health DIRECTION
Materiały promocyjne przygotowane i pochodzące od Health Direction Media
MARZEC 2023

BÓLE MIGRENOWE
Istota profilaktycznego leczenia

CZERWIENICA PRAWDZIWA
Właściwa terapia szansą dla pacjentów

ŻELAZO I POTAS
Kluczowe pierwiastki dla organizmu

ŚWIADOMY pacjent

Oliwia i Jarosław Bieniukowie
ambasadorzy kampanii
„Tylko dwa słowa"

„Jeśli nasza historia może przynieść coś dobrego, dodać komuś otuchy, to staramy się nią dzielić."

pacjentilekarz.pl

Fot. Jacek Poremba

Czas dużych zmian w onkologii

Walka z nowotworami stanowi obecnie jedno z największych wyzwań polityk zdrowotnych w krajach na całym świecie. Obecnie w samej Polsce w trakcie leczenia pozostaje ponad milion osób. Skala tego zjawiska spodowała, że w 2020 roku uchwalona została Narodowa Strategia Onkologiczna, która wyznacza najważniejsze kierunki zmian w polskiej onkologii. W tym roku w życie wejdą przepisy ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, realizując tym samym najważniejszy postulat NSO: zapewnienia pacjentom dostępu do kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej. Dzięki reformie każdy chory, niezależnie od miejsca zamieszkania, otrzyma wymaganą diagnostykę i leczenie onkologiczne odpowiedniej jakości.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
Przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk
Przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii

Igor Grzesiak
Wiceprezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
Sojusz na Rzecz Zwalczania Chorób Zakaźnych Układu Oddechowego „Polska Zdrowo Oddycha"

Nowotwory złośliwe stanowią istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny naszych czasów. Zgodnie z najnowszym raportem Krajowego Rejestru Nowotworów w 2020 r. obserwowano spadek liczby zachorowań na nowotwory złośliwe. Spadek ten jest pozorny i jego przyczyn należy upatrywać w bezpośrednich skutkach pandemii COVID-19, np. przekształcaniu szpitali i oddziałów w jednostki jednoimienne, a co za tym idzie zmniejszeniu liczby wykonywanych badań diagnostycznych. Jednak najnowsze dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na istotny przyrost liczby nowych przypadków nowotworów w 2022 roku. Epidemiolodzy wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory nadal będzie rosła ze względu na zmiany struktury wieku populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki związane ze stylem życia, do których należą m.in.: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta i brak ruchu, są jednymi z głównych przyczyn wzrostu zachorowania na nowotwory w Polsce. Prognozy epidemiologiczne na najbliższe 10 lat wskazują, że liczba pacjentów onkologicznych zwiększy się nawet o 28%.

> *Nowotwory złośliwe stanowią istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny naszych czasów*

W odpowiedzi na wyzwanie związane ze wzrostem zachorowań na nowotwory w 2020 r. uchwalona została Narodowa Strategia Onkologiczna, która koncentruje się na pięciu obszarach, kluczowych dla poprawy wskaźników epidemiologicznych w Polsce. Realizacja zadań planowana jest na lata 2020–2030. Najważniejszym celem NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat.

Fundamentem reformy opieki onkologicznej jest wdrożenie kompleksowej opieki koordynowanej nad pacjentem onkologicznym. Na podstawie doświadczeń i wstępnych wniosków z realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, w szczególności w zakresie jej organizacji, struktury, zasad przepływu informacji pomiędzy ośrodkami oraz koordynacji opieki onkologicznej opracowano projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Istotą koncepcji opieki zintegrowanej, koordynowanej, ciągłej, kompleksowej i sieciowej jest dostarczanie opieki w sposób ciągły, holistyczny i dopasowany do indywidualnych potrzeb pacjenta w modelu opieki spersonalizowanej. Koordynacja opieki w ramach sieci onkologicznej, która od połowy lat 90. XX wieku uznawana jest jako dobra opcja świadczenia usług onkologicznych, znajduje dzisiaj poparcie w wielu publikacjach oraz dokumentach strategicznych jak np. Europejski Plan Walki z Rakiem. Modele oparte na koordynacji są atrakcyjne dla pacjentów, ponieważ poprzez wspieranie komunikacji i współpracy mogą korzystać z doświadczenia i umiejętności jednostek będących częścią sieci opieki koordynowanej, a tym samym wzmacniać ciągłość opieki, jakość, komfort dla pacjentów i niwelować nierówności geograficzne. Oznacza to, że każdy chory, niezależnie od miejsca zamieszkania, powinien otrzymać wymaganą diagnostykę i leczenie onkologiczne odpowiedniej jakości.

Wprowadzenie nowych rozwiązań organizacyjnych wyeliminuje negatywne zjawiska w onkologii, takie jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a nawet na zwiększone szanse pacjentów na wyjście z choroby nowotworowej. Każdy pacjent ma otrzymać wsparcie koordynatora opieki onkologicznej a wchodzące w skład sieci szpitale mają zapewnić ciągłość i kompleksowość leczenia, ponadto cała ścieżka leczenia ma podlegać ścisłemu monitorowaniu. Zmiany te będą realnym wsparciem dla pacjentów onkologicznych.

Choroby układu oddechowego stały się w ostatnich latach jednym z najważniejszych wyzwań zdrowotnych, przed którymi stoi współczesny świat. Jeszcze przed pandemią Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazywała na ten pilny problem zdrowotny i wzywała do wprowadzenia długofalowych strategii do walki z tymi chorobami. O tym, że problem jest poważny zarówno dla jednostek jak i systemów zdrowotnych świadczą liczby. Tylko w 2018 roku wg danych GUS, zapalenie płuc było 4. najczęstszą przyczyną śmierci w populacji osób w wieku powyżej 65. roku życia (ok. 5% wszystkich zgonów). Jest to także jedna z najczęstszych przyczyn hospitalizacji osób dorosłych i przyczynia się do generowania ogromnych kosztów bezpośrednich związanych z leczeniem, sięgających ok. 169 mln zł rocznie.

Znaczenie informacji jeszcze nigdy nie było tak istotne dla zdrowia milionów osób na świecie, jak w ciągu ostatnich dwóch lat. Czas pandemii spowodował, że stanęliśmy przed wieloma nowymi wyzwaniami, także w obszarze komunikacji. W sytuacji tak dużego kryzysu zdrowotnego okazało się, że największym wyzwaniem jest nie tylko przekonanie osób do określonych zachowań, ale też zbudowanie wiarygodnego przekazu, spójna komunikacja i dopasowanie argumentacji do grupy odbiorców. Działaniom informacyjnym nie sprzyjały także zjawiska, z którymi mieliśmy do czynienia już wcześniej – nadpodaż informacji i rosnący problem dezinformacji na temat zdrowia. Okazało się także, że komunikacja nie będzie skuteczna bez wcześniejszej analizy motywacji i psychologii zachowań społecznych, a ten sam komunikat nie przekona wszystkich, nawet jeśli włożymy go w usta bardzo znanego aktora. Niezmiernie ważne w akcjach edukacyjnych jest rozpoczęcie działań informacyjnych wystarczająco wcześnie i dostosowanie komunikacji do kluczowych grup docelowych. Zdrowie już dawno przekroczyło próg przychodni, a rozmowa o zdrowiu toczy się także w kawiarni, przy rodzinnym stole, w serialu telewizyjnym, a co najważniejsze – w social mediach. Dobierając kanały komunikacji, warto się zastanowić, gdzie najlepiej będzie przekazać informację osobom z grup ryzyka. Kluczowe są tu organizacje działające na rzecz pacjentów, które nie tylko docierają precyzyjnie do tych grup (za pomocą spójnej komunikacji), ale także są dla nich wiarygodne. Komunikacja odgrywa dziś kluczową rolę w procesie zarządzania zdrowiem danych społeczności, a hasło „informacja ratuje życie" przestało być wyłącznie pustym sloganem. Rzetelna informacja, spójna komunikacja na temat zdrowia i zrozumiała argumentacja oparta na sprawdzonych danych medycznych mogą faktycznie zaważyć na finalnej decyzji dotyczącej konkretnych zachowań zdrowotnych. Dlatego dobrze zaplanowane działania edukacyjne muszą być kluczowym elementem każdej strategii zdrowotnej. To ważne szczególnie w przypadku takiego wyzwania, jakim są choroby zakaźne układu oddechowego jak grypa, pneumokoki czy krztusiec, kiedy nieefektywna komunikacja może spowodować powstanie luk informacyjnych w grupach szczególnie narażonych na zachorowanie, a w konsekwencji dodatkowe trudności w walce z chorobą.

PARTNERZY KAMPANII
Polskie Towarzystwo Onkologiczne · Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej · Forumonkologiczne.pl · Polskie Amazonki Ruch Społeczny · VIATRIS · EGIS 25 lat w Polsce · AOP HEALTH · teva · synevo LABORATORIA MEDYCZNE · HEMATO ONKOLOGIA.PL · FUNDACJA OnkoCafe RAZEM LEPIEJ · tylko dwa słowa · uspokój jelita · OBNIŻAMY KWAS MOCZOWY · Swixx BioPharma Modern Medicines for All

Teksty i opracowanie redakcyjne: redakcja@healthdirectionmedia.pl / Projekt i skład: Małgorzata Poniatowska: info@av-mal.com / Fotografie: Jacek Poremba, zasoby własne.
Kontakt z Health Direction Media: redakcja@healthdirectionmedia.pl / Wydawca: Health Direction Media ul. Gradowa 10, 61-680 Poznań

Materiały promocyjne przygotowane i pochodzące od Health Direction Media

Badania genetyczne szansą na lepsze rokowanie dla chorych na nowotwory

Dr n. med. Andrzej Tysarowski
Kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie

W Polsce rocznie z powodu choroby nowotworowej umiera ponad 100 tys. osób. Dla wielu z nich szansą na dłuższe życie byłyby terapie celowane. Pomimo, że takie leczenie jest w naszym kraju standardem w wielu nowotworach, wciąż zbyt wielu chorych nie ma szansy go otrzymać. Sytuację mógłby poprawić szerszy dostęp do badań genetycznych i świadomość o tym, że można i należy je wykonać.

Anna Kupiecka
Prezeska Fundacji OnkoCafe Razem Lepiej

Co to są badania molekularne i jakie są ich rodzaje?
Mówiąc o badaniach molekularnych, a precyzyjniej o badaniach genetycznych, mamy na myśli badania wykonywane na poziomie DNA lub RNA. Badania te pozwalają na zidentyfikowanie zmian w genach, które wpływają na ich funkcjonowanie i tym samym przyczyniają się bezpośrednio do rozwoju choroby nowotworowej. Badania genetyczne możemy podzielić na dwie grupy. Pierwszą stanowią badania, które wykonywane są na DNA pochodzącym z prawidłowych komórek np. z krwi obwodowej (mutacje germinalne). Takie badania dotyczą nowotworów uwarunkowanych genetycznie (około 10% wszystkich nowotworów) i są wykonywane w celu weryfikacji rozpoznania klinicznego oraz służą do oceny predyspozycji danej osoby do zachorowania na określony nowotwór. Obecnie wykorzystywane są również do kwalifikacji pacjentów do terapii celowanych w wybranych grupach nowotworów np. BRCA-zależnych. Drugą grupę stanowią badania genetyczne mutacji somatycznych, czyli mutacji występujących w komórkach zmienionych nowotworowo (nowotwory sporadczyne, stanowiące około 90% wszystkich przypadków onkologicznych). Takie zmiany genetyczne wykorzystywane są we współczesnych terapiach onkologicznych do przewidywania odpowiedzi na nowoczesne leczenie onkologiczne. Wyniki tych badań stanowią również jeden z ważniejszych elementów decydujący o dalszej ścieżce chorego na etapie rozpoznania choroby nowotworowej. Przede wszystkim pomagają one w wyborze optymalnego zindywidualizowanego leczenia, pozwalają na różnicowanie nowotworów, ale także odgrywają kluczową rolę w procesie monitorowania leczenia onkologicznego.

Jednym z elementów prawidłowo prowadzonej ścieżki diagnostycznej w onkologii są badania molekularne. U kogo, na jakim etapie i w jakim celu należy wykonać badania genetyczne?
Badania genetyczne stały się standardem postępowania diagnostycznego w wielu nowotworach, jeszcze kilkanaście lat temu wykonywaliśmy je tylko w kilku wskazaniach, dziś praktycznie w większości chorób nowotworowych możemy z takich badań skorzystać. Przyczynił się do tego przede wszystkim rozwój nowoczesnych terapii celowanych - ukierunkowanych na określone zmiany genetyczne. Obecnie badania genetyczne wykonujemy m.in. w raku piersi, raku płuca, raku jelita grubego, raku prostaty, czerniaku, raku jajnika, mięsakach i wielu innych nowotworach.

O konieczności wykonania badania genetycznego decyduje onkolog kliniczny, najczęściej przeprowadza się je w momencie, kiedy wykorzystane zostały już klasyczne schematy leczenia. Ważne, aby pacjent zawsze skonsultował z lekarzem czy w jego przypadku należy wykonać określone badania genetyczne – lekarz wówczas wytłumaczy choremu, jak wygląda procedura diagnostyczna w przypadku jego rozpoznania i na jakie terapie systemowe może następnie liczyć.

Dlaczego tak kluczowe jest wykonanie badań molekularnych na właściwym etapie leczenia?
Część badań genetycznych jest wymagana już na samym początku procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a mianowicie pozwala na właściwe rozpoznanie nowotworu i tym samym wdrożenie właściwego leczenia. Jest to również ważne, z uwagi na dostęp do nowoczesnych terapii celowanych, o których wspominałem. Jeśli lekarz ma wiedzę o zmianach genetycznych występujących w komórce nowotworowej ma szansę dobrać choremu indywidualne leczenie już na początku jego ścieżki, kiedy zachodzi konieczność zastosowania terapii systemowej. Im bardziej precyzyjny lek zastosujemy już w pierwszych liniach leczenia, tym większa szansa na to, że chory odniesie największe korzyści z terapii. Ponadto, badania genetyczne w niektórych przypadkach mogą być wykonywane w trakcie terapii w celu monitorowania procesu leczenia. Pozwala to między innymi na identyfikację zmian genetycznych pojawiających się w komórkach nowotworu powodujących powstanie jego oporności na dane leczenie. To z kolei daje możliwość wdrożenia kolejnego leku ukierunkowanego na te nowopowstałe zmiany i przełamania oporności na dotychczasowe leczenie. Pacjent może więc dalej odnosić korzyści terapeutyczne. Takie badania są wykonywane m.in w raku płuca.

Dzięki możliwości wykonania badań molekularnych pacjent ma szansę otrzymać dedykowane leczenie celowane. Jak możliwość zastosowania takich terapii zmienia obecnie oblicze leczenia przeciwnowotworowego?
Kilkanaście lat temu chorzy na zaawansowane nowotwory mogli być leczeni przeważnie tylko za pomocą klasycznej chemioterapii, w wielu sytuacjach leczenie było mało efektywne. Obecnie chorzy otrzymujący leczenie celowane mają szanse na znaczne wydłużenie życia w porównaniu do leczenia klasyczną chemioterapią. Wielu pacjentów stosujących określoną terapię, przechodzi w stan regresji choroby nowotworowej, tak udaje im się doczekać do kolejnego, nowego, skuteczniejszego leku, który może stanowić kolejną linię leczenia i wydłuża życie chorego o kolejne miesiące, a nawet lata.

W przypadku coraz liczniejszej grupy chorych o chorobie nowotworowej możemy mówić jak o chorobie przewlekłej. Jak wygląda jakość życia pacjentów, którzy są leczeni przy wykorzystaniu terapii personalizowanych?
Każde leczenie, także terapie celowane ma swoje skutki uboczne. Nowoczesne leki jednak najczęściej wywołują działania niepożądane rzadziej i są to działania o zdecydowanie niższym nasileniu. Co więcej, znakomita większość chorych leczonych systemowo cieszy się dobrą jakością życia, jest aktywna zawodowo, rodzinnie i społecznie. Chorym nie dokuczają działania niepożądane, które wiążemy z klasyczną chemią. Ponadto część leków celowanych jest podawana w postaci doustnej, dzięki czemu pacjenci nie muszą spędzać wielu godzin na oddziale chemioterapii w celu przyjęcia dawki leku. To także korzystnie wpływa na jakość życia, ale także na stan emocjonalny i psychiczny.

Czy pacjenci mają dostateczną wiedzę dot. wagi i dostępu do badań molekularnych na etapie diagnozowania choroby nowotworowej?
Z naszej perspektywy widać, że pacjenci nie mają wiedzy i wystarczających informacji o tym, jakie w ich przypadku powinny być przeprowadzone badania na ścieżce diagnostycznej. Chorzy nie rozróżniają pojęć: badanie molekularne, badanie genetyczne, badanie genomowe, co więcej znaczna część nie wie co te pojęcia oznaczają. Absolutnie nie wiedzą także, że tym kluczowym momentem, w którym takie badania powinny zostać przeprowadzone jest początek choroby, kiedy podejmowana jest decyzja o zastosowaniu pierwszej linii leczenia przeciwnowotworowego.

Ten początek choroby dla pacjenta onkologicznego to bardzo trudny czas, musi sobie poradzić z wieloma emocjami, na większość pacjentów choroba spada nagle, a razem z nią na chwilę zatrzymuje się cały świat. Nikt ze zdrowych ludzi nie zna zaleceń towarzystw naukowych i wytycznych postępowania w określonych nowotworach, więc najczęściej nie ma wiedzy na temat tego jak powinny wyglądać poszczególne etapy diagnostyki onkologicznej. I tu bardzo ważne jest, aby chory uzyskał właściwe wsparcie emocjonalne, psychiczne i merytoryczne. Szukać go można oczywiście u swoich bliskich, ale przede wszystkim oferują je organizacje pacjentów, które przygotowują rzetelne materiały edukacyjne skierowane zarówno do chorych, jak i do zdrowej części społeczeństwa, organizują spotkania z ekspertami, ale także innymi chorymi, które mają nie tylko edukować chorego i jego bliskich, ale wspierać na każdym etapie choroby.

Skąd chorzy najczęściej dowiadują się, że w wielu przypadkach takie badania są dziś już nie tylko standardem, ale koniecznością i o tym jak mogą one wpłynąć na ich dalsze rokowania?
Naszym życzeniem byłoby, aby chorzy dowiadywali się o tym od swojego lekarza prowadzącego, ale nie zawsze tak się dzieje. My jako organizacje pacjentów staramy się włączać w tę edukację i namawiamy pacjentów, aby pytali o takie badania swoich lekarzy. Kluczowym jest, aby pacjent już na początku leczenia porozmawiał ze swoim lekarzem prowadzącym o możliwościach terapeutycznych, ale aby była to rozmowa, w której pacjent i lekarz są partnerami, którzy wspólnie podejmują decyzje o dalszych krokach. Jeśli pacjent nie jest wystarczająco wyedukowany trudno jest mu zrozumieć to, co mówi do niego lekarz.

Jak możliwość wykonania badań i otrzymania leczenia celowanego zmienia życie pacjentów z chorobą nowotworową, co o takich metodach leczenia mówią sami chorzy?
Chorzy są otwarci na stosowanie innowacyjnych metod leczenia, bo wiedzą, że tylko nowoczesne leki są w stanie przedłużyć ich życie. Dzięki zastosowaniu terapii celowanych mówimy w onkologii coraz częściej o przewlekłym leczeniu zaawansowanych chorób nowotworowych. Kilkanaście lat temu taki termin nie istniał. Co ważne bardzo duża grupa pacjentów onkologicznych, pomimo intensywnego leczenia, zachowuje bardzo dobrą jakość życia. Chorzy pracują, spotykają się ze swoimi bliskimi - rodziną i przyjaciółmi, biorą udział w organizowanych przez nas warsztatach i szkoleniach. Dzięki temu, że jakość życia może zostać zachowana w czasie leczenia nie czują się oni „tak bardzo" chorzy, a to przekłada się na ich stan psychiczny i emocjonalny, pozwala walczyć o każdy dzień życia.

Nietypowy chłoniak, który zaczyna się od zmian skórnych

Na początku pojawiają się zmiany skórne przypominające choroby alergiczne, łuszczycę czy AZS. Czasami potrzeba wielu biopsji, by postawić rozpoznanie – chłoniak skórny T-komórkowy. Proces ten może trwać nawet kilka lat.

Dr n. med. Agnieszka Giza
Katedra i Klinika Hematologii Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego

Chłoniak skórny T-komórkowy (CTCL) to rzadki i trudny do rozpoznania nowotwór złośliwy układu chłonnego. Dlaczego diagnoza tej choroby jest trudna?

Chłoniaki to nowotwory układu chłonnego, które są kojarzone ze zmianami w węzłach chłonnych czy ich powiększeniem. Chłoniaki skórne należą do grupy chłoniaków pozawęzłowych. Charakteryzuje je zajęcie procesem nowotworowym tylko skóry w chwili rozpoznania choroby. Stanowią 2-3 proc. wszystkich chłoniaków, a więc są bardzo rzadkie. Szacuje się, że w Polsce na chłoniaka skórnego T-komórkowego choruje ok. 2 tys. osób.

Rozpoznanie nie jest łatwe, ponieważ zmiany skórne na samym początku mogą przypominać choroby alergiczne, łuszczycę czy atopowe zapalenie skóry (AZS). Rozpoznanie nie jest łatwe, ponieważ stawiamy je na podstawie obrazu klinicznego choroby oraz badania histopatologicznego biopsji skóry. Ocena bioptatu (wycinka) powinna się odbywać w wysokospecjalistycznych ośrodkach referencyjnych, gdzie pracują doświadczeni histopatolodzy specjalizujący się w tej jednostce chorobowej. Czasami potrzeba wielu biopsji, by postawić rozpoznanie. Proces ten może trwać nawet kilka lat. Dlatego tak ważne jest, by chory jak najszybciej trafił do ośrodka specjalizującego się w rozpoznawaniu i leczeniu chłoniaków skórnych T-komórkowych.

Jak są leczeni chorzy z zaawansowaną postacią choroby? Czy polscy chorzy mają do niego dostęp? Czy mają dostęp do wszystkich opcji terapeutycznych, które są zarejestrowane w Europie?

Leczenie jest uzależnione od podtypu tego chłoniaka i stadium zaawansowania. Prowadzone jest w różnych ośrodkach, na różnych etapach choroby. Najlepiej jeśli zajmuje się nim zespół wielodyscyplinarny, w którego skład wchodzą: dermatolog, patolog, hematolog, onkolog, radioterapeuta, psychoonkolog. Rozpoczęcie leczenia na wczesnym etapie choroby daje szanse na długą jej stabilizację.

Na wczesnym etapie chorym zajmuje się dermatolog i jest to leczenie miejscowe glikokortykosteroidami, retinoidami, fototerapią. Czasami na tym etapie wkraczają radioterapeuci i onkolodzy z radioterapią czy naświetlaniem całego ciała szybką wiązką elektronów. Jeżeli terapia miejscowa nie skutkuje, rozpoczynane jest leczenie systemowe. Początkowo jest ono możliwe w ośrodkach dermatologicznych, gdy stosowany jest metotreksat czy beksaroten. Chemioterapia powinna być stosowana w ostatniej kolejności, ponieważ pozwala osiągnąć tylko krótkotrwałe odpowiedzi przy wielu ciężkich powikłaniach.

Z nowych leków celowanych w ramach programu lekowego NFZ dla chłoniaków skórnych T-komórkowych CD30-dodatnich dostępny jest brentuksymab vedotin. Kolejnym nowym lekiem celowanym jest mogamulizumab. W Polsce nie jest dostępny w programie lekowym, jedynie na zasadach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych (RDTL), który nie zawsze jest możliwy. Bardzo dobrze działa zwłaszcza jeśli chodzi o eliminację choroby z krwi obwodowej. I co ważne, znacznie poprawia jakość życia chorego.

Czy zajęcie układu krwiotwórczego jest istotne w tej chorobie? Jak i kiedy powinno się je oceniać? Czy już we wczesnych stadiach choroby?

To jest w zasadzie nie tyle zajęcie układu krwiotwórczego, co obecność komórek nowotworowych w krwi obwodowej. Wytyczne europejskie i amerykańskie mówią, żeby już w chwili rozpoznania choroby oceniać leukogram krwi obwodowej oraz za pomocą cytometrii przepływowej. Oprócz tego klasyfikacja, która nas obowiązuje do oceny stadium zaawansowania choroby, wymaga uwzględnienia zajęcia krwi obwodowej. Więc jeżeli chcemy właściwie oceniać stopień zaawansowania, to badanie już we wczesnych stadiach powinno być wykonywane. Jest ono szczególnie ważne w późnych stadiach choroby w trakcie leczenia systemowego.

Jakie jest rokowanie w postaciach zaawansowanych CTCL?

Jest to choroba przewlekła, niestety niewyleczalna. Czasem ulega progresji lub transformacji. Rokowanie w postaciach zaawansowanych jest niekorzystne. Nie ma jednoznacznych czynników rokowniczych, nie wiadomo, jak u danego chorego choroba będzie się rozwijała, do jakiego etapu dojdzie.

Mastocytoza – rzadki nowotwór, trudny w diagnozowaniu

Chorzy z pokrzywką barwnikową nawet przez kilka lat chodzą od specjalisty do specjalisty, bo postawienie właściwej diagnozy jest trudne i wymaga dużego doświadczenia. Często objawy ze strony innych narządów np. obecność powiększonej śledziony pozwalają na ukierunkowanie rozpoznania i włączenie właściwego leczenia.

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Helbig
Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

W mastocytozie jednym z charakterystycznych objawów są występujące na skórze plamy przypominające umaszczenie żyrafy. Czy mają go wszyscy chorzy?

Fachowa nazwa tego objawu to pokrzywka barwnikowa. Objaw ten występuje głównie u dzieci, ponieważ jednym z wariantów mastocytozy jest mastocytoza skórna. Osoby dorosłe mogą mieć zmiany na skórze i jednocześnie już chorobę systemową, tzn. zajęte chorobą narządy wewnętrzne (wątroba, śledziona, szpik kostny). W dorosłej populacji mniej więcej 50 proc. chorych z mastocytozą ma pokrzywkę barwnikową.

Jakie wyzwania diagnostyczne stawia przed specjalistami mastocytoza?

Jeżeli nie ma charakterystycznej dla tej choroby pokrzywki barwnikowej, diagnoza trwa dłużej i jest trudniejsza. Niedawno miałem pacjenta, który od 5 lat miał taką wysypkę. Chodził do wielu specjalistów i żaden nie wiedział, co to jest. To jest dość typowa ścieżka tych chorych. Mają pokrzywkę barwnikową przez wiele lat, są leczeni dermatologicznie bez efektu. Wynika to z tego, że wielu lekarzy takich zmian skórnych wcześniej nie widziało, bo mastocytoza jest chorobą rzadką i nie potrafią jej właściwie rozpoznać. A jest to choroba nowotworowa przebiegająca przewlekle. Ma różne warianty – jedne rozwijają się wolniej (tzw. indolentne), inne szybciej (agresywne). Istnieje postać mastocytozy przebiegająca jako ostra białaczka mastocytowa. Wtedy przeżycie wynosi od 3 do 5 miesięcy.

Jak się leczy osoby chore na mastocytozę?

Jeżeli mastocytoza towarzyszy innej chorobie hematologicznej, nowotworowej, leczymy zawsze ten nowotwór, który jest bardziej groźny dla chorego. Czyli np. jeśli pacjent ma mastocytozę i ostrą białaczkę szpikową, leczymy białaczkę. Natomiast jeżeli towarzyszy jej jakaś choroba rozwijająca się powoli, zajmujemy się w pierwszej kolejności mastocytozą. Bywa też tzw. czysta mastocytoza, bez towarzyszącej innej choroby hematologicznej. Nazywamy ją w skrócie ASM od agresywnej systemowej mastocytozy. W tym przypadku leczymy tylko i wyłącznie mastocytozę. Polskie standardy leczenia w dużym stopniu

Jeżeli mastocytoza towarzyszy innej chorobie hematologicznej, nowotworowej, leczymy zawsze ten nowotwór, który jest bardziej groźny dla chorego

przypominają te obowiązujące w krajach Europy Zachodniej. Ponad 90 proc. chorych na mastocytozę ma pewien znacznik genetyczny – defekt będący przyczyną choroby. Lek celowany, który oddziałuje na ten znacznik, jest dostępny w programie lekowym.

Problem pojawia się, gdy ten lek nie działa. Mamy wtedy do wyboru stary lek stosowany od wielu, wielu lat w nowotworach hematologicznych – kladrybinę. Obecnie rzadko po niego sięgamy, ale stanowi jakąś opcję. Nowym lekiem należącym do tzw. inteligentnych cząsteczek jest awaprytynib. W Polsce niedostępny na zasadach refundacji, pozyskujemy go na zasadzie Ratunkowego Dostępu do Technologii Leczniczych (RDTL). Koszt takiego leczenia jest bardzo duży i wynosi ok. 80 tys. zł miesięcznie. Grupa chorych będących potencjalnie kandydatami do leczenia awaprytynibem jest niewielka, jest ich kilku-kilkunastu w kraju. Dla budżetu państwa refundacja nie byłaby więc ogromnym kosztem. Póki co w naszym ośrodku, mamy jednego chorego, który otrzymuje ten lek na zasadach RDTL.

Z jakimi trudnościami mierzą się chorzy na mastocytozę?

Przede wszystkim jest to zbyt mała wiedza na temat tej choroby, o czym mówiłem wcześniej. Chorzy z pokrzywką barwnikową przez wiele lat chodzą od lekarza do lekarza. Z reguły najpierw trafiają do dermatologa. Ale mają też objawy gastryczne – nudności, biegunki, nieżyt żołądka – z którymi są kierowani do gastrologów. Po drodze jest jeszcze alergolog. Czasami też specjalista od osteoporozy, bo mają zmiany w kościach. Zanim trafią do hematologa, odwiedzają wielu specjalistów, mija dużo czasu.

Materiały promocyjne przygotowane i pochodzące od Health Direction Media

Czerwienica prawdziwa – gdy szpik wytwarza za dużo czerwonych krwinek

Jeżeli jesteś osłabiony i ciągle zmęczony, masz wzmożoną potliwość, świąd skóry, warto, żebyś poprosił swojego doktora o wykonanie morfologii, najlepiej z rozmazem manualnym, tzw. leukogramem. Te objawy mogą być sygnałem czerwienicy prawdziwej, przebiegającego przewlekle nowotworu.

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Sacha
Kierownik Katedry i Kliniki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Czerwienica prawdziwa. Co to za choroba?
Jest to choroba nowotworowa o przewlekłym przebiegu należąca do tzw. nowotworów mieloproliferacyjnych i chorób rzadkich. To poważna choroba mogąca doprowadzić do niekorzystnego finału. Jednak gdy się ją dobrze leczy i dba, żeby nie pojawiły się powikłania, to można osiągnąć przeżycie, które jest zbliżone do tego w zdrowej populacji.

Czyli jest to choroba śmiertelna?
Nieleczona jest chorobą śmiertelną. Możemy powiedzieć, że jest ona nieuleczalna, bo nie potrafimy jej całkowicie wyleczyć, ale jest też stosunkowo łagodna, czyli udaje się doprowadzić do remisji czerwienicy albo stabilizacji jej przebiegu.

Jakie są objawy czerwienicy?
To są objawy ogólne - uczucie zmęczenia, duża męczliwość, wzmożona potliwość zwłaszcza w nocy. Może nastąpić utrata masy ciała niezwiązana z dietą, stany podgorączkowe niezwiązane z infekcjami (to tzw. objawy konstytucjonalne). Natomiast objawem bardzo charakterystycznym dla czerwienicy jest świąd skóry na całym ciele nasilający się po ciepłej kąpieli. Jeżeli ktoś ma zaburzenia we krwi obwodowej wskazujące na czerwienicę i dodatkowo ten objaw, możemy z bardzo dużą dozą prawdopodobieństwa, stwierdzić, że jest to czerwienica.

Jakie są cele leczenia chorych na czerwienicę prawdziwą, skoro nie można ich wyleczyć?
Musimy się zmierzyć z trzema problemami u tych pacjentów. Pierwszy to leczenie musi doprowadzić do zmniejszenia ryzyka zakrzepicy, bo u 1/3 chorych dochodzi do niej w obrębie układu tętniczego jak i żył. Ryzyko zakrzepicy u chorego na czerwienicę jest 3-4 razy większe niż u osoby zdrowej. Drugi problem to zmniejszenie nasilenia objawów tzw. konstytucjonalnych, a trzeci – ograniczenie ryzyka ewolucji choroby. Czerwienica ma wpisaną w swój naturalny przebieg ewolucję albo w samoistne włóknienie szpiku, i to się zdarza u 8-10 proc. chorych, albo nawet w ostrą białaczkę i to się zdarza u 3-5 proc..

W jaki sposób są leczeni chorzy na czerwienicę prawdziwą?
Leczenie zależny od profilu ryzyka. Mamy dwa proste, klasyczne czynniki ryzyka: wiek (powyżej 60. r.ż. ryzyko rośnie) oraz wystąpienie epizodu zatorowości lub zakrzepicy w wywiadzie. Chorzy wysokiego ryzyka od początku powinni być leczeni terapią cytoredukcyjną, czyli doprowadzającą do zmniejszenia liczby erytrocytów. U pacjentów niskiego ryzyka dopuszczalne są upusty krwi. Jest to jednak metoda niosąca za sobą pewne zagrożenia. Jeśli chorzy nawet niskiego ryzyka nie tolerują upustów albo muszą ich mieć wykonanych powyżej 6 w roku, wdrażamy leczenie cytoredukcyjne. Najnowsze zalecenia mówią, że może to być hydroksymocznik albo interferon alfa.

Na rynku mamy obecnie dwa interferony alfa: peginterferon i ropeginterferon. One różnią się „opakowaniem" cząsteczki interferonu. Przewaga ropeginterferonu polega na tym, że uwalnia się wolniej, dzięki temu może być stosowany raz na 2 tygodnie. Przez to, że jest uwalniany w mniejszych ilościach i przez dłuższy czas, jest mniej toksyczny i mniej immunogenny. Natomiast wskazania refundacyjne w obu przypadkach mówią o tym, że one są przeznaczone do leczenia chorych z nietolerancją lub opornością na hydroksymocznik.

Czy polscy chorzy na czerwienicę mają dostęp do leczenia zgodnie z aktualnymi wytycznymi?
W zaleceniach europejskich jest zapisane, że są to leki do leczenia chorych na czerwienicę prawdziwą. Nie ma konieczności przeprowadzania pacjenta przez fazę leczenia hydroksymocznikiem po to, żeby móc mu podać interferon alfa. Nie ma wątpliwości, że jest to leczenie najbardziej optymalne.

Dwa lata temu pojawiły się wyniki dużego badania, które udowodniło, że chorzy leczeni ropeginterferonem mają przeżycie wolne od progresji do mielofibrozy o około 10 lat dłuższe niż leczeni hydroksymocznikiem i o 12 lat dłuższe niż pacjenci leczeni tylko krwioupustami.

Po drugie, interferon w porównaniu z innymi terapiami jest jedynym lekiem, który potrafi zmniejszyć liczbę komórek obciążonych mutacją JAK2. Mutacja ta występuje u prawie każdego chorego na czerwienicę prawdziwą. Im więcej komórek obciążonych nią, tym bardziej rośnie ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Jaka jest świadomość społeczeństwa na temat tej choroby?
Niestety znikoma. Kluczem do sukcesu, żeby większy odsetek chorych był diagnozowany, jest uświadomienie, że jeżeli czujesz się źle, jesteś osłabiony, masz wzmożoną potliwość, świąd skóry, to powinieneś poprosić swojego doktora o wykonanie morfologii, najlepiej z rozmazem manualnym, tzw. leukogramem. Wtedy widać zmiany ilościowe we krwi – duży hematokryt, wysokie stężenie hemoglobiny, za dużo erytrocytów.

Głos pacjentki

Jak się pani dowiedziała, że ma czerwienicę prawdziwą?
Przed chorobą, a zdiagnozowano ją u mnie w 2017 r., nie miałam wcześniej żadnych objawów, które by sugerowałyby, że powinnam wykonać szeroką diagnostykę. Któregoś dnia zaczął mnie boleć brzuch pod żebrami, był to rodzaj ucisku. Utrzymywał się non stop przez 3 dni. I z tym objawem trafiłam do lekarza pierwszego kontaktu. Wyniki badań krwi były niepokojące, niejednoznaczne. Wykonano mi USG jamy brzusznej, bo lekarz domniemywał, że coś się dzieje z trzustką. USG wykazało, że nie jest to trzustka, ale śledziona. Dostałam skierowanie do szpitala, gdzie wykonano dokładniejszą diagnostykę. Diagnoza: czerwienica prawdziwa.

Co choroba zmieniła w pani życiu?
Mam niewielkie ograniczenia biorąc pod uwagę, jak funkcjonują inni chorzy na czerwienicę. Miałam to szczęście, że lek, który mi przepisano, bardzo dobrze na mnie zadziałał. Nie miałam objawów ubocznych. Nie miałam też wszystkich objawów klinicznych towarzyszących tej chorobie. Poza potami nocnymi, które do tej pory się utrzymują.

Choroba na pewno zmieniła moją świadomość w myśleniu co mogę, a czego nie mogę. Dość szybko, bo po trzech miesiącach od diagnostyki i leczenia wróciłam do pracy. Okazało się jednak, że to za wcześnie i że już nie mogę sobie pozwolić na pracę po 10 godz. na dobę. Jestem mniej wydajna, łatwiej się męczę. Stawiam sobie pewne granice, tak w pracy jak i np. aktywności fizycznej, którą zawsze lubiłam. Pewien mądry lekarz powiedział mi, że mogę dużo, ale nie wszystko.

Jak wygląda pani leczenie?
O nowoczesnym leczeniu czerwienicy, dowiedziałam się na grupie wsparcia. Nawet kilka młodych osób, które miały działania niepożądane po wcześniejszym leczeniu innymi lekami, kupowało sobie ten lek za własne pieniądze. Zaczęłam dużo czytać o nowym ropeginterferonie alfa-2b Besremi. Zawsze myślałam, że to będzie kiedyś lek właśnie dla mnie.

W związku z tym, że od 1 stycznia 2023 r. to leczenie jest już refundowane czekam na wizytę u mojego lekarza prowadzącego i bardzo chcę porozmawiać z lekarzem nad zmianą mojego leczenia.

Tyle lat jestem leczona hydroksymocznikiem i chyba po prostu przestaję odpowiadać na to leczenie.

Małgorzata Figarska
Pacjentka chora na czerwienicę prawdziwą

REKLAMA

AOP HEALTH

Firma AOP HEALTH aktywnie działa w zakresie leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi m.in. czerwienicą prawdziwą

Kluczowe pierwiastki dla organizmu

Dr hab. n. med. Marcin Barylski, FESC
Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralny Szpital Weteranów

W organizmie ludzkim znajduje się około 60 pierwiastków istotnych dla prawidłowego funkcjonowania ustroju. Ze względu na ich zawartość w organizmie oraz wartość dziennego zapotrzebowania można podzielić je na dwie grupy: makroelementy i mikroelementy.

Dr n. med. Marcin Welnicki
Specjalista chorób wewnętrznych, farmakolog kliniczny,
z-ca Kierownika Oddziału Klinicznego I Wewnętrznego MSS w Warszawie,
adiunkt III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WL WUM,
prezes-elekt Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej PTK

Do prawidłowego funkcjonowania organizmu niezbędne są zarówno makroelementy, jak i mikroelementy, czyli pierwiastki główne i pierwiastki śladowe. Chociaż niektóre z nich nie są potrzebne w dużych ilościach, to jednak w wyniku niedoboru któregokolwiek elementu rozpoczyna się kaskada najróżniejszych problemów zdrowotnych. Szczególną uwagę powinniśmy zwrócić na potas i żelazo. Pierwszy pierwiastek zaliczany jest do makroelementów, i jest jednym z elektrolitów odgrywających niezwykle istotną rolę w naszym organizmie. Odpowiedzialny jest za prawidłowe funkcjonowanie mięśni (w tym mięśnia sercowego, mięśniówki jelit i układu moczowego), komórek nerwowych, reguluje wewnątrzkomórkowe pH, pobudza wydzielanie insuliny, aktywuje wiele enzymów komórkowych, utrzymuje równowagę kwasowo-zasadową, reguluje gospodarkę wodną organizmu oraz ciśnienie tętnicze krwi. Żelazo natomiast, należy do pierwiastków śladowych. Występuje on głównie w hemoglobinie - białku (i jednocześnie barwniku krwi), które umożliwia pobieranie tlenu w płucach i oddawanie go w tkankach. Z kolei w szpiku kostnym żelazo jest wykorzystywane w procesie tworzenia krwinek czerwonych, czyli erytrocytów. Poza tym żelazo jest składnikiem mioglobiny - białka występującego w mięśniach (zbliżonego w budowie chemicznej do hemoglobiny), które umożliwia mięśniom pobieranie z krwi niezbędnego do ich pracy tlenu. Pierwiastek ten wpływa na metabolizm cholesterolu oraz sprzyja detoksykacji szkodliwych substancji w wątrobie. Żelazo odgrywa również ważną rolę w zwalczaniu bakterii i wirusów przez system odpornościowy, a także wspomaga prawidłową pracę układu nerwowego.

Żelazo

Czy możemy wyróżnić grupę, której najczęściej może dotyczyć niedobór żelaza?

Do głównych przyczyn niedoboru żelaza zalicza się przede wszystkim występowanie przewlekłego krwawienia. Najczęstszym źródłem krwawień są drogi rodne oraz przewód pokarmowy. Rzadziej występuje utrata krwi przez nerki oraz drogi oddechowe. Wszelkie stany powodujące zaburzenia wchłaniania także przyczyniają się do powstania niedoborów żelaza. Do grupy ryzyka zalicza się chorych z enteropatią glutenową, czyli celiakią oraz pacjentów o obniżonej kwasowości soku żołądkowego. Niedobór żelaza może być spowodowany niedoborami pokarmowymi bądź stosowaniem diet eliminacyjnych, w tym wegetariańskiej lub wegańskiej. Uważa się, że ze względu na gorszy stopień przyswajalności żelaza niehemowego (trójwartościowego) występującego w produktach pochodzenia roślinnego, wegetarianie powinni przyjmować ilościowo ok. 2-krotnie większą dawkę żelaza w porównaniu do osób spożywających mięso, które zawiera łatwo przyswajalne żelazo hemowe (dwuwartościowe).

Należy pamiętać, że niedokrwistość z niedoboru żelaza częściej dotyczy kobiet. Wynika to z kilkakrotnie mniejszych niż u mężczyzn zapasów żelaza w organizmie, a także z nadmiernej utraty krwi w czasie menstruacji. Kiedy miesiączki są zbyt obfite (powyżej 80 ml), nawet zrównoważona dieta nie jest w stanie uzupełnić strat żelaza. Wówczas z miesiąca na miesiąc jego deficyt rośnie. Ryzyko niedokrwistości wzrasta również w ciąży oraz podczas laktacji. To bardzo istotna kwestia, bowiem niedokrwistość w ciąży dotyczy nawet 40% kobiet.

> *Witamina C istotnie zwiększa przyswajanie żelaza*

Skoro mówimy o kobietach, to w jakim stopniu brak żelaza wpływa na ich wygląd zewnętrzny?

Niedobór żelaza prowadzi przede wszystkim do zaburzeń powstawania krwinek czerwonych, które są mniejsze, mają zmniejszoną ilość hemoglobiny, a to skutkuje spadkiem zdolności krwi do transportu tlenu i obniżeniem utlenowania tkanek i narządów. Osoba z niedokrwistością z niedoboru żelaza ma bladą skórę, błony śluzowe, a wokół ust pojawiają się zajady. Pod wpływem braku żelaza skóra staje się sucha i zniszczona, ponieważ organizm oszczędza żelazo do ratowania innych organów, na przykład mózgu lub serca. Mogą pojawić się cienie pod oczami oraz przedwczesne starzenie się skóry. Często występuje również łamliwość i wypadanie włosów oraz podłużne prążkowanie i łamliwość paznokci. Ponadto niedobór żelaza skutkuje problemami z gojeniem się ran, ponieważ zaburzony jest proces krzepnięcia krwi.

A do jakich komplikacji zdrowotnych może prowadzić brak tego pierwiastka w organizmie?

Oprócz skutków dermatologicznych, nie można zapominać o innych negatywnych konsekwencjach niedoboru żelaza. Spośród najczęstszych należy wymienić: bóle i zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zmęczenie, gorszą tolerancję wysiłku, kołatanie serca, senność, uczucie zimna. U dzieci anemia może prowadzić do zaburzeń rozwoju psychoruchowego. Może pojawić się również tzw. głód patologiczny (np. na kredę, tynk, krochmal, wapno), zanik brodawek języka oraz wygładzenie jego powierzchni. Udowodniono też związek niedoboru żelaza z występowaniem uczucia lęku lub depresji. Ciężka niedokrwistość zwiększa ryzyko zawału serca, natomiast u kobiet ciężarnych jest czynnikiem ryzyka porodu przedwczesnego, niskiej masy urodzeniowej dziecka lub śmiertelności okołoporodowej matki i dziecka.

Dlaczego niedobór żelaza powinien być uzupełniany pod nadzorem lekarza i za pomocą leków, nie suplementów diety?

Suplementacja żelaza powinna zostać poprzedzona wizytą lekarską oraz podstawowymi badaniami krwi, które wskazałyby, czy w ogóle jest potrzebna. Rozpoznanie niedokrwistości z niedoboru żelaza ustala się na podstawie oceny kilku parametrów. Podstawowym badaniem jest morfologia krwi. W przypadku niedokrwistości stwierdza się w niej zmniejszoną liczbę czerwonych krwinek, a także zmniejszone stężenie hemoglobiny. W zależności od stężenia hemoglobiny niedokrwistość klasyfikuje się jako: łagodną, umiarkowaną, ciężką lub zagrażającą życiu. Ważna jest także ocena samej krwinki czerwonej. Dla niedokrwistości z niedoboru żelaza charakterystyczne są krwinki czerwone o zmniejszonej objętości i mniejszej zawartości hemoglobiny. Kolejnym krokiem w diagnostyce jest ocena stężenia żelaza w surowicy krwi oraz ferrytyny, która odzwierciedla zmagazynowaną pulę żelaza. Pula krążąca jest oceniana za pomocą oznaczenia stężenia transferyny i wysycenia transferyny żelazem. Kolejnymi parametrami są całkowita i utajona zdolność wiązania żelaza.

Leczenie niedoboru żelaza powinno się odbywać zawsze pod nadzorem lekarza, a jego podstawą są preparaty doustne. Należy wybierać preparaty żelaza, które mają status leku. W przeciwieństwie do suplementów diety, lek podlega ścisłym regulacjom zgodnym z prawem farmaceutycznym, a jego skuteczność została potwierdzona w badaniach klinicznych. Po rozpoczęciu leczenia w ciągu 3 tygodni powinien nastąpić wzrost stężenia hemoglobiny o około 2 g/dl. Niemniej jednak, preparat należy stosować przez co najmniej 4-6 miesięcy, ponieważ początkowo organizm zużywa dostarczane żelazo „na bieżąco" w celu produkcji krwinek. Dopiero po kilku tygodniach uzupełniana jest pula „zapasów" żelaza.

Czy rodzaj żelaza może mieć wpływ na jego przyswajalność?

Jak najbardziej. Wyróżniamy żelazo hemowe i niehemowe. Żelazo hemowe to żelazo dwuwartościowe pozyskiwane wyłącznie z produktów pochodzenia zwierzęcego. Żelazo niehemowe jest żelazem trójwartościowym znajdującym się głównie w produktach pochodzenia roślinnego. Różnica między nimi jest ogromna, gdyż żelazo dwuwartościowe cechuje dużo lepsza wchłanialność, 10-krotnie przewyższająca żelazo trójwartościowe. Wobec tego powinniśmy preferencyjnie stosować te preparaty, które mają w swoim składzie żelazo dwuwartościowe.

Czy jest coś co wpływa na poprawę wchłaniania żelaza?

Tak, to kwas askorbinowy, czyli witamina C. Istotnie zwiększa ona przyswajanie żelaza, stymuluje powstawanie ferrytyny, czyli białka magazynującego żelazo oraz zmniejsza wypływ żelaza z komórek. Zwracajmy zatem uwagę, czy w preparacie żelaza jest dodatek w postaci witaminy C. Warto w tym miejscu podkreślić, że kwas foliowy nie ma żadnego wpływu na wchłanianie żelaza. Bardzo ważna jest również prawidłowa dieta, bogata w owoce, zielone warzywa (np. pietruszka, szczypiorek), czerwone mięso i podroby, a także produkty pełnoziarniste, kasze gruboziarniste, buraki. Pamiętajmy, że wchłanianie żelaza osłabiają związki zawarte w kawie i herbacie, a także duża ilość błonnika oraz produkty mleczne.

Więcej informacji na temat profilaktyki oraz prawidłowego uzupełnienia niedoborów żelaza znajdziesz tutaj:

Potas

Dlaczego prawidłowe stężenie potasu jest tak ważne dla naszego zdrowia?

Potas to jeden z kilku absolutnie kluczowych dla prawidłowego funkcjonowania naszego organizmu jonów. Pierwiastek ten występuje w naszym organizmie w postaci jonu, zlokalizowanego w 90% we wnętrzach naszych komórek. Bez prawidłowego stężenia potasu nie ma prawidłowego działania mięśni, komórek przewodzących impulsy elektryczne w sercu i w układzie nerwowym. Można więc śmiało powiedzieć, że prawidłowe stężenie potasu jest warunkiem prawidłowego funkcjonowania naszych komórek, a przez to naszych narządów i całego organizmu.

Jakie powinno być optymalne stężenie potasu?

W zasadzie prawidłowa odpowiedź brzmi – to zależy u kogo. Najczęściej spotykanym w wynikach laboratoryjnych przedziałem normy jest 3,5 mmol/l – 5,5 mmol/l. Stężenie potasu poniżej 3,5 mmol/l, czyli obniżony poziom potasu określany jest terminem „hipokaliemia" i świadczy o niedoborze tego jonu w organizmie. Stężenie potasu poniżej 2,5 mmol/l to z kolei ciężka hipokaliemia, wymagająca pilnej interwencji medycznej, najczęściej dożylnego uzupełnienia niedoborów potasu.

Do jakich negatywnych skutków zdrowotnych może prowadzić niedobór potasu (hipokaliemia)?

Hipokaliemia, czyli obniżone stężenie potasu we krwi, może powodować szereg dolegliwości. Przede wszystkim jest to jon kluczowy dla prawidłowego funkcjonowania komórek mięśniowych – niedobór potasu powoduje więc ogólne osłabienie i zmniejszenie siły mięśniowej. Uciążliwym dla pacjenta objawem są również skurcze mięśni, często bardzo bolesne. W skrajnych przypadkach, w ciężkich niedoborach potasu, może dojść nawet do tzw. rabdomiolizy – czyli rozpadu komórek mięśniowych.

Potas, jak już wspomniano, jest także jonem kluczowym dla prawidłowego przewodzenia impulsów i informacji pomiędzy różnymi komórkami w naszym organizmie, w tym sensie odpowiada więc za prawidłową funkcję wielu narządów jako całości. Niedobory potasu mogą więc między innymi prowadzić do zaburzeń funkcjonowania gospodarki węglowodanowej i powodować zaburzenia tolerancji glukozy. Przepływ jonów potasu przez komórki układu bodźco-przewodzącego serca jest również warunkiem koniecznym dla zapewnienia prawidłowych „elektrycznych" warunków działania serca. Mięsień sercowy jest unikatowym narządem, który dysponuje własnym układem „elektrycznym", generującym impulsy powodujące kurczenie się serca w odpowiednim rytmie. Prawidłowe stężenie potasu jest kluczowe dla funkcjonowania tego układu, a więc również dla prawidłowej pracy serca.

Warto także pamiętać, iż niedobór potasu powoduje wzrost ciśnienia tętniczego oraz utrudnia wyrównanie wartości ciśnienia tętniczego za pomocą leków stosowanych w nadciśnieniu tętniczym. Mówimy często, iż prawidłowe stężenie potasu jest warunkiem utrzymania homeostazy – tym terminem określamy ogólną równowagę procesów biologicznych w naszym organizmie. Prawidłowe stężenie potasu jest więc, jak widać, krytycznie istotne.

Dlaczego niedobór potasu jest tak istotny w kontekście chorób kardiologicznych, w tym zaburzeń rytmu serca?

Ten temat już poruszyliśmy, warto jednak go podkreślić i dodatkowo wyjaśnić. Mięsień sercowy jest zbudowany z kardiomiocytów – to szczególna grupa komórek mięśniowych, odpowiadających za skurcz mięśnia sercowego, łączących w sobie wytrwałość typową dla komórek mięśni gładkich oraz siłę typową dla mięśni poprzecznie-prążkowych. W ramach kardiomiocytów występuje jednak jeszcze bardziej szczególna grupa komórek, tworząca tak zwany układ bodźcoprzewodzący serca. W obrębie tych komórek powstają, a następnie rozprzestrzeniają się po całym mięśniu sercowym, impulsy elektryczne, które powodują powtarzające się nieustannie skurcze serca. Warunkiem prawidłowego funkcjonowania tego układu jest stabilne i prawidłowe stężenie czterech głównych elektrolitów: potasu, sodu, magnezu i wapnia. Przepływ jonów potasu i sodu powoduje powtarzające się dopolaryzacje, zmiany potencjału błon komórkowych i powtarzające się wyładowania elektryczne. Jeśli stężenie potasu jest zbyt niskie, zwiększa się ryzyko nadmiernej aktywności tego układu – wyładowania powstają zbyt często, zbyt szybko, a impuls przewodzi się z za dużą prędkością. Początkowo efektem może być tachykardia, czyli przyspieszenie czynności serca, z czasem jednak „serce gubi rytm", pojawiają się zaburzenia rytmu serca, od pojedynczych skurczy dodatkowych, przez trzepotania i migotanie przedsionków, aż do ciężkich komorowych zaburzeń rytmu serca. Najgroźniejszym i potencjalnie śmiertelnym arytmicznym powikłaniem hipokaliemii są częstoskurcze komorowe, które mogą zdegenerować do trzepotania lub migotania komór. To ostatnie to jeden z mechanizmów zatrzymania krążenia. Warto zaznaczyć, że powyższy wywód nie jest dywagacją teoretyczną. Badania przeprowadzone w ostatnich latach dowodzą, iż umiarkowana hipokaliemia oraz tzw. „niskie prawidłowe" stężenie potasu (3,5-3,7 mmol/l) w przypadku pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, migotaniem lub trzepotaniem przedsionków oraz pacjentów z niewydolnością serca, zwiększają ryzyko zgonu.

W przypadku hipokaliemii, wiele osób decyduje się na uzupełnianie niedoborów poprzez stosowanie suplementów zamiast leków. Dlaczego takie postępowanie można uznać za błędne?

Warunkiem skutecznej suplementacji jest znajomość składu stosowanego preparatu. W Polsce innym zasadom rejestracyjnym podlegają suplementy, innym leki. Producent mający zamiar prowadzić sprzedaż suplementu diety zgłasza odpowiedni wniosek do Głównego Inspektora Sanitarnego. Z kolei rejestracja leku, dokonywana przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, to złożona procedura wymagająca przeprowadzenia odpowiednich badań klinicznych. Można więc powiedzieć, że z formalnego punku widzenia, status leku jest gwarantem sprawdzonego, powtarzalnego i stabilnego składu. Warto jednak również podkreślić fakt, iż suplementy w swoim założeniu są przeznaczone do uzupełniania niedoborów pewnych substancji u ludzi ogólnie zdrowych. Jeśli rozważamy problem hipokaliemii u pacjentów z niewydolnością serca, nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami rytmu serca – mówimy o osobach chorych, u których nieleczona hipokaliemia może być brzemienna w skutkach. Te osoby wymagają więc wyrównania niedoborów potasu za pomocą leków, a nie suplementów diety.

Co jest ważne w leczeniu hipokaliemii? Na co lekarze i pacjenci powinni zwracać uwagę?

Przede wszystkim o hipokaliemii trzeba myśleć i aktywnie jej poszukiwać. Szczególną grupą osób narażoną na niedobór potasu są pacjenci kardiologiczni, ale także osoby przyjmujące przewlekle glikokortykosteroidy, betamimetyki (pacjenci z astmą czy przewlekłą obturacyjną chorobą płuc), insulinę. W przypadku pacjentów kardiologicznych okresowa kontrola stężenia potasu (w ramach pakietu podstawowych parametrów biochemicznych) powinna być badaniem rutynowym, powtarzanym w przypadku zmiany schematu leczenia. Kontrola poziomu potasu ma szczególne znaczenie u osób z nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, niewydolnością serca i migotaniem przedsionków – u tych osób stężenie potasu poniżej 4 mmol/l powinno już skłaniać do podjęcia odpowiedniej interwencji. Nie powinniśmy więc być bierni, nie powinniśmy ignorować „łagodnie" obniżonego stężenia potasu, a w przypadku pacjentów kardiologicznych niedobory potasu powinniśmy wyrównywać za pomocą sprawdzonych leków.

Więcej informacji na temat profilaktyki oraz prawidłowego uzupełnienia niedoborów potasu znajdziesz tutaj:

Hiperurykemię trzeba leczyć

Wysokie stężenie kwasu moczowego we krwi, przekraczające – w przypadku zdrowych kobiet 6 mg/dl i zdrowych mężczyzn – 7 mg/dl, zwiększa ryzyko sercowo - naczyniowe. Pierwszym krokiem do utrzymania zdrowia jest oznaczenie stężenia kwasu moczowego, a kolejnym podjęcie leczenia i modyfikacja stylu życia.

Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz
Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Hiperurykemia – podwyższone stężenie kwasu moczowego, to jeden z najważniejszych modyfikowalnych czynników wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Czy podwyższony poziom kwasu moczowego może predysponować nas do wystąpienia zawału serca czy udaru mózgu?

Wśród czynników ryzyka wystąpienia miażdżycy, której konsekwencją jest zawał mięśnia sercowego i udar mózgu wyróżniamy czynniki klasyczne, które są wszystkim dobrze znane – mam tu na myśli nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom cholesterolu, cukrzycę, otyłość, nadwagę oraz palenie papierosów. Ale musimy pamiętać, że istnieją także czynniki nieklasyczne, o których nie mówiliśmy jeszcze do niedawna tak wiele, a jak się okazuje są niezwykle istotne i w sposób znaczący wpływają na ryzyko sercowo -naczyniowe. Wśród tych czynników ryzyka jest właśnie m.in. podwyższone stężenie kwasu moczowego, które zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca czy udaru mózgu.

Jak wielu osób w Polsce dotyczy hiperurykemia? Czy Polacy mają świadomość tego problemu zdrowotnego?

Hiperurykemia jest bardzo powszechnym problemem zdrowotnym i dotyczy bardzo licznej grupy chorych. Szacuje się, że podwyższone stężenie kwasu moczowego może mieć nawet 10 mln osób. Podwyższone stężenie kwasu moczowego występuje częściej u pewnych grup pacjentów, cierpiących na określone choroby przewlekłe, wśród których wymienia się cukrzycę typu 2, otyłość, ale także zaburzenia lipidowe, czy nadciśnienie tętnicze.

Hiperurykemia jest bardzo powszechnym problemem zdrowotnym i dotyczy bardzo licznej grupy chorych

Pamiętajmy jednak, że występowanie choroby przewlekłej to nie jedyny czynnik decydujący o występowaniu podwyższonego stężenia kwasu moczowego. W związku z tym nie jest powiedziane, że osoba szczupła, która nie choruje na cukrzycę czy nadciśnienie tętnicze nie może mieć podwyższonego stężenia kwasu moczowego. Warto, aby każdy z nas takie oznaczenie stężenia kwasu moczowego wykonywał regularnie, co najmniej raz w roku, jeśli lekarz nie zaleci inaczej.

Polacy niestety nie mają świadomości problemu jakim jest występowanie hiperurykemii. O ile jeszcze większość z nas wie, że takie choroby jak nadciśnienie tętnicze, czy miażdżyca są niebezpieczne i mogą przełożyć się na wystąpienie zawału serca czy udaru mózgu, stąd zna wartości swojego ciśnienia i nawet stara się je leczyć, tak o stężeniu kwasu moczowego wiemy niewiele. Większość z nas nie zna aktualnego stężenia kwasu moczowego w swoim organizmie, ani prawidłowych jego wartości, które powinien osiągać. Warto przypominać zatem, o tym, że właśnie w przebiegu cukrzycy, otyłości, zespołu metabolicznego stężenie kwasu moczowego jest jednym z kluczowych elementów podwyższających ryzyko sercowo-naczyniowe, stąd powinno być oznaczane i kontrolowane.

Czy istnieją określone czynniki, które mogą predysponować nas do występowania hiperurykemii? Czy podwyższone stężenie kwasu moczowego może dotyczyć określonej grupy wiekowej, czy każdy z nas powinien to stężenie monitorować?

Te czynniki, to przede wszystkim choroby, o których wspominałem. Wiek natomiast ma duże znaczenie, ponieważ jest jednym z elementów, który decyduje o zwiększeniu ryzyka wystąpienia powikłań miażdżycy. Osoby młodsze – 20, 30-latkowie niezależnie od natężenia czynników ryzyka sercowo-naczyniowego dużo rzadziej mają miażdżycę, która powoduje ryzyko wystąpienia zawału czy udaru niż osoby w wieku średnim – 50-latkowie. A ci znów 50-latkowie w porównaniu do 70-latków, także mają to ryzyko niższe. Wiek zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe bezsprzecznie, natomiast kiedy dochodzi do sytuacji, w której czynniki ryzyka nawarstwiają się, prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia sercowo-naczyniowego jest jeszcze większe. Zatem możemy przyjąć, że im osoba starsza, tym większa u niej korzyść z oznaczenia stężenia kwasu moczowego, ale przypomnę, że warto aby takie oznaczenie wykonywać regularnie, już u osób w wieku średnim. Dzięki takiej formie prewencji już w młodym wieku istotnie redukujemy ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych w przyszłości.

Chory, u którego stwierdza się hiperurykemię jest pacjentem wysokiego ryzyka sercowo–naczyniowego

Czy możemy wytypować niepokojące objawy, które mogą wskazywać na to, że mamy podwyższone stężenie kwasu moczowego? I do jakiego lekarza powinniśmy się udać, jeśli chcemy skontrolować u siebie wysokość stężenia kwasu moczowego?

Mówiąc o podwyższonym stężeniu kwasu moczowego w kontekście hiperurykemii mamy na myśli schorzenie bezobjawowe. Nie oznacza to jednak, że kiedy objawy nie występują u chorego jest to choroba niegroźna, bez znaczenia. Bezobjawowe podwyższone stężenie kwasu moczowego uszkadza śródbłonek naczyń powodując niejako zapalenie ogólnoustrojowe, przez co zwiększa ryzyko wystąpienia miażdżycy. Zatem jest to problem istotny, który pomimo braku objawów powinien być diagnozowany i leczony. Badanie stężenia kwasu moczowego może zlecić nam każdy lekarz, w tym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Możemy je także wykonać w ramach programu Profilaktyka 40+, do czego gorąco zachęcam. Program wciąż funkcjonuje na terenie całego kraju, a udział w badaniach jest całkowicie bezpłatny.

Na czym polega leczenie hiperurykemii i jak długo powinno trwać?

Hiperurykemię, jak większość schorzeń sercowo-naczyniowych i metabolicznych powinniśmy leczyć kompleksowo poprzez zastosowanie właściwej terapii farmakologicznej oraz modyfikację stylu życia, rozumianą jako stosowanie właściwej, zdrowej i zbilansowanej diety, a także ograniczenie spożycia alkoholu i zwiększenie aktywności fizycznej. Jeśli chodzi o leczenia farmakologiczne, to dysponujemy skutecznymi lekami, które powodują znaczne obniżenie stężenia kwasu moczowego. Leczenie farmakologiczne jest w przypadku tego schorzenia leczeniem przewlekłym, podobnie jak to, które stosujemy, np. w nadciśnieniu tętniczym czy cukrzycy.

Dlaczego w przypadku hiperurykemii tak ważna jest właściwa kontrola w czasie leczenia?

Chory, u którego stwierdza się hiperurykemię, jest pacjentem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, a to bezpośrednie zagrożenie dla jego zdrowia i życia, dlatego bardzo ważne jest, aby był on pod stałą kontrolą lekarską. Przede wszystkim powinien sprawować ją lekarz rodzinny, we współpracy z innymi specjalistami zajmującymi się terapią pozostałych występujących u niego schorzeń.

Przydatne wskazówki i informacje dotyczące walki z hiperurykemią znajdziesz na Facebooku https://www.facebook.com/obnizamykwasmoczowy

Materiały promocyjne przygotowane i pochodzące od Health Direction Media

Jak można zapobiec atakom bólu migrenowego?

Migrena to niezwykle uciążliwa przypadłość. Jeśli jest przewlekłą, ból głowy uprzykrza chorym życie nawet przez ponad połowę dni w miesiącu. Często zapominamy o tym, że istnieje jej profilaktyczne leczenie.

Dr n. med. Katarzyna Kępczyńska
Klinika Neurologii WLS Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Szpitala Bielańskiego w Warszawie

W jakim celu stosuje się profilaktykę migreny?
Mówi się, że bólów głowy doświadcza aż 90 proc. ludzi, w tym migreny 11 proc. Jest to druga przyczyna niepełnosprawności na świecie i przypadłość bardzo mocno utrudniająca życie. Zatem stanowi ona duży problem i profilaktyka jest niezwykle ważna. Stosuje się ją, by zapobiec procesowi chronifikacji, czyli przechodzenia migreny epizodycznej z rzadkimi napadami przez migrenę epizodyczną z częstymi napadami do migreny przewlekłej.

Jakie są wskazania do leczenia profilaktycznego?
Jednym ze wskazań do rozpoczęcia profilaktyki jest występowanie czterech i więcej dni w miesiącu z bólem głowy, który spełnia kryteria migreny, lub czterech dni z bólem głowy, powodującym u chorego poważną niesprawność. Ewentualnie trzech dni z bólem głowy tak silnym, że chory musi pozostać w łóżku.

Leczenie profilaktyczne rozpatrujemy również, gdy leczenie doraźne jest nieskuteczne, źle tolerowane lub gdy pacjent ma przeciwskazania. Dość częstym problemem jest przyjmowanie zbyt wielu leków przeciwbólowych z powodu migreny. Rozwija się u tych chorych polekowy ból głowy, który jest wskazaniem do profilaktycznego leczenia migreny. Z tego powodu leczenie zawsze powinno być poprzedzone wizytą u lekarza, który zdiagnozuje, jaki jest to ból głowy. Nie można leczyć się na własną rękę.

Przypomnę, że są dwa rodzaje migreny – epizodyczna z rzadkimi oraz częstymi napadami i migrena przewlekła.

Leczenie zawsze powinno być poprzedzone wizytą u lekarza, który zdiagnozuje, jaki jest to ból głowy

Obraz kliniczny migreny epizodycznej bez aury charakteryzuje się nawracającymi bólami głowy zlokalizowanymi jednostronnie, o charakterze pulsującym i natężeniu umiarkowanym bądź silnym, trwającymi od 4 do 72 godzin.

Migrena epizodyczna z aurą opisywana jest jako nawracający epizod całkowicie odwracalnych jednoimiennych zaburzeń widzenia, zaburzeń czucia lub innych ogniskowych objawów neurologicznych. Napady te trwają od 5 do 60 minut, poprzedzając ból głowy. Co najmniej jeden objaw aury występuje jednostronnie. W czasie aury lub w ciągu 60 minut od jej ustąpienia pojawia się ból głowy z nudnościami, wymiotami, wrażliwością na światło i hałas.

Inaczej sprawa się przedstawia w przypadku migreny przewlekłej. Mówimy o niej wówczas, kiedy mamy do czynienia z codziennym lub prawie codziennym bólem głowy. Chory odczuwa ból głowy przez co najmniej 15 dni w miesiącu, z których przynajmniej 8 to dni, kiedy ból spełnia kryteria rozpoznania migreny i ma to miejsce przez ponad 3 miesiące.

Od niedawna funkcjonuje długo oczekiwany program lekowy B.133 „Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą". Jakie są kryteria włączenia do programu, czyli kto może w nim uczestniczyć?
Zacznę od tego, że program ten jest przeznaczony dla osób pełnoletnich z rozpoznaną migreną przewlekłą. Chory ubiegający się o włączenie do programu musi mieć udokumentowaną nieskuteczność przynajmniej dwóch z trzech doustnych terapii profilaktycznych lekami wymienionymi w programie lekowym.

Jakie są niezbędne dokumenty, żeby móc się ubiegać o udział w programie B.133?
Mamy dwie możliwości. Albo chory przychodzi z zaświadczeniem od neurologa (z pieczątką lekarza), w którym zawarte są informacje, o tym, jakie leki przyjmował (nazwy preparatów), przez jaki czas, w jakiej dawce i z jakim efektem. Może też być kserokopia dokumentacji medycznej z placówki, w której chory był pod opieką, z pieczątką potwierdzającą zgodność z oryginałem.

W przypadku, gdy w trakcie stosowania danej terapii wystąpiły działania niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację lub istnieją przeciwskazania do stosowania leku, nie jest wymagane udokumentowanie nieskuteczności danego leku.

Dodatkowo pacjent powinien przynieść prawidłowo sporządzony dzienniczek bólów głowy. Może być prowadzony w dowolnej formie: papierowej lub elektronicznej. Na wizycie chory przedstawia go w formie wydrukowanej. Musi być on dodatkowo prowadzony przez co najmniej 3 miesiące.

Jeśli pacjent ma te wszystkie dokumenty, kwalifikujemy go do programu lekowego.

Którzy lekarze mogą skierować chorego do udziału w programie? Czy może to być lekarz POZ, czy konieczny jest neurolog?
Skierowanie do poradni neurologicznej może wystawić neurolog lub lekarz POZ, ale – co ważne – musi ono być wydane w ramach NFZ. Tak więc osoby, które się leczyły prywatnie u neurologa, muszą się udać po skierowanie do lekarza POZ.

Jak prawidłowo prowadzić dzienniczek bólów głowy?
Jak już powiedziałam, podczas wizyty kwalifikującej do programu lekowego pacjent powinien pokazać dzienniczek bólów głowy prowadzony przez co najmniej 3 miesiące. Może ten dzienniczek prowadzić w dowolnej formie – papierowej, elektronicznej. Jednak na wizytę powinien przynieść wersję drukowaną.

Muszą tam się znaleźć najważniejsze informacje, bo na ich podstawie weryfikowane jest rozpoznanie. Te informacje to: liczba dni z bólem głowy, typ bólu (charakter, lokalizacja), jego natężenie, czas trwania bólu, objawy towarzyszące, nazwa, dawki, liczba doraźnie przyjmowanych leków przeciwbólowych i przeciwmigrenowych, efekt ich działania, czyli po jakim czasie doszło do ustąpienia bólu.

Ile ośrodków prowadzi obecnie program B.133?
Zgłoszonych jest 49 ośrodków, ale aktywnie działa ok. 30. Ich wykaz można znaleźć na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wyszukiwarka placówek prowadzących programy lekowe NFZ znajduje się na poniższej stronie: gsl.nfz.gov.pl/program profilaktyczne.

REKLAMA

Teva Pharmaceuticals Polska Sp. z o.o., ul. Emilii Plater 53, 00-113 Warszawa; adres korespondencyjny: ul. Osmańska 12, 02-823 Warszawa, tel.: +48 22 345 93 00, faks: +48 22 345 93 01, e-mail: teva.polska@teva.pl, www.teva.pl; KRS nr 0000160077, Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP: 525-22-70-954, Regon: 015472115, Wysokość kapitału zakładowego: 1 000 000,00 zł (wpłacony w całości)

teva

Cytologia płynna – profilaktyka raka szyjki macicy

W Polsce diagnozę rak szyjki macicy słyszy rocznie ponad 3000 kobiet. Jak podkreślają eksperci – warto poddawać się badaniom profilaktycznym, wśród których bardzo ważne jest badanie cytologiczne szyjki macicy.

Dr n. med. Iwona Kozak-Michałowska
Specjalista diagnostyki laboratoryjnej, dyrektor ds. nauki i rozwoju w firmie diagnostycznej, w latach 2001-2007 konsultant wojewódzki ds. diagnostyki laboratoryjnej w woj. łódzkim

Jak zakażenie wirusem HPV przekłada się na zagrożenie zachorowaniem na raka szyjki macicy?
Wirus brodawczaka ludzkiego zwany HPV to wirus onkogenny – oznacza to, że zakażenie tym wirusem może powodować występowanie stanów przedrakowych, a w konsekwencji rozwoju chorób nowotworowych, najczęściej raka szyjki macicy, ale także sromu, pochwy, odbytu czy prącia oraz okolic głowy i szyi. Do tej pory zidentyfikowanych zostało niemal 200 różnych typów wirusa HPV. Około 40 z nich odpowiedzialnych jest za powstawanie infekcji urogenitalnych zarówno u kobiet jak i mężczyzn. Niestety część genotypów wirusa o tzw. wysokim potencjale onkogennym może prowadzić do rozwoju raka szyjki macicy. Dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce aż 90 proc. zachorowań na raka szyjki macicy jest spowodowane zakażeniem wirusem HPV. Inne czynniki, które sprzyjają zachorowaniu na ten nowotwór to m.in. uwarunkowania genetyczne kobiety oraz palenie tytoniu. Wirus HPV przenosi się drogą płciową, stąd wczesne rozpoczęcie życia seksualnego czy duża liczba partnerów seksualnych zwiększają ryzyko zachorowania na ten nowotwór.

W jaki sposób można zdiagnozować zakażenie wirusem HPV? Kto i kiedy powinien wykonać test w kierunku zakażenia HPV?
Dane epidemiologiczne wskazują, że nawet 75 proc. aktywnych seksualnie osób na pewnym etapie swojego życia ulegnie zakażeniu wirusem HPV. Najczęściej do takiego zakażenia dochodzi u osób rozpoczynających życie seksualne. Zakażenie wirusem HPV można zdiagnozować wykonując dedykowany temu test, który jest uzupełnieniem dla cytologii płynnej LBC. Kandydatką do wykonania testu w kierunku HPV jest każda kobieta, ale wykonanie takiego testu jest szczególnie zalecane u kobiet po 30 r.ż., które otrzymały nieprawidłowy wynik badania cytologicznego. Ponadto testy w kierunku HPV powinno się wykonywać w grupie pacjentek, które były leczone z powodu zmian dysplastycznych szyjki macicy lub w przeszłości miały w wywiadzie nieprawidłowe wyniki badania cytologicznego i ujemny wynik badania kolposkopowego czy biopsji celowanej. Test HPV robi się u nich w celu oceny prawdopodobieństwa regresji lub nawrotu choroby. Należy pamiętać, że zmiany przedrakowe szyjki macicy, czy wczesna postać nowotworu, nie dają żadnych niepokojących objawów. Dlatego tylko regularna ocena cytologiczna i wykonywanie testów w kierunku HPV pozwala na wykrycie problemu na odpowiednio wczesnym etapie rozwoju, który umożliwia wdrożenie skutecznego leczenia.

Czym jest cytologia płynna LBC?
Obecnie dostępne są dwa rodzaje badań cytologicznych – cytologia konwencjonalna (standardowa) oraz cytologia płynna (jednowarstwowa) LBC. Cytologia płynna jest dokładniejsza i bardziej czuła niż cytologia konwencjonalna. Poprzez inny sposób pobrania wymazu uzyskuje się większą liczbę komórek do badania. Poprawia to jakość materiału cytologicznego poddawanego badaniu, ponadto zwiększa wykrywalność zmian dysplastycznych uważanych za stan przedrakowy. Uzupełnieniem cytologii płynnej jest wspomniany wcześniej przesiewowy test w kierunku zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego.

Czy możliwe jest zapobieganie zakażeniom wirusem HPV?
Tak, ale tę najskuteczniejszą metodę zapobiegania zakażeniom wirusem HPV można zastosować tylko u osób, u których nie doszło jeszcze do inicjacji seksualnej. Mowa oczywiście o szczepieniach przeciwko HPV, które od 1 czerwca mają być w Polsce refundowane dla dziewczynek i chłopców w wieku 12 i 13 lat. Inne metody zapobiegania zakażeniom to stosowanie prezerwatyw, ograniczenie ryzykownych zachowań seksualnych, opóźnienie inicjacji seksualnej i ograniczenie liczby partnerów. Szczepienia nie chronią przed wszystkimi odmianami wirusa HPV. Stąd tak ważne, abyśmy pamiętali o profilaktyce wtórnej – regularnym badaniom. Regularne badania cytologiczne powinna wykonywać każda kobieta od momentu rozpoczęcia aktywności seksualnej lub po ukończeniu 18. roku życia. Kobiety z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy powinny wykonywać to badanie raz w roku. Kobiety, u których dotychczas obraz cytologiczny był prawidłowy, a pozostają one w stałym związku, powinny wykonywać badanie nie rzadziej niż raz na trzy lata. Jedynie po 60. roku życia, w przypadku kobiet, u których dotychczasowe wyniki były ujemne, możliwe jest stopniowe wydłużanie okresu pomiędzy badaniami, aż do całkowitego zaniechania badania.

Profilaktyka wtórna raka szyjki macicy

OD KIEDY?
Badania profilaktyczne powinny być wykonywane u kobiet od czasu rozpoczęcia aktywności seksualnej lub **po ukończeniu 18. roku życia**

JAK CZĘSTO?
- **raz w roku** – kobiety z grupy podwyższonego ryzyka (przypadki nowotworu w bliskiej rodzinie)
- **co 3 lata badania cytologiczne lub co 5 lat cytologia i test HPV DNA** – kobiety w wieku 30-65 lat z prawidłowym obrazem cytologicznym*

DLACZEGO?
Regularna kontrola cytologiczna, a także wykonanie testu HPV są, kluczowe dla wczesnego wykrycia nieprawidłowości szyjki macicy i zapobiegania ich rozwojowi w kierunku raka

*Wykonanie testu HPV-DNA jest szczególnie zalecane w przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii u kobiet po 30 roku życia.

OGŁOSZENIE

Materiały promocyjne przygotowane i pochodzące od Health Direction Media

Zespół jelita nadwrażliwego pogarsza jakość życia

Badania pokazują, że objawy zespołu jelita nadwrażliwego dotykają nawet 30 proc. społeczeństwa, ale po pomoc do lekarza zwraca się tylko 10-25 proc. chorych. Pierwszą ulgę w objawach może przynieść choremu już zastosowanie się do zaleceń farmaceuty, które w tym schorzeniu powinny obejmować: zmianę stylu życia i leczenie farmakologiczne.

Joanna Potocka
Technik farmacji

W jaki sposób zespół jelita nadwrażliwego (IBS) wpływa na jakość życia chorego?

Zespół jelita nadwrażliwego charakteryzuje się bardzo nieprzyjemnymi dla chorego objawami. Najczęściej odczuwa on bóle brzucha, kłucia i przelewanie w jelitach. Mogą u niego występować także biegunki oraz zaparcia. IBS wpływa na jakość życia chorego i znacząco ją pogarsza. Z uwagi na to, że objawy zespołu występują przewlekle, chorzy są nimi często bardzo wyczerpani. Ponadto choroba reorganizuje ich życie, jeśli biegunki występują w godzinach porannych, często uniemożliwiają one choremu wyjście z domu. Objawy bywają dla chorych bardzo krępujące, wpływają na obniżenie nastroju, a coraz częściej są jednym z czynników wywołujących depresję.

Czym charakteryzuje się IBS? Jakie czynniki mogą zwiększyć ryzyko jego wystąpienia?

IBS to choroba, która ma charakter przewlekły, trudno jest wskazać swoiste objawy, które byłyby dla niej charakterystyczne. Pacjenci najczęściej uskarżają się na ostre skurczowe, nękające bóle brzucha, które nasilają się po posiłkach. Mogą one towarzyszyć biegunkom oraz zaparciom. Ulgę w dolegliwościach przynosi wypróżnienie lub oddanie gazów. Ponadto chorobę charakteryzuje naprzemienny rytm wypróżnień.

IBS dotyka bardzo dużej liczby osób, szacuje się, że objawy występują nawet u 30 proc. populacji. Choroba znacznie częściej diagnozowana jest u kobiet (2/3 chorych stanowią osoby płci żeńskiej), a także osób w młodym i średnim wieku, pomiędzy 20, a 40 r.ż. Czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na IBS jest siedzący tryb życia i zaburzenia flory jelitowej, nie bez znaczenia jest także narażenie na stres, które dodatkowo może nasilać objawy.

Rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego nie wymaga skomplikowanych badań i bardzo szerokiej diagnostyki

Czy IBS może „kryć się" pod innymi chorobami? Czy w związku z tym wiele przypadków pozostaje niezdiagnozowanych?

Osoby chorujące na zespół jelita nadwrażliwego często przez długi okres czasu pozostają bez postawienia właściwego rozpoznania, a tym samym bez odpowiedniego leczenia. Dlaczego tak się dzieje? Część chorych bagatelizuje objawy choroby, próbuje walczy z nimi samodzielnie np. znacząco ograniczając swoją dietę, co prowadzi do utraty masy ciała, osłabienia organizmu i z pewnością nie jest właściwą metodą terapii w IBS. Szacuje się, że tylko 10-25 proc. osób mających objawy IBS szuka pomocy u lekarza. Część chorych także błądzi z gabinetu lekarza POZ do gabinetów innych specjalistów, szukając odpowiedzi na pytanie: co mi jest? Z moich doświadczeń wynika, że wielu chorych nie ma prowadzonego właściwego leczenia farmakologicznego w IBS, że chorzy nie są zaopiekowani kompleksowo, przez odpowiedni okres czasu. Często mówią o tym, że rozpoznano u nich IBS, zapisano leki, ale lekarz nie wyjaśnił im jak długo powinny być stosowane, a właściwie nie wskazał, że leczenie IBS jest leczeniem przewlekłym, wymaga od pacjenta sumienności w przyjmowaniu leków, przestrzegania zaleceń lekarskich i zmiany stylu życia. Nie mówi się także pacjentom, że na efekty działania leków chory musi zaczekać. Pacjenci są niecierpliwi, odstawiają leki po kilku tygodniach, objawy wracają, a oni dalej szukają pomocy w kolejnym miejscu, w aptece, u kolejnego specjalisty.

W związku z powyższym, gdzie pacjent powinien szukać pomocy?

Przede wszystkim u lekarza. Nie jest powiedziane, że pacjent musi w pierwszej kolejności zostać skierowany do poradni specjalistycznej. Wystarczy, że uda się do lekarza POZ, który pochyli się nad jego problemem. Rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego nie wymaga skomplikowanych badań i bardzo szerokiej diagnostyki, stąd lekarze rodzinni świetnie sobie radzą z rozpoznawaniem i leczeniem zespołu jelita nadwrażliwego. Pomóc może też farmaceuta, który zaproponuje właściwe leczenie farmakologiczne, ale i tak taki pacjent powinien zostać skonsultowany przez lekarza.

Jakie są możliwe terapie w zespole jelita nadwrażliwego?

Czy w przypadku postaci biegunkowej i zaparciowej istnieje jedno skuteczne leczenie?

Leczenie zespołu jelita nadwrażliwego oparte jest o dwa filary – zmianę stylu życia i terapię farmakologiczną, czasem chory może wymagać także pomocy psychologa. Jeśli chodzi o zmianę stylu życia, to w pierwszej kolejności osoba chorująca na IBS powinna przyjrzeć się swojej diecie. W IBS nie ma jednej diety, która ogranicza objawy u wszystkich chorych, często pacjenci sięgają po dietę FOOD MAPS, która polega na okresowym wykluczeniu pewnych grup pokarmów z jadłospisu. Jeśli chodzi o dobre nawyki, to w IBS ważne jest, aby przyjmować posiłki regularnie, nie przejadać się, pić odpowiednią ilość płynów. Należy także ograniczyć stres.

Drugi filar leczenia to farmakoterapia. Obejmuje ono leki rozkurczowe, antybiotyki jelitowe, probiotyki. Z moich doświadczeń wynika, że u chorych z postacią zaparciową i biegunkową, a także mieszaną najlepiej jednak sprawdzają się leki rozkurczowe, które zmniejszają dolegliwości bólowe, korzystnie wpływają na rytm wypróżnień, a ponadto mogą być stosowane przez długi okres czasu i rzadko wywołują skutki uboczne. Pośród leków rozkurczowych mamy np. mebewerynę – dostępną na receptę oraz bez recepty, drotawerynę czy trimebutynę. W postaci biegunkowej skuteczna może okazać się także rifaksymina, loperamid, chorym uskarżającym się na wzdęcia zaleca się także stosowanie symetykonu czy dimetikonu.

Jak istotna jest porada farmaceuty w procesie samoleczenia się pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego?

Kiedy trafia do nas pacjent z objawami zespołu jelita nadwrażliwego bardzo ważne jest, aby poświęcić mu odpowiednią ilość czasu i uwagę. Tacy pacjenci czasem przychodzą do nas, bo potrzebują z kimś porozmawiać o swoich objawach. Taka rozmowa, jest w pewnym sensie także rodzajem terapii, bo IBS często dotyka osoby zestresowane, ale także mocno skupione na swoim stanie zdrowia i objawach, które im dokuczają. Pacjenci darzą farmaceutów dużym zaufaniem, dlatego zawsze warto przypomnieć choremu zalecenia związane ze zdrowym stylem życia, właściwą dietą, ale także zalecić stosowanie np. leków rozkurczowych, które są dostępne bez recepty.

REKLAMA

Duspatalin® Gastro - informacja o leku. Nazwa produktu leczniczego Duspatalin Gastro, 135 mg, tabletki. **Nazwa powszechnie stosowana substancji czynnej** Mebeweryny chlorowodorek (*Mebeverini hydrochloridum*). **Dawka/Stężenie substancji czynnej** 1 tabletka Duspatalin Gastro zawiera 135 mg mebeweryny chlorowodorku, 97 mg laktozy, sacharozę. **Postać farmaceutyczna** Okrągłe białe tabletki. **Wskazanie lub wskazania terapeutyczne do stosowania** Dorośli i dzieci powyżej 10 lat. Objawowe leczenie bólu brzucha lub dyskomfortu w jamie brzusznej (np. wzdęcia, uczucie rozpierania), którym mogą towarzyszyć zaburzenia rytmu wypróżnień i zmiany konsystencji stolca, w tym biegunka i (lub) zaparcie, spowodowanych nieprawidłową pracą przewodu pokarmowego. Nie należy stosować leku Duspatalin Gastro dłużej niż 5 dni bez porady lekarza. Jeśli objawy nie ustąpiły po 5 dniach lub nasiliły się pacjent powinien skonsultować się z lekarzem. **Przeciwwskazania** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą: laktoza jednowodna, skrobia (kukurydziana lub ziemniaczana), powidon (K25), talk, magnezu stearynian. Otoczka: talk, sacharoza, żelatyna, guma arabska, wosk Carnauba. **Podmiot odpowiedzialny** Mylan Healthcare Sp. z o.o., ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa. Niniejsza informacja została przygotowana dnia 10.12.2019 na podstawie Charakterystyki Produktu Leczniczego Duspatalin Gastro zatwierdzonej 05/2019. Dodatkowe informacje dostępne są w Mylan Healthcare Sp. z o.o., ul. Postępu 21B, 02-676 Warszawa.

To jest lek. Dla bezpieczeństwa stosuj go zgodnie z ulotką dołączoną do opakowania i tylko wtedy, gdy jest to konieczne. W przypadku wątpliwości skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.

Materiały promocyjne przygotowane i pochodzące od Health Direction Media

Oliwia Bieniuki
Aktorka
Jarek Bieniuk
Dyrektor sportowy Lechii Gdańsk

Fot. Jacek Poremba

Wystarczą tylko dwa słowa

Ania Przybylska miała zaledwie 35 lat. Pustki, którą pozostawiła, nie wypełni nikt i nic. Córka Oliwia i partner Jarosław wspierali ukochaną osobę do samego końca. Dzisiaj dzielą się swoją historią, aby dodać otuchy innym rodzinom, które potrzebują wsparcia w trudnym dla nich momencie.

Diagnoza choroby nowotworowej jest trudna nie tylko dla pacjenta, ale też jego rodziny. Co Państwo czuli, kiedy okazało, że u najbliższej dla Państwa osoby zdiagnozowano raka trzustki?

Jarosław Bieniuk (J.B.) – Trudno to opisać. Czułem wielki smutek, rozpacz i złość. Czułem się bezsilny, ale jednocześnie wiedziałem, że muszę coś zrobić, zacząć działać, być oparciem dla Ani i dzieciaków. Czułem, że damy sobie radę – choć wtedy myślałem, że będzie to znaczyło, że Ania wyzdrowieje, że pokonamy tę sytuację wszyscy razem.
Oliwia Bieniuk (O.B.) – Tata starał się zachować optymizm i myślę, że bardzo nam to wtedy pomogło.

Kiedy usłyszałam diagnozę mamy czułam wiele emocji. Byłam zła na cały świat za to, że mnie, że nas to spotkało, czułam też ogromny smutek. Miałam wtedy 11 lat, więc wiele rozumiałam, ale nie potrafiłam się z tym pogodzić.
J.B. – Byłaś bardzo dzielna, tak samo chłopcy. Staraliśmy się z Anią was jak najbardziej ochronić, ale to zwyczajnie nie było czasem możliwe. Dawaliście nam, mnie mnóstwo siły.

Czy korzystali Państwo ze wsparcia psychologicznego, a jeśli tak, dlaczego zdecydowaliście się po nie sięgnąć?

O.B. – Bardzo cieszę się, że to pytanie padło, bo mam wrażenie, że nie mówi się o tym wystarczająco dużo. Tak, korzystaliśmy z pomocy psychologicznej – każde z nas na swój sposób, w swoim tempie i według własnych potrzeb. Kiedy mama odeszła, tata był przy nas razem z psychologiem. To są takie wydarzenia, których nie naprawi nic, ale wsparcie psychologa naprawdę pomaga. Widzę to szczególnie z perspektywy czasu.
J.B. – Mieliśmy i mamy ten przywilej, by móc z tego typu pomocy korzystać. Obecnie pojawia się wiele inicjatyw, które skupiają się na upowszechnianiu dostępu do pomocy psychologicznej, zarówno osobom chorym jak i ich rodzinom. Ja temu bardzo kibicuję i staram się wspierać, bo przekonałem się na własnej skórze, że czasem cała miłość świata nie wystarczy. Czasem masz w głowie tyle myśli, że nie wiesz, jak je przekazać.
O.B. – Ładnie to ująłeś. Bo tak dokładnie było, że zostaliśmy my i nasze wzajemne wsparcie – i choć uważam, że to było najważniejsze, to jednak pomoc z zewnątrz, pomoc psychologiczna wiele nam dała.

Co było dla Państwa najtrudniejsze w walce o zdrowie mamy/żony?

O.B. – Myśl o tym, że tak niewiele mogę. No i patrzenie, jak mama gasła. Bardzo starała się zachowywać pozory, zawsze starała się mieć energię, by z nami porozmawiać, pobawić się, poprzytulać, ale była coraz słabsza. Nie wiedziałam co wtedy mówić, jak postępować.
J.B. – Dla mnie to było chyba nieustające poczucie bezsilności. Ile byśmy nie zrobili, zawsze pojawiała się taka myśl, że jest jeszcze coś, że można jeszcze więcej. To są takie sytuacje, w których człowiek rzuca wszystko i walczy, szuka, prosi. Trudno było powiedzieć, że już dość, że już zrobiliśmy wszystko. Że trzeba się pogodzić z nieuniknionym.

Czy z własnego doświadczenia mogą Państwo powiedzieć, jak powinno wyglądać wsparcie osoby, która boryka się z chorobą nowotworową? Czy są pewne aspekty, na które rodzina, osoby wspierające powinny zwrócić szczególną uwagę?

J.B. – Wydaje mi się, że ważnym aspektem jest sprawić, że osoba chora będzie wciąż uczestniczyć w życiu, że nie zostanie zredukowana do „człowieka z nowotworem". Ani i nam bardzo pomagało zatapianie się w codziennym życiu, zajmowanie się przyziemnymi sprawami. Było trochę tak, jakbyśmy chcieli na zapas nacieszyć się rutyną. To jest z jednej strony tragiczne, bo myślisz o tym, że te zakupy, że to wspólne smażenie naleśników czy składanie prania może być ostatnim, ale z drugiej strony daje mnóstwo siły i nadziei. Nadziei, że jeszcze będzie tak całkiem normalnie i siły, by o to nie przestawać walczyć.
O.B. – Tak było. Mam wrażenie, że nie staraliśmy się wypełnić czasu od wizyty do wizyty, ale tak naprawdę nacieszyć się sobą i tym czasem, który mamy. Zabrzmi to jak truizm, ale trochę tak jest, że życie inaczej smakuje w obliczu ciężkiej choroby. Ja bym jeszcze dodała, że w tym wsparciu nie należy bać się pomocy z zewnątrz, jak chociażby już wspomnianej pomocy psychologicznej. To żaden wstyd czegoś nie wiedzieć czy nie potrafić, zwłaszcza w tak trudnej sytuacji, trudnej na wielu płaszczyznach.

Jaki jest cel oraz dlaczego postanowili Państwo zaangażować się w kampanię „Tylko dwa słowa"?

O.B. - „Tylko dwa słowa" to kampania skierowana do osób, które stanęły w obliczu choroby nowotworowej swoich bliskich. Dotyczy wsparcia podczas diagnozy i leczenia i pomaga upowszechniać informacje na temat nowoczesnych terapii.
J.B. – W kampanię zaangażowani są eksperci – np. psychoonkologowie, którzy dzielą się swoją wiedzą o tym, jak rozmawiać z osobami chorymi, a także osoby, które dzielą się osobistymi doświadczeniami związanymi z chorobą nowotworową. Ta tematyka jest nam bardzo bliska i dlatego bez wahania zdecydowaliśmy się wesprzeć tę kampanię.
O.B. – Jeśli nasza historia może przynieść coś dobrego, dodać komuś otuchy, to staramy się nią dzielić. Sami dobrze wiemy, jak bardzo wsparcie, które niesie ze sobą kampania „Tylko dwa słowa" jest potrzebne i jak bardzo go czasem brakuje.
J.B. – Tak, z naszej perspektywy widzę, jak bardzo tego typu działania są pomocne. Bliscy osób chorych są w stanie poruszyć niebo i ziemię w poszukiwaniu odpowiedzi i pomocy – a dzięki kampaniom takim, jak te czasem jest im trochę łatwiej.
O.B. – No i przekaz kampanii, że czasem wystarczą tylko dwa słowa, takie najprostsze. To bardzo pomaga, bo często nie wiemy, jak rozmawiać z chorymi i o chorych, co im powiedzieć. A za „kocham cię", „jestem obok", „będę pamiętać" czasem kryje się wszystko, czego potrzeba.

Zapraszamy na stronę kampanii: www.tylkodwaslowa.pl.

Postępowanie w trudnej do leczenia gorączce u dzieci

Gorączka to nienormalny wzrost temperatury ciała, występujący w odpowiedzi na chorobę, ułatwiający oraz przyspieszający powrót do zdrowia. Jest najczęstszą przyczyną konsultacji lekarskich, stanowiąc 20–30% wizyt pediatrycznych i u lekarzy rodzinnych. Definicja kliniczna gorączki mówi, że jest to temperatura ciała o 1°C powyżej średniej normalnej temperatury.

Pomiar temperatury odgrywa kluczową rolę w prawidłowym badaniu i ocenie stanu pacjenta. Do podjęcia decyzji klinicznych jest niezbędne zmierzenie temperatury ciała jedną z następujących metod: termometrem elektronicznym lub termometrem ciekłokrystalicznym (chemicznym) pod pachą lub w odbycie albo termometrem na podczerwień do ucha. Postępowanie diagnostyczne u dziecka gorączkującego ma na celu ocenę przyczyn tego objawu, z oceną ryzyka zagrożenia życia oraz wystąpienia ciężkiej, poważnej choroby.

Leki przeciwgorączkowe należą do najczęściej stosowanych w codziennej praktyce i są dostępne bez recepty. Wykazują również działanie przeciwbólowe. Paracetamol i ibuprofen są lekami przeciwgorączkowymi zalecanymi do stosowania u dzieci. Skuteczność i bezpieczeństwo tych preparatów zostało potwierdzone wieloma badaniami. W przypadku braku adekwatnej odpowiedzi terapeutycznej po zastosowaniu monoterapii we właściwej dawce w praktyce można zastosować dwulekową terapię ibuprofen + paracetamol. W takich sytuacjach najskuteczniejszy schemat terapii polega na jednoczesnej aplikacji obydwu leków, co prowadzi do efektu synergicznego (potencjalizacji efektu przeciwgorączkowego). Dodatkowo badania farmakokinetyczne nie wykazały zmian w poszczególnych stężeniach leków w osoczu, gdy oba leki były podawane razem. Niezbędne jest przy tym prawidłowe nawodnienie dziecka.

Związek między podwyższoną temperaturą ciała a chorobą został zauważony i poznany już w zamierzchłych czasach. Przez większość stuleci zwykli ludzie obawiali się gorączki jako przejawu kary wywoływanej przez złe duchy lub jako znaku śmierci. Jednak dla medyków biologiczna rola gorączki w chorobie została uznana za korzystną. Szczególną uwagę zwracali na nią już starożytni uczeni greccy. Koncepcja ta ewoluowała w XIX w., gdy ówcześni lekarze zaczęli uważać gorączkę za objaw szkodliwy. Za korzystne uznano stosowanie leków przeciwgorączkowych. Obecnie poglądy na temat gorączki nie są jednoznaczne, jednak większość naukowców uważa, że jest ona symptomem pożytecznym i pomocnym w procesie zdrowienia [1].

Temperatura ciała jest kontrolowana przez ośrodek termoregulacji w podwzgórzu. Ma on za zadanie równoważenie produkcji ciepła, pochodzącego głównie z aktywności metabolicznej w mięśniach i wątrobie, poprzez oddawanie ciepła ze skóry i z płuc. Ośrodek termoregulacji jest w stanie utrzymać dość stałą temperaturę ciała w środowisku o normalnej temperaturze. Jednak w temperaturach otoczenia wyższych niż 35°C zdolność organizmu do rozpraszania ciepła jest zmniejszona i temperatura wewnątrz ciała wzrasta [2,3].

Przeczytaj cały artykuł na https://www.termedia.pl/poz/Postepowanie-w-trudnej-do-leczenia-goraczce-u-dzieci,45443.html