

Choroby tabu

choroby cywilizacyjne



Katarzyna Zielińska

Musimy dużo mówić o chorobach cywilizacyjnych i poruszać tematy tabu

03

Ekspert
Leczenie raka trzustki
– dostępne metody

06

Sprawdź
Jakie są objawy i leczenie
zakażenia grzybiczego?

11

Inspiracje
Refluks i zgaga – jak
sobie poradzić?

przetestowani.pl



**Przetestuj się na HIV
we własnym domu**

Wynik w 15 minut

WYZWANIA



W WYDANIU



04

Prof. dr hab. n. med. Lucjan Wyrwicz
Chemioterapia domowa dla pacjentów
z rakiem jelita grubego



07
Dorota Korycińska-Chaaban
Fenyloketonuria – jak wygląda
życie codzienne pacjentów?



13
Piotr Sznalewski
Leczenie blizn – jak wygląda?

Project Manager: **Magdalena Nęda**
+48 537 641 500, magdalena.neda@mediaplanet.com
Business Developer: **Karolina Likos**
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Head of Business Development: **Karolina Kukielka**
Managing Director: **Adam Jabłoński**
Skład: **Michał Ziółkowski**
Web Editor: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Aleksandra Podkowska-Poźniak**
Fotografie: **istockphoto.com, zasoby własne**
Kontakt: **e-mail: pl.info@mediaplanet.com**
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.
ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa

- facebook.com/byczdrowymPL
- mediaplanetpl
- mediaplanet
- @Mediaplanet_Pol
- Please Recycle

Nowotwory jako choroby cywilizacyjne – czy mamy szansę im przeciwdziałać?

Co możemy zrobić, by uchronić się przed zachorowaniem na nowotwór? Okazuje się, że wiele.



Dr n. med. Janusz Meder
Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Jak rozwój cywilizacyjny wpłynął na nasze zdrowie? Czy nowotwory można nazwać chorobami cywilizacyjnymi? Jeśli tak, to dlaczego?

W pierwszej kolejności należy zaznaczyć, że zawsze jeśli mówimy o nowotworach i ich prewencji, to jest ona taka sama jak w przypadku innych chorób cywilizacyjnych. Oznacza to, że nowotwory do nich należą. Mają one to samo podłoże co występowanie zawałów serca, nadciśnienia, cukrzycy, czyli mówimy o chorobach cywilizacyjnych powodujących największą śmiertelność. W związku z tym jedynym lekarstwem dla całego świata na przeciwdziałanie im jest stosowanie zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Znajduje się w nim kilkanaście punktów, które sprowadzają się do jednego zdania – zmień swój styl życia na zdrowszy. Według danych WHO można uniknąć zachorowania na nowotwory aż od 40 do 50 proc., jeśli tylko ludzie chcieliby zmienić swoje dotychczasowe złe nawyki. Kodeks ten jest dostępny w internecie i pokazuje, jak niewiele wysiłku z naszej strony wymaga poprawa stylu życia. Głównymi przyczynami powstawania chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów, są starzenie się społeczeństwa (na co nie mamy wpływu), palenie papierosów (m.in. rak płuc, ale nie tylko), nadużywanie alkoholu, otyłość brzuszna (rak jelita grubego, piersi i wiele innych), brak aktywności fizycznej, przewlekły stres oraz przetworzona żywność. Dlatego zaleca się co najmniej codzienny spacer szybkim krokiem, minimum 30-minutowy, w parku lub w lesie, z daleka od zatłoczonych ulic. Drugim bardzo ważnym działaniem prewencyjnym jest wprowadzenie diety śródziemnomorskiej – ograniczenie spożywania czerwonego mięsa (i mięsa w ogóle, do kilku razy w tygodniu), pokarmów przetworzonych, tłuszczu zwierzęcego, cukru i soli, na rzecz spożywania ryb, zdrowych tłuszczów, warzyw, owoców i produktów zbożowych. Warto pamiętać także o szczepieniach (przeciwko HPV, HBV), o unikaniu nadmiernego opalania i korzystania z solariów (rak skóry, czerniaki).

Czy i jak pandemia wpłynęła na polską onkologię? Czy da się odwrócić zastój podczas pandemii w diagnostyce i leczeniu pacjentów onkologicznych?

Niezwykle ważną kwestią w przeciwdziałaniu czy też szybkim wykrywaniu nowotworów jest czujność onkologiczna. Każdy pacjent musi wiedzieć, że organizm daje jasne sygnały, które wskazują na to, by udać się do lekarza. W tym

przypadku przyjmuje się złotą zasadę – jeżeli objawy i dolegliwości nie ustępują całkowicie w ciągu 2-3 tygodni pod wpływem podstawowego leczenia, np. przeciwzapalnego, przeciwgorączkowego czy też przeciwbólowego lub antybiotykoterapii – wymagana jest wizyta u specjalisty. Ważne jest również obserwowanie wydzielin (krew w płwocinie, moczu lub kale), kontrola ciała podczas np. kąpieli w celu wykrycia ewentualnych guzków czy powiększonych węzłów chłonnych. Inne niepokojące objawy to brak łaknienia, chudnięcie, poty nocne, zmiany w obrębie jamy ustnej i gardła, powiększające się znamiona na skórze, przedłużająca się chrypka, kaszel, trudności w przełykaniu, częste parcie na pęcherz lub stolec. Niestety, w trakcie pandemii wielu pacjentów bało się pójścia do specjalisty i wykluczenia nowotworu w diagnostyce, która także była ograniczona ze względu na sytuację. Ucierpiała na tym nie tylko polska onkologia, ile pacjenci zgłaszający się zbyt późno do lekarza. Badanie prognostyczne amerykańskich i brytyjskich badaczy pokazuje, że każde zgłoszenie się do onkologa 3 miesiące później powoduje straty 10 proc. szans na wyleczenie. Natomiast pół roku opóźnienia zmniejsza te szanse o 30 proc. Nowotwór bardzo często jest dużo groźniejszy od zakażenia koronawirusem, a wraz z czasem każdy ośrodek onkologiczny wprowadził też odpowiednie procedury chroniące pacjentów przed zarażeniem. Dzięki nowym schematom postępowania kolejki w ośrodkach onkologicznych się zmniejszają. Nadzieją może się okazać także coraz większy dostęp dla chorych do nowoczesnego leczenia onkologicznego (medycyna personalizowana, precyzyjna profilowana molekularnie i genetycznie oraz immunoterapia nowej generacji).

Jakie reformy są konieczne w obecnej sytuacji luzowania obostrzeń i powolnego wychodzenia z pandemii w kontekście pacjentów oraz profilaktyki onkologicznej?

Kluczowe jest bardziej skuteczne prowadzenie badań przesiewowych, które zostały zaprzestane przez pandemię. Była to przede wszystkim cytologia, mammografia i kolonoskopia. Problem ten dotyczy nie tylko Polski, lecz także całego świata, gdzie podczas pandemii częstotliwość wykonywania tych badań spadła o 80-90 proc. A przecież wczesne wykrycie nowotworu sprawia, że możemy go nie tylko całkowicie wyleczyć, ale też zatrzymać w niezagrożającym życiu stadium.

 **WAŻNE**

Rak trzustki jako wyzwanie terapeutyczne

Długość życia pacjentów z zaawansowanym rakiem trzustki zależy od skoordynowanej dostępności terapii oraz od stosowania nowoczesnych chemioterapii.

Jaka jest częstość występowania raka trzustki?

Rak trzustki jest diagnozowany u około 3500 pacjentów rocznie w Polsce. Liczba ta może nie przedstawiać całej skali problemów, gdyż rak trzustki rozwija się przez długi czas, powoli dając niespecyficzne objawy, a jego częstość występowania rośnie wraz z wiekiem. Dlatego wielu pacjentów do końca życia nie ma postawionego rozpoznania.

Dlaczego śmiertelność z powodu raka trzustki jest tak duża?

Wynika to głównie z późnej diagnozy. Rak trzustki w momencie, gdy możliwe jest wyleczenie, daje zwykle niespecyficzne dolegliwości. Wiele osób oczekuje od swojego organizmu spadku masy ciała i taki spadek przypisuje właśnie swojej aktywności lub diecie, a nie tłącemu się rakowi.



Prof. dr hab. n. med. Lucjan Wyrwicz
Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

PZ210610



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Czy istnieje profilaktyka raka trzustki?

Z jednej strony tak, a z drugiej strony nie. Tak – ponieważ znamy czynniki prowadzące do częstszego występowania raka trzustki i jeśli będziemy je ograniczać, to zmniejszymy ryzyko występowania raka trzustki. Czyli rzucamy palenie papierosów, spożywanie alkoholu, unikamy nadmiernej masy ciała. To wszystko może prowadzić do „zmęczenia” naszej trzustki, czyli do stanu zapalnego, a później do raka. Jeśli zaś mówimy o wczesnym wykrywaniu raka trzustki, czyli profilaktyce wtórnej – to tutaj nie mam dla Państwa dobrych informacji. Nie ustalono sposobu diagnostyki, który może być zaproponowany dla wczesnego wykrywania u pacjentów bez objawów. Takie metody mogłyby nam dawać pozorne bezpieczeństwo zdrowia i nie zmniejszałyby śmiertelności z tego powodu.

Jakie są objawy? Co powinno niepokoić chorego i lekarza?

Objawy mogą być bardzo różne i zależą od położenia choroby. Zawsze mogą występować objawy ogólne, takie jak chudnięcie, osłabienie czy spadek apetytu. Przy nacieku poza narząd pojawia się ból nadbrzusza czy ból pleców. Przy położeniu w okolicy głowy trzustki – żółtaczka. Przy ucisku na przewód trzustkowy – chudnięcie i biegunka z występowaniem tzw. stolców tłuszczowych. Często guz trzustki ujawnia się w toku diagnostyki z powodu rozpoznanej cukrzycy. Niekiedy pierwszym objawem jest coś związanego z występowaniem przerzutów – jak kaszel, powiększenie obwodu brzucha czy problemy wątrobowe.

Jakie badania diagnostyczne należy wykonać przy podejrzeniu raka trzustki?

Chory ma wykonywane badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, ponieważ jest to badanie powszechnie dostępne. Standardem jest tomografia komputerowa jamy brzusznej z kontrastem. W przypadku uwidocznienia guza trzustki należy chorobę sklasyfikować do trzech podstawowych typów:

- guz ograniczony do samej trzustki, kiedy leczeniem jest operacja bez wcześniejszego wykonywania biopsji, a następnie chemioterapia,
- choroba w obrębie samej trzustki, ale „przerastająca” już na sąsiednie narządy, tu konieczna jest biopsja, potem stosujemy radioterapię czy chemioterapię, a następnie operację,
- i niestety największa grupa chorych – przerzutowy rak trzustki lub rak naciekający liczne narządy sąsiadujące – w tej sytuacji wykonujemy biopsję, a następnie stosujemy chemioterapię. Jeśli występuje u chorego naciekanie na leżące obok części przewodu pokarmowego – konieczna może być operacja pozwalająca na odżywianie; w przypadku silnego bólu często stosujemy radioterapię.

Co warto nadmienić, pacjenci z rakiem trzustki nie muszą być poddawani chemioterapii w szpitalu – ja stosuję u wszystkich moich pacjentów terapię jednodniową, w tym tzw. chemioterapię domową.

Artykuł powstał we współpracy z firmą **Servier Polska Sp. z o. o.**

Leczenie raka trzustki – jakie są dostępne metody?

Nowotwór trzustki jest szybko postępującą chorobą. Najważniejsze jest wczesne rozpoznanie, które bywa kwestią przypadku.

Jak jednak wygląda leczenie w zależności od stopnia zaawansowania?

Czy istnieją nowe terapie?

Jakie są dostępne metody leczenia raka trzustki?

Wybór metod leczenia chorego na raka trzustki zależy od wielu czynników, w tym od stopnia zaawansowania choroby. Jedyną metodą dającą szansę wyleczenia jest radykalny zabieg chirurgiczny. W przypadku nowotworów zaawansowanych główną rolę odgrywa chemioterapia, a w niewielkiej części przypadków stosowana jest chemioradioterapia.

Jak postępowanie terapeutyczne różni się przy wczesnym wykryciu? Ilu chorych kwalifikuje się do radykalnego leczenia?



Prof. dr hab. n. med. Marek Zbigniew Wojtukiewicz
Kierownik Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Oddziału Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii

PZ210611



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Wykrycie raka trzustki we wczesnym stadium zaawansowania zdarza się bardzo rzadko, bowiem nowotwór ten charakteryzuje się ubogą symptomatologią, a u części chorych przebiega wręcz bezobjawowo, dlatego też w 80-90 proc. przypadków rozpoznaje się go w fazie zaawansowanej. Wczesne wykrycia tego nowotworu zdarzają się incydentalnie w trakcie diagnostyki innych schorzeń. W przypadku wczesnego wykrycia nowotworu możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne, polegające na całkowitym wycięciu narządu. Zazwyczaj jest to wycięcie głowy trzustki i dwunastnicy oraz fragmentu żołądka wraz z odźwiernikiem bądź też zabieg zmodyfikowany, zezwalający na zachowanie odźwiernika. Nieuzasadnione jest natomiast wykonywanie operacji z zamiarem resekcji niedoszczętnej. W przypadkach guzów nieresekcyjnych wykonuje się zespolenia omijające. Niestety, zabiegi radykalne mogą być wykonane zaledwie u 10-20 proc. chorych.

Jakie są metody leczenia w przypadku nowotworu rozlanego? Jakież są opcje terapeutyczne dla polskich pacjentów?

Rak trzustki jest najczęściej rozpoznawany w stadium zaawansowanym. Wówczas zasadniczą metodą leczenia chorych jest chemioterapia. Nie jest to leczenie wysoce efektywne, jednak przynosi ulgę wielu pacjentom. Początkowo u chorych na raka trzustki stosowano lek 5-fluorouracyl, następnie do terapii wprowadzono gemcyabinę, która przez długi czas była standardem postępowania terapeutycznego.

Od kilku lat u chorych w dobrym stanie ogólnym stosuje się schematy zawierające kilka leków przeciwnowotworowych. Natomiast pacjentom w nieco gorszym stanie ogólnym podaje się chemioterapię gemcytabiną w połączeniu z nowoczesną formułą znanego wcześniej leku. Taka odmienna postać leku zapewnia jego lepszą penetrację do tkanek i mniejszą toksyczność.

Które z opcji terapeutycznych mogłyby jeszcze bardziej pomóc chorym z rozlanym rakiem trzustki?

Ok. 40 proc. chorych na rozlanego raka trzustki w Polsce ma szansę na skorzystanie z leku w przypadku, gdy nowotwór przestał reagować na wcześniejsze leczenie. Jest on ujęty w wytycznych europejskich (od 2015 r.) i amerykańskich (od 2018 r.) w przypadku niepowodzenia wcześniejszej chemioterapii, z wykorzystaniem gemcytabiny. Mowa o leku, który nie jest jeszcze refundowany w naszym kraju, jednak pozytywne wyniki badań klinicznych z jego udziałem sprawiają, że szanse na jego refundację wydają się duże.

Rak trzustki jest wykrywany corocznie w Polsce u ok. 4 tys. pacjentów, z których 700-800 może spełnić kryteria leczenia tym preparatem. Jest to mała grupa chorych, a zatem można by nadać temu preparatowi status „leku sierociego” (ang. orphan drug designation). Warto zaznaczyć, że lek ten stosowany w dobrze dobranej grupie chorych na zaawansowanego raka trzustki wydłuża przeżycie o ok. 75 proc. Oznacza to, że daje pacjentom nadzieję na dłuższe życie.

Chemioterapia domowa – co znaczy dla pacjenta?

Obecnie dla pacjentów chorych na nowotwory układu pokarmowego istnieją możliwości, które pozwalają na kontynuację życia zawodowego i społecznego.

Pacjent w zasadzie nie ma wpływu na to, jak będzie leczony, choć na każdą formę terapii musi wyrazić zgodę. Ma przecież prawo odmówić. To zespół ekspertów po szerokiej konsultacji wszystkich za i przeciw decyduje, jakie leczenie zostanie wprowadzone w przypadku każdego pacjenta. A rak jelita grubego ma tyle postaci, ilu jest chorych. A leczenie jest personalizowane. Oczywiście mamy standardy i nimi powinniśmy się kierować. W przypadku chemioterapii domowej bardziej chodzi o to, że pacjenci nadal nie mają wiedzy na ten temat, ale po rozmowie z lekarzem nie mają już raczej wątpliwości. Niemal w każdej chwili w razie potrzeby można się skontaktować z kimś z personelu medycznego i skonsultować wątpliwości. Zanim pacjent wyjdzie do domu z infuzorem, przechodzi szkolenie. Wiele aspektów jest poruszanych podczas procesu edukacji. A warto pamiętać, że na odległość można nawet wpłynąć na dawkowanie leku, regulując jego przepływ dzięki urządzeniu stosowanemu w chemioterapii domowej.

W Polsce odnotowujemy każdego roku około 19 tys. nowych przypadków raka jelita



Iga Rawicka
Wiceprezes Fundacji EuropaColon Polska

i Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

grubego. Nie wszystkie oczywiście są w zaawansowanym stopniu, ale niestety większość z nich tak. A chemioterapię domową, jeśli nie ma poważnych przeciwwskazań, stosować może każdy pacjent wymagający podania cytostatyków. Mam nadzieję, że bardzo szybko każdy pacjent będzie miał taką możliwość, jeśli jeszcze nie została wdrożona w szpitalu leczącym pacjentów z rakiem jelita grubego. W ośrodkach, w których działają colorectal cancer unity, takie rozwiązanie jest już standardem.

Pacjenci nadal nie mają odpowiedniej wiedzy na temat chemioterapii domowej. Czasami więc podchodzą do takiego rozwiązania dość sceptycznie. Główne ich obawy dotyczą bezpieczeństwa. Ale po edukacyjnym spotkaniu instruktażowym doceniają takie rozwiązanie. Jednym z powodów jest możliwość podania leku przez port – to bardzo praktyczne i oszczędzające żyły rozwiązanie. Przy bardziej rozpowszechnionej terapii domowej pacjenci nie będą nawet musieli sami o nie prosić. Na razie, jeśli lekarz sam nie zaproponuje, warto pytać o możliwość skorzystania z opcji przyjmowania chemioterapii w domu.

Już pierwsze rozmowy z pacjentami, którzy choć raz mieli okazję skorzystać z chemioterapii domowej, pokazały, jak wygodne jest to rozwiązanie. Choć wielu z tych pacjentów, zamiast stosować infuzory w domach, korzystało z nich w szpitalach – a nie o to przecież tutaj chodziło – to, jeśli tylko nie ma żadnych przeciwwskazań, takie rozwiązanie powinno być wprowadzone dla każdego pacjenta. Jest po prostu wygodne, daje większą swobodę pacjentowi. Ci pacjenci, którzy mają za sobą chemioterapię domową, są zadowoleni i nie chcieliby wracać do szpitala na dłużej niż to konieczne, by rozpocząć kolejny cykl chemii. Zmienia się nie tylko wizerunek pacjenta onkologicznego na bardziej aktywny, ale z chemioterapią domową staje się to rzeczywistością.

Lekarze, którzy mieli już swoje wcześniejsze doświadczenia w stosowaniu chemioterapii domowej u swoich pacjentów, z pewnością z dużym entuzjazmem przyjęli możliwość szerokiego stosowania tej formy leczenia u swoich podopiecznych. Chemioterapia jest idealnym rozwiązaniem na czas pandemii. Pacjent lepiej dochodzi do siebie w swoim naturalnym środowisku, w domu, w otoczeniu bliskich osób. Kluczowa jest wówczas edukacja pacjenta i jego rodziny,

”
Pacjent wyedukowany staje się partnerem lekarza, a wtedy i lekarzowi łatwiej jest podejmować decyzje.

jak należy prawidłowo postępować w przypadku sytuacji niepewności. Poczucie bezpieczeństwa jest zapewne kluczowe dla komfortu chorego. Pacjent wyedukowany staje się partnerem lekarza, a wtedy i lekarzowi łatwiej jest podejmować decyzje. Niestety, są nadal ośrodki, w których chemioterapia domowa jest stosowana albo rzadko, albo wcale. Problem wówczas leży raczej po stronie lekarzy oraz administracji, bo kwestie formalne nie powinny blokować takiego rozwiązania. Zatem nadal niezbędna jest również edukacja personelu medycznego w tym obszarze.

Chemioterapia domowa dla pacjentów z rakiem jelita grubego – na czym polega ten sposób leczenia?



Prof. dr hab. n. med. Lucjan Wyrwicz
Kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Lecząc nowotwór jelita grubego, należy poświęcić między 300 a 700 łóżek w szpitalach onkologicznych każdego dnia.

W leczeniu tej choroby stosowana jest chemioterapia, której istotą jest długotrwałe podawanie. W przypadku niektórych leków przedłużoną terapię można osiągnąć, stosując preparaty doustne – czyli tabletki. Niestety, dla większości chorych, zwłaszcza gdy stosujemy także nowoczesne leki celowane, konieczne jest stosowanie długotrwałych wlewów dożylnych. Aby przedstawić Państwu skalę problemu: pacjent z rakiem jelita grubego leczony „współczesną chemoterapią” może wymagać ponad 15-20 wizyt w szpitalu rocznie, a każda wizyta będzie miała element wspólny, jakim jest trwający 48 godzin wlew ciągły chemioterapii. Istotna

jest także skala społeczna zjawiska: nie posiadając pełnych danych, ale oszacować należy, iż wyłącznie dla chorych na raka jelita grubego leczonych może być w ten sposób 3000-5000 pacjentów diagnozowanych każdego roku, czyli takiemu tylko leczeniu poświęcić należy między 300 a 700 łóżek w szpitalach onkologicznych każdego dnia (zależnie od liczby chorych leczonych z udziałem terapii z wykorzystaniem leków doustnych).

Ta liczba jest bardzo duża tylko dla jednej choroby nowotworowej...

Tak, ale jest to nowotwór szczególny – ze względu na częstość występowania, długość leczenia i relatywnie dobre rokowanie, które powoduje, iż leczenie trwa długo. Z drugiej strony – powiedziałem że „należałoby poświęcić” taką liczbę łóżek – ale nie trzeba ze względu na alternatywne sposoby podawania leczenia. W Narodowym Instytucie Onkologii już od ponad 15 lat stosujemy jednorazowe urządzenia medyczne

podające leki we wlewie dożylnym, które można wydawać pacjentowi do domu.

Czyli łóżko szpitalne pozostaje puste?

Niestety nie – na tym łóżku może być hospitalizowany inny pacjent. Puste nie pozostaje za to łóżko w domu pacjenta, gdzie pacjent przestaje być „pacjentem”, a jest dziadkiem, babcią, ojcem, matką, mężem czy żoną. Z takim urządzeniem nasi pacjenci wykonują prace domowe, wychowują dzieci, a wiele osób chodzi normalnie do pracy. Od marca ubiegłego roku, z rozszerzeniem dostępu w lutym 2021 takie rozwiązanie jest refundowane i przez to stało się szerzej dostępne. Dlatego warto, aby pacjenci z rakiem jelita grubego mieli świadomość takiego leczenia i pytali swojego onkologa o możliwość leczenia z zastosowaniem „chemioterapii domowej”. Łóżko szpitalne pozostawmy innym pacjentom onkologicznym, przesadzając chorego z nowotworami przewodu pokarmowego na fotel do podawania chemioterapii w trybie jednodniowym.

Jak klucz do zamka, czyli czym jest *medycyna personalizowana*

Dr hab. n. med. Beata Jagielska
Centrum Onkologii
– Instytut
w Warszawie,
członek Polskiej
Koalicji Medycyny
Personalizowanej

Medycyna personalizowana jest jednym z najszybciej rozwijających się kierunków medycyny. Jest to leczenie precyzyjnie ukierunkowane na chorego i jego indywidualne cechy.

Co się kryje pod definicją medycyny personalizowanej?
Medycyna personalizowana, a właściwie medycyna precyzyjna, to nic innego jak obszar działań na rzecz indywidualizacji procesu leczenia, np. poprzez dobór właściwego leku dla danego pacjenta – tak, by leczenie pasowało do pacjenta jak klucz do zamka. Jest to leczenie ustalone na podstawie indywidualnych cech samego chorego oraz jego choroby. Wraz z rozwojem medycyny precyzyjnej od ostatnich 5-6 lat możemy wyodrębnić także jej szerszą definicję, czyli medycynę personalizowaną. Jest to wiele działań organizacyjnych, systemowych i finansowych w systemie ochrony zdrowia w celu jak najlepszego doboru terapii.

Jak aspekty kliniczne i molekularne wpływają na wybór terapii raka jelita grubego?
W przypadku raka jelita grubego podstawową kwestią jest rozpoznanie samej choroby. Jest to niezwykle szczegółowe rozpoznanie, gdzie w grę wchodzi pewne cechy immunohistochemiczne, molekularne i genetyczne, jakimi charakteryzuje się guz. Określamy stopień zaawansowania choroby – potwierdzamy lub wykluczamy obecność przerzutów odległych. Czynniki molekularne, stanowiące obecnie podstawę w wyborze leczenia to występowanie mutacji KRAS, BRAF czy NRAS. Bierzymy także pod uwagę czynniki prognostyczne, do których przykładowo należy mutacja PI3K w raku jelita grubego wskazująca na niekorzystny przebieg choroby. Dlatego też badania molekularne, niezależnie od rodzaju nowotworu, dają nam odpowiedź, jaką terapię możemy zastosować i na ile będzie ona skuteczna.

Jakie są założenia medycyny personalizowanej w leczeniu nowotworu jelita grubego?
Na podstawie braku obecności mutacji dobieramy pacjentowi odpowiednie leki. W przypadku nowotworu jelita grubego bardzo ważne jest stwierdzenie typu raka bez obecności mutacji KRAS, BRAF czy NRAS. W przeciwieństwie do innych rodzajów nowotworu, gdzie mutacji się poszukuje, tutaj kluczowy jest jej brak.

Jakie korzyści płyną z zastosowania terapii personalizowanej? Czy zastosowanie medycyny personalizowanej polepsza rokowanie chorych na raka jelita?
Terapia personalizowana zdecydowanie polepsza rokowanie pacjenta. Dopasowanie metody daje nam większe możliwości terapeutyczne. Co więcej, terapię możemy kojarzyć z różnymi schematami. To, co jesteśmy w stanie zrobić na podstawie medycyny personalizowanej, to zaplanowanie konkretnej strategii, nawet na lata. Oczywiście, istotna jest kwestia, jak ta choroba będzie się rozwijała oraz jaka będzie odpowiedź na pierwszą linię leczenia. Ważne jest to, by poprzez nietrafne zastosowanie schematu postępowania nie pozbawić pacjenta skuteczności na kolejnych etapach leczenia.

Jak wygląda kwalifikacja pacjenta do zastosowania tego typu leczenia?
Takie leczenie jest ordynowane przez onkologów, jednak tak naprawdę podstawą kwalifikacji powinno być konsylium wielospecjalistyczne. Istotą jest współpraca specjalistów z pacjentem. Pod uwagę bierze się szczegółowe rozpoznanie patomorfologiczne oraz wynik badania molekularnego. Warto postarać się o to, by pacjent nie czekał za długo na wyniki oraz żeby wiedział, jakie leczenie zostało wybrane. Niezwykle cenny jest czas, który poświęcamy pacjentowi, i informowanie go na każdym etapie, co się dzieje z jego organizmem.

Kolonoskopia – zbadaj się już teraz!

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła
Kierownik Kliniki
Gastroenterologii
Onkologicznej
Narodowego
Instytutu
Onkologii im. Marii
Sklódowskiej-
Curie, Centrum
Medycznego
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie

W związku z pandemią do końca 2021 roku kolonoskopia w ramach Programu Badań Przesiewowych jest dostępna dla każdego ze znieczuleniem.

Czym jest kolonoskopia i w jakim celu wykonuje się to badanie?
Kolonoskopia to złoty standard w obszarze profilaktyki raka jelita grubego, czyli badanie, które w wielu krajach wykonuje się jako pierwsze przesiewowe lub drugie – weryfikujące test FIT wykrywający obecność w stolcu krwi utajonej. Test FIT stanowi taki pierwszy filtr i wypada dodatnio średnio u ośmiu do dziesięciu procent osób, które go wykonują. Te osoby muszą mieć wykonaną kolonoskopię, żeby zweryfikować, czy krew wykryta w stolcu pochodzi z raka jelita, czy np. z żołądka lub hemoroidów.

Kiedy powinno się wykonać badanie profilaktyczne w kierunku nowotworu jelita grubego i jakie są czynniki ryzyka?
Wraz z wiekiem ryzyko zachorowania zwiększa się, dlatego przyjęto granicę 50 lat jako moment, w którym powinno się zaczynać działać. Są sygnały z wielu krajów świata, że zaczynamy obserwować występowanie nowotworów w coraz młodszym wieku, czyli ta granica 50 lat zaczyna się cofać. Ta liczba przypadków przyrasta w tempie trzech, czterech procent rocznie. Oprócz wieku czynniki ryzyka to przede wszystkim niezdrowy tryb życia: brak ruchu, otyłość, palenie papierosów i spożywanie alkoholu, czynniki środowiskowe, np. zanieczyszczenie środowiska. Ryzyko związane z podłożem genetycznym to tylko 3 do 5 proc. wszystkich nowotworów raka jelita grubego.

Czy kolonoskopia może być bezbolesna? U kogo stosuje się znieczulenie?
U większości osób, jeśli endoskopista jest dobrze wyszkolony i delikatny, jest to badanie bezbolesne i powoduje tylko niewielki dyskomfort, głównie dlatego, że lekarz musi wpuścić nieco powietrza do jelita, żeby rozszerzyć ścianki jelita, żeby można było widzieć jego światło. U części osób, które np. miały operacje i mają zwężenia światła jelita, badanie może być bolesne i tutaj istnieje potrzeba znieczulenia.

Jak zachęcić Polaków do wykonywania profilaktycznej kolonoskopii, czy w Polsce to wciąż temat tabu?
Najlepszą odpowiedzią jest moim zdaniem hasło „wstyd się wstydić!” wymyślone przez profesora Eugeniusza Butruka, inicjatora badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Zachorowanie i umieranie na raka jelita grubego jest bardzo nieprzyjemne. A te badania są wykonywane po prostu komfortowo. Trzeba uwierzyć, że nie ma tam żadnego zagrożenia, żadnego wstydu. Kolonoskopia, choćby przy badaniach ginekologicznych, to jest nic. To jest pełna dyskrekcja i naprawdę nie ma o czym mówić.

Jak obecnie wygląda dostęp do kolonoskopii ze znieczuleniem?
Dotychczas taka opcja była dostępna dla połowy badanych. Jednak w związku z pandemią do końca 2021 roku badanie w znieczuleniu mogą mieć wykonane wszystkie osoby, które zgłoszą się na kolonoskopię. Wszystkie ośrodki w Polsce, które wykonują te badania, zapewniają taką możliwość.

Wywiad na podstawie spotkania przeprowadzonego przez Fundację EuropaColon Polska z prof. Jarosławem Regułą w ramach kampanii „Nie miej tego gdzieś”

Kampania „**Nie miej tego gdzieś**” ma na celu podniesienie świadomości Polaków dotyczącej diagnozowania i leczenia raka jelita grubego, a także czynników ryzyka, z których najważniejsze wiążą się ze stylem życia: zdrową dietą i aktywnością fizyczną. Na tę chorobę każdego dnia umierają w Polsce 33 osoby (z powodu pandemii ta liczba może wzrosnąć). Przede wszystkim dlatego, że zbyt późno go wykrywamy. **Musimy zacząć się badać, bo wczesne wykrycie raka jelita grubego to niemal stuprocentowa możliwość wyleczenia go** – mówi **Iga Rawicka** z **Fundacji EuropaColon Polska**, organizator kampanii.



NIE
MIJ
TEGO
GDZIEŚ

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

KAMPANIA EDUKACYJNA W OBSZARZE RAKA JELITA GRUBEGO

WWW.NIEMIEJTEGOGDZIES.PL



EuropaColon
Polska

 PROBLEM

Zakażenia grzybicze skóry i paznokci – jakie są objawy i leczenie?

W celu zwalczenia grzybicy stosuje się leczenie miejscowe w formie maści, kremów i lakierów oraz leczenie ogólnoustrojowe w postaci leków doustnych.



Charakterystyka i epidemiologia grzybicy. W jaki sposób można się zarazić?

Trzeba pamiętać, że grzybica jest chorobą zakaźną, zatem bezpośredni kontakt z patogenem powoduje zakażenie. Okres wakacyjny, gdy często chodzimy boso po plaży czy też korzystamy ze wspólnych natrysków, basenów (bez kłapek), to moment, kiedy najczęściej jesteśmy narażeni na zakażenie. Grzybica skóry nie wymaga zgłaszania, dlatego też nie są prowadzone dokładne statystyki. Natomiast ogólne badania populacyjne są obciążone pewnym ryzykiem błędu. Jest to jednak infekcja częsta, zwłaszcza jeżeli chodzi o grzybicę stóp lub paznokci.

Jakie są objawy zakażeń grzybiczych? Jak rozpoznać grzybicę?

Każda grzybica ma inne objawy. W przypadku grzybicy paznokci początkowo mamy do czynienia ze zmianą barwy płytki paznokciowej. Później paznokieć ten się odwarstwia od łożyska paznokcia. W rezultacie, jeśli ten proces trwa relatywnie długo, dojdzie do wykruszenia płytki paznokciowej. Przy grzybicy stóp, która jest równie częsta, objawami są zaczerwienienie, łuszczenie i występowanie

drobnych pęcherzyków na stopach. Bardzo powszechna jest grzybica międzypalcowa stóp, gdzie z reguły między 4. a 5., ewentualnie 3. a 4. palcem, w przestrzeniach międzypalcowych pojawiają się zmiany skórne. Możemy mieć też grzybicę dłoni lub ciała, najczęściej w formie rumieniowych ognisk. Mogą wystąpić one u dzieci, które mają małe zwierzęta domowe. Istnieje także grzybica owłosionej skóry głowy, również najczęściej występuje ona u dzieci, które zarażają się nią w przedszkolu lub szkole. Objawia się zmianami skórnymi w obrębie skóry owłosionej głowy oraz łamliwością włosów.

Jak wygląda dalsze postępowanie po stwierdzeniu objawów grzybicy paznokci? Jak leczyć grzybicę? Jaka jest rola wcześniejszego podjęcia działania leczniczego?

Z jednej strony są to relatywnie łagodne infekcje, z drugiej zaś, szybkie wdrożenie leczenia sprawi, że choroba nie będzie się w tak szybkim tempie rozprzestrzeniać. Jeżeli chodzi o grzybicę paznokci, odrośnięcie płytki może trwać nawet kilka miesięcy, dlatego szybka, odpowiednia terapia może ten proces przyspieszyć. Stosowane jest leczenie miejscowe w formie maści,

kremów i lakierów oraz leczenie ogólnoustrojowe w postaci leków doustnych.

Jakie jest terapeutyczne działanie amorolfiny w leczeniu grzybicy paznokci?

Amorolfina to związek organiczny, który rekomenduje się w leczeniu wczesnej fazy grzybicy paznokci. W późniejszych etapach choroby związek ten powinien być skojarzony z lekami doustnymi, które razem stanowią najskuteczniejszą metodę terapeutyczną.

Jakie jest terapeutyczne działanie terbinafiny, która działa przeciwgrzybiczo na różne gatunki grzybów wywołujących grzybicę skóry u ludzi?

Terbinafina to organiczny związek chemiczny, jeden z najskuteczniejszych w leczeniu grzybic skóry. Dobrze oddziałuje na grzybicę właściwą. Jest to preparat pierwszego wyboru, jeżeli chodzi o doustną terapię przeciwgrzybiczą. Jego zastosowanie zawsze należy skonsultować z lekarzem, ponieważ jest to leczenie ogólnoustrojowe. Zastosowanie leku skraca czas terapii, bardzo dobrze magazynuje się w naskórku, keratynie, natomiast trzeba brać pod uwagę także interakcje z innymi lekami.



Prof. dr hab. n. med. Adam Reich
Zakład i Klinika Dermatologii,
Uniwersytet Rzeszowski



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info



GRZYBICA SKÓRY - TERBINAFINA

UNDOFEN®

Najkrótsza terapia*

Efekt już po 7 dniach

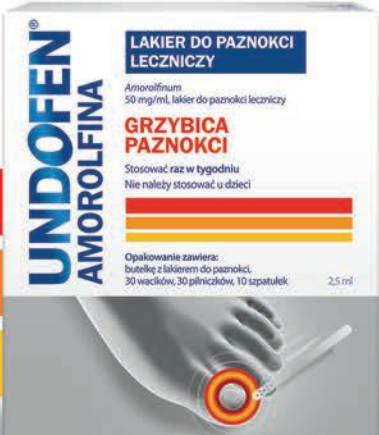
Spokój na wiele tygodni**

Dociera do źródła infekcji

Zwalcza objawy

Aplikacja raz w tygodniu

**SPRAWDZONE LEKI
DOSTĘPNE BEZ RECEPTY**



GRZYBICA PAZNOKCI - AMOROLFINA

*Sposród produktów OTC przeznaczonych do miejscowego leczenia grzybicy stóp. **Rotta I. et. al., Efficacy of topical antifungals in the treatment of dermatophytosis: a mixed-treatment comparison meta-analysis involving 14 treatments, JAMA Dermatol., 2013 Mar; 149 (3): 341-9
UNDOFEN® AMOROLFINA, 50 mg/ml, lakier do paznokci leczniczy. Skład: 1 ml lakieru zawiera 50 mg amorolfiny (co odpowiada 55,74 mg amorolfiny chlorowodorku). Wskazania do stosowania: Leczenie łagodnej, dalszej i bocznej podopłytkowej grzybicy paznokci wywołanej przez dermatofity, drożdżaki i pleśnie, ograniczonej do dwóch paznokci. Przedwskazanie: Produkt Undofen® Amorolfina, 50 mg/ml, lakier do paznokci leczniczy nie wolno ponownie stosować u pacjentów, którzy wykazali nadwrażliwość na leczenie. Nadwrażliwość na substancję czynną (amorolfinę) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Podmiot odpowiedzialny: Perigo Poland Sp. z o.o. UNDUFEN MAX SPRAY, 10 mg/g, aerozol na skórę, 1 g roztworu zawiera substancję czynną 10 mg terbinafiny chlorowodorku (Terbinafini hydrochloridum). Wskazania do stosowania: Zakażenia grzybicze skóry wywołane przez dermatofity: grzybica stóp, grzybica fałdów skórnych, grzybica skóry gładkiej, łupież pstry. Przeciwwskazanie: Nadwrażliwość na terbinafinę lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Podmiot odpowiedzialny: Perigo Poland Sp. z o.o. UNDO/SO/2021/505

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.



Dorota Korycińska-Chaaban
Specjalista pediatrii II stopnia, w trakcie specjalizacji z pediatrii metabolicznej, od czerwca 2007 roku pracuje w Poradni Chorób Metabolicznych w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, gdzie opiekuje się głównie chorymi z fenyloketonurią

Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](#)

Fenyloketonuria – jak wygląda życie codzienne pacjentów?

Fenyloketonuria to choroba, która wymaga od pacjentów niezwyklej dyscypliny.

Czym jest fenyloketonuria oraz jak wygląda epidemiologia tej choroby w Polsce?

Fenyloketonuria (PKU) jest wrodzoną chorobą metaboliczną spowodowaną całkowitym lub częściowym niedoborem aktywności enzymu hydroksylazy fenyloalaniny, odpowiedzialnego za przemianę jednego aminokwasu – fenyloalaniny, do innego aminokwasu – tyrozyny. Nieprzetworzona fenyloalanina gromadzi się w nadmiarze we krwi chorego i wywiera toksyczne działanie na tkanki organizmu, a szczególnie na układ nerwowy. W obrazie klinicznym nieleczonej lub późno rozpoznanej fenyloketonurii dominuje niepełnosprawność intelektualna, zwykle znacznego stopnia, a także inne zaburzenia neurologiczne, w tym padaczka. Fenyloketonuria jest rozpoznawana na podstawie badań przesiewowych noworodków oraz dalszej diagnostyki w ośrodkach specjalistycznych. Diagnoza przed wystąpieniem objawów oraz zastosowanie odpowiedniego leczenia zapewnia chorym rozwój fizyczny i intelektualny podobny do ich zdrowych rówieśników.

Chociaż fenyloketonuria należy do chorób rzadkich, jest najczęstszą wrodzoną wadą przemiany aminokwasów. Częstotliwość tej choroby w Polsce dotyczy 1 na ponad 8000 noworodków (Am J Hum Genet.2020 August 6).

Jak wygląda życie dorosłego pacjenta z chorobą?

Wczesne rozpoznanie fenyloketonurii, wdrożenie odpowiedniego leczenia i stosowanie go konsekwentnie przez całe życie sprawia, że chorzy rozwijają się fizycznie i intelektualnie podobnie jak ich zdrowi rówieśnicy. Jedyne ograniczenie stanowi dieta, która musi być starannie zaplanowana, bowiem powinna zawierać ściśle określoną ilość fenyloalaniny, białka i energii w ciągu dnia. Wymaga to od chorego samodyscypliny i dobrze zorganizowania.

Wysokie stężenia fenyloalaniny we krwi wywierają toksyczne działanie na mózg chorego w każdym wieku, a wysokie stężenia fenyloalaniny we krwi ciężarnej kobiety z fenyloketonurią – szkodliwe działanie na tkanki płodu, będąc przyczyną wystąpienia wad wrodzonych u dziecka, nazywanych zespołem fenyloketonurii matczynej. Leczenie fenyloketonurii powinno trwać całe życie. Dyscyplina i konsekwencja w stosowaniu diety ubogofenyloalaninowej, także w życiu dorosłym, daje chorym szansę na normalne życie.

Czy fenyloketonuria stanowi jakąkolwiek przeszkodę w realizacji planów i marzeń dla chorych?

Fenyloketonuria, chociaż jest chorobą przewlekłą, nie stanowi bariery w osiąganiu celów w życiu

i realizacji marzeń chorych. Nasi pacjenci zdobywają wykształcenie w wybranych kierunkach, część z nich realizuje się naukowo. Za przykład może posłużyć rodzina, w której troje rodzeństwa choruje na fenyloketonurię i osiąga sukcesy. Najstarszy brat posiada doktorat i habilitację, pracuje jako profesor na uczelni. Jego młodsze rodzeństwo studiuje – jedno medycynę, drugie – kierunek związany z informatyką. Należy pamiętać, że jest to zasługa rodziców i kontynuacji leczenia dietą ubogofenyloalaninową w dorosłym życiu.

Jakiego wsparcia wymaga pacjent chorujący na fenyloketonurię?

Problemem dla pacjenta dorosłego jest przede wszystkim brak poradni metabolicznych dla dorosłych. Opiekę nad chorym z fenyloketonurią w każdym wieku sprawują poradnie metaboliczne dla dzieci, w których pracują pediatrzy.

W Polsce zbyt wolno wprowadzane są nowe metody leczenia fenyloketonurii. Z nadzieją oczekujemy rejestracji preparatów zawierających glikomakropepty kazeinowe (GMP), które ze względu na swoje walory smakowe mogłyby być dobrym ekwiwalentem w leczeniu pacjentów, którzy mają problem z akceptacją specyficznego smaku i zapachu mieszanin sztucznych aminokwasów.



Jesteśmy liderem w obszarze żywności specjalnego przeznaczenia medycznego stosowanej w postępowaniu dietetycznym, w przypadku rzadkich wrodzonych wad metabolizmu*.

Oferujemy najszerszy wybór produktów, w różnych formach i smakach, by móc odpowiadać na indywidualne potrzeby pacjentów*.

“Dieta jest najważniejszym punktem mojego życia, bo pozwala mi prawidłowo funkcjonować i żyć.

Chcąc otoczyć pacjentów kompleksową opieką, już od 7 lat prowadzimy największy w Polsce serwis edukacyjny i społecznościowy dla chorych na fenyloketonurię oraz osób bliskich ich sercu – **PKU Connect**.

Każdego dnia inspirujemy społeczność PKU do podejmowania wyzwań, realizacji marzeń i czerpania z życia pełnymi garściami.

Bo wiemy, że oni są
FENYMENALNI

*na podstawie comiesięcznego raportu NFZ Komunikat DGL, luty 2021





odwiedź nasze strony!
[nutricia.pl](#)
[fenymenalni.pkuconnect.pl](#)

Nutricia Polska Sp. z o.o.
ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa

METB/PKU/09/06/2021



Katarzyna Zielińska
Aktorka

Siła w społeczności, czyli jak dawać dobry przykład

Media społecznościowe dają nam rozrywkę, jednak bardzo często za ich pośrednictwem możemy się dowiedzieć wartościowych informacji na temat np. dbania o nasze zdrowie. Taką właśnie komunikację w swojej społeczności prowadzi aktorka, pani Katarzyna Zielińska.

Pani Kasiu, była pani między innymi ambasadorką kampanii społecznej „Rak nie poczeka na koniec epidemii”. Co powoduje chęć angażowania się w tego typu przedsięwzięcia charytatywne? Czy lubi pani pomagać?

Swoją postawą i siłą w mediach społecznościowych możemy wpłynąć na decyzję wielu naszych odbiorców. Możemy być dla nich dobrym przykładem w kwestiach zdrowotnych i pokazywać, że należy się badać i nie wolno w tej kwestii odpuszczać. Kampania „Rak nie poczeka na koniec epidemii” była bardzo ważną akcją uświadamiającą chorych, że istnieją rozwiązania bezpiecznej diagnostyki. W pandemii ludzie faktycznie byli przerażeni tym, co się dzieje. Ze strachu przed COVIDem nie tylko zaprzestali badań, ale też korzystania z systematycznej opieki lekarskiej. Mnóstwo osób miało załamania nerwowe, depresje, nie byli pewni jutra, byli pogubieni, co jest zupełnie zrozumiałe. Początkowo i ja zamknęłam się w domu. Jednak później na tyle, na ile to było możliwe wyszłam do ludzi. Stwierdziłam, że mając tak silną społeczność, która także może prężnie działać i udostępniać wartościowe informacje, możemy wspólnie zrobić coś naprawdę dobrego. Dlatego między innymi nie wahałam się, by wziąć udział w akcji. Poza tym sama się regularnie badam i dbam o profilaktykę, więc namawiałam ludzi do czegoś, do czego sama jestem przekonana. Zresztą zawsze tak robię.

Myszę, że naszą siłą jako ambasadorów tej akcji było to, że mogliśmy pokazać, że można i warto się badać. Cieszę się także z tego, że wiedziałam dokładnie, co przekazać widzom – dzięki wsparciu i wiedzy od lekarzy. Dowiedziałam się, jak i gdzie umawiać się na wizyty oraz by tego nie odkładać, ponieważ nie było wiadomo czy i kiedy epidemia minie.

”
Musimy dużo mówić o chorobach cywilizacyjnych i poruszać tematy tabu.

W jaki sposób dba pani o zdrowie – czy uprawia pani aktywność fizyczną i stosuje zdrową dietę? Czy wykonuje pani regularne badania kontrolne?

Mam swój kalendarz, w którym uwzględniam wszystkie badania kontrolne. Robię to we wrześniu. Jest to dla mnie swego rodzaju początek roku „szkolnego”. Dzieci idą do szkoły, a ja mogę zadbać o moje zdrowie. Staram się przypominać o tym także moim obserwatorom. Uprawiam też regularnie sport – najczęściej



pływanie i jazdę na rowerze po górskich terenach. Z tego względu, że razem z mężem pochodzimy z Sądecczyny, mamy niesamowite warunki do górskiej jazdy. Zimą jesteśmy zwolennikami nart. Wpajam sportową postawę także swoim dzieciom, by odciągnąć je od elektronicznych gadżetów, internetu i plastikowych zabawek. Jesteśmy aktywną rodziną i staram się sporo czasu spędzać na świeżym powietrzu.

W kwestii zdrowej diety radzę mojej społeczności, by zastanawiała się także co i jak je. Pokazuję miejsca, w których można zrobić zdrowe zakupy, nie za fortunę. Staram się też zdrowo gotować.

Czy ma pani jakieś rady dla osób, które chcą zmienić swój styl życia? Jak zacząć?

Planowanie zdrowego stylu życia od 1 stycznia nigdy nie daje rezultatu, dlatego nie warto czekać, lecz wprowadzać zmiany od razu. Trzeba iść za ciosem. Jeśli my, osoby publiczne, możemy dawać przykład, że można, oznacza to, że naprawdę z dnia na dzień można zmienić swoje złe nawyki i zacząć uprawiać sport i jeść zdrowo.

Wczesna diagnoza bardzo często zwiększa szansę powodzenie terapii. Jak możemy zmotywować społeczeństwo do regularnych badań kontrolnych?

Potrzebna jest wiedza, jak należy przygotować się do badań. Jest to podstawa, by cieszyć się jak najdłużej życiem

w zdrowiu. Temat badań kontrolnych przewija się w moich mediach społecznościowych często. Jeśli z badań skorzystałaby choć 1/3 moich odbiorców, to byłaby to spora liczba i niesamowity sukces.

Choroby cywilizacyjne to inaczej choroby spowodowane szybkim rozwojem cywilizacji. Naukowcy twierdzą, że w 52 proc. mamy wpływ na to, czy wystąpią u nas. Społeczeństwo polskie wciąż ma niewielką świadomość na ten temat. Jak z pani perspektywy możemy to zmienić? Czy na swoich kanałach w social mediach zachęca pani odbiorców do prowadzenia zdrowego trybu życia?

To prawda, za pomocą moich social mediów przekazuję sporo wiedzy na tematy zdrowotne. Mam również bardzo aktywną i prozdrowotną społeczność, która sama także podsyła mi pomysły na zdrowe rozwiązania. Wspieramy się, pomagamy i polecamy sobie godne uwagi miejsca. W moich mediach społecznościowych panuje wolność – nie prowadzę jednostronnej komunikacji i nie kasuję komentarzy (wyjątkiem są te obraźliwe). Jestem szczęśliwa, że mam tak mądrych ludzi w moich social mediach i że jest ich tak dużo. Musimy też dużo mówić o chorobach cywilizacyjnych i poruszać tematy tabu, ponieważ w wielu kręgach wszelkiego rodzaju dolegliwości są powodem do wstydu. A przecież nie powinniśmy się wstydzić dbania o swoje zdrowie.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Zespół suchego oka – dlaczego obecnie występuje coraz częściej?

Zespół suchego oka w ostatnim czasie jest schorzeniem, z którym coraz częściej zmagają się pacjenci okulistyczni. Jakże są tego przyczyny?

Czym jest zespół suchego oka i jakie są jego przyczyny?
Zespół suchego oka (in. zaburzenia powierzchni oka) jest najczęstszą przyczyną wizyt pacjentów w gabinetach okulistycznych. Jest to wieloczynnikowa choroba, w której występuje zapalenie powierzchni oka. Zachodzą w nim procesy powodujące uczucie pieczenia, piasku pod powiekami, szczypanie, łzawienie, zaczerwienienie. Taki przewlekły stan może powodować wiele dolegliwości, a nawet prowadzić do pogorszenia ostrości wzroku.
Nasz film łzowy składa się z dwóch frakcji – mucynowo-wodnej oraz lipidowej. W momencie mrugnięcia, gdy powieki się ze sobą stykają, te dwie frakcje powinny się ze sobą połączyć i stworzyć emulsję, która okala powierzchnię oka. Gdy dochodzi do pewnego rodzaju zaburzeń produkcji i łączenia się ze sobą tych dwóch substancji,



Dr n. med. Piotr A. Woźniak
Specjalista okulistyki

[dr_wzrok](#)

i
Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

powstaje zespół suchego oka. Przyczyn tego schorzenia jest wiele, m.in. choroby immunologiczne, zaburzające procesy produkcji frakcji wodnej (20 proc. pacjentów) oraz dysfunkcje gruczołów Meiboma tworzących frakcję lipidową (80 proc.). Czynnikiem ryzyka zaburzeń powierzchni oka jest m.in. wiek (pow. 40 lat), płeć (u kobiet jest to zdecydowanie częstsza choroba), przyjmowanie niektórych leków, zabiegi operacyjne, alergia, chirurgia laserowa itp.

Czy noszenie maseczek higienicznych przyczynia się do wysuszenia się gałki ocznej?
Tak, rzeczywiście dochodzi do takiego zjawiska jak MADE, czyli mask associated dry eye, poprzez noszenie maseczek higienicznych. Oczywiście maseczki należy nosić i to jest niepodważalny fakt, jednak faktycznie przez nie może dochodzić do zaburzeń powierzchni oka. Dzieje się tak, ponieważ, gdy oddychamy przez maseczki, powietrze idzie do góry, do naszych oczu, przez co osusza ich powierzchnię. Dlatego teraz zespół suchego oka jest częstszy niż przed pandemią. Przyczynia się do tego także praca zdalna, przed komputerem, która sprawia, że znacznie rzadziej mrugamy.

Jakie mogą być dalsze konsekwencje zespołu suchego oka oprócz dyskomfortu?
Film łzowy i rogówka to tzw. największa soczewka w naszym oku. Ma ona moc skupiającą ok. 40

dioptrii. Jeśli łzy nie zostają na powierzchni oka, poprzez np. zaburzenia powierzchni oka, soczewka ta nie funkcjonuje prawidłowo, przez co obraz jest rozmaźany. Dodatkowo każdy ubytek filmu łzowego może prowadzić do zmniejszenia się skuteczności bariery immunologicznej. Jeśli nie mamy tej ochrony, do oka mogą się dostawać wszelkiego rodzaju patogeny, bakterie, wirusy.

Jak możemy temu zaradzić, dlaczego nie możemy bagatelizować tego problemu?
Zawsze podstawą leczenia jest higiena brzegów powiek oraz stosowanie kropli nawilżających. Higiena polega na codziennym przecieraniu brzegów powiek specjalnie przeznaczonymi do tego celu chusteczkami bądź przemywaniem solą fizjologiczną. Powinniśmy wykonywać także masaże, by odblokować gruczoły. Skuteczne jest również nagrzewanie tej okolicy za pomocą masek nagrzewających, ale też zwykłego ugotowanego jajka w skorupce. Wszystkie te czynności powinniśmy wykonywać dwa razy dziennie.
Można zastosować także specjalne leki oraz zabiegi, dzięki którym możemy pobudzić gruczoły Meiboma. Leczenie jest długotrwałe, ale nie możemy bagatelizować tego problemu, ponieważ doprowadza on do zaburzeń widzenia i odczuwania ciągłego dyskomfortu. Co więcej, według jednego z badań uciążliwy, przewlekły ból i dyskomfort spowodowany zespołem suchego oka zwiększa ryzyko samobójstw.



Ulgę w zespole suchego oka

Najprostszą metodą postępowania u większości pacjentów z zespołem suchego oka jest unikanie czynników zewnętrznych, które mogą przyczyniać się do zwiększania objawów zespołu suchego oka, takich jak wiatr, mała wilgotność powietrza, zadymienie, ogrzewane i klimatyzowane pomieszczenia, duża ilość pyłu w powietrzu czy palenie papierosów. Nie zawsze jednak jest to możliwe, gdyż w dużej mierze związane by to było ze zmianą miejsca lub charakteru wykonywanej pracy. W takim przypadku dobrym i prostym rozwiązaniem jest regularne stosowanie kropli nawilżających, które łagodzą objawy zespołu suchego oka.
Zapuszczanie do worka spojówkowego po jednej kropli kilka razy dziennie będzie przynosić ulgę u większości pacjentów. Krople nawilżające Systane® firmy Alcon to idealne rozwiązanie dla wszystkich postaci zespołu suchego oka. Krople Systane® Complete stabilizują warstwę lipidową filmu łzowego, przez co

ograniczają odparowywanie wody zawartej w łzach z powierzchni oka. Zastosowanie już pierwszej dawki szybko uwalnia pacjenta od objawów suchego oka. Można je również stosować przed założeniem lub po zdjęciu soczewek kontaktowych. Zmniejszany jest w ten sposób dyskomfort związany z długotrwałym noszeniem soczewek kontaktowych.
Dodatkową zaletą produktów Systane® jest ich długie utrzymywanie się na powierzchni oka, co zmniejsza dzienne dawkowanie kropli. Tę właściwość docenią w szczególności osoby, którym charakter bądź miejsce wykonywanej pracy nie pozwalają na częste i zarazem bezpieczne stosowanie kropli w ciągu dnia. Duża dostępność oraz szeroki wybór preparatów ułatwia dopasowanie produktu do własnych preferencji. Wersja Systane® bez środków konserwujących minimalizuje ryzyko wystąpienia objawów uczuleniowych na dane krople, co umożliwia ich bezpieczne i długotrwałe stosowanie.

Zaawansowana formuła pozwala na używanie ich również u pacjentów po okulistycznych zabiegach operacyjnych, takich jak usunięcie zaćmy czy przeszczep rogówki.
W dzisiejszych czasach, w dobie pandemii COVID-19, obserwuje się nasilenie objawów zespołu suchego oka. Związane jest to w dużej mierze z noszeniem maseczek ochronnych, które kierują wydmuchiwanie z nosa powietrze w kierunku oczu. W przypadkach stosowania maseczek przez większą część dnia powinno się wszystkim tym osobom zalecać używanie sztucznych łez. Produkty z serii Systane® doskonale sprawdzą się też w takich sytuacjach.
Lek. Jakub Stoka
Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym, Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej, Oddziałem Okulistyki Dziecięcej i Pracownią Laseroterapii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu

Refluks, zgaga – jak sobie poradzić?

Choroba refluksowa żołądkowo-jelitowa (GERD) zwana jest potocznie refluksiem. Refluks to zwrotne zarzucanie treści żołądkowej, najczęściej kwaśnej, do przełyku. W Polsce około 20 proc. osób dorosłych cierpi z powodu GERD.

Dolegliwości bólowe powstają w przełyku jako wynik drażnienia lub nawet uszkodzenia błony śluzowej przełyku cofającą się kwaśną lub żółciową treścią z żołądka.

Podstawowe objawy to objawy przełykowe: zgaga, regurgitacja – cofanie się treści pokarmowej do przełyku, uczucie kwasu w ustach, trudności lub ból przy połykaniu, ból i pieczenie w klatce piersiowej. Objawy pozaprzętkowe to głównie objawy laryngologiczne (kaszel, chrypka).

W leczeniu choroby refluksowej zawsze zalecamy ruch, utratę masy ciała i dietę: jedzenie 5 mniejszych posiłków, nienajadanie się na noc, unikanie napojów gazowanych, słodczy, mięty i wszystkich pokarmów, które u danej osoby wywołują lub nasilają objawy. Jako leczenie pierwszego rzutu przy objawach epizodycznych występujących co kilka dni zalecamy leki działające miejscowo – osłaniające przełyk, czyli barierowe, oraz leki zobojętniające i alginiany. Takie preparaty, przyjmowane doraźnie, są niekiedy wystarczające w kontroli łagodniejszych objawów. Jeśli nie, stosujemy wówczas tzw. inhibitory pompy protonowej (PPI), czyli leki hamujące wydzielanie kwasu solnego. Nie są one jednak pozbawione działań niepożądanych,



Prof. dr hab. n med. Grażyna Rydzewska
Kierownik
Kliniki Chorób
Wewnętrznych
i Gastroenterologii
z Pododdziałem
Leczenia NCHZJ,
CSK MSWiA
w Warszawie



Więcej informacji
na stronie:

[byczdrowym.info](#)

związanych np. z zaburzeniem mikrobioty jelitowej (SIBO), a u jednego na 4 pacjentów objawy nie są wystarczająco dobrze kontrolowane przez PPI i wówczas można sięgnąć dodatkowo po środki działające miejscowo.

Jednym z nich jest preparat Esoxx One – dostępny w aptece bez recepty. Składa się z trzech substancji: kwasu hialuronowego o właściwościach gojących błonę śluzową przełyku, siarczanu chondroityny uszczelniającego połączenie międzykomórkowe oraz poloxameru, który jest nośnikiem tych dwóch leczniczych substancji sprawiającym, że tworzą one barierę w przełyku i mogą wywierać swoje naprawcze gojące działanie. Preparat ten pozbawiony jest praktycznie działań niepożądanych. W przeciwieństwie do wielu suplementów diety czy wyrobów medycznych skuteczne działanie tego preparatu udokumentowane jest wieloma badaniami klinicznymi. Może być stosowany samodzielnie w terapii epizodycznej oraz jako dodany do leczenia zmniejszającego wydzielanie kwasu solnego. Znakomicie łagodzi także wszystkie objawy pozaprzętkowe refluksu, takie jak kaszel, chrypka, chrząkanie, duszność, uczucie śluzu w gardle, samodzielnie lub jako dodany do innych leków.

Ten preparat może być również stosowany wówczas, gdy lekarz zaleci odstawienie leków hamujących wydzielanie kwasu w związku z koniecznością wykonania gastroskopii czy też badaniem w kierunku *Helicobacter pylori*. W obu tych przypadkach przyjmowanie PPI powinno być przerwane na co najmniej 2 tygodnie, gdyż brak kwasu może wpływać negatywnie na prawidłowość wyniku. Bezpieczne wówczas jest zastosowanie tego preparatu po głównych posiłkach i przed snem, co łagodzi objawy i pozwala na prawidłowe przeprowadzenie zaleconego badania. Takie leczenie sprawdza się także w refluksie nocnym. Omawiany preparat występuje w jednodawkowych saszetkach, ma akceptowalny smak, jest wygodny w stosowaniu. Jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia choroby refluksowej poprawiającą jakość życia pacjentów.

Preparaty barierowe zaleca lekarz, ale mogą po nie sięgnąć także sami pacjenci. Pomagają one w szybkim zniesieniu objawów, poprawiają jakość życia. Trzeba jednak pamiętać, że przy długotrwałym utrzymywaniu się uciążliwych objawów zawsze należy zasięgnąć porady lekarskiej.



ESOXX[®] ONE

(HA) kwas hialuronowy + (CS) siarczan chondroityny + Poloxamer 407



Jedyny unikalny produkt, który dzięki nośnikowi termoadhezyjnemu poloxamer 407 tworzy barierę ochronną w przełyku

Esoxx One W POLSKICH WYTICZNYCH POSTĘPOWANIA Z CHOROBA REFLUKSOWĄ¹
w przełykowych i pozaprzętkowych objawach refluksu.
Wygodne saszetki – do wypicia – zawsze pod ręką – do szybkiego łagodzenia objawów refluksu^{*}

ESOXX[®] ONE

ESOXX[®] ONE SKUTECZNOŚĆ POTWIERDZONA BADANIAMI KLINICZNYMI²

ESOXX[®] ONE DZIAŁA TAM, GDZIE POWSTAJĄ PRZĘTKOWE OBJAWY REFLUKSU, I NA POZAPRZĘTKOWY ZESPÓŁ KASZLOWY^{}**

IPP, H₂ BLOKERY ALGINIANY ZOBOJĘTNIAJĄCE OSŁONOWE

- Dostępny **bez recepty**
- Wygodne jednorazowe **saszetki**
- Zawsze **w kieszeni** pacjenta
- Poradniki dla pacjenta na stronie [www.esoxxone.pl](#)

UNIKALNY PRODUKT

WSKAZANIA: ESOXX[®] ONE to wyrób medyczny o działaniu miejscowo-osłaniającym, który pozwala na szybkie złagodzenie objawów związanych z refluksiem żołądkowo-przełykowym, takich jak zgaga, ból w nadbrzuszu, zarzucanie treści żołądkowej do przełyku, kaszel podrażnieniowy, dysfonia (chrypka). Choroba refluksowa przełyku charakteryzuje się objawami takimi jak zgaga, zarzucanie treści żołądkowej do przełyku, kaszel podrażnieniowy, dysfonia, które mogą, choć nie muszą, być powiązane z występowaniem zapalnych zmian nadżerkowych błony śluzowej przełyku. Objawy GERD są zazwyczaj bardziej odczuwalne w pozycji leżącej i mogą nasilać się w trakcie snu. ESOXX[®] ONE to połączenie kwasu hialuronowego i siarczanu chondroityny, które ze względu na swój oryginalny i innowacyjny mechanizm działania chronią błonę śluzową przełyku. ESOXX[®] ONE zawiera także poloxamer 407 – składnik o wysokiej zdolności przylegania do błony śluzowej przełyku. Dzięki niemu kwas hialuronowy i siarczan chondroityny dłużej powlekają śluzówkę, chroniąc ją przed działaniem kwasu solnego wytwarzanego w żołądku. Siarczan chondroityny ma również działanie wspomagające w procesie gojenia błony śluzowej przełyku. SKŁAD: Kwas hialuronowy, siarczan chondroityny, poliwinylolipiridon, ksylitol C, benzoetan sodu, sorbinian potasu, aromaty, woda demineralizowana, poloxamer 407. OPAKOWANIE: 14 ESOXXetek (saszetek jednodawkowych) po 10 ml. DAWKOWANIE I SPOSÓB UŻYCIA: 1 ESOXXetka (pojedyncza saszetka) 10 ml po głównych posiłkach i/lub przed snem lub zgodnie z zaleceniami lekarza. Końcówkę saszetki należy odciąć nożyczkami lub oderwać w miejscu zaznaczonym przerywaną linią. Syrop można wypić bezpośrednio z saszetki. Syrop nie wymaga rozcieńczania. PRZECIWWSKAZANIA: Brak jest szczególnych przeciwwskazań, z wyjątkiem przypadków nadwrażliwości na którykolwiek ze składników. W takiej sytuacji należy przerwać leczenie i skontaktować się z lekarzem. Pomimo że nie są znane działania niepożądane, nie zaleca się stosowania ESOXX[®] ONE w okresie ciąży lub w pierwszych miesiącach karmienia. W każdym przypadku należy najpierw skonsultować się z lekarzem. OSTRZEŻENIA: Nie należy przekraczać zalecanej dawki. Jeżeli dolegliwości nie ustępują, należy skonsultować się z lekarzem. Nie należy stosować produktu po upływie terminu ważności zamieszczonego na opakowaniu. Przechowywać w chłodnym, suchym miejscu, z dala od źródeł ciepła. Nie zamrażać. Przechowywać w miejscu niedostępnym dla dzieci. WYTWÓRCA: Apharm srl, via Roma 26, 28041 Arona, Włochy DYSTYBUTOR: Alfisigma Polska Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; tel.: +48 22 8240364. * U większości pacjentów (>60%) Esoxx[®] One rozpoczyna swoje działanie poniżej 30 min od zastosowania. ** Związany z niskim pH w przełyku. 1. Gąsiorowska A et al. Postępowanie u pacjentów z objawami choroby refluksowej przełyku – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych. Lekarz POZ 2019; 3–4:252–253. 2. Savarino V et al. Randomised clinical trial: mucosal protection combined with acid suppression in the treatment of non-erosive reflux disease – efficacy of Esoxx, a hyaluronic acid-chondroitin sulphate based bioadhesive formulation. Aliment. Pharmacol. Ther. 2017 Mar; 45(5):631–642.

 **WAŻNE**



Fakty i mity o *testosteronie*!

Zaburzenia popędu płciowego i erekcji, spadek siły mięśniowej, pogorszenie formy fizycznej, obniżenie nastroju. To właśnie problemy w tych obszarach mogą być pierwszymi symptomami obniżenia poziomu testosteronu.



Lek. Marcin Radko
Absolwent Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz podyplomowych studiów doktoranckich w OSK Wojskowego Instytutu Medycznego, specjalista urolog FEBU i specjalista androlog FEAA

Dlaczego tak ważne jest utrzymanie prawidłowego poziomu testosteronu?

Testosteron odgrywa niezwykle ważną rolę w organizmie mężczyzny w wielu aspektach. Po pierwsze, dzięki niemu młodzi mężczyźni są w stanie prawidłowo się rozwijać i dojrzewać. Natomiast jeżeli chodzi o mężczyzn w średnim wieku, testosteron zapewnia dobre samopoczucie, odpowiednią masę mięśniową i zachowaną proporcję pomiędzy tkanką tłuszczową a mięśniową. Hormon ten odpowiada także za gęstość kości. Wiele badań dowodzi, że właściwy poziom testosteronu chroni mężczyzn przed występowaniem takich chorób jak demencja, choroba Alzheimera czy też Parkinsona. Kolejną bardzo istotną kwestią jest powiązanie odpowiedniego poziomu testosteronu z ochroną przed rozwojem wielu schorzeń metabolicznych, w tym np. cukrzycy.

Jakie są pierwsze objawy sugerujące obniżenie testosteronu? Jakie wyróżniamy metody leczenia?

W celu potwierdzenia obniżenia poziomu testosteronu w gabinecie lekarskim

przeprowadzamy z pacjentem wywiad na podstawie kwestionariusza Morleya (inaczej ADAM). Są to pytania dotyczące m.in. popędu płciowego, zaburzeń erekcji, spadku siły mięśniowej, pogorszenia formy fizycznej, obniżenia nastroju. I to właśnie problemy w tych obszarach mogą być pierwszymi symptomami niższego poziomu testosteronu.

W leczeniu stosowana jest hormonalna terapia zastępcza w postaci iniekcji domięśniowych lub aplikacji żelu.

Przyjmowanie testosteronu kojarzone jest z próbą zwiększenia tkanki mięśniowej oraz z niedozwolonym dopingiem. Jak ważna jest edukacja, że leczenie testosteronem pod okiem specjalisty jest bezpieczne?

Testosteron jest lekiem podnoszącym wigor, samopoczucie, działa pozytywnie na wiele aspektów życia mężczyzny – pod warunkiem że jest odpowiednio dawkowany. Niestety, bardzo często jego stosowanie jest nadużywane i istnieje czarny rynek preparatów testosteronu stosowanych np. w weterynarii, wprowadzanych nielegalnie do obiegu. Preparaty dostępne dla ludzi, dostępne w aptekach

jedynie na receptę, są szczegółowo przebadane, a ich profil bezpieczeństwa doskonale poznany. Badania kwalifikujące do terapii, a później okresowe badania

”

Wiele badań dowodzi, że właściwy poziom testosteronu chroni mężczyzn przed występowaniem takich chorób jak demencja, choroba Alzheimera czy też Parkinsona.

kontrolne są zlecane przez lekarza zgodnie z zaleceniami producentów leku oraz indywidualnym stanem pacjenta.



///// Science for a **better life**





PROBLEM

Leczenie blizn – jak wygląda?

Preparaty silikonowe należą do nieinwazyjnych metod profilaktyki i leczenia blizn. Ich skuteczność została potwierdzona w badaniach naukowych.



Piotr Szelewski
Specjalista
dermatologii
i wenerologii,
Gabinet Dr
Ignaciuk i Partnerzy

Czym są blizny? Czy mamy wpływ na finalny wygląd blizn?

Błizna jest miejscem, gdzie nie występuje „prawidłowa skóra”. W miejscu, gdzie brak jest tzw. skóry właściwej, pojawia się włóknista tkanka łączna. Jest to swego rodzaju struktura patologiczna, wynikająca z przerwania ciągłości skóry z wielu powodów. Domyka nam skórę po urazie lub zabiegu operacyjnym. Może być także wynikiem naruszenia skóry po np. oparzeniu termicznym lub chemicznym. Błizny mogą powstawać także jako powikłania po radioterapii. Dlatego też błizny dzielone są na kategorie w zależności od ich przyczyny. Można je podzielić ze względu na czas powstania, czyli tzw. błizny dojrzałe oraz niedojrzałe, oraz ze względu na rodzaj błizny, czyli jej wygląd, np. błizna zanikowa, przerostowa (keloid), a także ze względu na pochodzenie, np. błizny pooperacyjne, po cesarskim cięciu, oparzeniu czy trądziku.

Jeśli chodzi o wpływ na końcowy wygląd blizny, to musimy pamiętać o odpowiednim zaopatrzeniu tego obszaru przez specjalistę np. poprzez założenie szwów na ranę. Gdy już ta blizna występuje, możemy znacznie ją zredukować pod względem estetycznym, ale też funkcjonalnym za pomocą odpowiednich preparatów.

Z jakimi pozostałymi nieprzyjemnościami może się wiązać posiadanie blizn?

Należy pamiętać o tym, że duże blizny wpływają nie tylko na estetykę, ale także funkcjonalność – komfort poruszania. Niekiedy pacjenci oparzeni

w dzieciństwie z rozległymi bliznami poparzeniowymi w obrębie np. pleców i barku mają zaburzoną ruchomość w stawie barkowym. Podobnie blizny w okolicach stawu skokowego mogą wpływać na jego mobilność. Natomiast rozległe blizny na klatce piersiowej mogą ograniczać ruchy oddechowe. Dlatego też bliznom często może towarzyszyć uczucie ciągnięcia, swędzenia czy bólu.

Kiedy pojawia się ryzyko nieprawidłowego bliznowacenia?

Gdy zostaje zastosowana odpowiednia terapia bezpośrednio po zranieniu można uniknąć ryzyka nieprawidłowego bliznowacenia. Bez względu na to jak powstaje rana, trzeba zawczasu zadbać o dobry opatrunek pod okiem specjalisty i opatrzenie rany – przy powstaniu blizny ważna jest profilaktyka już na samym początku. Można zapobiec wtedy jej dalszemu rozrastaniu. Na wygląd blizny może wpływać również genetyka, są miejsca na ciele, gdzie jest tendencja do przerostu blizn. Przykładem jest np. dekolt albo ramiona, ponieważ są to miejsca, które częściej będą drażnione mechanicznie, przez co rany na nich mogą gorzej się goić.

Jakie są inwazyjne sposoby leczenia blizn?

Zabiegi dermatologiczne i medycyny estetycznej nie usuwają blizn, ale zmniejszają ich widoczność, polepszają estetykę danego obszaru skóry. By bliznę usunąć, należałoby ją wyciąć, ale rzadko można to zrobić. Istniejące blizny trzeba okresowo

kontrolować (należy się w tym celu zgłosić do lekarza), ponieważ w bliznach pourazowych lub pooparzeniowych często w kolejnych latach mogą się tworzyć nowotwory skóry. Dlatego też taką skórę musi obejrzeć specjalista z użyciem dermatoskopu.

Jakie znaczenie ma zastosowanie silikonu w nieinwazyjnym leczeniu blizn?

Silikon jest skuteczny (zarówno ten w postaci żelów silikonowych, jak i plastrów silikonowych) na etapie zarówno wstępnym, gdy blizna się tworzy, ale również jest skuteczny na blizny stare, nawet 9-letnie. Pomaga zniwelować dolegliwości związane z posiadaniem blizny, wpływa również na jej wygląd (rozaśnia, wygładza oraz zmniejsza widoczność blizny). Warto je stosować na wszystkie rodzaje blizn, gdyż jego skuteczność została potwierdzona przez Międzynarodową Grupę Ekspertów ds. Leczenia Blizn. Działanie silikonów oparte jest przede wszystkim na nawilżeniu, wymianie gazów, aby zachować odpowiednie warunki do regeneracji blizny.

i
Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

PIERWSZY WYBÓR W TERAPII BLIZN

Preparaty z silikonem są jedną z najlepiej przebadanych i skutecznych metod w terapii blizn zalecaną przez Międzynarodowy Zespół Ekspertów ds. Leczenia blizn¹



Zmniejszają, rozjaśniają i wygładzają bliznę



Zapobiegają powstawaniu blizn przerostowych i keloidów



Mogą być stosowane na bliznach świeżych jak i dojrzałych, nawet 9-letnich



Mogą być łączone z innymi metodami terapeutycznymi, np. masażem



Sutricon® żel może być stosowany już od 6 miesiąca życia



DYSTRYBUTOR: VERCO S.A., Skwer Kard. S. Wyszyńskiego 5, lok. 6U, 01-015 Warszawa

1. International clinical recommendations on scar management. Muste TA, Cooter RD, Gold MH, Hobbs FD, Ramelet AA, Shake-speare PG, Stella M, Teot L, Wood FM, Ziegler UE; International Advisory Panel on Scar Management. *Plast Reconstr Surg*. 2002 Aug; 110(2): 560-7.

SUT/K/HC/39/062

WSPOMNIENIA
NIE POTRZEBUJĄ BLIZNY

HIV nie jest TABU

Jeszcze do niedawna zakażenie wirusem HIV było uznawane za problem osób zażywających środki odurzające oraz par homoseksualnych. Czy na pewno zakażenie HIV nie jest już w Polsce tematem tabu?



Agata Stola
Seksuolożka,
psychoterapeutka
i specjalistka
zdrowia publicznego,
autorka kampanii
„Projekt Test”



Dr n. med. Robert Kowalczyk
Kierownik Zakładu
Seksuologii Wydziału
Psychologii i Nauk
Humanistycznych
Krakowskiej
Akademii im.
Andrzeja Frycza
Modrzewskiego

„HIV mnie nie dotyczy” to chyba jednak wciąż aktualny stereotyp?

Dr Robert Kowalczyk: Odpowiedź na to pytanie jest złożona. Szacuje się, że co drugi zakażony nie wie o tym, że żyje z wirusem. Dodatkowo nadal tylko 10 proc. Polaków wykonało test na HIV. To może potwierdzać, że faktycznie wiele osób wciąż traktuje HIV jako temat, który ich nie dotyczy. Jest to bardzo niepokojące, bo trzeba pamiętać, że z bezobjawowym HIV można żyć nawet do 10 lat, co oznacza, że podejmowane w tym okresie kontakty seksualne, szczególnie te niezabezpieczone, wiążą się z bardzo wysokim ryzykiem zakażenia partnera. Rocznie wykrywamy ponad 1200 nowych zakażeń HIV i ta liczba co roku wzrasta, a my tylko u 30 proc. z tych zakażeń identyfikujemy, jaka była droga zakażenia. To garść danych epidemiologicznych wskazujących niską samoidentyfikowalność problemu. Istnieje jednak wiele czynników psychospołecznych, które budują takie przekonanie.

Agata Stola: W sidła stereotypu „mnie to nie dotyczy” łapią się przede wszystkim kobiety. Tu łączy się to jeszcze z jednym bardzo szkodliwym przeświadczeniem: narażona na zakażenie, to znaczy, że aktywna seksualnie z przypadkowymi partnerami, co znaczy, że „puszczalska”, „że się nie szanuje”. To są określenia, które słyszę od kobiet, którym proponuję takie badanie. „Za kogo mnie pani ma?”. Niestety, jest to również powodem tego, że w Polsce w XXI wieku rodzą się zakażone dzieci – kobieta zakażona HIV może spokojnie urodzić zdrowe dziecko, jeśli wie o swoim zakażeniu, a mimo to są kobiety, które odmawiają badania, tak samo jak są lekarze, ginekolodzy, którzy z premedytacją go nie zlecają. W punktach konsultacyjno-diagnostycznych tylko 1 na 6 osób wykonujących test to kobieta – dość paradoksalne, skoro kobieta dużo łatwiej zakaża się HIV ze względu na swoją budowę anatomiczną. Od lat w naszych kampaniach apelowaliśmy do kobiet, ale dopiero kampania „Koniec AIDS” przebiła szklany sufit i w końcu udało nam się dotrzeć do młodych, aktywnych seksualnie Polek. Mam nadzieję, że nie będzie to tylko jednorazowy zryw, tylko profilaktyczny nawyk, który wejdzie im w krew.

Dlaczego przez tyle lat baliśmy się HIV?

Dr Robert Kowalczyk: HIV został po raz pierwszy zidentyfikowany jako odrębny wirus w latach 80., a dokładnie w 1983 r. przez zespół Luca Montagniera z Instytutu Pasteura. Proszę pamiętać, że wtedy nie mieliśmy jeszcze skutecznych terapii do walki z wirusem, zakażenie niosło za sobą AIDS, czyli śmiertelną chorobę. W tamtym czasie o terapiach lekowych mówiliśmy głównie społeczność gejowska, drugą grupą, którą dotykało AIDS, byli iniekcijni użytkownicy narkotyków. I choć na AIDS umierali też ludzie z populacji ogólnej, heteroseksualne kobiety i mężczyźni, to niestety przyjęło się mówić, że jest to choroba dotykająca określone grupy. To spowodowało między innymi, że nie ma drugiej choroby tak silnie wbudowanej w społeczność osób nieheteroseksualnych, co dodatkowo utrudnia osobom nienależącym do niej identyfikację z tym zjawiskiem – dostarczając racjonalizacji do niewykonywania w tym kierunku badań. Takie podejście na szczęście jest coraz rzadziej prezentowane.

Zatem kogo konkretnie dotyczy HIV?

Agata Stola: Każdego, kto jest aktywny seksualnie. Jeśli mamy niezabezpieczony prezerwatywą kontakt seksualny z osobą, której statusu serologicznego nie znamy, to powinniśmy wykonać test. Tu nie ma miejsca na ideologię, po prostu trzeba się badać. Test to dobry, prozdrowotny nawyk. Ryzyko HIV nie dotyczy konkretnych grup społecznych, ale konkretnych, ryzykownych zachowań seksualnych – ryzykownych to znaczy takich, kiedy nie pojawiła się prezerwatywa, pękła czy była źle założona.

Jak najczęściej dochodzi do zakażenia HIV?

Dr Robert Kowalczyk: Mamy trzy drogi zakażeń: niezabezpieczone kontakty seksualne, droga krwipochodna, najczęściej związana z naruszeniem ciągłości tkanek, wynikającym z przyjmowania narkotyków drogą dożylną, i trzecia – wertykalna, czyli od zakażonej (nieleczzonej) matki na jej dziecko. Niestety, w Polsce nadal dochodzi do zakażenia drogą wertykalną. Łatwo temu zapobiec, bo badanie w kierunku HIV jest zalecane w ciąży – lekarz

ma obowiązek zaproponować badanie kobiecie w ciąży. Jednak statystyki pokazują, że wykonuje je tylko około 40 proc. ciężarnych. Dla porównania, we Francji test wykonuje aż 90 proc. kobiet w ciąży. Co ważne, w zwykłych kontaktach nie ma możliwości zakażenia.

A jeśli test zostanie wykonany i potwierdzi zakażenie – w takiej sytuacji chorzy mają wiele obaw, a w waszej kampanii „Koniec AIDS” mówicie, że każdy wynik jest dobry.

Agata Stola: Zgadza się, odbierając dodatni wynik, wygrywasz zdrowie i życie. Leczenie HIV jest w 100 proc. refundowane, a biorąc regularnie leki, można w zdrowiu dożyć spokojnej starości. Dzięki nowoczesnym terapiom ARV HIV stał się chorobą przewlekłą, jeśli jednak nie będzie leczony, to z czasem przejdzie w stadium AIDS, które jest chorobą śmiertelną. Przesłanie naszej kampanii „Koniec AIDS” jest banalnie proste: jeśli wykryjemy i zaczniemy leczyć wszystkie osoby seropoztywne, AIDS zwyczajnie się skończy.

”

Jeśli mamy niezabezpieczony prezerwatywą kontakt seksualny z osobą, której statusu serologicznego nie znamy, to powinniśmy wykonać test. Tu nie ma miejsca na ideologię, po prostu trzeba się badać.

Jak wygląda leczenie osób z zakażeniem HIV?

Dr Robert Kowalczyk: U osób zakażonych wdraża się terapię antyretrowirusową. Tego typu leczenie jest przewlekłe, ponieważ nie potrafimy jeszcze trwale usunąć wirusa z organizmu. Dzięki leczeniu osoba zakażona bardzo szybko staje się niskozakażona – leki zmniejszają namnażanie wirusa, dlatego jego poziom we krwi jest często niewykrywalny. A „niewykrywalny=niezakażalny”, co oznacza, że ryzyko w przypadku niezabezpieczonego kontaktu seksualnego jest bliskie zera. Zrobienie testu jest pierwszym krokiem, drugim – wdrożenie skutecznego leczenia. W ten sposób eliminujemy ryzyko AIDS i niwelujemy ryzyko kolejnych zakażeń.

i

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info



„
Dzięki badaniu wiem,
że nie przenoszę
genetycznie
nowotworu – jestem
bezpieczna, moje
dzieci nie zachorują.

Nawet o tym nie myślę – *po prostu się lecę*

Agata Janusiewicz z Poznania, mama dwójki maluchów, Ali i Leosia, od kilku miesięcy zмага się z rakiem jelita grubego. Choć w wieku 29 lat nikt nawet nie spodziewa się tak poważnej choroby, to Agata nie traci pogody ducha i nadziei na przyszłość.

Agata od wielu lat regularnie wykonywała badania profilaktyczne. Wspomina: *W pierwszej ciąży miałam niedobory żelaza, dlatego co rok robię testy. Zostało mi to przyzwyczajenie. Choć bardzo często słyszałam od różnych lekarzy: „A po co to pani? Przecież jest pani młoda, zdrowa”. Na początku tego roku Agata zrobiła badanie morfologii. Okazało się, że znów mam znaczne niedobory żelaza. Stosowałam przepisane suplementy, choć czułam się po nich fatalnie. Jednak znów lekarze mówili, że można to opanować dobrą dietą, że jestem za młoda na kolonoskopię, na gastrokopię też.*
Na początku lutego Agata zaobserwowała niepokojące objawy – najpierw silne bóle brzucha, a potem krwotok.

Zadzwońiłam do lekarza rodzinnego, ale zostałam zbyt. Na teleporadzie się skończyło. Co miałam robić? Natychmiast poszłam na kolonoskopię, tylko że prywatnie.
Okazało się, że Agata ma gruczolakoraka kątnicy z przerzutami do wątroby. Na leczenie musiała niestety jechać ponad 300 km, do Szczecina. Jak wspomina: *Na oddziale słyszałam historie ludzi, którzy odbijali się od szpitala do szpitala, bo oddziały były zamknięte lub przyjmowały tylko chorych na COVID. Gdyby nie wsparcie rodziny, która szukała dla mnie miejsca u dobrego specjalisty, i tutaj szczęścia, nie wiem, czy ja też tak bym nie skończyła.*
Agata szybko poradziła sobie ze stresem związanym z chorobą. Tłumaczy to tak: *Przecież rak to nie wyrok, ale po prostu*

Agata Janusiewicz
Mama dwójki maluchów, Ali i Leosia, od kilku miesięcy zмага się z rakiem jelita grubego

choroba przewlekła. Przyzwyczałam się do myśli, że jest. Poza tym medycyna postępuje, z miesiąca na miesiąc pojawiają się nowe opcje leczenia. Nawet nie myślę o tym, że walczę z rakiem. Po prostu się lecę. Mimo przyjmowania chemioterapii przez większość czasu czuję się jak zdrowy człowiek. Nic mnie nie boli, nawet nie wypadają mi włosy! To mnie przerażało przed chorobą, ta myśl, że będę łysa.
Nie mam czasu na myślenie o tym przy dwójce maluchów. Dzieci są oczywiście ciekawe, co się dzieje. Alusia pyta się, gdzie tak często jeżdżę, czemu łykam tabletki, robię zastrzyki. Nie mówię jej za dużo, nie wiem, czy czterolatka by zrozumiała. Tłumaczę tylko, że czasem tak jest, gdy jest się chorym.
Największe zmiany w życiu Agaty to zakaz pracy. Zajmuje się księgowością, teraz ze względu na trwającą chemioterapię nie jest w stanie pracować. Jak opowiada: *Po chemii jestem zmęczona, nie dam rady wysiedzieć 8 godzin przed komputerem. Rytm życia zaburzają jej też wyjazdy na leczenie do Szczecina. Wyjeżdżam na 4 dni, co dwa tygodnie. Muszę jeździć ponad 300 km w jedną stronę. Nie dałabym rady dotrzeć tam sama, po podaniu jestem osłabiona, bałabym się wsiąść za kierownicę. Ktoś mnie zawsze odwozi i przywozi.*
Choroba okazała się dla Agaty i jej rodziny dużym wyzwaniem finansowym. Dlatego założyła zbórkę w Fundacji Onkologicznej Alivia. Dzięki pomocy darczyńców łatwiej jej ponosić koszty częstych dojazdów na leczenie. Udało jej się także wykonać drogie badanie genetyczne, które pomoże w doborze optymalnej ścieżki leczenia. *Dzięki badaniu wiem, że nie przenoszę genetycznie nowotworu – jestem bezpieczna, moje dzieci nie zachorują. Oczywiście cała moja rodzina nadal musi się badać regularnie.*

i
Więcej informacji na stronie:
byczdrowym.info

Terapia biologiczna astmy – na czym polega i jaka jest jej dostępność w Polsce?

Astma jest uciążliwą chorobą przewlekłą. Ciężkie zaostrzenia astmy jest stanem zagrażającym życiu. Przełomowym postępowaniem w leczeniu wielu chorób jest terapia biologiczna. Leki te mają również zastosowanie w astmie.

Czy pacjenci w Polsce mają dostęp do najnowocześniejszej terapii? Jak wyglądają standardy polskie na tle światowych?

Postęp w medycynie, którego wyrazem jest terapia biologiczna astmy, dokonał się dzięki rozwojowi biotechnologii, inżynierii genetycznej i stałemu pogłębianiu wiedzy dotyczącej patomechanizmu chorób. Wiele ośrodków w Polsce prowadzi to leczenie. Mamy do dyspozycji leki biologiczne o różnym mechanizmie działania, co umożliwia zastosowanie optymalnego leku biologicznego u danego chorego. Wielu z nas – lekarzy w Polsce – ma bardzo dobre, wieloletnie doświadczenie dotyczące tego rodzaju leczenia, które przekonuje o wysokiej skuteczności i bezpieczeństwie terapii biologicznej. Nasze polskie doświadczenie jest w pełni spójne z wynikami obserwacji w innych krajach świata.



Prof. dr hab. n. med. Barbara Rogala
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Chair of Ethics Committee of EAACI European Academy of Allergology and Clinical Immunology, Członek Sekcji Terapii Biologicznej EAACI

Dlaczego leczenie biologiczne jest ważne w przypadku takich chorób jak astma?

Jest to o tyle ważne, że terapię tę stosuje się u chorych na astmę ciężką, która stanowi ryzyko zaostrzenia choroby prowadzącej do ostrej niewydolności oddechowej. Co więcej, chorzy na astmę ciężką, niezależnie od przewlekłego stosowania kortykosteroidów wziewnych (bezpiecznych i skutecznych w łżejszych postaciach choroby), często muszą stosować kortykosteroidy doustne albo dożylnie. Takie postępowanie stanowi ryzyko występowania niepożądanych skutków ubocznych. Zastosowanie leków biologicznych skutecznie zapobiega zaostrzeniom i pozwala na odstawienie kortykosteroidów ogólnoustrojowych. Jednocześnie terapia biologiczna wygasa objawy astmy. O tym przekonują zarówno wyniki badań, jak i doświadczenie kliniczne.

Jak wygląda obecnie dostęp chorych na astmę do terapii biologicznej?

Leki te są w pełni finansowane przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Dlatego też każdy chory ma dostęp do tego typu terapii. Kwalifikacja do leczenia biologicznego jest oparta na określonych zasadach, które warunkują skuteczność i bezpieczeństwo terapii. Chory kwalifikujący się do leczenia biologicznego to chory na ciężką postać astmy, w przebiegu której występują zaostrzenia bądź

też konieczność przyjmowania kortykosteroidów działających ogólnoustrojowo. Ocena uczulenia na alergen wziewny umożliwia dobór odpowiedniego dla danego chorego leku biologicznego.

Jak istotna jest edukacja i budowanie świadomości w zakresie leczenia biologicznego astmy ciężkiej wśród zarówno pacjentów, jak i lekarzy różnych specjalności?

Jest to niezwykle ważne. Powinno się informować pacjentów o tego typu możliwościach leczenia. Każdy chory powinien wiedzieć, że terapia biologiczna jest dostępna dla wszystkich wymagających tego sposobu leczenia, jest bezpieczna i skuteczna. Jak wynika z naszych obserwacji, pacjenci wielu poradni specjalistycznych mają taką wiedzę. Trzeba ją jednak dostarczać także do mniejszych ośrodków, gdzie ta świadomość jest niższa. Bardzo ważną rolę w szerzeniu tych informacji odgrywają m.in. media. Warto podkreślić, że cenna jest także współpraca w tym zakresie pomiędzy lekarzami POZ a specjalistami zajmującymi się leczeniem ciężkiej postaci astmy. Alergolog, pulmonolog i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni współpracować, aby zapewnić każdemu choremu kwalifikującemu się do tego typu leczenia możliwość zastosowania terapii biologicznej, która umożliwia wielu chorym na ciężką astmę normalną aktywność życiową.

Suplement diety

LipiForma plus

Droga do zdrowego stylu życia

z LipiFormą Plus

Suplement diety z monakoliną K dla osób dbających o prawidłowe stężenie cholesterolu





LipiForma plus zawiera: Monakolinę K – naturalną statynę z fermentowanego czerwonego ryżu, która pomaga w utrzymaniu prawidłowego stężenia cholesterolu we krwi. Witaminy z grupy B (B6, B12) – które biorą udział w prawidłowym metabolizmie homocysteiny. Ponadto przyczyniają się do utrzymania prawidłowego metabolizmu energetycznego. **Kwas foliowy** – który bierze udział w prawidłowym metabolizmie homocysteiny. **Chrom** – który pomaga w utrzymaniu prawidłowego metabolizmu glukozy oraz prawidłowego metabolizmu makroskładników odżywczych. **ZAŁECANE SPOŻYCIE:** Korzystne działanie występuje po spożyciu 1 kapsułki (10 mg monakoliny K z czerwonych drożdży z ryżu) dziennie, najlepiej wieczorem, podczas posiłku lub tuż po jedzeniu. Nie należy przekraczać zalecanej do spożycia dziennej porcji. **OSTRZEŻENIA:** Uwaga! Nie należy stosować u kobiet w ciąży oraz karmiących piersią, u osób z czynną chorobą 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 długotrwale jakichkolwiek leków. Nie stosować jednocześnie z lekami obniżającymi stężenie cholesterolu i innymi lekami hipolipemizującymi. W czasie stosowania produktu nie należy spożywać soku grejpfrutowego. Produkt przeznaczony dla osób dorosłych. Zrównoważony sposób żywienia i zdrowy tryb życia są ważne dla utrzymania prawidłowego stanu zdrowia. Suplement diety nie może być stosowany jako substytut (zamiennik) zróżnicowanej diety. Dystrybutor: Aurovitas Pharma Polska Sp. z o.o., ul. Sokratesa 13D lok. 27, 01-909 Warszawa, tel.: (22) 311 20 00, e-mail: office@aurovitas.pl

Więcej informacji na www.lipiforma.pl
Znajdziesz nas na 

AURO/PC/LPI/08/07/20



 **INSPIRACJE**

Masz wpływ na swój cholesterol

Preparaty z czerwonego ryżu zawierające monakolinę K uzyskały poziom rekomendacji 1A, czyli najwyższy. Można je polecać pacjentom mającym zbyt wysokie stężenie cholesterolu, którego nie udaje się obniżyć za pomocą trybu życia, ale nie mają jeszcze wskazania do terapii statynami, albo leczą się farmakologicznie, są blisko osiągnięcia celu terapeutycznego, jednak nie udaje się go osiągnąć.*

Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach
Kardiolog, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego

* K. Pinkosz, „Nutraceutyki obniżają cholesterol LDL, ale nie zastępują statyn”, Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach, <https://swiatlekarza.pl/nutraceutyki-obnizaja-cholesterol-ldl> (dostęp: 17.06.2021)

Monakolina K stanowi pomost między **leczeniem behawioralnym**, czyli zmianą stylu życia, a **farmakoterapią dyslipidemii**.

Monakolina K to **bioaktywny składnik czerwonego ryżu fermentowanego**, którego mechanizm działania jest taki, jak statyn – pomaga w utrzymaniu prawidłowego **stężenia cholesterolu**, zarówno całkowitego, jak i cholesterolu LDL.

U kogo można suplementować monakolinę K?

- » U osób, które nie wymagają **agresywnej terapii** zaburzeń lipidowych, a zmiana stylu życia* nie przynosi u nich pożądanego rezultatu.
- » U osób małego lub umiarkowanego **ryzyka sercowo-naczyniowego**.
- » U osób, które **nie tolerują statyn**.

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi postępowania w dyslipidemii, monakolina K może być **uzupełnieniem terapii chorych** z nieprawidłowym profilem lipidowym.

**redukcja masy ciała, zaprzestanie palenia, zmiana diety, aktywność fizyczna*

Pięsmiennictwo:
1. <https://pulsmedycyny.pl/monakolina-k-pomost-miedzy-leczeniem-behawioralnym-a-farmakoterapia-dyslipidemii-977058>
2. B. Wożakowska-Kapłon „Monakolina — pomost między prozdrowotną modyfikacją diety a farmakoterapią hipercholesterolemii” Folia Cardiologica 2016; 11, 4: 318–326
3. Wytyczne ESC/EAS dotyczące leczenia zaburzeń lipidowych w 2016 roku; Kardiologia Polska 2016; 74, 11: 1234–1318; DOI: 10.5603/KP.2016.0157

