

Choroby cywilizacyjne



Rafał Gębura

Wiem, że znajomość choroby, wiedza, o co w niej chodzi, sprawia, że inni są mniej skłonni do osądzania

FOT.: SŁAWOMIR NADOLSKI

03

Ekspert
Jak uchronić się
przed zakażeniem
wirusem HIV?

04

Sprawdź
Dokuczliwy ból
brzucha i częste
wizyty w toalecie?

06

Inspiracje
Kolejne rewolucyjne
zmiany w leczeniu
cukrzycy

CHOROBY TABU

W WYDANIU



08

Jerzy Magiera
Codzienne życie osoby z cukrzycą
– jak jest naprawdę?



11

Prof. dr. hab. n. med Piotr Jankowski
Pacjentom brakuje konsekwencji
w leczeniu hipercholesterolemii



14

Dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Agnieszka Świdorska
Jak wygląda profilaktyka HIV w Polsce
w XXI wieku?



15

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki
Jak leczyć nowocześnie pacjentów
z rakiem jelita grubego?

Project Manager: **Karolina Rudnicka** Project Manager: **Maksymilian Felsztukier** Senior Project Manager: **Magdalena Nowicka**
Senior Business Developer: **Magdalena Nędza** Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk** Managing Director:
Krystyna Miłoszewska Skład: **Mediaplanet** Web Editor & Designer:
Tatiana Anusik Opracowanie redakcyjne: **Sonia Bąk,**
Aleksandra Podkówa-Poźniak Fotografie: **Stawomir Nadolski,**
Grzegorz Skonecki, stock.adobe.com, zasoby własne
Kontakt e-mail: pl.info@mediaplanet.com Adres:
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP. Z O.O., ul. Zielna 37, 00-108 Warszawa

[byczdrowymPL](https://www.facebook.com/byczdrowymPL) [mediaplanetpl](https://www.instagram.com/mediaplanetpl)
[jakzyczcukrzycaPL](https://www.facebook.com/jakzyczcukrzycaPL) [mediaplanet](https://www.linkedin.com/company/mediaplanet)

WYZWANIA

Jak zmiana stylu życia może wpłynąć na zdrowie twojego organizmu?

Zdrowy styl życia pomaga w utrzymaniu odpowiedniej kondycji, zapobiega chorobom i w rezultacie pozwala na dłuższe życie. Choć dużo się o nim mówi, to jednak często nie wiadomo, jak zacząć. Dowiedz się, jakie zmiany wprowadzić, by żyć zdrowiej.



Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz
Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WL WUM

Jak prowadzić zdrowy styl życia w dzisiejszych czasach?

Istnieją trzy grupy działań prozdrowotnych, na które mamy wpływ: odpowiedni sposób żywienia, regularna aktywność fizyczna – od których to zależy utrzymanie odpowiedniej masy ciała – oraz niepalenie tytoniu. Warto też wspomnieć o radzeniu sobie z negatywnymi emocjami – nie chodzi tu o unikanie stresu, bo to zdaje się niemożliwe, ale o umiejętność radzenia sobie z nim. Wiemy, że osoby szczupłe i niepalące tytoniu będą mniej narażone na nadciśnienie czy zbyt wysokie stężenie cholesterolu we krwi niż osoby zmagające się z otyłością.

Jeśli powyższe działania prozdrowotne nie wystarczają, należy rozważyć prewencję w postaci odpowiedniej suplementacji uzupełniającej dietę lub, jeśli jest już na nią za późno, rozpocząć leczenie farmakologiczne chorób, które są wynikiem wieloletnich zaniedbań.

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna stanowi nieodłączny element zdrowego stylu życia, pod warunkiem, że jest odpowiednio dostosowana do potrzeb i możliwości danej osoby. Zalecenia ekspertów mówią, że kontrolowana aktywność fizyczna jest rekomendowana we wszystkich sytuacjach: w nadciśnieniu, w zaburzeniach lipidowych, w chorobie wieńcowej i we wszelkich działaniach w ramach prewencji pierwotnej tych schorzeń. Przez co najmniej 3-4 dni w tygodniu powinniśmy poświęcać min. 30 minut na aktywność fizyczną, która wcale nie musi oznaczać intensywnego wysiłku na bieżni w siłowni czy ciężkich ćwiczeń w klubie fitness. Można ją budować małymi krokami, zmieniając codzienne nawyki, jak choćby wprowadzając regularne spacerki na świeżym powietrzu. To pozwoli przyspieszyć metabolizm, poprawić kondycję fizyczną i wydolność naszego organizmu.

Suplementacja

Prawidłowa promocja zachowań prozdrowotnych powinna przebiegać w taki sposób, aby w większości przypadków suplementacja nie była potrzebna. Prowadzenie zdrowego stylu życia wymaga

wytrwałości oraz konsekwencji w działaniu. Eksperti dodatkowo dopuszczają możliwość suplementacji. Przykładem są suplementy zawierające fitosterole roślinne lub monakolinę K.



Przez co najmniej 3-4 dni w tygodniu powinniśmy poświęcać min. 30 minut na aktywność fizyczną.

Fitosterole roślinne to związki występujące we wszystkich komórkach roślinnych, jednak ich najbogatszym źródłem są oleje roślinne. Jeśli są regularnie przyjmowane z dietą, mogą skutecznie obniżyć stężenie cholesterolu we krwi do 10 proc., co z kolei zmniejsza ryzyko wystąpienia m.in. miażdżycy i zawału serca. Natomiast monakolina K jest wyciągiem ze sfermentowanego czerwonego ryżu chińskiego, który od tysięcy lat był używany do przygotowania tradycyjnej kaczki po pekińsku. Badania wykazały, że monakolina to naturalna substancja, która ze względu na swoją budowę chemiczną przypomina statyny, stosowane w celu obniżenia stężenia cholesterolu. Jeśli lekarz określi ryzyko sercowo-naczyniowe jako niskie lub umiarkowane, a dotychczasowa zmiana diety i wprowadzenie aktywności fizycznej są niewystarczające, wówczas dołączenie monakoliny K może stanowić odpowiednie uzupełnienie zgodne z Wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Prowadzenie zdrowego stylu życia w dużym stopniu przyczynia się do zmniejszenia ryzyka chorób układu krążenia. Dlatego, chociaż wprowadzenie zasad zdrowego stylu życia wiąże się ze zmianami, które na początku mogą demotywować, to metodą małych kroków prowadzą one do wielkich zmian, dzięki którym nasze samopoczucie będzie lepsze.



Kontynuacja materiału na stronie:

byczdrowym.info

Partnerzy

BOTANIC HELP®

REUMATEK MAX®

BŁYSKAWICZNA ULGA **NATURALNE SKŁADNIKI POLECANE PRZY REHABILITACJI RUCHOWEJ:**

WSKAZANIA
Preparat szczególnie polecany jako środek wspomagający miejscowy masaż w okolicach pleców, krzyża, ramion, kolan oraz dłoni i stóp. Masaż żelem skutecznie poprawia krążenie, poprawia elastyczność skóry i przynosi natychmiastową ulgę.

ORYGINALNY PRODUKT DOSTĘPNY W APTEKACH

KONTAKT: info@bioxon.pl tel.: **577 772 234**

Podmiot odpowiedzialny Bioxon Laboratorium Sp. z o.o., 80-180 Kowale, ul. Glazuruwa 7

WAŻNE



Profilaktyka przedekspozycyjna PrEP – co należy o niej wiedzieć, by zapobiec zakażeniu HIV?

Aktualnie wzrasta liczba zakażeń HIV w Polsce, głównie w wyniku zakażeń nabywanych drogą kontaktów seksualnych. Profilaktyka przedekspozycyjna HIV to pierwsza terapia, która realnie pozwala na zmniejszenie liczby nowych zakażeń wirusem.



Lek. Paweł Jakubowski
Specjalista chorób zakaźnych, punktprep.pl oraz Szpitale Pomorskie

Jakie są obecnie największe wyzwania społeczne w profilaktyce zakażeń HIV? Czy obserwujemy obecnie wzrost liczby zakażeń HIV?

W 2023 roku to nie dostępność leczenia ani skuteczność leków jest wyzwaniem. Zarówno w Polsce, jak i innych krajach Europy Centralnej wyzwaniem jest uświadamianie o potrzebie wykonania badania diagnostycznego na HIV. Obecnie jedyną drogą przenoszenia zakażenia HIV są kontakty seksualne. W naszym kraju cały czas mało kto zdaje sobie sprawę z faktu, iż seks z więcej niż jednym partnerem lub partnerką to ryzyko zakażenia. Ponad połowa zakażeń przenoszonych drogą płciową może nie dawać odczuwalnych objawów.

Czym jest profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP) i poekspozycyjna (PEP)? Kto powinien ją stosować?

PEP to profilaktyka awaryjna, której przyjmowanie można rozpocząć do 48 godzin po kontakcie z wirusem. Obie metody stosujemy u osób zdrowych w celu zabezpieczenia ich przed zakażeniem HIV. PrEP to jedna tabletką stosowana codziennie chroniąca przed nabyciem HIV. To pierwsza metoda, która realnie pozwoliła na zmniejszenie liczby nowych zakażeń na świecie. Należy podkreślić jednak, iż metoda ta nie chroni przed innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową jak np. kiła, rzeżączka, chłamydioza.

Czy leczenie PrEP jest zalecane na stałe, czy powinno być stosowane tylko w określonych okresach ryzyka?

W Polsce PrEP zarejestrowany jest do stosowania codziennego. Zalecenia europejskie pozwalają jednak na dostosowanie dawkowania do potrzeb indywidualnych.

Czy w Polsce ta procedura jest refundowana?

Niestety, polski program refundacyjny nie uwzględnia tego rodzaju profilaktyki.

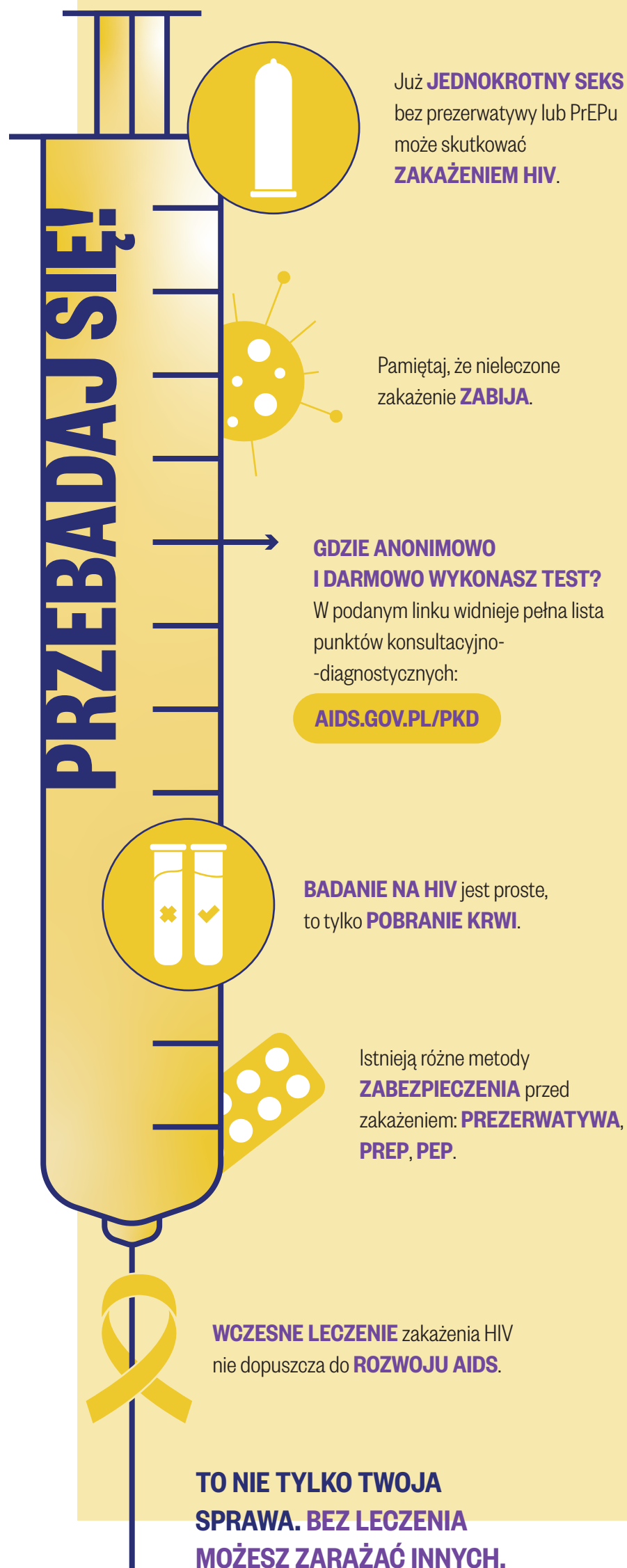
Ile w Polsce jest ośrodków zajmujących się profilaktyką zakażeń HIV?

Na ogół w każdym województwie są jeden lub dwa punkty zajmujące się PrEP-em. W Polsce zarówno leczeniem osób zakażonych HIV, jak i profilaktyką PrEP/PEP kierowaną do osób zdrowych zajmują się na ogół lekarze specjaliści chorób zakaźnych. Pamiętajmy, że PrEP to lek, a nie suplement diety. Stosowanie tej metody wymaga więc odpowiednich badań, doświadczenia i znajomości leku.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

DLACZEGO WŁAŚNIE TY POWINIENEŚ SIĘ PRZEBADAĆ?



PROBLEM



Dokuczliwy ból brzucha i częste wizyty w toalecie? Sprawdź, czy jelita nie chorują

Zespół jelita nadwrażliwego (IBS) może wystąpić w każdym wieku, a obecnie mierzy się z nim 11 proc. populacji. Zwykle przebiega z nawrotami, przez co może pogarszać jakość życia.

Jak objawia się zespół jelita nadwrażliwego (ang. IBS – Irritable Bowel Syndrome)?

Dominującym objawem IBS jest ból brzucha – występuje minimum raz w tygodniu, przez co najmniej trzy miesiące. Ból związany jest z wypróżnieniem, zmianą jego rytmu, biegunką lub zaparciem. Ponadto mogą pojawiać się objawy spoza układu pokarmowego, w tym m.in. bóle głowy, bóle kręgosłupa, częstomocz czy zaburzenia miesiączkowania.

częściej występuje u osób, u których schorzenie wystąpiło u członków rodziny), nieprawidłową motorykę przewodu pokarmowego i czynniki dietetyczne. Istotne jest też to, że u podłoża IBS leżą zaburzenia osi mózgowo-jelitowej, których zasadniczym elementem jest mikrobiota jelitowa, będąca wtedy w dysbiozie, czyli stanie, w którym bakterie i inne mikroorganizmy nie żyją w równowadze. Aby zdiagnozować IBS, konieczne jest: przeprowadzenie wywiadu lekarskiego, ocena objawów i wykonanie badań laboratoryjnych, takich jak np. morfologia krwi.

IBS może wystąpić również po infekcji żołądkowo-jelitowej. Czym właściwie się charakteryzuje?

Do epizodów zapalenia żołądkowo-jelitowego, które objawiają się m.in. bólami brzucha czy biegunką, może dojść np. podczas wakacji w ciepłych krajach. Zdarza się tak, że objawy nie ustępują i przez kolejne miesiące występują nawrotowo. W takiej sytuacji często diagnozuje się poinfekcyjny IBS – stwierdza się go nawet u 31 proc. po przebiegu epizodu infekcyjnego. Co ciekawe, najnowsze doniesienia potwierdzają, że poinfekcyjny IBS może wystąpić np. po przebiegu infekcji COVID-19.



Prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska
Kierownik Kliniki Gastroenterologicznej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Na czym polega leczenie farmakologiczne w zespole jelita nadwrażliwego?

W terapii pomocne są m.in. leki rozkurczowe minimalizujące objawy takie jak ból brzucha, makrogole niwelujące zaparcie, leki przeciwdepresyjne zmniejszające zaburzenia interakcji osi mózgowo-jelitowej czy leki przeciwbiegunkowe. Przy czym warto pamiętać, że leczenie farmakologiczne jest jednym z kilku elementów terapii IBS, która obejmuje m.in. modyfikacje dietetyczne i stylu życia.

W jaki sposób zmiana diety pomaga zminimalizować objawy IBS? Jaką rolę w leczeniu odgrywają probiotyki i suplementacja maślanem sodu?

Ważne jest, by w trakcie leczenia wykluczyć nietolerowane przez pacjentów produkty (u niektórych skuteczna będzie np. dieta low-FODMAP lub bezglutenowa), wyeliminować żywność wysoko przetworzoną, a także wdrożyć produkty zawierające błonnik rozpuszczalny (m.in. warzywa, owoce, babka płesznik). Ponadto w przywróceniu równowagi mikrobioty pomagają probiotyki. Prawdopodobnie korzystny wpływ mają konkretne szczepy lub ich mieszanki, dlatego warto skonsultować z lekarzem, jakie będą pomocne w danym przypadku. Warto pamiętać, że probiotyki są też wspieraniem w budowaniu odporności, co ma znaczenie np. w kontekście poinfekcyjnego IBS. Ponadto rośnie liczba doniesień naukowych o korzystnym wpływie suplementacji maślanem sodu, który może skutecznie minimalizować objawy IBS.

Czym kierować się przy wyborze wspomagającego środka na IBS?

Istotne jest, by stosować probiotyki ze wskazania lekarza, gdyż wie on, jakie szczepy lub mieszanki będą najlepszym wyborem u danego pacjenta. Poprawę u chorych zauważono m.in. po zastosowaniu monoszczepów takich jak: *Bifidobacterium bifidum* MIMBb75, *Bifidobacterium lactis* czy *Bifidobacterium infantis* 35624 (oraz *Lactobacillus*, np. *Lactobacillus plantarum* 299v). Z kolei, suplementując maślan sodu, warto zwrócić uwagę, by był mikrootoczkowany, gdyż tylko wtedy możliwe jest jego dotarcie do najdalszych fragmentów układu pokarmowego.



Najnowsze doniesienia potwierdzają, że poinfekcyjny IBS może wystąpić np. po przebiegu infekcji COVID-19.

Jakie są przyczyny IBS i jak wygląda jego diagnostyka?

Przyczyna jest nieznana, jednak już wiadomo, jakie czynniki są istotne w rozwoju IBS. Wśród nich wyróżnia się m.in. uwarunkowania genetyczne (IBS

3 KORZYŚCI DLA JELIT W 1 KAPSUŁCE



suplement diety
Tributron
KAPSUŁKI



DLA OSÓB:



z wrażliwością jelit¹



w trakcie i po
antybiotykoterapii²

TECHNOLOGIA MIKROOTOCZKOWANIA³

- pozwala na ochronę wszystkich składników odżywczych przed rozkładem w żołądku
- **zwiększa przeżywalność** bakterii probiotycznych
- **uwalnia maślan sodu w środowisku pH 7** znajdującym się na całej długości jelita cienkiego i grubego

AUROVITAS[®]

Suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety.
Suplement diety nie ma właściwości leczniczych

¹ Wen Y, Li J, Long Q, Yue CC, He B, Tang XG, The efficacy and safety of probiotics for patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis based on seventeen randomized controlled trials. Int J Surg. 2020 Jul; 79: 111-119. doi: 10.1016/j.ijsu.2020.04.063. Epub 2020 May 6. PMID: 32387213.

² K. Lange, M. Buerger, A. Stallmach, T. Bruns, Effects of Antibiotics on Gut Microbiota Dig Dis. 2016; 34(3): 260-8; doi: 10.1159/000443360. Epub 2016 Mar 30.

³ Dane oparte na opatentowanej metodzie przez firmę Biocare Copenhagen A/S.



Więcej informacji na stronie:

jakzyczcukrzyca.pl

Czas na kolejne rewolucyjne zmiany w leczeniu cukrzycy. Co tym razem?

Zaawansowane technologicznie systemy wspierają pacjentów w leczeniu cukrzycy, zwiększając ich komfort i dając realną szansę na długie życie bez powikłań.



Prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak
Specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii,
Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii WUM

Co łączy cukrzycę i choroby sercowo-naczyniowe? Z jakimi wyzwaniami i trudnościami mierzą się pacjenci?

Cukrzyca jest jednym z najsilniejszych czynników ryzyka uszkodzenia układu krążenia. Nadmiar glukozy zaburza funkcjonowanie serca i naczyń, przyspiesza powstawanie miażdżycy, co w efekcie może prowadzić do zawału serca lub udaru mózgu. Należy podkreślić, że zarówno ryzyko rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, jak i wskaźniki śmiertelności z przyczyn kardiologicznych są u osób z cukrzycą kilkakrotnie wyższe niż u osób zdrowych. Dlatego też ich życie bywa pełne wyzwań i trudności. Wśród największych znajdują się: dążenie do prawidłowych wartości cukru we krwi, potrzeba ciągłej kontroli stężenia glukozy we krwi oraz dopasowanie do niej terapii (w niektórych przypadkach uwzględniającej leczenie powikłań).

Dlaczego prawidłowe kontrolowanie cukrzycy jest istotne i co ono oznacza? Jakie znaczenie ma technologia i jej rozwój?

Należy pamiętać, że cukrzyca jest chorobą przewlekłą, a co za tym idzie – chory nie może pozwolić na to, by zapomnieć o niej w codziennym funkcjonowaniu. Brak regularnego monitorowania glukozy i odpowiedniego leczenia może prowadzić m.in. do uszkodzenia nerek, oczu lub nerwów, choroby wieńcowej, martwicy kończyn czy uszkodzeń serca bądź mózgu. Dlatego, by do nich nie doszło, pacjent powinien co najmniej kilka razy dziennie wykonywać pomiary stężenia glukozy we krwi. Stężenie cukru to informacja zwrotna, która umożliwia m.in. dopasowanie dawki insuliny czy wdrożenie odpowiednich zaleceń dietetycznych. I chociaż wydaje się to wymagające, to obecnie jesteśmy świadkami rewolucji

– dzięki technologii i rozwojowi możemy leczyć cukrzycę w sposób innowacyjny. Dostępne są już m.in. leki na cukrzycę nowej generacji (flozyny), urządzenia z systemami ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM), inteligentne wstrzykiwacze, które komunikują się z sensorami i aplikacjami w smartfonie, czy zautomatyzowane pompy insulinowe zintegrowane z systemem CGM, które mogą samodzielnie dokonywać niezbędnych korekt w dawkowaniu insuliny. Tym samym nowe technologie dają prawdziwy i pełny obraz choroby, dzięki czemu umożliwiają jeszcze lepszą kontrolę cukrzycy, pomagając utrzymać chorobę w ryzach, a także przeciwdziałać wspomnianym wcześniej powikłaniom, przyczyniając się także do poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin poprzez zmniejszenie trudzenia terapią, obniżenie poziomu lęku przed hipoglikemią i zabezpieczenie przed jej nieświadomością.

Czy na rynku są lub pojawiają się innowacyjne technologie ułatwiające pacjentom leczenie metodą wielokrotnych iniekcji? Czego możemy spodziewać się w niedalekiej przyszłości?

Do niedawna kontrola cukrzycy była związana z koniecznością nakłuwania opuszki palca w celu pomiaru poziomu cukru we krwi. Obecnie nowoczesne technologie znacząco poprawiają komfort i jakość życia pacjentów, gdyż w przeciwieństwie do glukometrów, dzięki m.in. specjalnym noszonym na skórze czujnikom, w sposób ciągły mierzą poziom glukozy (systemy CGM), pozwalając skutecznie kontrolować chorobę. To naprawdę wielka rewolucja, która oddala nas od ery wielokrotnych wkłuć, nierzadko wiążących się z bólem

i dyskomfortem. Technologia ta jednak nadal się rozwija – niedługo możliwa będzie integracja podaży insuliny za pomocą inteligentnych penów połączonych technologią Bluetooth z aplikacją na smartfonie. To jeszcze bardziej ułatwi życie z cukrzycą pacjentom przyjmującym insulinę.



Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, a co za tym idzie – chory nie może pozwolić na to, by zapomnieć o niej w codziennym funkcjonowaniu.

Kto może korzystać z tego typu urządzeń wspomagających leczenie? Jak aktualnie w Polsce przedstawia się do nich dostęp?

Najnowsze rozwiązania leczenia cukrzycy są już dostępne zarówno dla pacjentów, u których stosuje się intensywną insulinoterapię z zastosowaniem wstrzykiwaczy, jak i u chorych korzystających z pomp insulinowych. Co ważne, niedawno rozszerzono zakres refundacji systemów ciągłego monitorowania glikemii, zarówno w czasie rzeczywistym, jak i metodą skanowania. Dzięki tym dużym zmianom w odpłatności udało nam się pokonać poważną barierę ekonomiczną, która do tej pory ograniczała dostęp do nowoczesnych technologii bardzo dużej grupie pacjentów.

Podmiot prowadzący reklamę
 Uwaga: Reklama nie jest kierowana do dzieci.
 Materiał reklamowy Medtronic Poland Sp. z o.o.
 Producent: Medtronic MiniMed USA
 Upoważniony przedstawiciel: Medtronic B.V., Niderlandy

Sam CGM to za mało



DOSTĘPNY WKRÓTCE!

Smart MDI (Sensor Simpler™ + InPen™)

■ PRODUKTY

Sensor Simpler™ CGM (Ciągłe Monitorowanie Glikemii)

- sensor i nadajnik w jednym
- bez kalibracji, bez skanowania
- działa do 7 dni

Inteligentny Pen (InPen™)

- połączony technologią Bluetooth z aplikacją na smartfonie (InPen)

■ APLIKACJE

Aplikacja InPen

- automatycznie rejestruje dane podaży insuliny (każde użycie InPena jest rejestrowane w aplikacji)
- śledzi ilość aktywnej insuliny
- ułatwia wyliczenie prawidłowej dawki insuliny dzięki opcji „Kalkulatora dawki”
- posiada dwa dodatkowe alarmy:
alarm o pominiętej dawce insuliny na posiłek
alarm informujący o konieczności korekty glikemii

Aplikacja Simpera

- system CGM z personalizacją alarmów oraz predykcją do 60 minut przed spodziewanym wzrostem lub spadkiem glikemii do określonego przez użytkownika poziomu
- możliwość ciągłego wglądu w terapię i poziomy glikemii w czasie rzeczywistym dla opiekunów i osób bliskich (możliwość połączenia do 5 Partnerów terapii)

**TO JEST WYRÓB MEDYCZNY. UŻYWAJ GO ZGODNIE
Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.**

Medtronic





Codziennie życie osoby z cukrzycą - jak jest naprawdę?

Cukrzyca jest schorzeniem, które potrafi zaskakiwać. Nawet po wielu latach chorowania pacjenci donoszą, że ta choroba potrafi ich zaskoczyć – pomimo występowania różnych sytuacji często mówi się, że cukrzyca jest „eksperymentem naukowym”, gdzie każdy dzień jest inny.

Jak diagnoza cukrzycy wpływa na codzienne życie i nawyki żywieniowe pacjenta?

Diagnoza cukrzycy jest bardzo trudnym momentem dla każdego pacjenta, który słyszy taką informację, oraz dla jego najbliższych, rodziny i znajomych. Praktycznie z dnia na dzień zmienia się całe życie osoby z cukrzycą. Diabetyk musi nauczyć się na nowo funkcjonować w codziennym życiu, ponieważ pojawia się wiele nowych obowiązków i czynności, które musi wykonać. Wszystko zależy jeszcze od tego, o jakim typie cukrzycy mówimy. Jeżeli mamy na myśli ten najbardziej popularny, czyli cukrzycę typu 2, w życiu takiej osoby pojawiają się nowe obowiązki – przede wszystkim konieczność regularnego przyjmowania leków przeciwcukrzycowych, a także zmiana nawyków żywieniowych. Często cukrzyca typu 2 jest następstwem złego odżywiania i otyłości. Bardzo ważne jest więc wprowadzenie zmian w tym zakresie,

co nie jest łatwym i szybkim procesem. Przed chorym pojawia się wiele wyzwań i potrzeba edukacji. Cukrzyca to choroba, która takiej nieustannej edukacji cały czas wymaga. O wiele więcej obostrzeń i nowych obowiązków spada natomiast na osobę z cukrzycą typu 1. Tutaj diagnoza z reguły jest nagła i szybka. Pacjent musi podjąć wiele kroków w nauce życia z cukrzycą. Pojawia się konieczność baczniejszego oceniania wartości odżywczych w spożywanych posiłkach, obliczania dawek insuliny, planowania aktywności fizycznej, nauki reagowania na stres i inne sytuacje, które wpływają na poziom cukru we krwi. Jest to długotrwały i dość skomplikowany proces, na który potrzeba dużo czasu. A edukacja w cukrzycy nigdy się nie kończy.

Jakie są najważniejsze czynniki wpływające na jakość życia codziennego diabetyka, które lekarze diabetolodzy powinni brać pod uwagę przy prowadzeniu pacjentów?

Myślę, że lekarze muszą brać pod uwagę aktualną sytuację pacjenta. Mam tutaj na myśli możliwości finansowe – chodzi o zakup leków przeciwcukrzycowych, które nie dla wszystkich grup chorych są refundowane w pełnym zakresie. Ważna jest również sytuacja rodzinna pacjenta – czy może liczyć na wsparcie najbliższych, które jest niezwykle ważne. W cukrzycy to pacjent sam sobie jest lekarzem. Oczywiście pacjenci są pod opieką lekarzy specjalistów – diabetologów lub lekarzy pierwszego kontaktu, głównie w cukrzycy typu 2, niemniej takiego lekarza pacjent widzi 3-4 razy w roku przez kilkanaście minut. Lekarz daje osobie z cukrzycą wskazówki, może zlecić nowe leki czy badania. Natomiast pacjent z cukrzycą zostaje sam na sam. Musi zrozumieć tę chorobę, nauczyć się reagować na zachodzące zdarzenia. Cukrzyca jest schorzeniem, które potrafi

zaskakiwać. Nawet po wielu latach chorowania pacjenci donoszą, że ta choroba potrafi ich zaskoczyć – pomimo występowania różnych sytuacji często mówi się, że cukrzyca jest „eksperymentem naukowym”, gdzie każdy dzień jest inny. Tak rzeczywiście jest.

Czy jest coś, z czego ludzie niezmagający się z cukrzycą mogą nie zdawać sobie sprawy, a co jest ważne w rozumieniu życia codziennego diabetyka?

Wahania poziomu cukru we krwi wpływają na emocje i samopoczucie osoby z cukrzycą. Szczególnie przy wysokim poziomie cukru może pojawiać się, wcale niezamierzona, agresywność i nienaturalne zachowania takiego pacjenta.



Pacjent musi zrozumieć tę chorobę, nauczyć się reagować na zachodzące zdarzenia.

Cukrzyca po prostu oddziałuje mocno na układ nerwowy i dzieje się to w sposób niezamierzony. Również przy zbyt niskim poziomie cukru we krwi możemy mieć do czynienia z różnego rodzaju zaburzeniami, które powodują chwilowe (do czasu dostodzenia) wyłączenie pacjenta z odgrywanych ról społecznych. Może pojawić się osłabienie, zwiększona potliwość, niepokój i zaburzenia widzenia. Zrozumienie tych procesów przez osoby niezmagające się z cukrzycą jest niezwykle ważne.



Jerzy Magiera

Autor portalu mojacukrzyca.org, choruje na cukrzycę typu 1 od 27 lat, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego



Więcej informacji na stronie:

jakzycucukrzyca.pl

PROBLEM



Cukrzyca – choroba cywilizacyjna XXI wieku

Cukrzyca typu 2 jest pierwszą chorobą niezakaźną, która została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za epidemię. Wynika to z faktu, że w ostatnich dziesięcioleciach lawinowo wzrasta liczba osób z nieprawidłową tolerancją glukozy. Szacuje się, że w Polsce cukrzycą typu 2 dotknięte jest już około 9 proc. społeczeństwa. Przyczyn tego stanu rzeczy upatruje się głównie w czynnikach cywilizacyjnych, takich jak współczesna dieta bogata w produkty wysokoprzetworzone oraz mało aktywny tryb życia.

Choroba cywilizacyjna, czyli jaka

Cukrzyca typu 2 zalicza się do chorób cywilizacyjnych, czyli takich, na które w dużej mierze sami sobie zapracowujemy. Przykładem chorób z tej kategorii są także: otyłość, nadciśnienie tętnicze czy miażdżyca. Choroby cywilizacyjne występują na terenie krajów wysokorozwiniętych, a zatem zurbanizowanych. Ich rozwój związany jest z szeroko pojętym rozwojem cywilizacji i panującym globalnie stylem życia, w którym dominuje brak aktywności fizycznej, stres, niezdrowa dieta oraz nierzadko palenie papierosów. Leczenie chorób cywilizacyjnych, które mają praktycznie zawsze przewlekły charakter, to z jednej strony ogromne obciążenie dla systemów

ochrony zdrowia, a z drugiej – coraz częstsza przyczyna zgonów (pośrednia i bezpośrednia).

Zgubne skutki nadmiaru

Na cukrzycę typu 2 chorują przede wszystkim osoby z nadmierną masą ciała. Nie zawsze jest to chorobliwy nadmiar kilogramów, świadczący o otyłości, niekiedy wystarcza nadwaga, by na jej podstawie rozwinęła się insulinooporność, a następnie pełnoobjawowa cukrzyca. Określenie cukrzycy mianem choroby cywilizacyjnej wynika w głównej mierze właśnie z tej zależności od masy ciała, co z kolei jest efektem nadmiernie obfitego i często niezdrowego sposobu odżywiania. Dieta bogata

w cukry proste, produkty wysoce przetworzone i tłuszcze trans nasila insulinooporność, stymuluje przybieranie na wadze i przyspiesza rozwój choroby. Nie pomaga w tym osiadły tryb życia, unikanie aktywności fizycznej, długie godziny pracy i stres z niej wynikający. W tym miejscu warto dodać, że nie u każdej osoby mającej kilka nadprogramowych kilogramów rozwinie się cukrzyca. Choroba ta diagnozowana jest u tych osób, u których czynniki cywilizacyjne nakładają się na obciążenie genetyczne. Osoby bez predyspozycji do cukrzycy nie zachorują, nawet kiedy są otyłe. Niestety, czy mamy predyspozycję do cukrzycy, czy nie, dowiadujemy się zwykle dopiero w momencie diagnozy, która może stać się naszym udziałem, nawet jeśli nikt w rodzinie przed nami na cukrzycę nie chorował.



Dla prewencji cukrzycy lepszy będzie codzienny marsz niż siłownia raz w tygodniu.

Dlatego nie warto ryzykować zachorowania

Przed cukrzycą typu 2 można i należy się chronić poprzez odpowiednią modyfikację stylu życia, a przede wszystkim diety.

- Postaw na zdrową dietę, której podstawą będą warzywa, kasze gruboziarniste, produkty naturalne, niskoprzetworzone.
- Unikaj tłuszczów trans, które sprzyjają przyrostowi tkanki tłuszczowej trzewnej, która sprawia, że zmniejsza się wrażliwość na działanie endogennej insuliny.
- Kontroluj masę ciała, nie dopuszczaj do rozwoju nadwagi i otyłości.
- Staraj się podejmować regularną aktywność fizyczną o umiarkowanym natężeniu. Dla prewencji cukrzycy lepszy będzie codzienny marsz niż siłownia raz w tygodniu.
- Jeśli wiesz, że jesteś w grupie ryzyka, bo np. cukrzyca występuje w twojej rodzinie, regularnie badaj poziom glukozy we krwi. Im wcześniej wykryte zaburzenie tolerancji glukozy, tym większa szansa na ustabilizowanie cukrów dietą, bez udziału leków.
- Nie pal papierosów, nie nadużywaj alkoholu.
- Kontroluj ciśnienie tętnicze, a jeśli jest za wysokie, przyjmuj leki. Nieprawidłowe ciśnienie to jedna ze składowych zespołu metabolicznego, który często jest preludium do rozwoju cukrzycy typu 2.



Anna Śliwińska
Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków



Więcej informacji na stronie:

jakzycucukrzyca.pl

WAŻNE



jest również leczenie innych czynników ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, nałogi do używek, głównie palenia tytoniu. Mając pacjenta z wielochorobowością, nie w porządku byłoby skoncentrowanie się na jednej tylko chorobie i pozostawienie czy niedokładne leczenie pozostałych. Jeśli myślimy o wydłużeniu i lepszej jakości życia dla pacjenta, ważne jest, aby korygować wszystkie zaburzenia jednocześnie. Podstawowe postępowanie lecznicze u pacjenta z chorobą wieńcową czy u pacjenta z cukrzycą jest właściwie takie samo, z tym że u pacjentów sercowych dochodzi do dodatkowych interwencji z ukierunkowaniem na leczenie choroby wieńcowej – z jednej strony myślę o rewaskularyzacji, z drugiej o przeciwpłytkowym leczeniu u pacjentów z dławicą.

Jak zadbać o pacjentów kardiologicznych i diabetologicznych?

Dzisiejszy pacjent kardiologiczny często cierpi nie tylko na schorzenia serca i naczyń, ale również na inne choroby cywilizacyjne – jedną z najcięższych jest cukrzyca. O tym, jak zapobiegać cukrzycy u pacjentów kardiologicznych i jak zadbać o serce pacjentów już obciążonych cukrzycą, Ewelina Pańczyk, prezes fundacji Instytut Świadomości, rozmawia z prof. Piotrem Jankowskim z Komitetu Organizacyjnego Kardiologii Prewencyjnej.

FUNDACJA INSTYTUT ŚWIADOMOŚCI W RAMACH CYKLU PACJENT ZE ŚWIADOMOŚCIĄ KARDIOLOGICZNĄ

Panie profeszorko, czy rzeczywiście mamy do czynienia z zamkniętym kręgiem chorób kardiologicznych i diabetologicznych, które są wzajemnie zarówno swoją przyczyną, jak i skutkiem?

Faktycznie, badania naukowe pokazują, że większość pacjentów z chorobą serca ma zaburzenia gospodarki węglowodanowej. Ponad 40 proc. pacjentów po zawale serca ma cukrzycę, a pozostałe 30 proc. nietolerancję węglowodanów bądź wysokie stężenie glukozy łącznie – to daje już 70 proc., czyli u 2 na 3 pacjentów kardiologicznych stwierdza się zaburzenie gospodarki węglowodanowej.

Czy występują różnice płci pod kątem ryzyka zawału serca u pacjenta diabetologicznego? Bardziej narażone są kobiety czy mężczyźni?

Cukrzyca jest silniejszym czynnikiem ryzyka u kobiet niż u mężczyzn. U mężczyzn zwiększa ryzyko zawału dwukrotnie, natomiast u kobiet ponadczterokrotnie, a szczególnie wśród młodych kobiet do 60. r.ż. Generalnie to mężczyźni są bardziej narażeni na zawał w ogóle, ponieważ kobiety są chronione przez żeńskie hormony, niestety cukrzyca niweluje ich ochronny wpływ.

Jak zapobiegać zawałowi serca u pacjenta diabetologicznego?

Przede wszystkim zdrowym stylem życia na co dzień – dietą, ruchem, ale jeśli cukrzyca już wystąpi, dysponujemy skutecznymi metodami, które zapobiegają agresji cukrzycy lub ją hamują, nie doprowadzając tym samym do powstawania miażdżycy i jej powikłań. Bardzo istotne u pacjentów z cukrzycą

Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski
Instytut Kardiologii,
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

”

Badania naukowe pokazują, że większość pacjentów z chorobą serca ma zaburzenia gospodarki węglowodanowej.

Czy te same czynniki ryzyka wywołują różne choroby cywilizacyjne?

Zdecydowanie. Zawał serca czy udar mózgu mają te same przyczyny. Tylko relacje czynników ryzyka do wywołanej choroby są różne, np. nadciśnienie tętnicze jest silniejszym czynnikiem udaru, a palenie tytoniu tym dla zawału serca. Wiemy również, że palenie tytoniu jest przyczyną nie tylko zawału, ale też wielu nowotworów, choroby płuc. Otyłość jest natomiast czynnikiem ryzyka nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy. Eksperci w czasie konferencji podkreślali, że lecząc skutecznie czynniki ryzyka chorób układu krążenia, można zmniejszyć nawet o 80 proc. ryzyko wystąpienia zawału serca w populacji i o 40 proc. ryzyko wystąpienia nowotworów!

Kierunek medycyny stylu życia nabiera nowego znaczenia w prewencji chorób cywilizacyjnych. Tu najistotniejsze są edukacja i budowanie świadomości pacjentów.

Tak, edukacja i jej efekty są wciąż niewystarczające, a chodzi przecież o jak najdłuższą samodzielność i wysoką jakość życia pacjenta na co dzień. Ustawiczna edukacja to droga długa, ale dająca efekty pokoleniowe – i w tym kierunku zarówno kardiologia prewencyjna, jak i – myślę – cała medycyna będą podążać.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

EKSPERT

Pacjentom brakuje konsekwencji w leczeniu hipercholesterolemii

Zaburzenia profilu lipidowego niosą za sobą wiele poważnych konsekwencji zdrowotnych. Istnieje jednak wiele sposobów, w tym metody niefarmakologiczne, które mogą pomóc nam przeciwstawić się skutkom hipercholesterolemii.

Panie profesorze, w jaki sposób możemy dbać o odpowiedni poziom cholesterolu we krwi?

Hipercholesterolemię u osób z niskim lub umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym lub z lekko podwyższonym LDL-c (20-40 proc., przyp. red.) leczymy poprzez zmianę stylu życia – odpowiednie odżywianie oraz regularną aktywność fizyczną. Gdy zmiany te są niewystarczające, włącza się również leczenie farmakologiczne. U osób niekwalifikujących się jeszcze do farmakoterapii możemy wprowadzić wspomaganie niefarmakologiczne, czyli nutraceutyki. Są to

preparaty łączące w sobie substancje pochodzenia roślinnego, które hamują wchłanianie szkodliwego cholesterolu z jelit lub zatrzymują jego produkcję w wątrobie. Mają one działanie wspomagające – najczęściej są dobrze tolerowane i bezpieczne. Zalecamy je również, gdy podczas tradycyjnego leczenia farmakologicznego pojawiają się efekty uboczne. Wtedy połączenie małej dawki klasycznego leku z nutraceutykiem i zdrowym stylem życia może przynieść znaczącą korzyść.

A czym są frakcje cholesterolu HDL i LDL? Jak wpływają na rozwój chorób sercowo-naczyniowych? Czym grozi długotrwały, wysoki poziom cholesterolu?

Są to dwie różne składowe cholesterolu. Szkodliwe cząsteczki LDL niezależnie od HDL uszkadzają śródbłonek naczyń krwionośnych, wnikają do ściany tętnic, indukując stan zapalny. Przez to tworzy się blaszka miażdżycowa zwięzająca światło naczynia krwionośnego, prowadząca do niedokrwienia serca, mózgu lub danej kończyny. Najgroźniejsze powikłania hipercholesterolemii to rozwój miażdżycy, choroby wieńcowej, niewydolności serca, arytmii, a w ich konsekwencji zawału serca i udaru mózgu prowadzących do przedwczesnego zgonu pacjenta.



Jak zatem przedstawiają się statystyki w Polsce dotyczące nieprawidłowego profilu lipidowego wśród społeczeństwa?

Hipercholesterolemię (nieprawidłowy profil lipidowy, przyp. red.) stwierdza się u ok. 61 proc. dorosłych Polaków. W 3., 4., 5. lub 6. dekadzie życia rozpoznaje się ją u 40-50 proc. pacjentów, a u osób w wieku 70 lat jest to nawet 80 proc. Częstość występowania choroby jest podobna u obu płci. Problemem w Polsce jest niestety niska rozpoznawalność – wielu pacjentów nie ma świadomości tej choroby. Nawet jeśli hipercholesterolemia jest rozpoznana, chorzy rezygnują z regularnego leczenia. W konsekwencji tylko 10 proc. chorych ma poprawnie kontrolowaną hipercholesterolemię.



Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski
Instytut Kardiologii,
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

suplement diety

LipiForma plus

*** UTRZYMANIE PRAWIDŁOWEGO STĘŻENIA CHOLESTEROLU WE KRWI**

WJEŹDŹA NOWY SQUAD!



Polikosanol

Zawiera mieszaninę alkoholi alifatycznych uzyskanych z trzciny cukrowej, wspomagających dietę niskocholesterolową^{1,2}



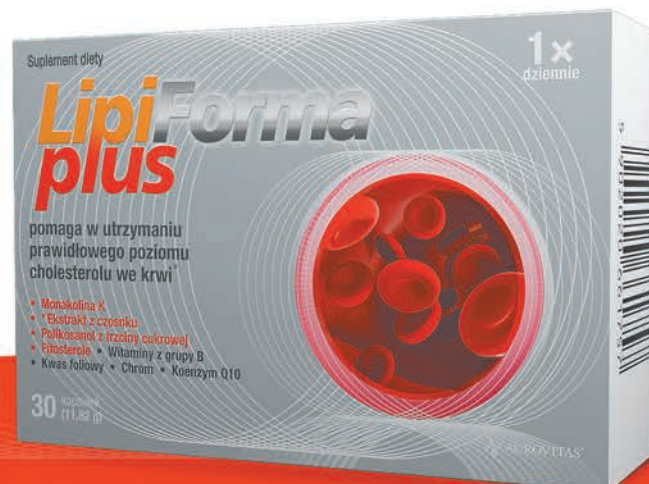
Monakolina K

Naturalna statyna z czerwonych drożdży z ryżu



*Ekstrakt z czosnku

Pomaga w utrzymaniu prawidłowego stężenia cholesterolu we krwi^{1,3}



Suplement diety. Zawiera składniki, które wspomagają funkcje organizmu poprzez uzupełnienie normalnej diety. Nie ma właściwości leczniczych.

ZALECANE SPOŻYCIE: Korzystne działanie występuje po spożyciu 1 kapsułki dziennie, najlepiej wieczorem, podczas posiłku lub tuż po posiłku. Nie należy przekraczać zalecanej do spożycia dziennej porcji. **OSTRZEŻENIA:** Uwaga! Niniejszy produkt nie powinien być spożywany przez kobiety w ciąży lub kobiety karmiące piersią, dzieci w wieku poniżej 18 lat i osoby dorosłe w wieku powyżej 70 lat. Należy zwrócić się o poradę do lekarza w sprawie spożycia tego produktu w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek problemów zdrowotnych. Nie należy spożywać, jeśli zażywasz lekobniżające poziom cholesterolu. Nie należy spożywać, jeśli już spożywasz inne produkty zawierające sfermentowany czerwony ryż. Nie należy spożywać, jeśli masz chorobę wątroby lub z utrzymującą się zwiększoną aktywnością aminotransferaz w surowicy krwi o niewyjaśnionej etiologii. Przed rozpoczęciem przyjmowania produktu LipiForma Plus konieczna jest konsultacja lekarska i określenie stężenia cholesterolu we krwi. Należy również skonsultować się z lekarzem w przypadku stosowania długotrwałych jakiegokolwiek leków. W czasie stosowania produktu nie należy spożywać soku grejpfrutowego. Zrównowagowany sposób żywienia i zdrowy tryb życia są ważne dla utrzymania prawidłowego stanu zdrowia. Suplement diety nie może być stosowany jako substytut (zamiennik) zróżnicowanej diety. Suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety. Suplement diety nie ma właściwości leczniczych.

1. Wytyczne PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021. Lekarz POZ 4/2021; 2. Castaño G, Más R, Fernández JC, Fernández L, Illnait J, López E. Effects of policosanol on older patients with hypertension and type II hypercholesterolaemia. *Drugs R D*. 2002;3(3):159-72. doi: 10.2165/00126839-200203030-00004; 3. EFSA: Lista pending opublikowana na podstawie Rozporządzenia nr 432/2012.

AURO/PC/LIPI+/10/05/23

AUROVITAS®

e-lipidy.pl

SUPPLEMENT DIETY

SYLWETKA

Ludzie muszą mieć większą wiedzę o chorobach tabu

Rafał Gębura

Dziennikarz, politolog i twórca internetowy, prowadzący program „7 metrów pod ziemią”, autor książki „Otwórz oczy”

 [rafal_gebura](#) [@7metrowpodziemia](#)

Tym razem o tabu w życiu chorych rozmawiamy z Rafałem Gębura, twórcą internetowym, autorem internetowego programu „7 metrów pod ziemią”.

Czym dla ciebie jest tabu?

Myślę, że jest swego rodzaju szkodnikiem, ponieważ mam takie przekonanie, że bez tabu żyłoby się lepiej. Może jest to pozorne, może naiwne, ale moje doświadczenia prowadzą mnie do wniosku, że jest ono społecznie szkodliwe i komplikuje życie. Wychodzę z założenia, że gdybyśmy o niektórych kwestiach mówili otwarcie, bez wstydu, to wszystkim żyłoby się prościej i wygodniej, mielibyśmy do siebie więcej zrozumienia i empatii.

W wielu materiałach rozmawiasz ze swoimi gośćmi o ich chorobach, które nadal są tabuizowane - dlaczego?

Według mnie świadomość i wiedza na temat wielu chorób, również tych określanych mianem „tabu”, jest w społeczeństwie niewystarczająca. Oczywiście, nikt tutaj nie mówi o wiedzy medycznej, nie jesteśmy przecież lekarzami, jednak chyba warto mieć jakieś ogólne rozeznanie w tak ważnym temacie, jakim jest nasze zdrowie. Robię to, co robię, by edukować, obalać mity, łamać stereotypy i tym sposobem burzyć oraz oswajać „chorobowe tabu”. Gdy realizuję materiały, widzę, że osoby, które mają odwagę poruszać w nich tematy trudne, są z reguły odbierane pozytywnie – i nie chodzi tutaj tylko o docenienie i kibicowanie im, ale

FOT.: SŁAWOMIR NADOLSKI





RAFAL GĘBURA ORAZ JEDEN Z GOŚCI PROGRAMU, DR PAWEŁ KABATA. ŹRÓDŁO: INSTAGRAM.COM/RAFAL_GEBURA

FOT.: GRZEGORZ SKONECKI

również o to, że w wielu komentarzach pojawiają się głosy innych chorych i wtedy widać, że problem jest większy, że nie są z tym sami, tak jak często postrzegają to na co dzień. Poruszam te tematy też dlatego, że widzę, jak dużym ciężarem dla pacjentów są choroby tabuizowane, w tym m.in. depresja, otyłość, choroby skóry, choroby psychiczne i wiele innych – tym samym poprzez uświadamianie społeczeństwa chciałbym poprawić ich sytuację. Zdaję sobie sprawę, że chociaż często są to paskudne choroby o okropnych objawach, to nierzadko największym ciężarem dla chorych jest ich odbiór w społeczeństwie. Wiem, że znajomość choroby, wiedza, o co w niej chodzi, sprawia, że inni są mniej skłonni do osądzania, stygmatyzowania i wytykania na różne sposoby, co z kolei polepsza funkcjonowanie chorych, sprawiając, że mają po prostu nieco fajniejsze życie.

Zdarza się, że z poczucia wstydu chorzy nie walczą o zdrowie. Czy poruszanie tych tematów przyczynia się do tego, że więcej osób decyduje się na leczenie?

Wydaje mi się, że tak, gdyż odbiorcy materiałów dzielą się takimi informacjami, chociażby w komentarzach pod wywiadami. I w sumie się temu nie

dziwię, bo gdy widzą chorego, który zмага się z tą samą chorobą, ale jednak ma odwagę mówić o niej do kamery, jest szczerzy w swojej historii i bez wstydu dzieli się codziennością, to myślę, że może być inspiracją dla wielu osób. Myślę, że to „wychodzenie” ze swoją chorobą do innych pomaga uwierzyć, że naprawdę nie jest się ciężarem i że warto zawalczyć o swoje zdrowie i życie. Głęboko wierzę, że moi bohaterowie mogą skutecznie zachęcić innych do leczenia, gdyż w tych materiałach ukazują nie tylko ich chorobę, ale po prostu ich samych – jako ludzi, którzy owszem, są chorzy, ale przecież mają też zwykłe życie. I jasne, przez otyłość, cukrzycę, chorobę psychiczną czy inne schorzenie różni się ono w szczegółach, ale nadal jest życiem, w którym jest miejsce na marzenia, cele, realizację potrzeb i całą masę rzeczy, które dotyczą wszystkich.

Czy uważasz, że niektóre tematy powinny pozostać w „szufladzie” tabu?

Bardziej chyba uważam, że są tematy, które wymagają ostrożności. Chodzi o to, że te wywiady należy przeprowadzać umiejętnie i pamiętać, że często balansujemy na granicy. Niewiele potrzeba, aby rozmówca otoczył się skorupą

i nic z tej rozmowy nie wyszło. Trzeba dużej empatii, aby z wrażliwością na drugą osobę podejść do tematu. Poza tym jest jeszcze druga strona – należy pamiętać o wydzwieńku konkretnego materiału. Chodzi o to, by pamiętać, że tematy tabuizowane i źle zrealizowane mogą przynieść odwrotny skutek do zamierzonego – tym samym być po prostu szkodliwe.

”

Świadomość i wiedza na temat wielu chorób, również tych określanych mianem „tabu”, jest w społeczeństwie niewystarczająca.

Jaki masz sposób na rozmowę o tematach skrywanych i wstydlivych?

Jak pewnie się domyślasz, nie mam tajemnych sposobów. Po prostu słucham intuicji i wykonuję swoją pracę najlepiej, jak potrafię. Na szczęście mam w sobie trochę empatii, co nieco ułatwia sprawę, łatwo jest mi nawiązać porozumienie z rozmówcą. Ponadto goście znają format – wiedzą, czego mogą się po nim i po mnie spodziewać. Przychodzą z ufnością i otwarcie dzielą się swoimi doświadczeniami. Co ważne, dają bohaterom przestrzeń, by mogli opowiedzieć swoją historię, nie ponaglają, nie zachęcam do przedstawienia choroby w nietypowy czy sensacyjny sposób. Zależy mi przede wszystkim na tym, by materiał był merytoryczny, edukacyjny oraz prawdziwy, dlatego też nie unikam wstydlivych i trudnych kwestii. To jest też tak, że przeprowadzam wywiady z osobami, które same podjęły decyzję o tym, że chcą z mną porozmawiać, dlatego te rozmowy niczego nie wymuszają. I ja myślę, że istotne jest również to, że zarówno ja, jak i moi goście mamy poczucie sensu tego, co robimy. Razem realizujemy cel, by oswajać ludzi i poszerzać ich świadomość w kontekście konkretnych chorób. Wierzymy, że jeśli ludzie będą mieli większą wiedzę o chorobach tabu, będą mieli też większą wrażliwość na drugiego człowieka i dzięki temu wszystkim będzie żyło się po prostu lepiej.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Jak wygląda profilaktyka HIV w Polsce w XXI wieku?



Dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak
Prezeska Zarządu Fundacji Edukacji Społecznej



Agnieszka Świdarska
Mgr zdrowia publicznego, spec. promocja zdrowia i epidemiologia, doradczyni HIV/AIDS, koordynatorka projektów w Fundacji Edukacji Społecznej

Analiza Krajowego Centrum ds. AIDS Agencji Ministra Zdrowia pokazuje, że z roku na rok poziom wiedzy na temat HIV w Polsce się obniża. Badania wewnętrzne marki Durex również potwierdzają, że świadomość dróg zakażenia oraz możliwości wykonania testu na HIV jest zbyt niska. Oba badania pokazują jedynie wycinek wiedzy Polek i Polaków. Szacuje się, że w rzeczywistości jest ona jeszcze mniejsza. Wpływa to również na potrzebę wykonywania testów. Nadal tylko 10 proc. dorosłych w Polsce wykonało przynajmniej jeden raz w życiu badanie w kierunku HIV. Dlaczego nie interesuje nas profilaktyka HIV?

JEDNĄ Z PODSTAWOWYCH

przyczyn jest brak powszechnego i opartego na wiedzy programu profilaktycznego. Sztuką nie jest zrobić jakąś pogadankę na temat HIV, lecz stworzyć projekt, który będzie rzetelny, ogólnopolski i będzie odpowiadać na potrzeby grupy odbiorców. Inne treści będziemy kierować do młodzieży, a inne do osób po 40. roku życia. Na podstawie ewaluacji programów realizowanych przez



Bez względu na to, kim jesteś i czym się zajmujesz, możesz przyczynić się do szerzenia rzetelnej wiedzy.

Fundację Edukacji Społecznej widać, że odpowiednio podana wiedza przynosi efekty. W każdej szkolonej grupie wzrasta poziom wiedzy i świadomość ryzyka zakażenia HIV. Można mieć

idealnie skrojony program profilaktyczny, jednak nic nie uda się bez odpowiedniego wsparcia instytucji rządowych. Organizacje pozarządowe od lat apelują o zwiększenie środków finansowych na działania profilaktyczne. Aktualnie środki przeznaczone przez Ministerstwo Zdrowia rozkładają się następująco: 95 proc. leczenie antyretrowirusowe, z pozostałych 5 proc. głównie finansowane są Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne. Od lat brakuje środków na wsparcie osób żyjących z HIV i zróżnicowaną profilaktykę w kluczowych populacjach. Łatwo więc zauważyć, że finansowanie nie odpowiada realnym potrzebom. Biorąc pod uwagę zdrowie publiczne, adekwatne finansowanie profilaktyki wpłynęłoby pozytywnie na budżet państwa, ponieważ zapobieganie zawsze jest tańsze niż leczenie chorób przewlekłych. Dużym wsparciem mogą okazać się władze miast. Miasta takie jak Warszawa, Łódź, Kraków, Wrocław, Szczecin uwzględniają potrzebę działań profilaktycznych w swoich budżetach. Jednak w profilaktyce chodzi o to, żeby była ona dostępna dla każdej osoby, również tej mieszkającej poza metropoliami. Dużym utrudnieniem jest również stanowisko ministerstwa oświaty względem projektów

realizowanych przez organizacje pozarządowe w szkołach. Brak uwzględnienia profilaktyki HIV w programie oświatowym oraz niemożność realizacji działań przez edukatorów zewnętrznych znacznie ogranicza rozmowę na temat zdrowych nawyków w kontekście seksualności. To, czy profilaktyka HIV będzie istniała, zależy również od ciebie. Fundacja Edukacji Społecznej w swojej pracy zawsze skupia się na grupie docelowej i stara się wyjść naprzeciw ich oczekiwaniom. Doskonałym przykładem jest projekt bezpłatnego testowania plenerowego czy wysyłka domowych testów na HIV, która ponownie ruszy już w najbliższych miesiącach.

Bez względu na to, kim jesteś i czym się zajmujesz, możesz przyczynić się do szerzenia rzetelnej wiedzy. Jeżeli masz dzieci, rozmawiaj z nimi na temat infekcji przenoszonych drogą płciową, podsyłaj im materiały, które mają wiarygodne źródła. Prowadzisz firmę? Wsparz wybraną przez siebie organizację pozarządową w ramach darowizny lub działań CSR. I przede wszystkim to, co najlepszego możesz zrobić dla profilaktyki HIV, to zabezpieczać się w kontaktach seksualnych i zrobić test w kierunku HIV. Bo HIV może dotyczyć każdego z nas i nie ma w tym nic wstydlivego.



Więcej informacji na stronie:

byzdrowym.info



Jak wygląda zachorowalność na raka jelita grubego w Polsce? Jakie są główne przyczyny występowania nowotworu? Jakie badania pomagają wykryć ten nowotwór?

Co roku w Polsce rozpoznaje się ponad 20 tysięcy nowych zachorowań na raka jelita grubego oraz 13 tysięcy zgonów z jego powodu. Główną przyczyną występowania tego rodzaju nowotworu jest styl życia – brak wysiłku fizycznego i nieodpowiednia, ubogoresztkowa dieta, bogata w nasycone tłuszcze odzwierzęce i czerwone mięso.

Badaniem wykrywającym raka jelita grubego jest kolonoskopia. Według międzynarodowych rekomendacji powinno być ono wykonane po raz pierwszy u wszystkich osób około 40. roku życia. Tak wcześnie wykonane badanie pozwala u wielu osób zidentyfikować polipy jelita grubego, które w przyszłości będą ewoluować w złośliwy nowotwór. Tym samym kolonoskopia u wielu osób pozwala na zlikwidowanie problemu raka jelita grubego, zanim ten nowotwór w ogóle wystąpi. Rak jelita grubego we wczesnym stadium nie daje charakterystycznych objawów, a gdy pojawiają się niepokojące dla pacjenta symptomy, zazwyczaj jest już za późno. Dlatego tak ważne w tym kontekście są regularne badania przesiewowe, a już szczególnie u osób z obciążonym wywiadem rodzinnym. Wtedy diagnostykę kolonoskopową powinno przeprowadzić się 10 lat wcześniej od najwcześniejszego zachorowania w rodzinie.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki
Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum, kierownik Oddziału Klinicznego Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Jak leczyć nowocześnie pacjentów z rakiem jelita grubego?

Rak jelita grubego ze względu na brak charakterystycznych objawów w 30 proc. przypadków rozpoznawany jest w zaawansowanym stadium. Wtedy uogólniona, przerzutowa choroba ma niepomyślne rokowanie, tym bardziej że polscy pacjenci chorzy na przerzutowego raka jelita grubego nie mają dostępu do wszystkich nowych możliwości terapeutycznych.

Kiedy mówimy, że rak jelita grubego jest przerzutowy? Jak często jest diagnozowany u pacjentów w Polsce?

Rak jelita grubego jest przerzutowy, gdy ogniska choroby pojawiają się poza obszarem powstania nowotworu, czyli w tym przypadku poza jelitem grubym. Choroba rozprzestrzenia się po organizmie drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych w odległe lokalizacje. Szacuje się, że u ok. 50 proc. chorych na raka jelita grubego dojdzie do wystąpienia przerzutów.

Czy w każdym przypadku diagnozy przerzutowego raka jelita grubego choroba ma zawsze podobny przebieg?

Choroba przerzutowa daje objawy związane z lokalizacją przerzutu – jeśli znajduje się on w wątrobie, są to symptomy powiązane z upośledzeniem funkcjonowania tego narządu. Obecność przerzutu w płucach daje objawy ze strony układu oddechowego, a w mózgu symptomy neurologiczne. Zaawansowana choroba manifestuje się także poprzez objawy ogólne, takie jak utrata masy ciała, męczliwość, osłabienie czy też poty nocne. Tak więc objawy choroby przerzutowej nie zależą od typu nowotworu, ale od lokalizacji przerzutów, które uszkadzają struktury i narządy, w których się lokalizują.

Niekorzystne rokowanie mają nowotwory jelita grubego, których agresywny przebieg ma podłoże biologiczne. Są to najczęściej nowotwory z mutacjami w genach *KRAS*, *NRAS* i *BRAF*.

Jakie znaczenie mają badania molekularne u pacjentów z przerzutowym rakiem

jelita grubego i na jakim etapie diagnozy powinny zostać wykonane?

Badania molekularne wykonuje się na etapie diagnostyki choroby uogólnionej, czyli przerzutowej, w celu oceny mutacji genu odpowiedzialnego za powstanie nowotworu. Ma ono znaczenie w kontekście planowanego leczenia z zastosowaniem terapii celowanych. Jak na razie w Polsce, mimo iż badania molekularne identyfikują chorych, którzy mogliby być leczeni w sposób celowany, nie dla wszystkich chorych opcje nowoczesnego leczenia są dostępne.

Jak zatem przedstawiają się ścieżki terapeutyczne raka jelita grubego z mutacjami, które są odpowiedzialne za najbardziej agresywny przebieg choroby?

W chorobie uogólnionej, przerzutowej pacjent jest kandydatem do leczenia paliatywnego, którego celem nie jest wyleczenie, ale maksymalne wydłużenie życia przy maksymalnie dobrej jego jakości.

Pacjenci z mutacjami genu *BRAF* są w wyjątkowo trudnej sytuacji, ponieważ mają nie tylko bardzo agresywny przebieg choroby, ale również nie mają dostępu do dedykowanej, celowanej terapii onkologicznej. Warto zatem zabiegać o refundację i dostępność szerszej gamy nowoczesnych leków, ponieważ mamy do czynienia z dużą grupą ciężko chorych pacjentów, u których moglibyśmy tę chorobę zatrzymać. Przez to możliwości leczenia raka grubego w Polsce znacznie odbiegają od standardów europejskich. Mamy jednak nadzieję, że podobnie jak w innych nowotworach, tak i w raku jelita grubego nastąpi istotna poprawa dostępności nowych terapii.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info



DBAJ O SIEBIE, BADAJ SIĘ, PYTAJ! NIE MIEJ TEGO GDZIEŚ

KAMPAANIA EDUKACYJNA W OBSZARZE RAKA JELITA GRUBEGO

WWW.NIEMIEJTEGOGDZIES.PL

