

WITAMINA D

seniorze wzmocnij  
swoją odporność

CZERNIAK

jego rozpoznanie  
nie jest wyrokiem

HIPERURYKEMIA

nie warto  
rezygnować z badań

# SENIOR W CENTRUM *uwagi*



*Urszula Dudziak*

*„Nie podoba mi się stereotyp  
dotyczący wieku oraz to  
w jaki sposób są traktowane  
kobiety po menopauzie.*

*Ja trąbię z całej siły:  
Kobiety, przekwitacie po to,  
żeby rozkwitnąć na nowo.  
Patrzcie na mnie, mój złoty  
wiek zaczął się po 60tce!”*







# Zdrowie seniora w czasach koronawirusa

Jeśli coś się dzieje i zmienia się sytuacja kliniczna, seniorzy absolutnie nie powinni rezygnować z wizyt kontrolnych. Powinni też bezwzględnie zgłaszać się do lekarza, jeśli pojawiają się nowe dolegliwości lub objawy.



**Prof. dr hab. Katarzyna Wieczorkowska-Tobis**  
Przewodnicząca Zarządu Głównego PTG,  
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

**Współczynnik śmiertelności związanej z COVID-19 jest w grupie seniorów najwyższy. Które choroby przewlekłe specyficzne dla tej grupy są w tym kontekście najgroźniejsze?**

Wpływ wieku na zachorowalność, konieczność hospitalizacji, a także śmiertelność na COVID-19 ma charakter dynamiczny, czyli zmienia się na naszych oczach. Ważne znaczenie mają tu szczepienia. Rozpoczęto je od grup największego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, zatem osoby najstarsze (w tym przede wszystkim te, które mają 70 i więcej lat) są już w znacznym odsetku zaszczepione. Dlatego współczynnik śmiertelności w grupach osób najstarszych nie jest już obecnie tak wysoki jak dawniej.

Według danych Europejskiego Centrum Prewencji i Kontroli Chorób oraz WHO, ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, poza wiekiem, który określa się na 70 i więcej lat, jest zwiększone u chorych z cukrzycą, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc i ciężką astmą oraz chorobą nowotworową, zarówno obecną, jak i w wywiadzie w okresie 5 lat wstecz. Ryzyko zachorowania jest także zwiększone u osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego (np. niewydolność serca czy choroba niedokrwienna serca). Nie ma zgody, czy do chorób tych należy także nadciśnienie, ponieważ jedne badania to potwierdzają, a inne nie. Choroby zwiększające ryzyko ciężkiego przebiegu albo modyfikują działanie naszego układu odpornościowego albo wpływają na funkcje płuc. Nie są one specyficzne dla osób starszych, ale zaawansowany wiek jest dla nich ważnym

czynnikiem ryzyka – stąd osoby starsze chorują na COVID-19 częściej niż młode.

Warto też pamiętać, że gorsza odporność organizmu może być związana z niedoborami witaminy D. Jest to ważne, bo jak pokazuje badanie PolSenior, ponad 80% starszych mężczyzn i ponad 90% starszych kobiet ma niedobory tej witaminy. Dla utrzymania prawidłowych poziomów tej witaminy rekomendowana jest jej suplementacja przez cały rok.

**Jakie są zalecenia dla pacjentów geriatrycznych dotyczące kontynuacji leczenia chorób przewlekłych?**

Nie ma specjalnych zaleceń dla pacjentów geriatrycznych – wszyscy pacjenci z chorobami przewlekłymi bezwzględnie powinni kontynuować leczenie – ten fakt nie budzi wątpliwości. Sytuacja pacjentów geriatrycznych jest może o tyle szczególna, że są oni często leczeni równolegle przez wielu specjalistów. Pacjenta geriatrycznego nie definiuje się wiekiem, ale stanem klinicznym – jest to pacjent ze złożoną wielochorobowością, czyli taki, u którego współistnieje wiele różnych chorób. Jeśli jest on leczony jedynie zgodnie z zasadami leczenia poszczególnych chorób, ale bez podejścia geriatrycznego, prowadzić to może do jednoczesnego stosowania dużej liczby leków, co z kolei często powoduje polipragmatyzm (niewłaściwe leczenie: różne stosowane leki mogą znosić swój efekt lub nasilać działania niepożądane). Kontynuowanie równoległego leczenia kilku chorób przewlekłych jest więc ze względów oczywistych znacznie trudniejsze. Wymaga całościowego spojrzenia, co w sytuacji różnych ograniczeń w funkcjonowaniu służby zdrowia, z którymi mamy do czynienia podczas pandemii, może być utrudnione.

Tak więc – jeśli coś się dzieje i zmienia się sytuacja kliniczna – pacjenci absolutnie nie powinni rezygnować z wizyt kontrolnych. Powinni też bezwzględnie zgłaszać się do lekarza, jeśli pojawiają się nowe dolegliwości lub objawy. Ważne jest, aby pamiętać, że samo nasilenie objawów chorób przewlekłych może manifestować COVID-19, nawet przy braku jakichkolwiek innych objawów. Pamiętać trzeba też, że takie problemy jak upadki lub majaczenie, czyli nagłe objawy manifestujące zaburzenia pracy mózgu, albo po prostu pogorszenie codziennego funkcjonowania u najstarszych chorych wymagają szczególnej diagnostyki, gdyż mogą występować w przebiegu tak różnych chorób jak zapalenie płuc, niewydolność serca, zaburzenia funkcji tarczycy, anemia czy jako skutki niepożądanych działań leków.

**W dobie COVID-19 wizyty lekarskie zostały zastąpione teleporadami, czy taki model kontaktu sprawdza się w opiece nad pacjentem geriatrycznym?**

Jakiś czas temu zapowiedziano, że osoby starsze to grupa, u której wizyty będą się odbywać tylko w formie kontaktowej, do czego jednak nie doszło. Zmieniono jedynie zasady obowiązujące małe dzieci. Tymczasem u chorych w zaawansowanym wieku, zwłaszcza po 80 roku życia, udzielanie porad przez telefon jest szczególnie trudne. Pacjenci ci często gorzej słyszą, co samo z siebie powoduje, że kontakt telefoniczny może być niepełny. Wraz z wiekiem wzrasta też ryzyko zaburzeń poznawczych, w tym zaburzeń koncentracji uwagi czy pamięci.



*...u chorych w zaawansowanym wieku, zwłaszcza po 80 roku życia, udzielanie porad przez telefon jest szczególnie trudne*

Dodatkowo nasilać je może stres, a niewątpliwie taki wiąże się z poradami udzielanymi przez telefon, kiedy wiele rzeczy trzeba szybko zapisać lub zapamiętać. Wszystko to utrudnia zarówno zebranie wywiadu, jak i często też czyni zalecenia niemożliwymi do zrealizowania. Konsultacja telefoniczna jest możliwa u pacjentów, którzy wymagają tylko zmiany dawki leku, niemniej we wszystkich przypadkach, kiedy sytuacja się zmienia, konieczne jest zbadanie pacjenta. Pamiętać bowiem trzeba, że objawy chorobowe mogą być niecharakterystyczne, co sprawia, że telefoniczny kontakt bez obejrzenia pacjenta jest niewystarczający. W przypadku pierwszej wizyty pacjenta geriatrycznego, przy potrzebie oceny sprawności we wszystkich zakresach (ocena sprawności fizycznej, poznawczej, ocena nastroju itd.) naprawdę nie umiem sobie takiej oceny przez telefon wyobrazić.

Szczególne ważne jest zbadanie pacjenta i monitorowanie jego stanu, jeśli przebył on COVID-19. Nasze badania pokazały, że czynnikiem ryzyka zgonu w okresie szpitalnym jest znaczna niesprawność przed zachorowaniem na COVID-19, czyli wcale nie w okresie tuż przed hospitalizacją. Grupa tych chorych szczególnie wymaga właściwej oceny wykonanej w kontakcie.

PARTNERZY KAMPANII



Teksty i opracowanie redakcyjne: [redakcja@healthdirectionmedia.pl](mailto:redakcja@healthdirectionmedia.pl) / Skład: Maria Piskorska [maria.piskorska@healthdirectionmedia.pl](mailto:maria.piskorska@healthdirectionmedia.pl) / Fotografie: shutterstock, zasoby własne / Druk: Agora S.A.  
Kontakt z Health Direction Media: [redakcja@healthdirectionmedia.pl](mailto:redakcja@healthdirectionmedia.pl) / Wydawca: Health Direction Media ul. Gradowa 10, 61-680 Poznań

Jesteśmy dla Ciebie:

[Facebook.com/pacjentilekarz](https://www.facebook.com/pacjentilekarz)

[pacjent.i.lekarz](https://www.instagram.com/pacjent.i.lekarz)

Please recycle



**Dr hab. n. med.  
Grażyna Kamińska-Winciorek**

Prof. NIO - BIP, kierownik Zespołu ds. Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

# Rozpoznanie czerniaka nie jest wyrokiem

Wykrycie czerniaka na wczesnym etapie, a następnie jego chirurgiczne usunięcie, daje szansę na całkowite wyleczenie.



## Jaka jest wykrywalność czerniaka w Polsce?

Liczba wykrywanych czerniaków w naszym kraju w ciągu ostatnich 20 lat uległa potrojeniu. Obecnie diagnozuje się ich ok. 3600 rocznie. Niestety, Polska należy do krajów, w których wykrywalność czerniaka następuje w dość późnych stadiach i nie wynika to raczej z organizacji systemu opieki zdrowotnej, ponieważ każdy pacjent, który zauważy podejrzaną zmianę może udać się bez skierowania do dermatologa, chirurga czy onkologa.

## Czy dermatolodzy coraz chętniej proponują pacjentom badania dermoskopowe?

Obowiązkiem każdego dermatologa jest przeprowadzenie - oprócz dokładnej oceny klinicznej całego ciała - badania dermoskopowego. Posiadanie takiego sprzętu zalecane jest przez NFZ. Jest on dostępny również w niektórych poradniach chirurgicznych oraz onkologicznych. Dermoskopia nazywana jest „badaniem 1 minuty przed czerniakiem”. Obliczono bowiem, że średnia liczba znamion w populacji polskiej wynosi od 15 do 25. Obejrzenie każdego ogniska zajmuje ok. sekundy, dzięki czemu w ciągu mniej więcej minuty można sprawdzić je wszystkie. Jest to bardzo drogocenna minuta, która może uratować pacjentowi życie. Dermoskopowo można przy tym rozróżnić, jaki charakter ma zmiana i ewentualnie zakwalifikować ją do wycięcia, chociaż ostatecznie weryfikuje to badanie histopatologiczne.

## Jakie objawy powinny zaniepokoić seniora i skłonić do wizyty u specjalisty?

Przed wszystkim pojedyncze nowo powstałe zmiany, zwłaszcza u osób po 50. roku życia, ale także zmiany zachodzące w obrębie istniejącego już znamienia, takie jak przebarwienie, odbarwienie, czerwona obwódka, złuszczenie, zmiana barwy. Kontroli wymagają zwłaszcza zmiany asymetryczne, z poszarpanymi brzegami, o średnicy powyżej 6 mm, dające dziwne odczucia na skórze, np. świąd. Owrzodzenie, sączenie wydzieliny krwistej lub ropnej mogą być objawami zaawansowanych czerniaków. Niepokojące są też szybko rosnące czerwone guzki, zmiany wypukłe i spoisłe. W ten sposób - poza czerniakiem guzkowym - mogą objawiać się raki neuroendokrynne i płaskonabłonkowe, czy chłoniaki.



*Niestety wykrywalność czerniaka następuje w dość późnych stadiach*

Warto dodać, że w Polsce mediana zachorowania na czerniaka do niedawna wynosiła 50 lat. Aktualnie na świecie obserwuje się trendy jej obniżania ze względu na częstsze opalanie oraz

większą dostępność podróży z krótkotrwałymi, ale bardzo intensywnymi ekspozycjami na słońce i uczęszczanie na solaria. To bardzo poważne czynniki ryzyka i powód, dla którego mediana wieku zachorowania na czerniaka, zwłaszcza u kobiet spadła poniżej 40. roku życia.

## W jaki sposób diagnozowany jest ten nowotwór?

Pierwszym krokiem jest obejrzenie skóry całego ciała, a następnie wykonanie dermoskopii ręcznej wszystkich zmian na ciele. Standardowym postępowaniem w przypadku podejrzenia czerniaka jest tzw. biopsja wycinająca, czyli wycięcie całej zmiany, a następnie zbadanie jej pod kątem histopatologicznym. Lekarz powinien zasugerować patomorfologowi, czego spodziewa się w danym preparacie. Wstępne podejrzenie kliniczne ułatwia dalsze różnicowanie materiału.

## Czy wczesne wykrycie daje duże szanse na wyleczenie?

Wykrycie czerniaka, który nie przekracza warstwy podstawnej naskórki, a następnie jego chirurgiczne usunięcie daje szansę na całkowite wyleczenie! Taki pacjent poza stałą obserwacją dermoskopową nie wymaga żadnych innych działań. Pamiętajmy jednak, że nawet wczesne wykrycie i usunięcie czerniaka nie daje gwarancji, że nie będą pojawiać się kolejne pierwotne ogniska choroby. Dotyczy to nawet do 7 proc. pacjentów, więc trzeba zachować czujność.



**Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski**

Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanki Miękkich, Kości i Czerniaków Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

# Polscy pacjenci mają już dostęp do innowacyjnych leków

Dzięki postępowi medycyny przeżycia 5-letnie w przerzutowym czerniaku zwiększyły się z ok. 5 proc. do ponad 50 proc.

## Jeszcze kilka lat temu lekarze nie mogli zaproponować chorym zbyt wielu skutecznych terapii.

### Jak w chwili obecnej wygląda ta sytuacja?

Obecnie 95 proc. wczesnie wykrytych czerniaków jest z powodzeniem leczona chirurgicznie. W przypadku wystąpienia przerzutów, np. do węzłów chłonnych, rzeczywiście, przez wiele lat nie można było chorym nic więcej zaproponować. Postęp zaczął się 10 lat temu. Dzięki temu przeżycia 5-letnie w przerzutowym czerniaku zwiększyły się z ok. 5 proc. do ponad 50 proc. Ma to związek z wprowadzeniem dwóch przełomowych terapii. Pierwszą jest immunoterapia, która w ogóle stanowi rewolucyjne odkrycie w medycynie. Nie działa ona bezpośrednio na nowotwór, ale aktywuje komórki układu odpornościowego po to, aby same rozpoczęły walkę z nowotworem. Odblokowanie tzw. inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego, pozwala mu na wznowienie aktywności. W czerniaku stosowane są dwa rodzaje przeciwciał anti-PD-1 (niwolumab i pembrolizumab) oraz anti-CTLA-4 (ipilimumab).

Drugą nowatorską metodą terapeutyczną jest leczenie ukierunkowane molekularnie. Około połowa czerniaków ma mutację w genie *BRAF*. Oznaczana jest ona za pomocą technik biologii molekularnej i jeżeli zostanie stwierdzona to można zastosować leki działające konkretnie na białka *BRAF* i MEK. Istnieją trzy kombinacje tych leków: dabrafenib z trametynibem, wemurafenib z kobimetynibem oraz najnowsza - enkorafenib z binimetynibem.

## Czym różnią się te sposoby leczenia?

Immunoterapia działa powoli, ale długotrwałe, przez co jest skuteczniejsza. Dotyczy to zwłaszcza immunoterapii skojarzonej anti-PD-1 z anti-CTLA-4. Jednocześnie jednak niesie ona za sobą wiele skutków ubocznych. Jednym z nich jest nadmierna aktywacja układu odpornościowego, co może skutkować auto-agresją. Szczególnie toksyczne jest połączenie wspomnianych leków. W tym przypadku ciężkie działania niepożądane mogą dotyczyć nawet ok. 60 proc. chorych. Z kolei leczenie celowane działa bardzo szybko, ale może pojawiać się na nie oporność, przez co w perspektywie długoterminowej jest ono mniej efektywne. Często nie ma jednak czasu, by u danego pacjenta zadziałała immunoterapia i wtedy jedynym ratunkiem u pacjentów z mutacją *BRAF* jest zastosowanie leczenia ukierunkowanego molekularnie. Poza tym, mimo, że każda terapia ma swoje skutki uboczne, to w tym przypadku jest ich o wiele mniej. Co więcej, ustępują one od razu po zaprzestaniu leczenia.

## Czy pacjenci w Polsce mają dostęp do tych innowacyjnych metod leczenia?

Do wszystkich tych leków pacjenci z zaawansowanym czerniakiem mają dostęp w ramach programów lekowych w wybranych ośrodkach, których jest obecnie w Polsce 27. Co więcej, wspomniane sposoby leczenia można zastosować nie tylko w przypadku chorych z przerzutowym czerniakiem, ale również na wcześniejszym etapie w celu zapobiegania nawrotowi

choroby, np. po wycięciu czerniaka wraz z zajęętym przerzutami węzłem chłonnym. Stosowanie leczenia uzupełniającego przez rok zmniejsza o 20 proc. ryzyko nawrotu choroby w długim okresie czasu.



*Około połowa czerniaków ma mutację w genie BRAF. Oznaczana jest ona za pomocą technik biologii molekularnej*

## Leczenie powinno być prowadzone w specjalistycznych ośrodkach. Dlaczego?

Pacjent ma tam zapewnioną kompleksową opiekę. W razie potrzeby można w nich wykonać wszystkie badania diagnostyczne, a zespół doświadczonych specjalistów umie poradzić sobie nawet z ciężkimi powikłaniami leczenia. Oczywiście, nie zwalnia to pacjenta z zachowania czujności i dobrej współpracy z lekarzami, bo tylko to gwarantuje sukces terapeutyczny.



# Wolę być szczęśliwa niż mieć rację

## Urszula Dudziak

Polska wokalistka i kompozytorka jazzowa

to, żeby rozkwitnąć na nowo. Patrzcie na mnie, mój złoty wiek zaczął się po 60tce! Na koszulce noszę napis: age is just the numer (wiek to tylko liczba). Dla mnie wiek to stan umysłu, który dał mi wolność, dlatego noszę go jak koronę.

### Pani Urszulo, żyje Pani aktywnie i pełnią życia, jak osiągnąć taką formę?

Uważam, że najważniejszy jest stan umysłu. Pilnuję własnych myśli, bo one się materializują, czyli się spełniają. What you pay attention to.... grows (Deep Chopra) czyli nad czym się skupiasz to rośnie. Wiem, że mam wybór i z niego korzystam, przyzwyczajam się do tych dobrych wyborów i one stają się moim charakterem. Nie narzekam, nie oceniam, patrzę na życie z dystansem, bardzo często się uśmiecham, cenię poczucie humoru i zawsze jestem dobrej myśli. A fizycznie? Chodzę wszędzie na piechotę, gimnastykuję się nie więcej niż 20 min. (czyli nie przesadzam), odżywiam się w miarę zdrowo, uciekam często na wieś. Jest piękne powiedzenie: do miasta po wiedzę, na wieś po rozum. A kim jestem? Życiową wiercipiętą.

### Co zrobić, żeby tak się chciało jak Pani?

Nie myśleć i nie powtarzać: Ja już tak mam, to moje geny (a tak naprawdę to geny przekazują nam informacje, a co z tymi informacjami zrobimy to już od nas zależy), taki mam charakter, ciężko mi to przychodzi, nie potrafię się zmienić, to za trudne. Dobierać sobie przyjaciół z energią, pasją, pełnych ciekawych pomysłów. Czytać dobre, inspirujące książki. To my jesteśmy na-

szymi pilotami i to my dajemy polecenia, które nasz mózg wykonuje. Powtarzamy, jak nawiedzona papuga; Chce mi się, już to robię, mam dużo energii, korzystam z każdej chwili, idę śladami Dudziakowej! (śmiech).

### Czy w Polsce mamy problem ze starzeniem się?

Mamy i to bardzo duży. W naszym stereotypowym myśleniu starzenie się jest chorobą. A przecież to jest naturalny proces dotyczący każdego i do tego ząb czasu gryzie nas wszystkich jednakowo. Nie podobają mi się stwierdzenia staruszka czy wiek sędziwy.

Dla mnie istnieją trzy etapy w życiu: dzieciństwo, wiek dojrzały i koniec. Jest też głęboka przepaść między starszą generacją a młodszą. Młodzież patrzy spode łba na dinozaurów i przebiera nogami, żeby wskoczyć na ich miejsce, a starsi zazdroszczą młodziemu, że bez zmarszczek, z przyszłością. Zasypujemy tę przepaść, która nas dzieli. Uczcie się od nas, a my od Was. Razem będzie nam lepiej i szczęśliwiej.

### Jaką prawdą życiową chciałaby Pani podzielić się z czytelnikami?

Szkoda życia na kłótnie, stres, ciągłą gonitwę, kupowanie i wyrzucanie, wieczne udawanie, że mamy rację. Powtarzamy sobie: Wolę być szczęśliwa niż mieć rację. Jak to powiedzenie wkodujemy w każdą komórkę naszego ciała, to okaże się, że zaczniemy słuchać co inni mówią i po pewnym czasie spotkamy się w połowie drogi z naszymi rozmówcami, czyli znajdziemy kompromis, a tego bardzo, szczególnie dzisiaj potrzebujemy.



*Dla mnie wiek to stan umysłu, który dał mi wolność, dlatego noszę go jak koronę*

### Wiek to kwestia do negocjacji - twierdzi Jane Fonda. Jak duże znaczenie ma on dla Pani?

Jest istotny, kiedy muszę podać swój pesel (np. przy załatwianiu spraw urzędowych) i tylko wtedy. Nie podoba mi się stereotyp dotyczący wieku oraz to w jaki sposób są traktowane kobiety po menopauzie. Ja trąbię z całej siły: Kobiety, przekwitacie po



**Dr Anna Zimny-Zajac**

Redaktor Naczelna Medonet.pl, biotechnolożka

## Jak polscy seniorzy dbają o swoje zdrowie?

Jako społeczeństwo szybko się starzejemy, więc w ostatnich latach dbanie o dobre zdrowie nabiera zupełnie nowego znaczenia.

Polska pod względem demografii nie jest wyjątkiem w Europie – z roku na rok udział osób starszych w naszej populacji rośnie. Na koniec 2018 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wynosiła w Polsce 9,5 mln, co stanowiło blisko 25 proc. ogółu mieszkańców – podaje najświeższy raport GUS nt. sytuacji osób starszych w Polsce z 2020 roku. Jak zaznaczają eksperci, w roku 2050 ludność w tym wieku będzie stanowić aż 40 proc. społeczeństwa.

Jak osoby powyżej sześćdziesiątego roku życia dbają o swoje zdrowie? Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020 przeprowadzony przez serwis Medonet - największe badanie zdrowia w polskim internecie – pokazał, że znacznie lepiej niż młodsze pokolenia, choć jeszcze wiele można zrobić, by żyć dłużej i w lepszym zdrowiu.

Na pewno do większej dbałości o swój organizm motywują problemy zdrowotne, a te u seniorów nie są rzadkością - aż 75 proc. osób 65+ cierpi na choroby przewlekłe lub długotrwałe problemy zdrowotne. U 60 proc. osób 65+ zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze, u 28. proc. choroby serca, u 21 proc. cukrzycę, u 14 proc. alergię lub astmę, u 8 proc. depresję - wskazuje NTZP2020.

Należy też odnotować, że prawie 80 proc. seniorów ma problem z nadmierną masą ciała, mimo że nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka wielu chorób przewlekłych, w tym cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych i raka.

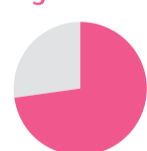
Jak w kontekście tych chorób seniorzy troszczą się o swoje zdrowie? Popatrzmy na odpowiedzi udzielone przez osoby z grupy 65+. 15 proc. z nich szczepi się na grypę (w porównaniu z 2 proc. osób w wieku 25-34 lat). Seniorzy też znacznie częściej wykonują regularne badania profilaktyczne i przesiewowe. 91 proc. regularnie bada ciśnienie krwi, 72 proc. regularnie wykonuje morfologię krwi, 73 proc. bada poziom cukru we krwi, a 68 proc. poziom cholesterolu. Niestety nie wszystko wygląda idealnie – przykładem jest m.in. kolonoskopia, której nigdy w swoim życiu nie wykonało aż 54 proc. z nich, mimo że jest ona podstawowym badaniem w profilaktyce raka jelita grubego.

NTZP2020 pokazał też, że styl życia seniorów jest zwykle zdrowszy niż młodszych osób. To właśnie osoby z grupy wiekowej 65+ najczęściej regularnie włączają do swojej diety warzywa i owoce, najrzadziej doświadczają stresujących sytuacji, praktycznie w ogóle nie jadają fast-foodów, najlepiej dbają też o prawidłową ilość snu.

Kluczowe w dbaniu o zdrowie seniora są zarówno regularne badania, jak i zdrowy, aktywny styl życia. Nie bez znaczenia jest też odpowiedni dostęp do opieki medycznej – zarówno tej podstawowej, jak i wyspecjalizowanych poradni geriatrycznych (których wg GUS w grudniu 2018 r. działało 146). W każdej z tych dziedzin możemy jeszcze wiele zrobić.

### Czy kiedykolwiek robił(-a) Pan/Pani poniższe badanie?

#### Rentgen klatki piersiowej



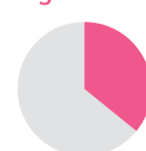
73% TAK  
27% nigdy

65+



96% TAK  
4% nigdy

#### USG jamy brzusznej



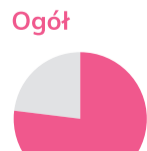
64% TAK  
36% nigdy

65+



83% TAK  
17% nigdy

#### EKG serca



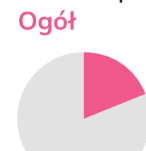
77% TAK  
23% nigdy

65+



95% TAK  
5% nigdy

#### Kolonoskopia



19% TAK  
81% nigdy

65+



46% TAK  
54% nigdy

# Jak leczy się chorych na raka płuca w wieku podeszłym



**Dr n. med. Izabela Chmielewska**

Katedra i Klinika Pneumologii, Onkologii i Alergologii  
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



Osoby w wieku podeszłym stanowią grupę największego ryzyka zachorowania na raka płuca. Wynika to przede wszystkim z wieloletniego narażenia na tytoń. W tej grupie należy wykazywać szczególną czujność onkologiczną.

## Jakie symptomy mogą wskazywać na rozwijającego się raka płuca?

### Co powinno nas zaniepokoić i skłonić do wizyty u lekarza?

Najczęstszym symptomem raka płuca jest kaszel. Dotyczy większości chorych, ale często nie budzi niepokoju, ponieważ może również towarzyszyć innym przewlekłym chorobom płuc takim jak astma oskrzelowa czy przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). Kaszel towarzyszy też na co dzień palaczom i dlatego bywa przez nich bagatelizowany. Należy pamiętać, że kaszel, który trwa powyżej sześciu tygodni, zmienia swój charakter, np. zaczyna pojawiać się w nocy, w ciągu dnia, nie tylko w godzinach porannych, powinien budzić niepokój i stać się impulsem do konsultacji z lekarzem.

Kolejne objawy to duszność, ból w klatce piersiowej, a także chrypka, często towarzysząca guzowi w płucach, który rozrasta się w klatce piersiowej, śródpiersi i uciska na nerw krtaniowy. Z reguły największy niepokój budzi krwioplucie. Wszystkie te objawy nie powinny być bagatelizowane przez chorego i powinny być zgłoszone lekarzowi rodzinemu. Pierwsza konsultacja może się odbyć w formie telewizyjnej, podczas której zostaną zlecone badania i z ich wynikami pacjent powinien zgłosić się na bezpośrednią wizytę.

## Czy rak płuca jest związany z wiekiem?

### Jakie jest ryzyko wystąpienia raka płuca u osoby powyżej 65. roku życia?

W Polsce na raka płuca zapada każdego roku ok. 23 tys. osób. Trzy razy częściej chorują mężczyźni niż kobiety i rzeczywiście rak płuca występuje głównie u osób po 65. r.ż. 1/3 chorych stanowią seniorzy po 70.r.ż. Możemy powiedzieć, że pacjenci w wieku podeszłym stanowią grupę największego ryzyka. Wynika to przede wszystkim z wieloletniego narażenia na tytoń. W tej grupie należy wykazywać szczególną czujność onkologiczną.

## Czy leczenie chorych w podeszłym wieku różni się stopniem agresywności w porównaniu z terapią osób młodszych?

Choroba w podeszłym wieku przebiega w trochę inny sposób. Częściej, paradoksalnie, u osób starszych jej postęp jest wolniejszy i pacjent adaptuje się do towarzyszących jej objawów. U osób młodszych jest to zazwyczaj bardziej objawowa choroba, która postępuje zdecydowanie szybciej i agresywniej.

Leczenie seniorów jest nieco trudniejsze z uwagi na liczne choroby współistniejące, które muszą być brane pod uwagę przy rozpoczynaniu leczenia onkologicznego, podobnie jak ilości przyjmowanych leków. Natomiast sam wiek nie jest kryterium decydującym o sposobie leczenia. Jeżeli pacjent jest w dobrym stanie ogólnym, ma dobre wyniki badań laboratoryjnych, to będzie leczony w podobny sposób, jak pacjent młodszy. Sposób leczenia zależy również od wyników badań predykcyjnych, czyli tzw. biomarkerów, które mogą nakierować lekarzy np. na leczenie celowane, ukierunkowane molekularnie.

## W ostatnim czasie zestaw leków stosowanych w niedrobnokomórkowym raku płuca zdecydowanie się poszerzył i oprócz terapii ukierunkowanych molekularnie, zależnych od uwarunkowań genetycznych, dostępna jest również immunoterapia. Na czym ona polega?

Panuje tendencja, żeby za wszelką cenę uniknąć stosowania chemioterapii, która jest toksyczna i uszkadza zarówno chore komórki, jak i zdrowe. Immunoterapia pozwala uruchomić własne zasoby organizmu do walki z komórkami nowotworowymi. Leki immunokompetentne uaktywniają układ immunologiczny chorego do zwalczania komórek nowotworowych. Takie leczenie u niektórych chorych może być stosowane w monoterapii, bez konieczności dołączenia chemioterapii. Wówczas jest to leczenie skuteczniejsze i bezpieczniejsze. Natomiast trzeba pamiętać, że wymaga bardzo dobrej współpracy pacjenta z lekarzem, ponieważ powikłania, które mogą wystąpić po immunoterapii, powinny być jak najszybciej wykryte, czyli pacjent powinien szybko zgłaszać dolegliwości i niepokojące objawy, aby można było zareagować. Immunoterapia ma zastosowanie zarówno w I jak i II linii leczenia. W I linii od stycznia tego roku mamy do dyspozycji leczenie skojarzone polegające na podawaniu chemioterapii razem z immunoterapią u tych pacjentów, u których sama immunoterapia nie byłaby wystarczająca.

## Czy można powiedzieć, że dzięki tym zmianom, które zostały wprowadzone od stycznia tego roku, zbliżamy się do momentu, kiedy rak płuca stanie się chorobą przewlekłą?

Myszę, że tak można powiedzieć. Powoli zbliżamy się do takiego stanu, kiedy rak płuca będzie chorobą przewlekłą. Mamy już pacjentów, którzy mimo choroby rozsiaanej, czyli występowania odległych przerzutów, dzięki immunoterapii żyją kilka lat. Najdłuższe przeżycie tak leczonego pacjenta to 7 lat. Jeszcze niedawno nawet nie myśleliśmy o tak długim przeżyciu, ono było liczone w tygodniach, najwyżej miesiącach. Teraz pacjenci żyją znacznie dłużej przy zachowanej dobrej jakości życia, bo immunoterapia nie jest uciążliwa dla chorego - przychodzi on do kliniki raz na dwa-trzy tygodnie, a czasami nawet raz na sześć tygodni, otrzymuje krótkotrwały wlew dożylny i funkcjonuje bardzo dobrze.



**Prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko**  
Zakład Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie



## Na etapie diagnostyki kluczowe jest wykonanie pełnego badania patomorfologicznego

### Jak powinna wyglądać właściwa ścieżka diagnostyczna pacjenta z rakiem niedrobnokomórkowym płuca

Szybka, kompletna i kompleksowa diagnostyka zmian w płucach, a w przypadku raka płuca diagnostyka obejmująca również pełny zakres biomarkerów nabiera coraz większego znaczenia ze względu na stale poszerzający się w Polsce dostęp do nowoczesnych form leczenia tego nowotworu. Aby było to możliwe, konieczna jest współpraca specjalistów nadzorujących proces diagnostyczny, a później leczenie, a więc pulmonologów, onkologów klinicznych, radioterapeutów oraz torakochirurgów. Zespół wielodyscyplinarny to najlepsza forma podejmowania decyzji niezależnie od stopnia zaawansowania choroby. Rak płuca jest nowotworem wymagającym, trudnym, konieczna jest więc wiedza i doświadczenie wielospecjalistyczne.

Na etapie diagnostyki kluczowe jest wykonanie pełnego badania patomorfologicznego, tym czasem w zaawansowanej postaci choroby z reguły dysponujemy tylko skąpym materiałem biopsyjnym. Doświadczenie i wiedza specjalisty patomorfologa są więc bezcenne. Musi zostać określony typ i podtyp raka oraz stopień zaawansowania nowotworu. U chorych z zaawansowanym procesem chorobowym, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego należy też wykonać pełną diagnostykę molekularną. Ze względu na oszczędność czasu i materiału biopsyjnego optymalne jest równoczesne oznaczenie biomarkerów. Diagnostyka molekularna wymaga zastosowania szeregu nowoczesnych wysokospecjalistycznych metod, dobieranych w zależności od rodzaju i jakości próbki oraz analizowanego biomarkera. Wyzwaniem bywa też interpretacja wyników badań. Dlatego też tego typu analizy powinny być wykonywane wyłącznie w ośrodkach wysokospecjalistycznych, które dysponują stosownym wyposażeniem i doświadczoną kadrą.

Wykonanie kompleksowej diagnostyki jest w niedrobnokomórkowym raku płuca absolutnie krytyczne. Tylko wówczas lekarz może dobrać i zaproponować choremu optymalną formę leczenia. Pełna diagnostyka powinna obejmować każdego chorego niezależnie od podtypu niedrobnokomórkowego raka płuca, a więc zarówno pacjentów z rakiem płaskonabłonkowym jak i niepłaskonabłonkowym. To bardzo ważne, ponieważ w zakresie dostępu do nowoczesnych leków w Polsce mamy już prawie standard europejski. Możemy więc dążyć do indywidualnego dobrania leczenia zgodnie z charakterystyką molekularną konkretnego nowotworu. Możliwości jest dużo, ale wyłącznie pod warunkiem wykonania pełnej diagnostyki.





**Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz**

Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

# Hiperurykemia zwiększa ryzyko zachorowania na choroby serca i naczyń

W terapii hiperurykemii niezwykle ważne jest regularne oznaczanie stężenia kwasu moczowego i dopasowywanie dawki leku do aktualnych wartości. Nie można na własną rękę zaniechać ani modyfikować leczenia.

**Jakiej liczby Polaków może dotyczyć hiperurykemia?**  
Nie jest znana konkretna liczba, ale można ją oszacować na podstawie liczebności grup osób, które mają zwiększone ryzyko zachorowania na nią. Szacuje się, że połowa chorujących na nadciśnienie tętnicze ma hiperurykemię, czyli 5 mln, 40 proc. chorych na cukrzycę, co oznacza ok. 1,5 mln osób. Spośród osób z otyłością brzuszna u 40 proc. stwierdza się podwyższone stężenie kwasu moczowego, z zespołem metabolicznym – u 70 proc., a więc 4,5 mln do 5 mln. Można przyjąć, że ok. 10 mln Polaków może mieć hiperurykemię.

Bardzo ważny jest punkt odcięcia, czyli od jakich wartości stężenia kwasu moczowego uznajemy, że mamy do czynienia z hiperurykemią. Jeszcze niedawno hiperurykemia zaczynała się od stężenia kwasu moczowego powyżej 6,8 mg/dl. Obecnie, kiedy już wiemy doskonale, że zwiększa ona ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, za punkt odcięcia uznajemy 5 mg/dl. Przy takim założeniu grupa pacjentów chorujących na hiperurykemię będzie jeszcze liczniejsza.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 hiperurykemia ma kod E79 i jest definiowana jako stężenie kwasu moczowego równe i większe od 5 mg/dl. Mamy przekonujące dane, które wskazują, że przy stężeniu 5 mg/dl i więcej ryzyko zapalenia śródbłonna naczyniowego i w związku z nim ryzyko rozwoju i postępu miażdżycy oraz jej powikłań rośnie. Zatem celem terapeutycznym jest osiągnięcie wartości poniżej 5 mg/dl.



*Najczęściej hiperurykemia jest rozpoznawana dopiero, gdy pacjent trafia do szpitala z powikłaniami*

**Kto znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia hiperurykemii?**

W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się głównie osoby z zaburzeniami metabolicznymi, czyli chore na otyłość i cukrzycę, ale również mało aktywne fizycznie, z nadciśnieniem tętniczym. W przypadku nadciśnienia tętniczego zależność jest dwukierunkowa, bowiem u osób z nadciśnieniem częściej stwierdza się hiperurykemię, a chorujący na hiperurykemię częściej mają nadciśnienie tętnicze. Podwyższone stężenie kwasu moczowego wpływa na pracę wielu narządów, w tym nerek, które odpowiadają za wydalanie z organizmu produktów przemiany materii z moczem, ale są także narządem „kontrolującym” wartość ciśnienia tętniczego. Na hiperurykemię narażone są osoby objadające się i nieprawidłowo odżywiające się, również nadużywające alkoholu, a wśród nich przede wszystkim amatorzy piwa. Ale może się okazać, że osoby bez tych czynników ryzyka również mają podwyższone stężenie kwasu moczowego.

**Czy osoba chorująca na hiperurykemię odczuwa jakies dolegliwości?**

Bardzo często nie. Podobnie jak osoba mająca podwyższone stężenie cholesterolu czy nadciśnienie tętnicze. Nawet jeśli nie ma

objawów, można mieć podwyższone stężenie kwasu moczowego, o którym chory, jeśli nie zrobi badań, może nie wiedzieć. Najczęściej hiperurykemia jest rozpoznawana dopiero, gdy pacjent trafia do szpitala z powikłaniami, czyli np. ostrym zespołem wieńcowym, udarem mózgu, zawałem, ciężkim nadciśnieniem tętniczym czy zaawansowaną cukrzycą. Wtedy okazuje się, że ma znacząco przekroczone normy stężenia kwasu moczowego, o czym nie wiedział. Dlatego rutynowo trzeba oznaczać stężenie kwasu moczowego.

**Jak często należy sprawdzać stężenie kwasu moczowego?**

Na pewno trzeba sprawdzić stężenie kwasu moczowego ok. 40. roku życia, jeśli nie zrobiło się tego wcześniej. W grupach ryzyka, czyli u osób otyłych, z wywiadem rodzinnym chorób sercowo-naczyniowych, czyli jeśli bliscy krewni chorowali na serce, mieli nadciśnienie, nawet wcześniej, bo ok. 30. roku życia. Stężenie kwasu moczowego należy badać raz w roku. Osoby ze stwierdzoną hiperurykemią powinny to robić częściej, nawet dwa razy w roku, chyba że lekarz prowadzący zaleci inaczej. Jeżeli dzięki modyfikacji stylu życia, tzn. zmniejszeniu masy ciała, aktywności fizycznej, zmianie diety, stosowaniu farmakoterapii, pacjent osiąga cel terapeutyczny i ma prawidłowe stężenie kwasu moczowego, można wydłużyć przerwy między oznaczeniami.

**Coraz więcej osób choruje na hiperurykemię. Dlaczego jest to groźna choroba?**

Nadmierne stężenie kwasu moczowego, czyli hiperurykemia, przez lata była utożsamiana z dną moczanową, czy też podagrą – jednym z objawów dny. Podagra to ból palucha spowodowany odkładaniem się kryształków kwasu moczowego w stawach palucha i zapaleniem układu kostno-stawowego. U wielu chorych kwas moczowy obecny w nadmiarze w surowicy krwi nie powoduje ryzyka napadu dny moczanowej, ale przynosi inne, bardzo poważne, szkody zdrowotne. Hiperurykemia stwarza zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, w tym nadciśnienia tętniczego i miażdżycy, a także cukrzycy, nawet jeśli nie obserwuje się zmian w stawach. Dlatego zalecane jest badanie stężenia kwasu moczowego, a jeśli jest ono podwyższone, to koniecznie trzeba je obniżyć zarówno za pomocą działań nefarmakologicznych, jak i leków.

**Co jest najważniejsze w terapii hiperurykemii?**

Zalecenia nefarmakologiczne obejmują utrzymanie prawidłowej masy ciała, unikanie pokarmów, które zwiększają stężenie kwasu moczowego, czyli mięsa, podrobów, owoców morza, słodkich napojów zawierających fruktozę, za to zwiększenie spożycia warzyw, chudego nabiału czy orzechów. Do tego należy ograniczyć spożycie alkoholu, rzucić palenie papierosów, ponieważ nikotyna podnosi stężenie kwasu moczowego. Bardzo ważne są regularny wysiłek fizyczny i odpowiednie nawadnianie organizmu. To są podstawowe zalecenia nefarmakologiczne. Oprócz tego trzeba zadbać o dobrą kontrolę ciśnienia, poziomu glukozy i lipidów. Wiadomo jednak, że nawet jeśli pacjent bardzo rygorystycznie stosuje się do zaleceń nefarmakologicznych, to uda się obniżyć stężenie kwasu moczowego o 10-20 proc., a średnio o 15 proc. Przykładowo, jeśli wyjściowo chory ma stężenie kwasu moczowego 8 mg/dl, to po obniżeniu o 15 proc. nadal będzie miał 7 mg/dl, a nie pożądane 5 mg/dl. Dlatego u bardzo dużej grupy pacjentów rekomendowane jest stosowanie allopurinolu. Jest to lek pierwszego

wyboru w hiperurykemii, powszechnie dostępny i niedrogi, do tego o bardzo szerokim zakresie dawek. 100 mg to początkowa dawka, choć często powinna ona być wyższa, a maksymalna to 900 mg, a więc rozpiętość dawek jest bardzo duża, co jest bardzo praktyczne.



*Stężenie kwasu moczowego należy badać raz w roku. Osoby ze stwierdzoną hiperurykemią powinny to robić częściej, nawet dwa razy w roku, chyba że lekarz prowadzący zaleci inaczej.*

**Jakie mogą być konsekwencje nieleczonej hiperurykemii?**

Oczywiście zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe. Hipertensjologowie, lekarze zajmujący się nadciśnieniem tętniczym, jako pierwsi powiedzieli o tym i opisać w swoich wytycznych to, że należy dążyć do zalecanych celów terapeutycznych. W kolejnych opracowanych w ostatnim czasie dokumentach medycznych kardiologowie prezentują podobną opinię.

Jakie są cele terapeutyczne? U pacjentów z niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym, którzy mają stężenie kwasu moczowego poniżej 6 mg/dl, nie rozpoczynałbym leczenia tabletkami. U osób z wysokim ryzykiem, czyli nadciśnieniem tętniczym, otyłością, cukrzycą, należy starać się, by stężenie kwasu moczowego było poniżej 5 mg/dl, ponieważ wyższe powoduje narastanie ryzyka metabolicznego i sercowo-naczyniowego, a za tym zwiększenie prawdopodobieństwa miażdżycy. Wobec tego wskazana jest tutaj interwencja farmakologiczna.

**Hiperurykemia jest chorobą przewlekłą, dlatego też powinna być regularnie kontrolowana. Pandemia COVID-19 nie sprzyja temu. Nie chodzimy do lekarza, nawet jeśli coś nam dolega, rezygnujemy z badań diagnostycznych, często przerywamy terapię na własną rękę. Czy skutki takiego postępowania są już widoczne?**

W dobie pandemii wszystkie czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego są gorzej kontrolowane. Dostęp do lekarzy jest trudniejszy, chorzy zwlekają z wizytami, bo boją się zakażenia SARS-CoV-2. W związku z tym zarówno diagnostyka, jak i terapia są trudniejsze. Dostępne już badania pokazują, że po roku pandemii ważymy 3,5 kg więcej i to jest największy przyrost masy ciała odnotowany w historii w tak krótkim czasie. Jeśli ludzie przytyli, to na pewno mają większe stężenie kwasu moczowego, a zatem hiperurykemia będzie jeszcze częstszym zjawiskiem. W terapii hiperurykemii niezwykle ważne jest regularne oznaczanie stężenia kwasu moczowego i dopasowywanie dawki leku do aktualnych wartości. Nie można na własną rękę zaniechać ani modyfikować leczenia. Dlatego regularny kontakt z lekarzem i badania są tak istotne.

**Dr hab. n. med. Waldemar Misiorowski**

Prof. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego,  
Klinika Endokrynologii z siedzibą w Szpitalu Bielańskim  
w Warszawie

# Witaminą D wzmocnisz swoją odporność

Witaminę D w naszej szerokości geograficznej należy przyjmować przez cały rok. Stosując odpowiedni preparat nie trzeba tego robić codziennie.

## W dobie pandemii COVID-19 szczególnie seniorzy powinni zadbać o wzmacnianie odporności. Jakie są skuteczne metody na jej budowanie?

Kiedyś nasze babcie mówiły „pij tran, a nie będziesz się przeziębiać”. Dziś może nie tyle tran, ile zawarta w nim witamina D zaczyna być coraz silniej wiązana z odpornością na zakażenia, na infekcje bakteryjne i wirusowe. W dobie pandemii COVID-19 wiedza dotycząca wpływu witaminy D na kształtowanie układu odpornościowego zaczęła się intensywnie rozwijać. Wiosną 2020 r. pojawiły się pierwsze doniesienia naukowe wskazujące, że osoby z niedoborem witaminy D chorują na COVID-19 zdecydowanie ciężiej niż osoby, które go nie mają. Od pewnego czasu pojawiają się prace, które nie tylko potwierdzają, że niedobór witaminy D sprzyja zakażeniu covidowemu i cięższemu przebiegowi tej choroby, ale wskazują również mechanizmy za to odpowiedzialne.

## Jakie dawki witaminy D3 powinni przyjmować seniorzy?

Obowiązują rekomendacje dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej, które zostały sformułowane – na marginesie – w Polsce w 2013 r. Standardowe dawki suplementacyjne, czyli do zastosowania w zdrowej populacji, ustalone zostały na od 800 do 2000 j.m. dziennie, natomiast zwraca się uwagę, że populacja powyżej 70. r.ż. powinna mieć te dawki mniej więcej dwukrotnie większe, czyli od 1500 do nawet 4000 j.m./dobę.

## Czy suplementacja witaminy D3 powinna odbywać się przez cały rok?

Uważam, że w naszej szerokości geograficznej suplementacja wit. D powinna być absolutnie całoroczna. Dni, kiedy słońce jest na tyle silne, żebyśmy sami tę witaminę wytworzyli, nie ma wiele w naszej szerokości geograficznej. Jeżeli do tego uwzględnimy, że seniorzy niechętnie wychodzą na słońce z różnych powodów, w tym zdrowotnych, a dodatkowo skóra osób starszych zdecydowanie gorzej produkuje wit. D pod wpływem słońca, to odpowiedź jest oczywista. Nie należy zmniejszać albo odstawiać suplementacji wit. D w miesiącach letnich.

## Czy można przedawkować witaminę D?

Natywnej wit. D, czyli witaminy D<sub>3</sub>, cholekalcyferolu, którą się suplementuje, praktycznie przedawkować się nie da. Trzeba by

było przyjmować megadawki przez bardzo długi czas. Badania wykazały, że stosowanie nawet dawek w wysokości 10 000 j.m. dziennie przez 3 lata nie prowadzi do przedawkowania i nie daje jakichkolwiek objawów toksycznych. Należy jednak pamiętać, że jest pewna bardzo nieliczna grupa osób, które mają genetycznie uwarunkowaną nadwrażliwość na witaminę D. To się najczęściej objawia już we wczesnym dzieciństwie, a w Polsce jest zaledwie kilka tysięcy takich osób.

Obawy przed przedawkowaniem są zaszłością stosowanych w przeszłości, aż do lat 70. ubiegłego wieku tzw. dawek uderzeniowych witaminy D, rzędu 300 000-400 000 j.m. u dzieci w celu zapobiegania krzywicy. Jednorazowe podanie tak dużej dawki wit. D u części małych pacjentów powodowało objawy zatrucia. W tej chwili takich megadawek nikt nie zaleca. Natomiast obawa przed przedawkowaniem witaminy D pozostała zarówno w świadomości pacjentów, jak i lekarzy i stąd tendencje do tego, żeby witaminę D latem odstawiać albo przynajmniej zmniejszać dawki. W mojej opinii w warunkach polskich takie postępowanie nie ma żadnego racjonalnego uzasadnienia.

## Jak wybrać najlepszy preparat zawierający witaminę D?

Jeśli chodzi o witaminę D, to mamy niezwykle zjawisko. Wszelka obecna reklama suplementów diety zawierających witaminę D powoduje bardzo duże zainteresowanie nią. Należy jednak pamiętać, że jakość przynajmniej części z tych reklamowanych produktów pozostawia wiele do życzenia. W Polsce nie ma formalnej kontroli jakości suplementów diety i wiele z nich, produkowanych przede wszystkim przez przemysł spożywczy, nie trzyma norm i zawartości substancji czynnej, która jest deklarowana na opakowaniu. Inaczej jest z produktami przemysłu farmaceutycznego, bo tu niezależnie od tego, jaki jest sposób rejestracji - czy to są suplementy diety, leki dostępne bez recepty, czy leki dostępne na receptę - to przemysł farmaceutyczny kieruje się innymi zasadami. Kontrola jakości jest zdecydowanie lepsza.

Warto zapytać swojego lekarza, jaki preparat wybrać. Produkty przemysłu farmaceutycznego są nieporównywalnie lepszej jakości niż wytwarzane przez przemysł spożywczy. A w aptece należy poprosić o wit. D w postaci leku.

Przyjmowanie witaminy D przez cały rok każdego dnia dla wielu osób to może być nie lada wyzwanie.

Zwłaszcza dla seniorów, którzy z powodu chorób związanych z wiekiem stosują wiele leków. Jak można ich wspomóc w wytrwałości?

Nie będzie odkrywcze stwierdzenie, że im rzadziej lek musi być stosowany, tym łatwiej jest pacjentom stosować się do zaleceń jego przyjmowania. Ten schemat działa również w przypadku witaminy D. Ze względu na swoje właściwości farmakokinetyczne nie musi być ona przyjmowana codziennie – można skumulować dawkę i zastosować witaminę D raz w tygodniu, raz na dwa tygodnie czy nawet raz na miesiąc. Takie skumulowane dawki witaminy D pozwalają na utrzymanie jej stałego, stabilnego stężenia w surowicy w dłuższym interwale czasowym. Jednak próby stosowania jej co dwa miesiące okazały się chybione i już tej stabilizacji nie wykazały. Przykładowo, jeżeli zapotrzebowanie pacjenta na witaminę D wynosi 1000 j.m./dobę, to alternatywnie można zaproponować 30 000 j.m. raz w miesiącu, a jeżeli jest to 2000 j.m. dziennie, to w zamian może przyjąć 14 000 raz w tygodniu albo 30 000 j.m. raz na dwa tygodnie.



*W dobie pandemii COVID-19 wiedza dotycząca wpływu witaminy D na kształtowanie układu odpornościowego zaczęła się intensywnie rozwijać*

Zmniejszenie częstotliwości stosowania leku przy jednoczesnym zwiększeniu dawki, wydaje się być bardzo dobrym sposobem na poprawę akceptacji długotrwałej terapii i trzymanie się zaleceń.

Preparaty farmaceutyczne witaminy D do stosowania po 7000 j.m., czy 30 000 j.m. w jednej tabletkie są obecnie w Polsce dostępne jako leki sprzedawane na receptę.

REKLAMA

**NOWOŚĆ**

Suplement diety

# Solderol 2K

50 µg (2000 j.m.), kapsułki  
Witamina D<sub>3</sub> (cholekalcyferol)

**1**  
kapsułka  
dziennie

Witamina D<sub>3</sub>  
2000 j.m.



Innowacyjna technologia mikropuletek



**CODZIENNE  
WSPARCIE  
ODPORNOCI**

**Jedyny na rynku  
preparat witaminy D<sub>3</sub>  
w mikropuletkach  
zapewniających wydłużone  
uwalnianie do 8 godzin**





**Prof. dr hab. n. med.  
Piotr Jankowski**

Institut Kardiologii,  
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

# Serce pod ochroną

Ryzyko wystąpienia zawału serca wzrasta wraz z wiekiem.  
Związane jest to między innymi z kumulacją szkodliwych czynników w ciągu całego życia.

## Jaka jest najlepsza prewencja przed zawałem mięśnia sercowego?

Najistotniejszy jest zdrowy, higieniczny tryb życia. Składa się na niego kilka kwestii. Po pierwsze zdrowa dieta, która powinna być oparta w dużej mierze na produktach roślinnych z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych. Po drugie regularna, codzienna lub prawie codzienna aktywność fizyczna. Kolejną kwestią jest unikanie dymu tytoniowego – dotyczy to zarówno niepalenia czynnego, jak i biernego, czyli unikania przebywania w pomieszczeniach zadymionych, z osobami palącymi. Stosowanie się do tych zaleceń zapewnia ochronę przed wystąpieniem zawału serca bądź innych zdarzeń chorób układu krążenia.

Istotna jest również jakość powietrza, którym oddychamy. Wiemy, że niskiej jakości powietrze sprzyja występowaniu zawału serca, układu mózgu i innych powikłań ze strony układu krążenia. Na koniec trzeba wspomnieć o kontroli czynników ryzyka zawału serca – w pierwszym rzędzie dotyczy nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii i cukrzycy. Dlatego zalecamy okresowy pomiar ciśnienia tętniczego, stężenia glukozy i cholesterolu. Jeśli wyniki nie są prawidłowe, czyli np. ciśnienie jest za duże, to w wielu przypadkach trzeba wprowadzić leczenie, bo w ten sposób znacząco zmniejsza się ryzyko wystąpienia między innymi zawału serca.

## Zawał zwany cichym zabójcą jest najczęstszą przyczyną zgonów na całym świecie.

### Najbardziej zagraża seniorom. Czemu ryzyko jego wystąpienia jest wśród nich tak wysokie?

Nie w pełni zgadzam się, że zawał serca można nazwać cichym zabójcą. Uznaje się, że w 85% przypadków zawał serca daje objawy, a około 15% przypadków przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo. Natomiast rzeczywiście jest najczęstszą przyczyną zgonów w krajach wysoko i średnio rozwiniętych. Ryzyko jego wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem i związane jest to m.in. z kumulacją szkodliwych czynników w ciągu całego życia. Jeśli weźmiemy pod uwagę jakość powietrza, którym oddychamy, narażenie na dym tytoniowy, niezdrową dietę czy siedzący tryb życia to takich epizodów np. wdychania powietrza zanieczyszczonego dymem tytoniowym jest przeciętnie więcej u 70-latków niż u 30-latków.

## Czy istnieją objawy, które powinny zaniepokoić osoby w starszym wieku?

Systemem alarmowym są bóle w klatce piersiowej. Trzeba jednak pamiętać, że szczególnie u osób starszych oraz u osób z cukrzycą objawy zawału serca częściej mają charakter mniej typowy. W takich przypadkach ból może umiejscawiać się w górnej części jamy brzusznej, między łopatkami.

Zawał serca może też przebiegać w ogóle bez bólu. W takich przypadkach często w obrazie klinicznym dominuje duszność, złe samopoczucie, kołatania serca, czasem omdlenia. Dlatego bywa, że szybka diagnoza zawału serca jest dla lekarza dużym wyzwaniem. Innym objawem niepokojącym jest wysokie ciśnienie tętnicze, a także szybsze męczenie się i pojawienie się obrzęków kończyn dolnych - to są objawy poważnych problemów zdrowotnych. Na pewno wówczas należy szybko zgłosić się do lekarza.

## Jak powinna wyglądać pierwsza pomoc w przypadku wystąpienia zawału mięśnia sercowego?

Po pierwsze, jeśli są objawy zawału serca pacjent nie powinien chodzić. Powinien zadzwonić po pogotowie i czekając na przyjazd karetki pacjent powinien spokojnie siedzieć albo się położyć. Wysiłek fizyczny dla pacjenta z zawałem serca jest niebezpieczny i szkodliwy, bo z jednej strony zwiększa wielkość zawału serca a z drugiej zwiększa się też ryzyko wystąpienia powikłań. Jeśli rozpoznanie jest pewne można zażyć tabletkę zawierającą kwas acetylosalicylowy. Lepiej zrobić to po konsultacji z przedstawicielem systemu ochrony zdrowia.

## Jak wygląda leczenie pacjenta po przebytych zawałach mięśnia sercowego?

Pacjent po zawałach serca wymaga skrupulatnej kontroli lekarskiej. Na pewno wymagane jest regularne stosowanie kilku leków. Najczęściej jednak są to leki „rozrzedzające krew”. Do tego dochodzą leki obniżające cholesterol i jeśli jest podwyższone ciśnienie to leki na nadciśnienie, jeśli pacjent ma cukrzycę to leki przeciwcukrzycowe. Liczba i rodzaj oraz dawki leków są różne u różnych pacjentów.

## Czy senior może uchronić się przed ewentualnym wystąpieniem kolejnego zawału mięśnia sercowego?

Ryzyko można znacząco zmniejszyć, natomiast nie można go zminimalizować do zera. Możemy zmniejszyć ryzyko jego wystąpienia poprzez takie działania jak higieniczny tryb życia, w tym prawidłowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną, unikanie dymu tytoniowego. Istotną kwestią stanowi też regularne stosowanie zalecanych leków. Niestety część występowania kolejnych zawałów serca jest spowodowana odstawieniem leków bądź nieregularnym ich stosowaniem. Oczywiście należy też wykonywać badania kontrolne. I ściśle wypełniać zalecenia lekarskie, a w razie wątpliwości zwracać się do niego z pytaniami.

REKLAMA









## WYBIERAM ACARD Z POTRZEBY SERCA!



Każde opakowanie leku Acard to **5 gr** na ratujące życie programy Fundacji Rozwoju Kardiologii im. prof. Zbigniewa Religi.

**Acard. Skład i postać:** Każda tabletki dojelitowa zawiera 75 mg kwasu acetylosalicylowego. **Wskazania:** Choroba niedokrwienna serca oraz wszelkie sytuacje kliniczne, w których celowe jest hamowanie agregacji płytek krwi: zapobieganie zawałowi serca u osób dużego ryzyka, świeży zawał serca lub podejrzenie świeżego zawału serca, niestabilna choroba wieńcowa, prewencja wtórna u osób po przebytych zawałach serca, stan po wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych, angioplastyce wieńcowej, zapobieganie napadom przejściowego niedokrwienia mózgu (TIA) i niedokrwiennego udaru mózgu u pacjentów z TIA, po przebytych udarach niedokrwinnym mózgu u pacjentów z TIA; u osób z zarostową miażdżycą tętnic obwodowych, zapobieganie zakrzepicy naczyń wieńcowych u pacjentów z mnogimi czynnikami ryzyka, zapobieganie zakrzepicy żyłnej i zatorowi płuc u pacjentów długotrwale unieruchomionych, np. po dużych zabiegach chirurgicznych jako uzupełnienie innych sposobów profilaktyki. **Przeciwwskazania:** Produktu Acard nie należy stosować w przypadku nadwrażliwości na substancję czynną – kwas acetylosalicylowy, inne salicylany lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; u pacjentów ze skazą krwotoczną; u pacjentów z czynną chorobą wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy; u pacjentów z ciężką niewydolnością nerek; u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby; u pacjentów z napadami tzw. astmy aspirynowej w wywiadzie, wywołanymi podaniem salicylanów lub substancji o podobnym działaniu, szczególnie niesteroidowych leków przeciwzapalnych; jednocześnie z metotrexatem w dawkach 15 mg na tydzień lub większych; w ostatnim trymestrze ciąży; u dzieci w wieku do 12 lat w przebiegu infekcji wirusowych ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a – rzadko występującej, ale ciężkiej choroby powodującej uszkodzenie wątroby i mózgu. **Podmiot odpowiedzialny:** Polfa Warszawa S.A. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa; tel.: +48 22 364 61 00; faks: +48 22 364 61 02. www.polpharma.pl. ChPL: 2020.03.13

ACRD/785701-2021

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.