym jest mowa na widocznym na sali

diagnostyki i terapii, ale przede wszystkim – i my to często podkreślamy i korzystamy przy tym z pomocy mediów – uwrażliwienie społeczeństwa na problemy związane ze słuchem, tym bardziej że w tym wypadku mamy środki zaradcze. (rys. 6)

Tu państwo wspomnieli o różnych narzędziach. Rzeczywiście nowoczesne narzędzia przede wszystkim cechują się

Zasadnicze cele programów

- wczesne wykrycie zaburzeń słuchu, które mogą mieć wpływ na rozwój dziecka i jego wyniki nauczania
- zwiększenie wrażliwości środowiska rodziców oraz środowiska szkolnego, a także społeczeństwa na problemy związane ze słyszeniem dzieci

Rys. 6

Urządzenie do badań przesiewowych



Złote medale
Targów „Brussels
Eureka”
Bruksela 2005, 2009



Złoty medal
Targi Wynalazczości
Genewa, 2008

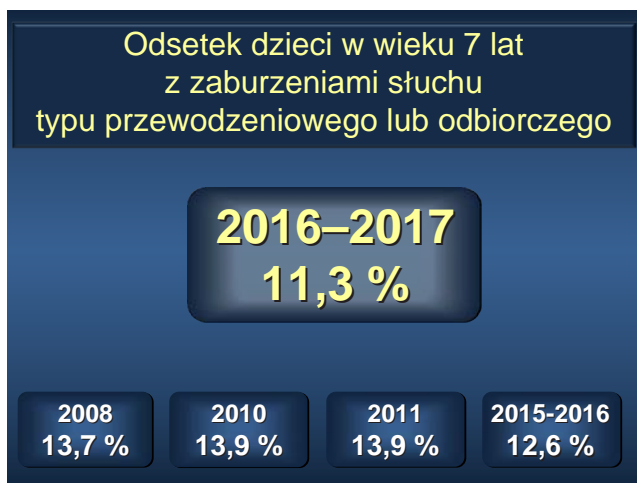


Złoty medal
Targów Wynalazczości
Paryż, 2007

Rys. 7

tym, że są mobilne i do tego jeszcze tanie. To przykład jednego z urządzeń, które wykorzystujemy. (rys. 7)

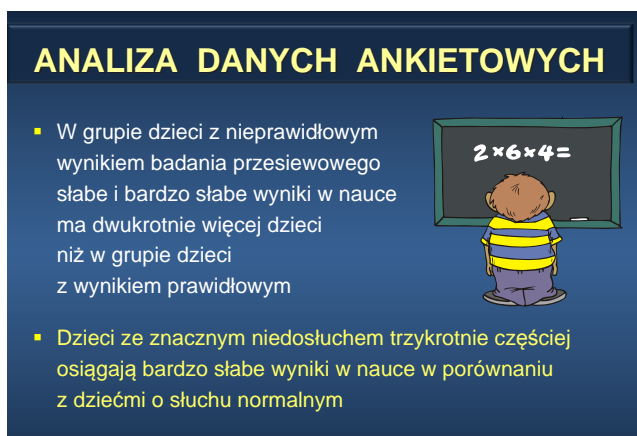
Chciałem krótko powiedzieć o wynikach badań, które wynikają z przebadania populacji prawie pół miliona dzieci w wieku szkolnym ze szkół na terenach wiejskich. Jest to badanie unikalne w świecie, takiego programu skierowanego do środowisk wiejskich do tej pory nie było, nie prowadzono w świecie. Ten program był realizowany w latach 2008, 2010, 2011, 2015–2016 i 2016–2017. Średnio częstość zaburzeń słuchu zanotowano u około 12–13% badanych, co szóste dziecko okazało się



Rys. 8



Rys. 9



Rys. 10

mieć zaburzenia obwodowe typu przewodzeniowego lub odbiorczego. (rys. 8) Jeżeli do tego dołożymy również informację na temat zaburzeń w zakresie procesów przetwarzania centralnego informacji słuchowej, to prawie co piąte dziecko, 19,4 % dzieci ma jakieś zaburzenia związane ze słuchem.

To, co jest zadziwiające, to pomimo że przez lata prowadzimy programy i wydaje nam się, że świadomość społeczna środowiska szkolnego jest większa, to jednak nadal właściwie we wszystkich badaniach potwierdzamy, że w wypadku dzieci, u których wykryliśmy jakieś zaburzenie słuchu i skierowaliśmy je na badanie diagnostyczne, prawie 77 % ich rodziców nie miało świadomości istnienia takiego problemu związanego ze słuchem u swojego dziecka.

Jakie są wyniki? Chcę pokazać kilka przykładów wyników badań ankietowych, które towarzyszą badaniom instrumentalnym. Wśród dzieci z niedosłuchem średnim lub znacznym odsetek dzieci, które nie słyszą tego, co mówi nauczyciel, wzrasta czterokrotnie. (rys. 9) Oczywiście to się przekłada na wyniki szkolne, bo tylko połowa rodziców dzieci ze znacznym niedosłuchem, które wymagają już protezowania, skorzystania z protezy słuchowej, zauważyło u swoich dzieci problemy związane ze słuchem. (rys. 10–11) Często mówi się, że taka uroda mojego dziecka, i bagatelizuje się problem.

Chciałem państwu również powiedzieć o niezwykle ważnym wkładzie Polski w upowszechnianie idei badań przesiewowych nie tylko w naszym kraju, ale również w Europie. Profesor Henryk Skarżyński o tym wspominał. Ja krótko tylko przypomnę, że ten konkretny wkład to jest podpisanie w Warszawie z naszej inicjatywy Europejskiego Konsensusu Naukowego na temat badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy oraz podpisanie konkluzji Rady Europy, która zaleca krajom członkowskim Unii Europejskiej wprowadzenie programów badań przesiewowych do codziennej praktyki. (rys. 12–13)

Upowszechniamy polski model badań przesiewowych. O tym była mowa bardziej szczegółowo na poprzednim naszym spotkaniu w Senacie. Upowszechniamy go również poza Polską. (rys. 14) Na prezentowanej mapie świata pokazane

ANALIZA DANYCH ANKIETOWYCH

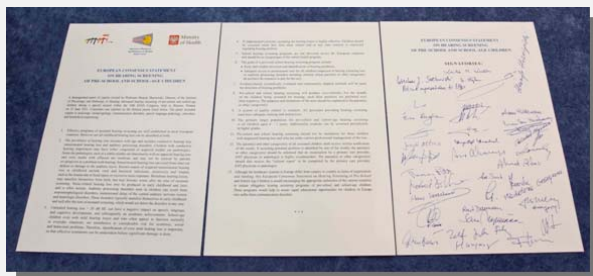
- Ponad 75% rodziców dzieci, u których wynik badania przesiewowego słuchu był nieprawidłowy, nie zauważyła problemów ze słuchem u dziecka
- Tylko połowa rodziców dzieci ze znacznym niedosłuchem (wymagającym protezy słuchowej) zauważyła u swoich dzieci problemy ze słuchem



Rys. 11

EUROPEJSKI KONSENSUS NAUKOWY

nt. badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym

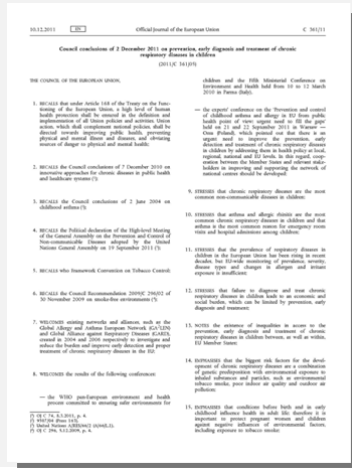


Warszawa, 2011

Rys. 12

Podpisanie w 2011 r. Konkluzji Rady Europy zalecającej krajom członkowskim UE wdrażanie programów badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym

- Piotrowska A., Skarzyński H.: Screening for pre-school and school-age hearing problems: European Consensus Statement. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* , 2012.
- Skarzyński H, Piotrowska A.: Prevention of communication disorders--screening pre-school and school-age children for problems with hearing, vision and speech: European Consensus Statement., *Med Sci Monit.* 2012, 8(4):17-21.
- Konkluzja Rady UE w sprawie wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci, z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-zdrowia i innowacyjnych rozwiązań". *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* z dn. 10.12.2011.



Rys. 13

BADANIA NA 4 KONTYNETACH

2012–2017

ŚWIATOWE CENTRUM SŁUCHU



Rys. 14

są miejsca, gdzie ten polski model badań przesiewowych jest upowszechniany.

Na koniec jeszcze chciałbym się krótko odnieść do problematyki badań przesiewowych u osób w wieku podeszłym. Według informacji zaczerpniętej od Amerykańskiego Towarzystwa Terapeutów Mowy i Słuchu (ASHA – *American Speech-Language-Hearing Association*), badaniom przesiewowym powinno się poddawać co 10 lat pacjentów

od ukończenia 50. roku życia, a następnie co 3 lata. Natomiast to, co jest niezwykle smutne w przypadku osób dorosłych, które powinny być bardziej świadome zagrożeń, jakie niesie wada słuchu, to jest fakt, że pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów a konsultacją audiologiczną mija od 15 do 20 lat. Czyli poziom świadomości nie jest duży. (rys. 15)

Podczas badań, które robiliśmy w ramach akcji „Po pierwsze zdrowie”, przebadaliśmy około 5 tysięcy pacjentów. Docierały do nas przede wszystkim osoby w wieku podeszłym, powyżej 60. roku życia, i aż u 70% z nich stwierdziliśmy zaburzenia słuchu, u 54% wynik był nieprawidłowy, a w 78% przypadków stwierdzono obustronne ubytki słuchu.

Mamy świadomość tego, że wszystkie programy, które do tej pory realizujemy, bo mamy również badania kontrolne i mamy pełną wiedzę na ten temat, prowadzą – i takie było nasze założenie – do skrócenia czasu do diagnozy i do terapii.

Dziękuję bardzo za uwagę.

Redaktor Henryk Szrubarz*

Badania przesiewowe, o których mówił profesor Krzysztof Kochanek, są prowadzone w Polsce na skalę bezprecedensową, i to w porównaniu z innymi badaniami przeprowadzonymi na świecie, na przykład w tak zaawansowanym, jeśli chodzi o badania zdrowotne, kraju jak Stany Zjednoczone czy w Europie Zachodniej. Tam badania w szkołach nie są przeprowadzane w takiej pełnej skali jak w Polsce. Jeżeli do szkoły przyjeżdża diagnosta z oprzyrządowaniem mobilnym, to oferuje wszystkim uczniom badania całego zakresu słyszenia, badania progowe audiometryczne. Można dowiedzieć się nie tylko, czy dziecko słyszy, czy też nie, ale jaka jest głębokość ubytku słuchu, jaka jest charakterystyka tego ubytku, w jakich częstotliwościach

U osób w wieku podeszłym zaburzenia obwodowe słuchu są powiązane w znacznie większym stopniu z zaburzeniami poznawczymi niż w innych grupach wiekowych

Badania przesiewowe u osób w wieku podeszłym wykrywają, a właściwie potwierdzają zaburzenia słuchu, które są obecne u danej osoby od wielu lat

Pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów uszkodzenia słuchu a konsultacją audiologiczną upływa od 15 do 20 lat Davis et al, 2007

Rys. 15

* Redaktor Henryk Szrubarz – Program 1 Polskiego Radia

dziecko gorzej słyszy. Mało tego, wyniki tych badań są zbierane w terminalu wielkości telefonu, potem przesyłane drogą internetową i zbierane w centrali – algorytm wyrzuca wszystkie dobre, prawidłowe wyniki, a potem specjaliści zajmują się badaniami podejrzanymi. Najważniejsza rzecz w tym wszystkim jest taka, że to dziecko, u którego stwierdzono wadę słuchu, nie zostaje pozostawione same sobie, bez opieki. Rodzice często pytają, co dalej. Instytut gwarantuje, że zostanie odpowiednio pokierowane i w efekcie wyleczone.

Jeszcze chciałbym na chwilę skupić się na badaniach noworodków. Dwoje, troje dzieci na tysiąc ma problemy ze słuchem – tak wynika z badań prowadzonych u sześć-, siedmiotygodniowych noworodków, i wymaga potem leczenia, protezowania czy ewentualnie zastosowania implantu. To około 700 dzieci w Polsce. Ktoś może zapytać, czy warto w ogóle przeprowadzać badania przesiewowe na tak ogromną skalę, żeby potem raptem 700 dzieci wyleczyć. Z badań statystycznych przeprowadzonych przez Amerykanów wynika, że jeżeli uwzględnimy koszty szkolnictwa specjalnego, przedszkoli specjalnych, potem całej opieki specjalistycznej, koszty stworzenia odpowiednich miejsc pracy dla tych ludzi, którzy nie otrzymują drugiej szansy słuchowej, jak to laryngolodzy określają, będą wyższe od kosztów całego skринingu. I to kolejny dowód na to, że profilaktyka, badania przesiewowe w efekcie się opłacają.

Jeszcze jedna rzecz przy tej okazji, przy okazji badania słuchu. Nie warto, nie wolno bagatelizować tak zwanych zwykłych katarów, które trwają dłużej niż tydzień czy dwa tygodnie, dlatego że mają one niekorzystny efekt dla zdrowia. Uszkadzają w dłuższym procesie narządy wewnętrzne, narządy słuchowe, co prowadzi do zapalenia ucha środkowego i w konsekwencji potem do gorszego słyszenia.

Ostatnia sprawa. Pan profesor o tym nie mówił, ale to chyba jest jego konik – o ukrytych ubytkach słuchu. Warto na to zwracać uwagę. Jeżeli na przykład idziemy do poradni audiologicznej i badania są prawidłowe, słyszymy wszystko to, co powinniśmy słyszeć, naciskamy odpowiednie przyciski w urządzeniach, które badają poziom decybeli, ale mamy subiektywne wrażenie, że jednak nie słyszymy, jeżeli ktoś w głośnym otoczeniu coś mówi, my tego nie rozumiemy, okazuje się, że jest to efekt długotrwałego przebywania w głośnym otoczeniu i długotrwałej ekspozycji na hałas. To się uwidacznia po 10, 20 latach i to też skutkuje gorszym słuchem. Powinniśmy na to szczególnie zwracać uwagę.

I taka rada radiowca. Po prostu słuchajmy ciszej, i tyle.

Dziękuję bardzo.

W każdym razie jeszcze raz gratuluję całemu zespołowi, bo to i lekarze, i inżynierowie, i diagnostyci zebrali się w jednym miejscu i robią wspaniałą robotę, i to od 1993 roku.

Podsumowanie konferencji

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński

Jeszcze chwila i redaktor Henryk Szrubarz by wymieniał poszczególne kosteczki słuchowe, jak należy je leczyć, żeby sprawnie działały.

Drodzy państwo, prawie o czasie kończymy, co jest pewnym osiągnięciem przy tak wielowątkowej dyskusji i tylu tematach, które zostały poruszone. Bardzo dziękuję wszystkim za miłe słowa skierowane na moje ręce dla naszego zespołu. Staraliśmy się, by część logistyczna była jak najlepiej zorganizowana i żeby wszyscy czuli się gospodarzami. Naszych emblematów było za dużo, bo teraz przed nami jest następny rok i wtedy trzeba będzie je zmienić, żeby wszystkie instytucje mogły być ujęte i uhonorowane. Nawet jak oglądamy ten film, który prześlę do wszystkich państwa, żeby pozostał na pamiątkę.

Bardzo dziękuję marszałkowi Stanisławowi Karczewskiemu za to, że po raz kolejny mogliśmy odbyć ekspercką debatę z udziałem przedstawicieli mediów, a senatorowi Waldemarowi Krasce za wsparcie senackiej Komisji Zdrowia. Bardzo dziękuję dyrektor Agacie Karwowskiej-Sokołowskiej, z którą mieliśmy przyjemność współpracować na zapleczu, żeby wszystko zagrało i żeby dzisiaj sprawnie można było to zrealizować. Bardzo dziękuję za możliwość współpracy z moim współpracownikiem Krzysztofem Jakubiakiem, redaktorem naczelnym „Pulsu Medycyny”, za to, że mogliśmy dzisiejsze spotkanie wspólnie prowadzić, za to, że wydamy po raz kolejny materiały. One dotrą do wszystkich i zachęcamy do upowszechnienia tej debaty, podobnie jak poprzedniej. Podobne podziękowania składam na ręce redaktora Pawła Kruscia, z którym wydajemy materiały w „Świecie Lekarza”. Staramy się, żeby wspólnie wydać również materiały z tej debaty. Ich jakość będzie zależała od tego, co napiszemy i co prześlemy panu redaktorowi. Oby jak najszybciej.

Uważam, że zrobiliśmy ważny krok w utwierdzeniu się, że organizacja całorocznej wielospecjalistycznej pomocy Polakom jest możliwa. „Po pierwsze zdrowie” to rzeczywiście program, w którym możemy się odnaleźć wszyscy i możemy starać się stopniowo uświadamiać, że zdrowie jest bogactwem nas wszystkich, każdy swoje bogactwo ma w swoich rękach, a my możemy się tylko przyczyniać do tego, żeby to bogactwo pomnażać.

Wszyscy eksperci zwracali uwagę na to, że sytuacja nie jest dobra, czasami wręcz zła, niepokojąca, jeśli chodzi o profilaktykę. Niewielu z nas Polaków zdaje sobie z tego sprawę i zwraca na to uwagę, stosuje się do tego, o czym od dawna wiemy – to jest najgorsze. Zatem w interesie nas wszystkich jest, byśmy wykorzystali swoje możliwości, swoją wiedzę i pozycję, swoje wpływy, by to zmieniać. A to, że jesteśmy tutaj, w Senacie oznacza, że te wpływy wcale nie są takie małe, skoro się tutaj znaleźliśmy i mogliśmy o tym mówić.

Dziękuję raz jeszcze dyrektorom Rafałowi Porzezińskiemu i Marcinowi Stefaniakowi i liczę na to, że uda nam się zrobić więcej. Jeżeli ta akcja zostanie dopracowana, to nie będzie to akcja tylko będzie to stały program zainicjowany przez przedstawicieli możliwie wszystkich specjalności. Dziękuję państwu ekspertom za włożony wkład pracy w to, żeby przedstawić poszczególne tematy i zapoznać nas z nimi. Mam prośbę, żeby podsumowanie wynikające z tego, co działo się w czasie całego lata i o czym tutaj mówiliśmy, zostało przedstawione odnośnym instytucjom, w tym ministrowi zdrowia, by rzeczywiście zacząć mówić o programie wspieranym i realizowanym, a nie tylko bazującym na naszym entuzjazmie i na naszych dobrych, podkreślam, bardzo dobrych chęciach.

Bardzo dziękuję dziennikarzom, że po raz kolejny chcieli być z nami, chcieli komentować wystąpienia. Jak rozumiem, przeniosą to, co usłyszeli, i wykorzystają naszą wiedzę, którą się dzisiaj podzieliliśmy, tam, gdzie na co dzień funkcjonują.

Chciałbym raz jeszcze podziękować wszystkim tym, którzy byli na drugim planie, ale tak naprawdę bardzo często odgrywali pierwszoplanowe role, żeby to wszystko się udało. Jedną z takich osób jest doktor Renata Korneluk, wymieniona już tutaj, która miała kontakt ze wszystkimi z państwa i będzie jeszcze miała, żeby to, o czym mówimy, zostało właściwie podsumowane. Dziękuję bardzo.

Redaktor Krzysztof Jakubiak

Jeśli można, jeszcze tylko dwa słowa powiem od siebie.

Panie Profesorze, jakość relacji z konferencji zależy od tego, co zostało na niej powiedziane. W związku z tym nie będzie problemu z wysoką jakością naszych relacji.

Niech mi będzie wolno w imieniu wszystkich uczestników, a zwłaszcza koleżanek i kolegów dziennikarzy, podziękować panu profesorowi za to, że Pan jako *spiritus movens* tej konferencji włożył mnóstwo pracy w to, aby to się udało. Niewątpliwie dzisiejsza debata była wspaniała. Szczególnie gorąco dziękuję senatorowi Waldemarowi Krasce i marszałkowi Stanisławowi Karczewskiemu za gościnę.

Panie Marszałku, dziękujemy bardzo i prosimy o jeszcze.

Marszałek Senatu Stanisław Karczewski

Chciałbym jeszcze raz bardzo serdecznie państwu podziękować za obecność. O tym, że konferencja się udała, świadczy liczba osób, która pozostała do końca, bo są różne debaty i z frekwencją pod koniec bywa różnie. To znak, że tematy były intrygujące, interesujące, a prelegenci potrafili zainteresować. Tak że bardzo serdecznie państwu i dziękuję, i gratuluje.

Nie słuchałem drugiej części spotkania, bo miałem ważne spotkanie, i jak mówił redaktor Henryk Szrubarz, miałem kłopoty ze słyszeniem tego wszystkiego, co z kolei tam, w moim gabinecie prelegenci mówili, ale to wynikało może z tego, że jednak cicho mówili, a nie z tego, że mam ubytki słuchu, choć czasami się zastanawiam, czy tak nie jest. Natomiast politycy powinni dobrze słyszeć, to na pewno – takie nasze zadanie. Przede wszystkim powinniśmy chcieć słuchać i później wyciągać z tego wnioski. Tych wniosków pewno można byłoby podać bardzo dużo, bo dla mnie było intrygujące wystąpienie profesor Renaty Górskiej, z którego dowiedziałem się, że w 65. roku życia mamy średnio 13 zębów. Szybko sobie przeliczyłem, bo się zbliżam do tego wieku. Na szczęście mam dużo, dużo więcej, z czego bardzo się cieszę. Życzę, żebyśmy mieli zębów jak najwięcej i też o to dbali.

Ktoś tutaj mówił, pani redaktor później też to mówiła, że powinniśmy nauczać tego w szkole. Ja uważam, że już w przedszkolu. To przedszkole, także dom powinny być miejscem nauczania, gdzie zaszczepiamy naszym pociechom wzorce, naszym wnukom również – to też zadanie dla babć i dziadków, bardzo poważne. Już w przedszkolu powinniśmy zachęcać dzieci do właściwych zachowań, bo to później zostaje nawykiem. Jak ktoś myje zęby raz dziennie, to będzie mył raz dziennie, jak ktoś myje dwa razy dziennie, to będzie dwa razy mył, szczotkował, jak powiedziała profesor Renata Górka, bo mycie i szczotkowanie, rozumiem, to duża różnica. Tak sobie to interpretuję.

Proszę państwa, dwa lata temu byłem na sesji w Krynicy, gdzie zastanawiano się, w jaki sposób można zoptymalizować systemy opieki zdrowotnej. Inspiracją do dyskusji był pokaz aplikacji zdrowotnej, medycznej opartej w głównej mierze na profilaktyce. Pokazane było to, w jaki sposób ta aplikacja przypomina, napomina, reaguje, mówi o ilości przyjętych leków, o tym, czy się szczotkowało zęby, czy nie. Wtedy pomyślałem i zresztą to powiedziałem, a powtórzę teraz, że bardziej niż o zdrowie dbamy o nasze samochody, bo musimy je raz w roku skontrolować, sprawdzić. Bardzo dobrze, może dzięki temu jest mniej wypadków, a ze statystyk wynika, że jest coraz mniej zabitych na drogach, z czego bardzo się cieszymy, ale też jest bardzo dużo.

Nie dbamy o nasze zdrowie, dbamy bardziej o samochody i o nasze portfele, o nasze pieniądze, bo przecież system informatyczny banków jest idealny, jest wspa-
niały. Tak już na marginesie, jeśli państwo pozwolą, za co przepraszam, bo jako polityk bardzo dużo mówię, za dużo, jako chirurg mówiłem dużo mniej, bardziej konkretnie – jak ktoś mnie pyta, co może zlikwidować kolejki, to odpowiadam, że to samo, co zlikwidowało kolejki w bankach. Przecież jak 25 lat temu szliśmy do banku, to pierwsza rzecz, jaką robiliśmy, to sprawdzaliśmy, w jak długiej kolejce

będziemy stać. Obecnie w bankach nie stoi się w kolejce, bo jest pełna informatyzacja. Niezależnie od tego, że jest dużo więcej banków. Jak będzie więcej lekarzy, więcej pielęgniarek, więcej miejsc, gdzie będzie można się leczyć, to pewnie też wpłynie na skrócenie kolejek, ale jak nie będzie informatyzacji, to nic z tego nie będzie. Ten system musi być z informatyzowany i bez tego sobie nie damy rady. To jest pierwszy punkt, który powinno się wymieniać, gdy rozważa się, co naprawdę może zmniejszyć kolejki w służbie zdrowia.

Proszę państwa, nie będę powtarzał tego, co już państwo przytoczyli, ale powiem jeszcze o jednym, o medycynie szkolnej. Jak nie będzie medycyny szkolnej, takiej z prawdziwego zdarzenia, to nie wyrobimy i nie będziemy wzmacniać nawyków, które powinny wyjść z domu i z przedszkola. Na Twitterze właśnie napisałem, bo to jest świetne narzędzie do komunikowania, o naszej konferencji. Chcesz być zdrowy – bo najważniejsze czy pierwsze jest zdrowie – to należy być aktywnym, nie jeść niezdrowych rzeczy, jeść te dobre i się badać. Badać się, robić badania przesiewowe.

Bardzo państwu dziękuję. Życzę państwu, życzę sobie, życzę wreszcie Polakom, żeby to wszystko było po prostu normą, żebyśmy normalnie się badali, normalnie się odżywiali, normalnie również byli aktywni fizycznie. Dziękuję bardzo państwu za obecność i za niezwykle interesującą, ciekawą konferencję. Dziękuję bardzo.

Fotorelacja































Spis treści

OTWARCIE KONFERENCJI

Senator Waldemar Kraska	5
Marszałek Senatu Stanisław Karczewski	6
Senator Waldemar Kraska	8

WPROWADZENIE

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński – <i>„Po pierwsze zdrowie” we współpracy z Polskim Radiem PR1 i TVP.</i>	11
Senator Waldemar Kraska	15

Redaktor Rafał Porzeziński – <i>Edukacyjna rola Polskiego Radia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych</i>	16
Senator Waldemar Kraska	18

Marcin Stefaniak – <i>Działania prozdrowotne TVP na przykładzie ogólnopolskiego programu „Po pierwsze zdrowie”</i>	19
Redaktor Rafał Porzeziński	21
Senator Waldemar Kraska	21
Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski	21
Senator Waldemar Kraska	21
Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński	22

REFERATY

Prof. dr hab. n. med. Renata Górka – <i>Badania przesiewowe w profilaktyce periodontologicznej</i>	25
Prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka – <i>Badania przesiewowe w profilaktyce raka błony śluzowej jamy ustnej</i>	32
Redaktor Jadwiga Kamińska	38

Redaktor Rafał Porzeziński	39
Redaktor Jadwiga Kamińska	39
Prof. dr hab. n. med. Renata Górka	39
Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński	39
Prof. dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek – <i>Działania Polskiego Towarzystwa</i> <i>Okulistycznego na rzecz profilaktyki w okulistyce</i>	41
Redaktor Justyna Wojteczek	52
Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski – <i>Badania przesiewowe w urologii</i>	54
Redaktor Dariusz Dewille	66
Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski.	67
Redaktor Dariusz Dewille	67
Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski.	67
Redaktor Dariusz Dewille	67
Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski – <i>Ocena i zarządzanie ryzykiem</i> <i>sercowo-naczyniowym</i>	68
Redaktor Agnieszka Pochrzęst-Motyczyńska	76
Redaktor Krzysztof Jakubiak	77
Prof. dr hab. n. med. Maria Barcikowska – <i>Współczesne możliwości profilaktyki</i> <i>neurologicznej</i>	78
Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński	82
Redaktor Artur Wolski	82
Prof. dr hab. n. med. Sławomir Majewski – <i>Profilaktyka raka skóry</i>	84
Redaktor Katarzyna Pinkosz.	90
Prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak – <i>Profilaktyczne badania przesiewowe</i> <i>w chirurgii naczyniowej</i>	92
Redaktor Paweł Kruś	106
Prof. dr hab. n. med. Mirosław Jarosz – <i>Profilaktyka raka i otyłości jest możliwa.</i> <i>Mamy na to dowody.</i>	108
Redaktor Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk	112
Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński	113
Dr hab. n. med., dr inż. Krzysztof Kochanek – <i>Badania przesiewowe słuchu.</i>	114
Redaktor Henryk Szrubarz.	121

PODSUMOWANIE KONFERENCJI

Prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński	125
Redaktor Krzysztof Jakubiak.	126
Marszałek Senatu Stanisław Karczewski	127
FOTORELACJA	129

ISBN 978-83-65711-30-4