



Profilaktyka w medycynie

XX Konferencja

PROFILAKTYKA W MEDYCYNIE

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach



Profilaktyka w medycynie

Książka Abstraktów

**XX Konferencja
„Profilaktyka w Medycynie”**

Katowice, 20 październik 2023

Komitet Naukowy:

Prof. Zbigniew Gašior – przewodniczący

Dr hab. Józefa Dąbek prof. SUM

Dr hab. Małgorzata Domagalska Szopa

Prof. Józef Drzewoski

Prof. Jan Duława

Prof. Bogusław Okopień

Dr n. hum. Halina Kulik prof. SUM

Dr hab. Włodzimierz Mazur

Prof. Katarzyna Mizia-Stec

Dr hab. n. o zdr. Agnieszka Młynarska prof. SUM

Prof. Andrzej Pająk

Prof. Piotr Podolec

Prof. Violetta Skrzypulec-Plinta

Organizatorzy:

**Katedra i Klinika Kardiologii
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**





**DOFINANSOWANO
ZE ŚRODKÓW
BUDŻETU PAŃSTWA**

**„DOSKONAŁA NAUKA
– WSPARCIE KONFERENCJI
NAUKOWYCH”**

Drodzy Studenci, Doktoranci,

Szanowni Państwo,

Koleżanki i Koledzy,

W dniu 20 października 2023 roku odbędzie się XX Konferencja „Profilaktyka w Medycynie”. Konferencja będzie prowadzona w formie hybrydowej. Miejszem Konferencji jest Aula Uniwersytecka im. Prof. W. Zahorskiego w Katowicach-Ligocie. Będzie również możliwość śledzenia obrad w internecie poprzez specjalny kanał youtube, z bezpośrednim przekazem online.

Celem Konferencji jest propagowanie zasad promocji zdrowia oraz profilaktyki pierwotnej i wtórnej schorzeń z różnych dziedzin medycyny. Prezentowane będą oryginalne wyniki badań własnych, a także rekomendacje towarzystw naukowych oraz praktyczne tematy z zakresu codziennej praktyki medycznej.

Konferencję rozpocznie Konkursowa Sesja Studencka i Doktorancka, w której studenci kół STN oraz doktoranci przedstawią prezentacje ustne z zakresu promocji zdrowia i prewencji schorzeń. W wersji stacjonarnej oraz elektronicznej prezentowane będą prace zakwalifikowane do Sesji Plakatowych Studenckiej i Doktoranckiej. Nauczyciele akademicy, eksperci ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz zaproszeni goście, eksperci z UJ Collegium Medicum w Krakowie, z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zaprezentują wykłady z zakresu profilaktyki schorzeń sercowo-naczyniowych, diabetologii, ginekologii, nefrologii, onkologii, fizjoterapii, pielęgniarstwa a także chorób zakaźnych. Tematyka Konferencji powinna zainteresować studentów i doktorantów, a także lekarzy rodzinnych oraz specjalistów z innych dziedzin medycyny, pielęgniarzy, położne, fizjoterapeutów.

Organizatorem Konferencji jest Katedra i Klinika Kardiologii WNoZ w Katowicach.

Zachęcamy do uczestnictwa w Konferencji. Rejestracja odbywa się poprzez stronę internetową naszej Uczelni. Zapraszamy studentów i doktorantów z polskich i zagranicznych uczelni medycznych do zgłaszania streszczeń prac oryginalnych, które będą poddane ocenie przez recenzentów i kwalifikowane następnie do programu Konferencji. Prezentacje prac studentów i doktorantów mogą być przedstawiane w języku polskim lub angielskim. Referaty programowe prowadzone będą w języku polskim.

Konferencja otrzymała wsparcie Ministerstwa Edukacji i Nauki w ramach Programu „Doskonała Nauka”

Logowanie na stronę konferencji: <https://profilaktykawmedycynie.sum.edu.pl/>

Życzymy dobrego odbioru Konferencji oraz satysfakcji z zapoznania się z programem naukowym.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego i Naukowego

Prof. dr hab. Zbigniew Gąsior

Dear Students,

Ladies and Gentlemen,

Colleagues,

The 20th Conference "Prophylaxis in Medicine" will be held on October 20, 2023. The conference will be conducted in a hybrid form. The place of the conference is the University Hall Prof. W. Zahorskiego in Katowice-Ligota. It will also be possible to follow the proceedings on the Internet via a special YouTube channel with direct online transmission.

The aim of the conference is to promote the principles of health promotion and primary and secondary prevention of diseases from various fields of medicine. Original results of own research will be presented, as well as recommendations of scientific societies and practical topics in the field of everyday medical practice.

The conference will start with a Competition Student and Doctoral Session, in which students of STN clubs and doctoral students will present oral presentations on health promotion and disease prevention. The works qualified for the Student and Doctoral Poster Sessions will be presented in the stationary and electronic version. Academic teachers, experts from the Medical University of Silesia in Katowice and invited guests, experts from the Jagiellonian University Medical College in Krakow, from the Medical University of Lodz, will present lectures on the prevention of cardiovascular diseases, diabetology, oncology, gynecology, nephrology, physiotherapy, nursing and infectious diseases. The subject of the conference should be of interest to students and doctoral students, as well as family doctors and specialists in other fields of medicine, nurses, midwives, and physiotherapists.

The organizer of the conference is the Department of Cardiology of the Faculty of Health Sciences in Katowice of the Medical University of Silesia.

We encourage you to participate in the Conference. Registration takes place via the website of our University. We invite students and doctoral students from Polish and foreign medical universities to submit abstracts of original papers, which will be assessed by reviewers and qualified for the Conference program. Presentations of students and PhD students works may be presented in Polish or English. Program papers will be conducted in Polish.

The conference received support from the Ministry of Education and Science as part of the "Excellent Science" Program.

Login: <https://profilaktykawmedycynie.sum.edu.pl/>

We wish you a good reception of the Conference and satisfaction with getting acquainted with the scientific program.

On behalf of the Organizing and Scientific Committee
Prof. dr hab. Zbigniew Gasior

Plan konferencji

8.00 – 9.30 Sesja Studencka i Doktorancka: prezentacje ustne

Przewodniczące: prof. Józefa Dąbek, prof. Halina Kulik

10.00 Otwarcie Konferencji

10.10 – 10.50 Wykłady Inauguracyjne

Jak zapobiegać nagłym zgonom sercowym? – prof. Katarzyna Mizia-Stec

Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP): wielodyscyplinarna prewencja – prof. Piotr Podolec (UJ CM Kraków)

11.00 – 12.00 Sesja prewencji sercowo-naczyniowej

Przewodniczący: prof. Bogusław Okopień, prof. Andrzej Pająk

Wzorce dietetyczne a umieralność ogólna z powodu chorób układu krążenia w Europie Wschodniej – prof. Andrzej Pająk (UJ CM Kraków)

Kluczowa rola metforminy w farmakoterapii zaburzeń metabolizmu glukozy w codziennej praktyce lekarskiej – prof. Józef Drzewoski (UM Łódź)

Postępy terapii hipolipemizującej – inklisiran - prof. Bogusław Okopień

12.15– 13.15 Sesja prewencji wielodyscyplinarnej (I)

Przewodniczący: prof. Violetta Skrzypulec-Plinta, prof. Jan Duława

Lepiej zapobiegać niż leczyć – kobieta w okresie menopauzy
- prof. Violetta Skrzypulec-Plinta

Prewencja przewlekłej choroby nerek – prof. Jan Duława

Nowe zagrożenia zakaźne – niedoceniany problem – dr hab. Włodzimierz Mazur

13.30 – 14.45 Sesja prewencji wielodyscyplinarnej (II)

Przewodniczący: dr hab. Małgorzata Domagalska-Szopa, prof. Zbigniew Gąsior

Profilaktyka zaburzeń krążenia obwodowego u dzieci z przepukliną

oponowo-rdzeniową – dr hab. Małgorzata Domagalska-Szopa

Strategie prewencji sercowo-naczyniowej w terapii onkologicznej

- prof. Zbigniew Gąsior

Czynniki ryzyka chorób układu krążenia w badaniach molekularnych

– dr hab. Józefa Dąbek, prof. SUM

Rola personelu pielęgniarskiego w opiece koordynowanej

– dr hab. Agnieszka Młynarska, prof. SUM

15.00 – Ogłoszenie laureatów nagród za najlepszą pracę studencką i doktorancką

Spis treści

Sesja Studencko-Doktorancka.....	11
1. Co mieszkańcy województwa śląskiego wiedzą na temat czynników ryzyka rozwoju czerniaka?.....	12
2. Stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich – odwieczny problem.....	14
3. Czy jakość opieki medycznej w izbie przyjęć może poprawić prestiż zawodu pielęgniarki?	16
4. Postępowania zdrowotne w prewencji wtórnej u pacjentów z chorobą nowotworową	18
5. <i>Body positive</i> , ale czy na pewno? – postrzeganie własnego ciała przez uczniów szkół ponadpodstawowych województwa Śląskiego w zależności od jego masy.....	20
6. Does nutritional status influence the risk of frailty and the quality of life of patients undergoing hemodialysis? - preliminary research.....	22
7. Żywność zbiorowa a zapobieganie wystąpienia zespołu kruchości u osób w podeszłym wieku.....	24
8. Ocena stanu edukacji rodziców w zakresie prawidłowego żywienia dzieci w okresie noworodkowym i niemowlęcym.....	26
9. Dyslipidemia w stwardnieniu rozsianym.....	27
Streszczenia wystąpień gości	28
1. Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia – wielodyscyplinarna prewencja.....	29
2. Wzorce dietetyczne a umieralność ogólna i z powodu chorób układu krążenia w Europie.....	33
3. Kluczowa rola metforminy w farmakoterapii zaburzeń metabolizmu glukozy w codziennej praktyce lekarskiej?.....	35
4. Lepiej zapobiegać niż leczyć – kobieta w okresie menopauzy	36
5. Prewencja przewlekłej choroby nerek.....	37
6. Nowe zagrożenia zakaźne – niedoceniany problem	38
7. Profilaktyka zaburzeń krążenia obwodowego u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową	40
8. Strategie prewencji sercowo-naczyniowej w terapii onkologicznej	42
9. Czynniki ryzyka chorób układu krążenia w badaniach molekularnych.....	44
10. Rola personelu pielęgniarskiego w opiece koordynowanej	45

Sesja

Studencko-Doktorancka



1. Co mieszkańcy województwa śląskiego wiedzą na temat czynników ryzyka rozwoju czerniaka?

Patryk Brasse¹, Julia Żerdka¹

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun naukowy: dr hab. n. med. Józefa Dąbek, prof. SUM

Wstęp:

Czerniak jest nowotworem złośliwym, powstającym w wyniku transformacji nowotworowej komórek barwnikowych - melanocytów.

Według danych Europejskiego Systemu Informacji o Raku (European Cancer Information System - ECIS), czerniak jest 5 najczęściej występującym rakiem u mężczyzn i kobiet oraz 15 pod względem śmiertelności u obu płci. Niepokojący jest fakt, że dane dotyczące zapadalności i śmiertelności wykazują tendencję wzrostową.

Cel:

Celem badania było poznanie wiedzy społeczeństwa na temat czynników ryzyka rozwoju czerniaka oraz źródeł pozyskiwania wiedzy w tym zakresie i chęci dalszego jej pogłębiania.

Materiały i metody:

Badanie przeprowadzono wśród mieszkańców województwa śląskiego. Przebadano 400 (100%) osób: 243 kobiet i 157 mężczyzn w wieku od 16 do 84 lat ($\bar{x} = 34,38 \pm 18,39$).

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, którego wypełnienie było anonimowe i dobrowolne. Zawarte w nim pytania dotyczyły omawianego tematu oraz danych ogólnych tj. wieku, płci, miejsca zamieszkania oraz zatrudnienia.

Wyniki:

Okolo 30% (123; 30,75%) ankietowanych nie wiedziało, że czerniak jest nowotworem złośliwym. Najczęstszymi źródłami wiedzy o nim, podawanymi przez badanych, były portale internetowe (203; 50,75%) oraz informacje od znajomych i rodziny (125; 31,25%). Zaledwie ok. 10% (39; 9,75%) respondentów podawało, że informacji na temat czerniaka udzielił im lekarz. Prawie 85% (333; 83,25%) ankietowanych oceniło swoją wiedzę na temat wymienionego nowotworu jako niewystarczającą.

Respondenci do czynników ryzyka powstawania czerniaka najczęściej zaliczali uczęszczanie do solarium (321; 80,25%) oraz nadmierną ekspozycję na promieniowanie słoneczne (318; 79,5%). Jednakże, ok. 15% (66; 16,5%) ankietowanych wiedziało, że oparzenia słoneczne w dzieciństwie szczególnie zwiększają ryzyko jego wystąpienia. Mniej niż połowa badanych (183; 45,75%) uważała, że jasna karnacja jest również czynnikiem predysponującym do rozwoju czerniaka. Zdaniem ponad 90% (365; 91,25%) ankietowanych brakuje kampanii informacyjnych dotyczących profilaktyki czerniaka. Ponad 70% (289; 72,25%) respondentów stwierdziło, że zaproszenia na realizowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) badanie dermatoskopowe przyczyniłoby się do poprawy profilaktyki i wczesnego rozpoznawania czerniaka.

Wnioski:

1. Wiedza społeczeństwa na temat czerniaka złośliwego jest niepełna, a lekarze są jedynie marginalnym źródłem wiedzy na jego temat przy najczęściej wykorzystywanych przez badanych źródłach informacji, w postaci ogólnodostępnych portali internetowych, budzących podejrzenie niezetelności.
2. Chęć pogłębienia wiedzy dotyczącej czerniaka deklarowana przez badanych stwarza możliwość do podejmowania szerokich i różnorodnych działań edukacyjno-profilaktycznych, a w konsekwencji poprawy zachowań społeczeństwa chroniących przed rozwojem czerniaka.

Słowa kluczowe: czerniak, czynniki ryzyka, profilaktyka, wiedza.

2. Stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich – odwieczny problem

Karolina Staszkiwicz¹, Kacper Staszkiwicz¹

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun naukowy: dr hab. n. med. Józefa Dąbek, prof. SUM

Wstęp:

Niestosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich (tzw. „non-compliance”) stanowi ważną i powszechną przyczynę niepowodzenia procesu terapeutycznego. Formułowane przez lekarzy zalecenia dotyczące farmakoterapii, modyfikacji stylu życia lub aktywności fizycznej często są przez pacjentów ignorowane. Niewłaściwie stosowane leczenie nie przynosi zamierzonego skutku, a wręcz przeciwnie – często potrafi doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia. Pomimo tego, wielu lekarzy nie przywiązuje właściwej wagi do sposobu przekazywania swoich zaleceń pacjentom oraz do kontroli ich realizacji. W walce z tym negatywnym zjawiskiem kluczowe znaczenie ma poznanie jego przyczyn, aby poprzez lepsze zrozumienie relacji pacjent-lekarz, skutecznie przeciwdziałać przedwczesnemu odstępowaniu od zalecanej terapii.

Cel:

Celem pracy była ocena stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich, poznanie powodów przedwczesnej rezygnacji z terapii oraz opinii badanych na temat sposobów mogących ułatwić stosowanie się do zaleceń.

Materiał i metody:

W badaniu wzięło udział 416 (100%) respondentów w wieku od 14 do 89 lat ($\bar{x} = 29,27 \pm 15,99$). Większość ankietowanych stanowiły kobiety (272; 65%). Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z pytań dotyczących odstępowania od zaleceń lekarskich i zagadnień z nim związanych, a jego wypełnienie było całkowicie anonimowe i dobrowolne.

Wyniki:

Ponad 30% respondentów (133; 31,97%) zrezygnowało przedwcześnie z zalecanej przez lekarza terapii lekowej. Najczęściej podawanym powodem rezygnacji było subiektywne odczucie poprawy stanu zdrowia (66, 15,8%) lub wystąpienie według respondenta skutków ubocznych brania leków (53, 12,7%). Wśród grupy badanej najczęściej przerywaną terapią była antybiotykoterapia (69, 16,58%). **Niestety, jedynie 32% (43, 10,34%) respondentów, którzy przerwali terapię lekową poinformowało swojego lekarza o tej decyzji, ponad 60% (80, 34,62%) nie widziało takiej potrzeby.** Połowa badanych twierdziła, że szczegółowa rozmowa z lekarzem ułatwiłaby stosowanie się do zaleceń (211, 50,72%). Dodatkowo wymieniane były również otrzymanie pisemnych (162, 38,94%) oraz dodatkowych ustnych instrukcji od lekarza (86, 20,67%) jako metody mające na celu zapobieganie przedwczesnemu odstępowaniu od leczenia.

Wnioski:

1. Poziom stosowania się do zaleceń lekarskich przez respondentów okazał się niezadowalający, a najczęstsze powody przedwczesnej rezygnacji z terapii wskazują na deficyt wiedzy badanych i mogą nieść negatywne skutki dla dobrobytu pacjentów.
2. Istnieje potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych mających na celu podnoszenie świadomości społecznej w zakresie ryzyka związanego z samowolną rezygnacją z terapii zalecanej przez lekarza.

Słowa kluczowe: stosowanie się do zaleceń, odstąpienie od terapii.

Key words: non-compliance, non-adherence.

3. Czy jakość opieki medycznej w izbie przyjęć może poprawić prestiż zawodu pielęgniarki?

Marta Kapica¹

¹ SKN przy Zakładzie Pielęgniarstwa i Społecznych Problemów Medycznych Katedry Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun naukowy: prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Markiewicz-Łoskot

Wstęp:

Pierwszy kontakt pacjenta z personelem medycznym w szpitalu determinuje całościowe postrzeganie jakości udzielanych świadczeń medycznych.

Cel:

Celem pracy była ocena zawodu pielęgniarki przez pacjentów z uwzględnieniem doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską w czasie ich pobytu w izbie przyjęć.

Materiał i metody:

Badaniami objęto 81 (45♀, 36♂) pacjentów Izby Przyjęć. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z techniką kwestionariuszową z wykorzystaniem autorskiej ankiety (28 pytań).

Wyniki:

98% ankietowanych uważa, że rola pielęgniarki jest ważna w opiece zdrowotnej. Według 35% respondentów zawód pielęgniarki jest doceniany w społeczeństwie, ponad 1/3 uważa, że pielęgniarstwo jest zawodem niedocenianym. Do cech wpływających na wzrost zaufania do pielęgniarek należy cierpliwość, empatia i zrozumienie oraz spokojne i profesjonalne wykonywanie pracy. Zdaniem badanych konieczna jest poprawa komunikacji z pacjentem poprzez wyjaśnianie wykonywanych procedur (33%), unikanie stosowania specjalistycznego nazewnictwa (26%), okazywanie empatii, zrozumienia (26%). Wzmocnienie prestiżu zawodowego pielęgniarek byłoby możliwe poprzez zwiększenie zakresu czynności możliwych do wykonania bez zlecenia lekarskiego (41%), podnoszenie kwalifikacji zawodowych (28%) oraz poprawę komunikacji z pacjentem (23%).

Wnioski:

1. W celu poprawy jakości opieki medycznej wskazana byłaby poprawa komunikacji w relacji pielęgniarka-pacjent w obszarach takich jak wyjaśnianie wykonywanych, unikanie stosowania specjalistycznego nazewnictwa, okazywanie empatii, zrozumienia.

2. Czynniki najbardziej wpływające na wzrost zaufania do personelu medycznego to okazywanie cierpliwości, empatii i zrozumienia oraz spokojne i profesjonalne wykonywanie pracy.

3. W opinii pacjentów izby przyjęć prestiż zawodu pielęgniarki można wzmocnić poprzez rozszerzenie zakresu czynności możliwych do wykonania bez zlecenia lekarskiego, podnoszenie kwalifikacji zawodowych oraz poprawę komunikacji z pacjentem.

4. Postępowania zdrowotne w prewencji wtórnej u pacjentów z chorobą nowotworową

Kamil Mąkosza¹, Zofia Zdeb¹

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Propedeutyki Chorób Wewnętrznych i Medycyny Ratunkowej, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – opiekun Koła prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Teresa Kokot

Opiekun pracy dr hab. n med. Sylwii Dzięgielewskiej-Gęsiak

Wstęp:

Biopozytywne zachowania zdrowotne mogą wpłynąć na kompleksowy proces leczenia, stąd postępowanie dietetyczne oraz styl życia w prewencji wtórnej u pacjentów onkologicznych jest istotnym elementem profilaktycznym i terapeutycznym. Strategia żywieniowa pomaga niwelować skutki uboczne terapii. Ma na celu polepszenie samopoczucia, poprawę jakości życia i niedopuszczenie do stanów klinicznych, które mogą być skutkiem zaburzeń w pobieraniu pokarmu.

Cel:

Ocena postępowania zdrowotnych u pacjentów z rakiem jelita grubego w aspekcie prewencji wtórnej w zależności od płci, wieku i poziomu wykształcenia.

Materiał i metody:

Grupa badana – chorzy na raka jelita grubego (n=202). Wykorzystano autorski, anonimowy kwestionariusz ankiety. Analizy danych – Statistica 13.3 (istotność statystyczna – $p < 0,05$).

Wyniki:

Połowa respondentów przyznała, iż nie stosuje diety leczniczej (50,0%), przy czym wielu badanych nakreślało działania niepożądane terapii (kserostomia – 67,3%, metaliczny posmak – 48,5%, nudności – 36,1%). Pacjenci często wskazywali na konsumpcję 3 posiłków dziennie (57,4%). Znaczna ich część deklarowała podjadanie pomiędzy posiłkami (61,4%), a jako dominujący rodzaj przekąsek wskazywano cukier (33,2%). Badani preferowali spożycie warzyw i owoców w formie surowej (64,4%, 69,3%). Tygodniowo mężczyźni częściej spożywali alkohol niż kobiety (13,3% vs. 0,8%; $p=0,0004$). Osoby w wieku średnim częściej konsumowały produkty typu fast-food niż osoby w wieku podeszłym (27,6% vs. 11,4%; $p=0,0009$). Pacjenci

z wykształceniem zasadniczym zawodowym częściej wskazywali palenie papierosów niż chorzy o wykształceniu wyższym (15,6% vs. 4,9%; $p=0,02$).

Wnioski:

Postępowania zdrowotne grupy badanej wymagają poprawy oraz uświadomienia odnośnie ich potencjalnych skutków. Zaobserwowano, że osoby: płci męskiej, w wieku średnim, o wykształceniu średnim i niższym prezentowały słabsze postawy behawioralne, co wskazuje na zasadność wdrożenia interwencji żywieniowej, zwłaszcza w tych grupach.

5. *Body positive*, ale czy na pewno? – postrzeganie własnego ciała przez uczniów szkół ponadpodstawowych województwa Śląskiego w zależności od jego masy

Oskar Sierka¹, Karolina Stolorz²

¹Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Kardiologii Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun naukowy: dr hab. n. med. Józefa Dąbek, prof. SUM

Wstęp:

Postrzeganie własnego ciała to subiektywny, mentalny obraz prezentacji naszego własnego wyglądu. Na jego postrzeganie wpływają chociażby masa ciała czy wzrost, ale także inne składowe, np. medialne „standardy piękna”.

Cel:

Celem pracy było zbadanie różnic w postrzeganiu własnego ciała przez uczennice i uczniów szkół ponadpodstawowych województwa Śląskiego w zależności od ich wskaźnika masy ciała (BMI - Body Mass Index).

Materiał i metody:

W badaniu wzięło udział 560 (100%) uczniów, w tym 329 (58,75%) dziewcząt i 231 (41,25%) chłopców w wieku od 16 do 18 lat ($\bar{x} = 17,19 \pm 0,8$). Do przeprowadzenia całkowicie dobrowolnego i anonimowego badania wykorzystano formularz ankiety składający się z pytań autorskich oraz kwestionariusza Body Esteem Scale (BES). Wszyscy uczniowie oraz ich opiekunowie prawni wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Wyniki analizowano kategoryzując badanych jako osoby: o obniżonej względem prawidłowej (OMC) oraz prawidłowej (PMC) i zwiększonej względem prawidłowej (ZMC) masie ciała. Do opracowania uzyskanych wyników oraz przeprowadzenia niezbędnych testów statystycznych wykorzystano oprogramowanie *Statistica 13*.

Wyniki:

Średnia wartość wskaźnika masy ciała badanych wynosiła $21,64 \pm 3,24 \text{ kg/m}^2$, a w przypadku prawie 14% (74; 13,21%) jego wartość wskazywała na nadwagę lub otyłość I lub II stopnia. Test korelacji rang Spearmana wykazał istotne statystycznie ujemne korelacje pomiędzy wartością BMI, a punktami uzyskanymi w podskali „*Kondycja fizyczna*” ($p < 0,012$) wśród chłopców, natomiast w grupie dziewcząt ujemną, istotną statystycznie, zależność pomiędzy wartością wskaźnika masy ciała, a punktami uzyskanymi w podskalach „*Atrakcyjność płciowa*” ($p = 0,021$) i „*Kontrola masy ciała*” ($p < 0,0001$). Test Kruskalla-Wallisa wśród dziewcząt wykazał istotną statystycznie różnicę pomiędzy porównywanymi grupami (OMC, PMC, ZMC) w zakresie punktów uzyskanych w podskali: „*Kontrola masy ciała*” ($H = 10,531$, $p = 0,0052$), a wśród chłopców istotną statystycznie różnicę w zakresie punktów uzyskanych przez badanych z OMC i PMC w podskali „*Siła ciała*” ($H = 8,896$, $p = 0,0117$), a także pomiędzy chłopcami z PMC i ZWM w zakresie podskali „*Kondycja fizyczna*” ($H = 19,361$, $p = 0,0001$).

Wnioski:

1. Wzrost wartości BMI wpływała na postrzeganie własnego ciała przez uczennice i uczniów szkół ponadpodstawowych województwa Śląskiego.
2. Wykazana różnica pomiędzy kategorią wskaźnika masy ciała, a punktami uzyskanymi w podskali „*Kontrola masy ciała*” może świadczyć o istotnym koncentrowaniu się dziewcząt ze zwiększoną masą ciała na negatywnej percepcji tych elementów ciała, które można zmienić dzięki ćwiczeniom fizycznym lub stosowaniu diet.
3. Różnice w ilości uzyskanych punktów pomiędzy chłopcami z prawidłową i zmniejszoną masą ciała w podskali „*Siła ciała*” oraz chłopców z prawidłową i zwiększoną masą ciała w podskali „*Kondycja fizyczna*” mogą świadczyć o skoncentrowaniu ich samooceny na parametrach związanych z wytrzymałością, zwinnością, siłą oraz funkcjonalnością i sprawnością, a niekoniecznie wyglądem.

Słowa kluczowe: ciało, masa, postrzeganie.

6. Does nutritional status influence the risk of frailty and the quality of life of patients undergoing hemodialysis? - preliminary research

Martyna Andreew-Gamza^{1,2}

¹Doctoral School, Faculty of Health Sciences in Katowice, 12 Medyków Street, 40-752 Katowice, Medical University of Silesia in Katowice, Poland

²Scientific Study Group at the Department of Internal Nursing, Department of Internal Medicine, Faculty of Health Sciences in Katowice, Ziołowa 45/47 Street, 40-635 Katowice, Medical University of Silesia in Katowice, Poland

martyna.andreew@poczta.fm; +48 887-701-013

Introduction:

Chronic Kidney Disease (CKD) is a disease syndrome classified as a chronic non-communicable disease. After hypertension, it is the second most common chronic non-communicable disease in Poland (4.2 million Poles suffer from it according to data for 2019 provided by the National Consultant in the field of Nephrology). In most cases (90%), it is diagnosed too late, which contributes to unnoticeable progression of the disease, deterioration of kidney function leading to premature death or end-stage renal disease, which requires renal replacement therapy. Hemodialysis is one of the methods of renal replacement therapy. People with CKD often have abnormal body weight, hypertension, type 2 diabetes, metabolic syndrome, atherosclerosis, protein-calorie malnutrition, muscular sarcopenia, and frailty syndrome. Many chronic hemodialysis patients are at risk of malnutrition. Prevention and treatment of malnutrition are important to improve the health of patients, improve laboratory parameters and the effectiveness of renal replacement therapy. For this purpose, it is necessary to properly assess the nutritional status of patients and appropriate nutritional intervention. The specificity of hemodialysis treatment requires regular visits to the dialysis center, which worsens the quality of life of patients.

Aim:

The main purpose of the study was to define the relationship between nutritional status and the risk of frailty syndrome and quality of life of patients with CKD undergoing hemodialysis (HD) treatment.

Material and methods:

The study was conducted at a dialysis station at a hospital in Katowice with the participation of chronic hemodialysis patients. The study group consisted of a total of 34 patients aged 30 to 90. Men constituted the majority (N = 22) in comparison with women (N = 12). Anthropometric measurements were carried out using a tape measure, a hand dynamometer, and bioimpedance measurements using a body composition analyzer. Anthropometric and bioimpedance parameters assessing the patient's nutritional status included: Body Mass Index (BMI), muscle strength, arm circumference, lean body mass after dialysis, adipose tissue mass after dialysis, % of adipose tissue after dialysis and phase angle after dialysis. Standardized questionnaires KDQOL 1.3, Tilburg, were used. An additional research tool was a self-constructed questionnaire containing questions on age, education, place of residence, vascular access.

Results:

The study involved 34 patients aged 30 to 90 (M = 63.06; SD = 14.70), treated with HD. As strength increases muscle quality of the examined persons, the quality of life index in the physical area increased moderately functioning and symptom and problem list ($p < 0,05$). Positive associations of moderate strength occurred also between lean body mass after dialysis and physical functioning, sf 12 mental composite, symptom and problem list, cognitive function, energy/fatigue and role physical ($p < 0,05$). There were no statistically significant correlations between nutritional status indicators patients and their severity of weakness ($p > 0,05$).

Conclusions:

The strongest relationship between the nutritional status assessment parameters used in the study and the quality of life domains was obtained between: muscle strength and the quality of the quality of life index in the physical area and functioning and symptom and problem list, between lean body mass after dialysis and physical functioning, sf 12 mental composite, symptom and problem list, cognitive function, energy/fatigue and role physical. The relationship between nutritional status parameters and the risk of frailty and its domains was weak.

Key words: Nutritional Status, Frailty Syndrome, Quality of Life, Hemodialysis

7. Żywnienie zbiorowe a zapobieganie wystąpienia zespołu kruchości u osób w podeszłym wieku

Zofia Zdeb¹, Matylda Kosiorz¹, Kamil Mąkosza¹

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Propedeutyki Chorób Wewnętrznych i Medycyny Ratunkowej, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – opiekun Koła prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Teresa Kokot

Opiekun pracy dr hab. n med. Sylwii Dzięgielewskiej-Gęsiak

Wstęp:

Zespół kruchości (ZK) to szereg objawów, które występując równocześnie wskazują na osłabienie organizmu, zmniejszenie siły mięśniowej i funkcjonowanie osoby w społeczeństwie. Nieprawidłowo skomponowana, uboga dieta jest jednym z czynników ryzyka ZK. Kwestionariusz stanu odżywienia służy do identyfikacji chorych zagrożonych niedożywieniem, którego to wynik nie jest tożsamy z zespołem kruchości. Na stan odżywienia pacjenta wpływa dzienny jadłospis, który często z powodu braków finansowych może nie dostarczać odpowiednich składników odżywczych.

Cel pracy:

Celem niniejszej pracy jest analiza jadłospisów placówki zakładu opiekuńczo-leczniczego dla przewlekle chorych pod kątem ryzyka występowania ZK oraz zaproponowanie działań profilaktycznych minimalizujących występowanie tego zespołu.

Materiał i metoda:

Okres trzech miesięcy żywienia zbiorowego (jadłospisy dekadowe) w zakładzie opiekuńczo-leczniczym na terenie miasta Bytom poddano analizie na podstawie kwestionariusza wg. Starzyńskiej. Całość badania została uzupełniona o wywiad żywieniowy i dokumentację medyczną 60 pensjonariuszy. Wyniki przedstawiono przy pomocy (\bar{x} – średnia, σ – odchylenie standardowe).

Wyniki:

Ocena jadłospisów wykazała $\bar{x} = 13.7$, $\sigma = 3.1$ pkt na 30 możliwych punktów. W jadłospisach występowała zbyt niska ilość błonnika pokarmowego. W jadłospisach dekadowych średnia częstotliwość występowania

warzyw i owoców wynosiła $\bar{x}=1.6$, $\sigma = 0.8$, występowały one najczęściej w postaci dżemów. Brak potraw z udziałem roślin strączkowych i gruboziarnistych kasz wiązał się nie tylko z niską podażą błonnika, ale również z brakiem podaży witamin z grupy B i składników mineralnych. Częstotliwość występowania w/w produktów wynosiła $\bar{x}.=3.5$, $\sigma = 1.6$. Oddział nie indywidualizuje diet, ani nie spełnia w pełni założeń Piramidy Zdrowego Żywienia.

Wnioski i podsumowanie:

Ze względu na wielochorobowość proponowany jadłospis powinien zostać ulepszony ze względu na ryzyko niedożywienia i nasilenia objawów chorób współistniejących, a także możliwości występowania ZK. Brak pełnowartościowych posiłków przyczynia się do osłabienia systemu fizjologicznego organizmu. Proponuje się wprowadzenie profilaktyki wtórnej zakładającej poprawę żywienia oraz programu monitorującego żywienie pensjonariuszy.

8. Ocena stanu edukacji rodziców w zakresie prawidłowego żywienia dzieci w okresie noworodkowym i niemowlęcym

Kinga Dreszer-Tkacz¹, Wiktoria Borowska¹, Krzysztof Bylok¹, Natalia Aleksander¹, Malwina Brzozowska¹, Jakub Radoszewski¹, Tomasz Czerwiec¹

¹Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Opiekun pracy: dr hab. n. med. Krystyna Stencel-Gabriel

Wstęp:

Dostęp do wielu źródeł wiedzy umożliwia rodzicom poznanie wielu metod żywienia dziecka, ale też stwarza trudność w wybraniu najlepszej metody. W poniższej pracy opisano najważniejsze zasady żywienia dziecka, schematy rozszerzania diety oraz omówiono najczęstsze błędy w żywieniu dziecka. Oceniono także poziom wiedzy rodziców dotyczący właściwego żywienia dzieci w okresie niemowlęcym i noworodkowym.

Materiał i metoda:

Grupę badaną stanowiło 75 opiekunów dzieci w wieku od 1-12m.ż. Metodą badawczą był autorski kwestionariusz ankiety stworzony za pomocą programu Google Forms, który został opublikowany na forach internetowych i blogach tematycznych celem zebrania informacji na temat sposobu karmienia noworodków i niemowląt. Wyniki zbierano przez okres 6 tygodni. Jako metody statystycznej użyto program statistica 12.

Wyniki:

Odpowiedzi rodziców biorących udział w ankiecie wykazały popełnianie licznych błędów w żywieniu dzieci. Ponad 26% ankietowanych rodziców stosuje mleko modyfikowane z powodu nietolerancji pokarmowych; ponad 40% stosuje preparaty poprawiające laktację, 20% karmi swoje dziecko podczas snu, a 28% nie otrzymało odpowiedniej edukacji nt. żywienia dziecka od personelu medycznego.

Wnioski:

Niski poziom wiedzy rodziców na temat prawidłowego żywienia dziecka może być przyczyną powikłań zdrowotnych. Ułatwienie kontaktu z poradniami laktacyjnymi i lekarzami pierwszego kontaktu poprawiłoby jakość opieki zdrowotnej jak i ograniczyło konieczność hospitalizacji korelujących z błędami żywieniowymi u dzieci do 1r.ż.

9. Dyslipidemia w stwardnieniu rozsianym

Artur Stasiniewicz¹

¹STN Katedry i Kliniki Neurologii w Zabrze, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp:

Dyslipidemia jest istotną chorobą współistniejącą u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM).

Cel:

Celem pracy była ocena częstości występowania dyslipidemii u pacjentów z poszczególnymi postaciami SM oraz jej wpływ na stopień niepełnosprawności chorych w skali EDSS.

Materiał i metody:

52 pacjentów z SM rozpoznanych wg kryteriów McDonald'a z 2017 roku, leczonych w Klinice Neurologii w Zabrze oraz Przyklinicznej poradni neurologicznej włączono do badania. Stopień niepełnosprawności ruchowej określono wg. w skali EDSS (Expanded Disability Status Scale). U wszystkich badanych pobrano krew na czczo celem wykonania lipidogramu. Na zaplanowane badania, uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej SUM w Katowicach.

Wyniki:

W grupie badanej dyslipidemię stwierdzono u 63,46% osób. Najczęściej powyższe rozpoznanie stawiano u chorych z wtórnie postępującą postacią SM (SPMS), jednak różnice pomiędzy poszczególnymi postaciami choroby nie były istotne statystycznie. Stwierdzono dodatnią korelację między stężeniem triglicerydów w surowicy krwi, a wynikiem w skali EDSS ($R = 0.345$, $p < 0.05$) oraz odwrotną korelację między stężeniem cholesterolu HDL, a wynikiem w skali EDSS ($R = -0.438$, $p < 0.05$).

Wnioski:

Występowanie dyslipidemii u pacjentów z SM wiąże się z wyższym stopniem niepełnosprawności w skali EDSS. Monitorowanie parametrów lipidowych oraz modyfikacja trybu życia u chorych obciążonych dyslipidemią jest istotna u chorych z SM. Konieczne są dalsze badania celem wyjaśnienia wpływu zaburzeń lipidowych na przebieg SM.

Streszczenia wystąpień gości



1. Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia – wielodyscyplinarna prewencja

Prof. dr hab. med. Piotr Podolec

Klinika Chorób Serca i Naczyń, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im św. Jana Pawła II

Przewodniczący Rady Redakcyjnej oraz Prezes Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia

Zmniejszenie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca zależy przede wszystkim od redukcji czynników ryzyka (54%) a w dalszej kolejności od leczenia farmakologicznego (37%) i innych interwencji (9%).

Ryzyko sercowo-naczyniowe oznacza prawdopodobieństwo z jakim u danej osoby, w ciągu określonego czasu, wystąpi incydent sercowo-naczyniowy o etiologii miażdżycowej. Wielkość ryzyka zależy od występowania wielu cech osobniczych i czynników środowiskowych, które nazwano czynnikami ryzyka.

Czynniki ryzyka to cechy indywidualne oraz elementy stylu życia, zwiększające ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, takich jak zawał serca lub udar mózgu.

Ze względów praktycznych czynniki ryzyka dzielimy na niemodyfikowalne (nieodwracalne): wiek, płeć męska oraz przedwczesne wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu w rodzinie, tzn. u brata lub u ojca < 55. roku życia, u siostry lub u matki < 65. roku życia oraz modyfikowalne (odwracalne), do których zaliczamy: nadwagę i otyłość, małą aktywność fizyczną, nieprawidłową dietę, nadciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu, cukrzycę, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie narkotyków, dopalaczy, depresję, stres, zakażenie wirusem grypy.

Niezwykle istotne jest poszukiwanie także tzw. „nowych czynników ryzyka”, do których zaliczamy między innymi: wskaźniki układu krzepnięcia i fibrynolizy: fibrynogen, czynniki krzepnięcia VII, von Willebranda (vWF), inhibitora aktywatora plazminogenu typu 1 (PAI-1) i aktywatora plazminogenu typu tkankowego (tPA); wskaźniki reakcji zapalnej: zwiększenie stężenia hs-CRP lub CRP, interleukin: IL-6, IL-10, IL-18, czynnika martwicy nowotworu (TNF-alfa), rozpuszczalnego liganda CD40 (sCD40L), metaloproteinazy-9 macierzy (MMP-9), mieloperoksydazy; wzrost stężenia homocysteiny; pogrubienie błony wewnętrznej i środkowej tętnicy szyjnej (IMT); podwyższony wskaźnik uwapnienia tętnic wieńcowych (CS ang. calcium score) i wiele innych.

Ocena predyspozycji genetycznych jest konieczna u wszystkich z podejrzeniem rzadkich chorób monogenowych, przede wszystkim rodzinnej hipercholesterolemii.

Nie ulega wątpliwości, że długotrwała ekspozycja na pyły o małej średnicy ($\leq 2,5 \mu\text{m}$) wiąże się ze zwiększoną częstością występowania chorób układu sercowo-naczyniowego oraz z wyższą umieralnością z powodu tych chorób. Monitorowanie jakości powietrza i ograniczenie emisji spalin i pyłów przemysłowych powinno stanowić element strategii ogólnopopulacyjnej.

Niewątpliwie u podstaw wdrożenia zasad prewencji leży stan wiedzy i świadomości zagrożeń wywołanych przez czynniki ryzyka nie tylko personelu zespołów medycznych ale przede wszystkim całego społeczeństwa. Niestety większość badań prowadzonych w Polsce wskazuje, że pomimo bardzo licznych programów edukacyjnych, braki podstawowej wiedzy o „abecadle” prewencji są nadal bardzo duże. Dla przykładu: w badaniu ankietowym, przeprowadzonym w populacji mieszkańców Krakowa, tylko 5% respondentów prawidłowo rozpoznało wszystkie 5 podstawowych objawów zawału serca !!!, a pacjenci po zawale nie rozpoznają objawów zawału lepiej niż populacja ogólna !!! . Ponad 1/3 wielkomiejskiej populacji nie znała numeru pod który należy zadzwonić przy podejrzeniu zawału serca i/lub udaru mózgu !!!.

Konieczność działań prewencyjnych w zespołach wielospecjalistycznych najlepiej przedstawić na przykładzie. We współczesnym świecie wiele czynników ryzyka ma „charakter epidemii”, z pośród wielu na czoło wysuwają się obecnie nadwaga i otyłość, które są powiązane z ograniczeniem aktywności fizycznej.

Oba te czynniki ryzyka działają synergistycznie. Brak aktywności fizycznej i niewłaściwa dieta doprowadzają do nadwagi lub otyłości co z kolei najczęściej prowadzi do stłuszczenia i/lub zwłóknienia wątroby. Europejskie i amerykańskie towarzystwa naukowe (ESC, ACC w 2021 r. i 2022 r.) wskazują, że niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD) jest czynnikiem ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych o podłożu miażdżycowym i zwiększa ryzyko zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu. NAFLD dotyczy ok. 1/3 populacji świata 26,2% czyli ok. 8 mln Polaków (50% osób z dyslipidemią ;70% osób z cukrzycą typu 2; 90% osób z otyłością olbrzymią BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$).

Diagnostyka NAFLD nie jest zbyt skomplikowane, konieczne jest wykonanie badań ultrasonograficznych wątroby oraz określenie stopnia jej włóknienia na podstawie badań laboratoryjnych (ALAT ASPAT, płytki krwi). Wdrożenie właściwego postępowania tj. zmiana diety, wzrost aktywności fizycznej oraz interwencja farmakologiczna (podanie kwasu ursodeoksycholowego; Prousanu), zapobiega zwłóknieniu wątroby i zmniejsza ryzyko przedwczesnego zgonu nie tylko z powodu zaburzeń funkcjonowania wątroby ale także chorób wywołanych miażdżycą. Przykład ten wskazuje na konieczność współpracy lekarzy rodzinnych w POZ-ach, radiologów, hepatologów, kardiologów, specjalistów z zakresu chirurgii bariatrycznej, rehabilitacji, dietetyki etc..

Powyższy wstęp wskazuję na niezwykle złożony problem wdrożenia zasad prewencji. Bez zaangażowania się zespołów ze wszystkich dziedzin medycyny, ogólnospołecznej akceptacji, niezbędnych ustaw i odpowiedniego finansowania nie jest możliwe skuteczne wdrożenie zdrowej żywności, ochrony środowiska i tzw. zdrowego stylu życia, które to zasady decydują o długości i jakości naszego życia.

Przyпускаjąc, że zdecydowana większość naszego społeczeństwa zna epokowe dzieło Mariana Falskiego „Elementarz”, niestety znajomość wytycznych („Elementarza Prewencji”) dotyczących prewencji chorób układu krążenia w społeczeństwie jest niewielka. Dlatego w 2005 roku, w Krakowie z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, została podpisana deklaracja ośmiu towarzystw naukowych o przystąpieniu do Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP) i współpracy w celu ujednoczenia wytycznych dotyczących chorób układu krążenia oraz edukacji. Członkami stałymi PFP są: Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Towarzystwo Internistów Polskich, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Badań nad Miażdżycą, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Deklaracje o współpracy z PFP podpisało ponad 100 towarzystw, stowarzyszeń naukowych, szpitali, przychodni, które uzyskało status Członka Wspierającego lub Przyjaciela PFP.

Od początku powstania PFP mam przyjemność i zaszczyt przewodniczyć Radzie Redakcyjnej ds. Wytycznych PFP, do której należy ponad 200 ekspertów z wielu dziedzin medycyny ale także innych dziedzin nauki i organizacji społecznych. Opracowano (ujednolicono) wytyczne dotyczące najważniejszych czynników ryzyka, które opublikowano w Kardiologii Polskiej, wydano dwutomową monografię „Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki”, kilkanaście biuletynów i materiałów edukacyjnych skierowanych do wszystkich grup społecznych.

Tak jak w elementarzu Mariana Falskiego, PFP przedstawiło „Abecadło” dotyczące prewencji chorób układu krążenia. Każdy czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych został przedstawiony w dziesięciu punktach, w których przedstawiono definicje, diagnostykę i sposób leczenia najważniejszych 17 czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Bez poprawy świadomości przez wielodyscyplinarną powszechną edukację w oparciu o ujednolicone wytyczne „Abecadło Prewencji”, badania przesiewowe, szczepienia, wdrożenie zdrowego stylu życia i farmakoterapii prewencyjnej, ograniczenia zanieczyszczenia środowiska, poprawy dostępu do zdrowej żywności, nie jest możliwe wydłużenie życia i poprawa jego jakości.

LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ NIŻ LECZYĆ

Piśmiennictwo:

1. Frank L.J., Visseren François, Mach Yvo, M. Smulders et al.: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies. With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC): Eur. Heart J. (2021) 00, 1 -111 doi: 10.1093/eurheartj/ehab484. Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej Zeszyty Edukacyjne. Kardiologia Polska 5/2021.
2. Podolec P, Kopeć G, Pajak A.: Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia – PFP: Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki pod red.: P. Podolca, wyd.: Medycyna Praktyczna, Kraków 2007; tom 1, 21-26.
3. Podolec P, Kopeć G, Pajak A.: Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Pod red.: Podolec P, Tom 1.; Kraków, wyd.: Medycyna Praktyczna; 2007, p. 83–87.

2. Wzorce dietetyczne a umieralność ogólna i z powodu chorób układu krążenia w Europie

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Pająk

Katedra Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Promocja zdrowego żywienia musi uwzględniać rzeczywistość, w której większość osób w małym stopniu zwraca uwagę na zawartość produktów spożywczych i składników odżywczych w spożywanych pokarmach. Zalecane jest propagowanie wzorców dietetycznych, które z natury mają prozdrowotny skład i których związek z niższą zachorowalnością i umieralnością został udowodniony. Najlepiej poznanym z takich naturalnych wzorców jest dieta śródziemnomorska. Jednocześnie informacja naukowa o tym, w jakim stopniu na stan zdrowia wpływa dieta typowa dla regionu wschodnioeuropejskiego, jest skąpa.

W artykule podsumowano wyniki przeprowadzonego w trzech krajach Europy Wschodniej, kohortowego Badania HAPIEE (Health Alcohol and Psychosocial factors in Eastern Europe), które dotyczyły częstości stosowania dwóch wzorców dietetycznych tj. diety śródziemnomorskiej oraz diety wschodnioeuropejskiej oraz związku tych wzorców dietetycznych z umieralnością.

Wyniki badania HAPIEE potwierdziły, że stosowanie diety zbliżonej do wzorca diety śródziemnomorskiej w krajach regionu wschodnioeuropejskiego wiązało się z niższym o ok. 20% ryzykiem zgonu niezależnie od przyczyny. Natomiast stosowanie diety o charakterystyce wschodnioeuropejskiej wiązało się z wyższym o 20% ryzykiem zgonu niezależnie od przyczyny i wyższym o ponad 30% ryzykiem zgonu z powodu chorób układu krążenia.

Piśmiennictwo:

1. Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej (Zeszyty Edukacyjne Kardiologia Polska 2021,5).
2. Visseren F, Mach F, Yvo M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021; 42(34): 3227–3337. .
3. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, et al. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. . *Am J Clin Nutr.* 2010; 92(5): 1189–1196.
4. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al. PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med.* 2018; 378(25): e34.
5. Peasey A, Bobak M, Kubinova R, Malyutina S, Pajak A, Tamosiunas A, et al. Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in Central and Eastern Europe: Rationale and design of the HAPIEE study. *BMC Public Health* (2006) 18;. 6, 255.

6. Stefler D., Malutina S., Kubinova R. i wsp. *Mediterranean diet score and total and cardiovascular mortality in Eastern Europe: the HAPIEE study. European Journal of Nutrition. 2017; 56, 421-429.*
7. Stefler D, Brett D, Sarkadi-Nagy E et al. *Traditional Eastern European diet and mortality: prospective evidence from the HAPIEE study. Eur J Nutr 2021 60,1091-1100.*
8. Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. *Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. Public Health Nutr. 2014; 17:2769–82.*
9. Waśkiewicz A., Szczęsniewska D., Szostak-Wegierek D. i wsp. *Are dietary habits of the Polish population consistent with the recommendations for prevention of cardiovascular disease? - WOBASZ II project. Kardiologia Polska . 2016 : 74, 969-977.*

Załącznik 1. Wskaźnik diety Wschodnio-Europejskiej (Eastern European Diet Score (EEDS)) [Według 7]

Spis rycin

Rycina 1. Związek pomiędzy wskaźnikiem diety śródziemnomorskiej (Mediterranean Diet Score (MDS)) a ryzykiem zgonu ogółem oraz z powodu chorób sercowo-naczyniowych (Według [6])

Rycina 2. Związek pomiędzy wskaźnikiem diety Wschodnio-Europejskiej (East European Diet Score (EEDS)) a ryzykiem zgonu ogółem oraz z powodu chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów złośliwych (Według [7])

3. Kluczowa rola metforminy w farmakoterapii zaburzeń metabolizmu glukozy w codziennej praktyce lekarskiej?

Prof. dr hab. n. med. Józef Drzewoski

Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi

Metformina zajmowała przez wiele lat pozycję leku pierwszego wyboru w farmakoterapii cukrzycy typu 2 (T2DM). Niebawem postęp w zakresie rozwoju nowych leków obniżających nie tylko stężenie glukozy we krwi, ale wykazujących udowodnione w dużych, randomizowanych badaniach klinicznych (CVOTs), działanie kardio- i nefroprotektoryjne, otworzył znacznie szersze możliwości skuteczniejszego zmniejszenia ryzyka wystąpienia dużych incydentów sercowo-naczyniowych oraz zapobiegania rozwojowi i progresji niewydolności nerek.

Współczesna medycyna opiera się na dowodach medycznych. Dlatego lekarza XXI wieku obowiązuje korzystanie, dla dobra pacjenta, z rekomendacji opracowanych przez zespoły ekspertów powołanych przez międzynarodowe /krajowe towarzystwa naukowe. W odniesieniu do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na pierwszy plan wysunięto określenie obecności lub zagrożenia rozwoju przewlekłych powikłań T2DM, zwłaszcza dotyczących układu sercowo-naczyniowego i nerek. W zależności od stopnia zagrożenia – małe, umiarkowane, duże- lekarz powinien wybrać strategię leczenia, która na podstawie wyników CVOTs rekomenduje, w zgodzie z zaleceniami europejskimi i amerykańskimi, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia te będą szerzej przedstawione w wykładzie.

4. Lepiej zapobiegać niż leczyć – kobieta w okresie menopauzy

Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

Katedra Zdrowia Kobiety, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Okres okołomenopauzalny jest tym czasem w życiu kobiety, w którym organizm poprzez zmianę wydzielania hormonów „przygotowuje się” do ostatniej miesiączki. Pierwszymi symptomami są najczęściej skracające się lub wydłużające miesiączki. Nie ma, żadnego markera biologicznego, który określiłby zakończenie okresu płodności, gdyż nawet przy bardzo niskim AMH (ocena rezerwy jajnikowej) zdarzają się ciąże. Kobiety, które zakończyły już reprodukcję, udając się po poradnictwo antykoncepcyjne do swojego ginekologa, oczekują nie tylko skutecznej metody zapobiegania przed nieplanowaną ciążą, ale również zwracają uwagę na korzyści pozaantykoncepcyjne (brak przyrostu masy ciała, brak spadku libido). Dzisiaj już wiemy i potrafimy precyzyjnie wskazać u pacjentki stosującej antykoncepcję moment wejścia w menopauzę (po dwukrotnym FSH powyżej 30 IU/l w odstępie 6 tygodni).

Menopauza, kiedy pojawia się w wieku od 48 do 55 lat, jest uważana za „naturalną” i jest normalną częścią procesu starzenia. Kobiety mogą przechodzić menopauzę praktycznie nie odczuwając żadnych objawów, ale zdecydowana większość zacznie odczuwać niektóre lub wszystkie z następujących objawów: uderzenia gorąca, nocne poty i/lub uderzenia zimna, suchość pochwy – w konsekwencji dyspareunię, parcie na mocz, trudności ze snem, zmiany emocjonalne jak drażliwość, wahania nastroju, łagodna depresja.

Objawami długofalowymi są osteoporoza, atrofia śluzówki pochwy, choroba Alzheimera czy choroba sercowo-naczyniowa. Kluczowe jest to, żeby każda pacjentka została potraktowana indywidualnie, a zastosowana terapia musi uwzględniać ogólny stan jej zdrowia i ocenę objawów związanych z niedoborem estrogenów. Trzeba też uwzględnić możliwość wystąpienia chorób naczyń, serca i kości a także wziąć pod uwagę wszystkie ryzyka i korzyści, które niesie z sobą leczenie. Ostateczna decyzja podejmowana jest wspólnie przez lekarza ginekologa i pacjentkę. Nie możemy jednak zapominać, że terapia hormonalna nie jest idealnym rozwiązaniem dla każdej kobiety. Zawsze trzeba zacząć od rozmowy, czyli dokładnego wywiadu lekarskiego. Przeprowadzamy podstawowe badania, określamy poziom hormonów, sprawdzamy choroby współistniejące, ustalamy rodzaj, dawkę i sposób stosowania terapii, która zależy od przebytego lub nie zabiegu usunięcia macicy. Dla tych pacjentek, u których występują przeciwwskazania do HTM przeznaczone są preparaty na bazie fitoestrogenów czyli naturalnych związków roślinnych.

Do menopauzy można się przygotować. Trzeba o tym pomyśleć już po 40 roku życia, gdy w organizmie zachodzą pierwsze zmiany hormonalne. Objawy są łagodne, łatwo ich nie zauważyć, ale warto ograniczyć alkohol, rzucić palenie, kontrolować wagę. Zdrowa dieta ważna jest przez całe życie, tak samo jak aktywność fizyczna. Tyjemy nie po hormonach, ale z powodu braku ruchu i byle jakiego jedzenia.

5. Prewencja przewlekłej choroby nerek

Prof. dr hab. n. med. Jan Duława

Klinika Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Określenie przewlekłej choroby nerek (p.ch.n.) zostało wprowadzone w celu ujednoczenia nazewnictwa nefrologicznego i zastąpienia istniejącego wcześniej podziału na niewydolność nerek utajoną, wyrównaną, niewyrównaną i schyłkową. Głównymi kryteriami rozpoznania i klasyfikacji p.ch.n. są: szacowana wielkość przesączania kłębuszkowego (eGFR) i wielkość albuminurii. Rozpoznając określone stadium p.ch.n., należy brać pod uwagę, że eGFR jest zawsze wartością przybliżoną.

Głównym celem prewencji p.ch.n. jest ochrona przed rozwojem mocznicy i koniecznością leczenia nerkozastępczego oraz przed powikłaniami ze strony układu sercowo-naczyniowego. Zapobieganie rozwojowi progresji p.ch.n. obejmuje przede wszystkim przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia, chroniące przed przyspieszonym starzeniem się i rozwojem takich chorób, jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze krwi, otyłość i miażdżycowa choroba naczyń, które są przyczyną większości przypadków patologii nerek. Należy przy tym pamiętać, że nawet u zdrowego człowieka po 30 r.ż. wraz z wiekiem zmniejsza się liczba czynnych nefronów, co powoduje zmniejszenie się eGFR o około 0,7-0,9 ml/min/rok.

Następnym krokiem w zapobieganiu p.ch.n. jest właściwe leczenie wymienionych chorób oraz pierwotnych wrodzonych i nabytych chorób kłębuszków, cewek i tkanki śródmiąższowej nerek. W profilaktyce progresji nefropatii należy rozważyć farmakoterapię, głównie ACE-I, ARB i SGLT2-I. Kluczowe jest unikanie leków nefrotoksycznych i polipragmazji oraz odpowiednie dawkowanie wszystkich leków. Najbardziej lekceważonym w praktyce sposobem nefroprotekcji jest ograniczenie podaży sodu na każdym etapie rozwoju p.ch.n.

W zaawansowanych okresach p.ch.n. należy leczyć chorego z powodu powikłań tej choroby, jakimi są zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej (odwodnienie lub przewodnienie, hipokaliemia lub hiperkaliemia), kwasica nieoddechowa, mineralna choroba kości oraz niedokrwistość.

W schyłkowym okresie choroby należy podjąć właściwą decyzję o rodzaju i czasie rozpoczęcia tzw. terapii nerkozastępczej. Najlepszą metodą jest transplantacja nerki, która jednak w większości przypadków jest niemożliwa. Możliwa jest wtedy dializoterapia otrzewnowa lub pozaustrojowa. W określonych przypadkach należy rozważyć tzw. leczenie zachowawcze (konserwatywne) lub paliatywną dializoterapię.

6. Nowe zagrożenia zakaźne – niedoceniany problem

Dr hab. Włodzimierz Mazur

Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

W ostatnich latach problem zakażeń wirusami hepatotropowymi został zdominowany przez zakażenia HCV i HBV, przede wszystkim ze względu na przewlekły charakter zakażeń oraz ich globalny zakres, dotyczący szacunkowo kilkuset milionów ludzi, jednak obecnie coraz więcej uwagi poświęca się zagadnieniu zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu E (HEV), w szczególności ze względu na rosnącą skalę zagrożenia i ogólne niedocenywanie tej stosunkowo nowej jednostki chorobowej. W przeciwieństwie do innych wirusów hepatotropowych powodujących zakażenia u ludzi wirus HEV, jako jedyny posiada, poza człowiekiem, także rezerwuar zwierzęcy i stąd zakażenia jakie powoduje u ludzi traktowane jest jako klasyczna choroba odzwierzęca (zoonoza). Podobnie jak wirus zapalenia wątroby typu A (HAV) przenosi się drogą fekalno-oralną. Zagrożenie zakażeniem HEV nie dotyczy tylko populacji krajów rozwijających, charakteryzujących się złymi warunkami sanitarno-higienicznymi, ale coraz więcej przypadków odnotowuje się w krajach o wysoko rozwiniętych. Szacunkowe analizy oparte na wrywkowych danych epidemiologicznych oraz modelach matematycznych wskazują w skali globalnej przypuszczalna liczba zakażeń genotypami 1 i 2 w skali globalnej wynosi około 20 milionów zachorowań rocznie, z czego około 3,4 miliona prezentuje obraz kliniczny ostrego wirusowego zapalenia wątroby a około 70 tysięcy to przypadki ostrej niewydolności wątroby prowadzące do zgonu. Zasadniczo w większości przypadków obraz kliniczny zakażenia HEV to postać ostrego wirusowego zapalenia wątroby zbliżonego do wzv typu A., chociaż zdarzają się też przebiegi skąpoobjawowe lub asymptomatyczne, szczególnie przy zakażeniu genotypem 3, który dominuje w Europie. Przebieg nadostry zapalenia wątroby w przebiegu zakażenia HEV cechuje się postępującą niewydolnością wątroby z encefalopatia, znacznymi zaburzeniami krzepnięcia ze skazą krwotoczną czy wodobrzuszem. Często w takich sytuacjach dochodzi do zgonu. Zagrożone takim przebiegiem zakażenia są kobiety w ciąży, szczególnie w II i III trymestrze. Zasadniczo rokowanie w przebiegu zakażenia HEV jest dobre, poza kobietami w ciąży, chorymi ze współistniejącymi innymi chorobami wątroby i ciążarnymi. Śmiertelność w przebiegu ostrego wzv typu E waha się w przedziale 1-4%, to w przypadku ciążarnych może sięgać nawet 15-20%. Zagadnieniem o coraz większym znaczeniu klinicznym pozostaje zakażenie HEV u chorych z immunosupresją, np. zakażonych wirusem HIV, chorych z chorobami hematologicznymi, chorych na przewlekłej sterydoterapii czy po przeszczepach narządowych. Często w tych subpopulacjach chorych dochodzi do rozwoju przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu E co wiąże się progresywnym uszkodzeniem wątroby, prowadzącym nawet do rozwoju marskości wątroby i niewydolności tego narządu. Stąd szczególnie

istotne jest monitorowanie grup ryzyka , a w sytuacji stwierdzenia czynnego zakażenia rozważanie wdrożenia leczenia przeciwwirusowego. Problem zakażenia HEV w skali społecznej pozostaje zagadnieniem wielopłaszczyznowym wymagając od środowiska lekarskiego zachowania właściwej czujności i konieczności propagowania odpowiednich działań profilaktycznych .

7. Profilaktyka zaburzeń krążenia obwodowego u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową

Dr hab. n. o zdr. Małgorzata Domagalska-Szopa

Zakład Fizjoterapii Wieku Rozwojowego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wprowadzenie. Chociaż skutki przepukliny oponowo-rdzeniowej ([łac. myelomeningocele](#); MMC) są zależne od stopnia zaawansowania i umiejscowienia wady cewy nerwowej, to jej objawy kliniczne zawsze obejmują zaburzenia unerwienia mięśni kończyn dolnych i kręgosłupa i ich skutki wtórne takie jak: zaburzenia czucia, porażenia i niedowłady mięśni kończyn dolnych oraz deformacje kręgosłupa i stawów kończyn dolnych, co skutkuje niemożnością lub trudnościami w poruszaniu się. Większość osób z MMC, aby utrzymać pozycję spionizowaną i poruszać się wymaga stosowania zaopatrzenia ortopedycznego. To z kolei w znacznej mierze jest utrudnione poprzez występowanie obrzęków, zaburzeń troficznych, a przede wszystkim odleżyn w obrębie kończyn dolnych. Chociaż powyższe objawy sugerują występowanie u osób z MMC zaburzeń krążenia obwodowego krwi i limfy, to jest to zupełnie bagatelizowanym problemem, o czym świadczy brak w literaturze przedmiotu opracowań naukowych na ten temat. Dlatego też w ramach dwóch projektów naukowych podjęto próbę rozpoznania „jakości” przepływów w obrębie naczyń krwionośnych kończyn dolnych u dzieci z MMC a także zaproponowano i zweryfikowano skuteczność programu opartego o trening wibracyjny całego ciała (whole body vibration; WBV) jako profilaktyki zaburzeń krążenia u tych dzieci.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w grupie 30 dzieci ze zdiagnozowanym i potwierdzonym klinicznie MMC w wieku pomiędzy 7 -11 lat oraz w grupie kontrolnej obejmującej 30 rówieśników bez zaburzeń neurologicznych. Przeprowadzone badania obejmowały: 1) wywiad oraz analizę dokumentacji medycznej; 2) ocenę funkcjonalną w oparciu o system oceny funkcji motoryki dużej (Gross Motor Function Classification System; GMFCs - 88); 3) ocenę siły mięśniowej mięśni w obrębie obręczy biodrowej i kończyn dolnych; 4) ocenę zakresu ruchów w stawach kończyn dolnych 4) ocenę żylnego przepływu krwi w obrębie żyły odpiszczelowej dużej (ang. great saphenous vein, GSV), gdzie badaniem USG (Dopplera) oceniano czas refluksu na czterech poziomach GSV: na dwóch poziomach proksymalnych (w okolicy pachwiny; P1 i w połowie uda; P2) oraz 2 poziomach dystalnych (w dole podkolanowym; P3 i dolnej części podudzia, na wysokości kostki przyśrodkowej); 5) ocenę jakości przepływów w obrębie tętnic udowych powierzchownych (SFA), tętnic podkolanowych (PA) i tętnic piszczelowych przednich (ATA).

Badania te zostały przeprowadzone trzykrotnie i obejmowały: 1) badanie początkowe przeprowadzone przed rozpoczęciem programu usprawniania; 2) po 10 sesjach stosowania tylko fizjoterapii konwencjonalnej, ale przed wprowadzeniem WBV oraz 3) po 20 sesjach WBV.

Wyniki. Uzyskane wyniki ujawniły, że dzieci z MMC w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami wykazywały wydłużony czas przepływu wstecznego na obu poziomach przebiegu GSV. Zaobserwowano także, że częstość występowania refluksu w przebiegu GSV w segmentach dystalnych była istotnie większa niż w segmentach proksymalnych. Nasilenie objawów MMC w badanej grupie, wyrażające się wyższym poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego, deficytem siły mięśni kończyn dolnych oraz niższym (gorszym) poziomem zdolności motorycznych negatywnie wpływały na jakość przepływów żylnych w obrębie GSV u pacjentów z MMC. Wyniki niniejszych badań dostarczyły także dowodów naukowych, że trening WBV wpływa korzystnie na jakość krążenia obwodowego, co manifestowało się zwiększeniem obu ocenianych wskaźników, tj. szczytowego przepływu skurczowego (*peak systolic velocity; PSV*) oraz prędkości końcowo-rozkurczowej (ang. *enddiastolic velocity; EDV*), jak również zmniejszeniem oporu we wszystkich badanych tętnicach (istotnie niższe wartości *wskaźnika pulsacji* (*pulsatility index; PI*) oraz współczynnika oporowości (*resistivity index; RI*). Takiego wpływu nie zaobserwowano w przypadku zastosowania programu konwencjonalnej fizjoterapii.

Wniosek. Dlatego też trening WBV można uznać nie tylko za alternatywny program usprawniania osób z MMC, ale także jako cenne narzędzie profilaktyki przeciwoleżynowej u osób z MMC.

Piśmiennictwo:

1. Domagalska-Szopa Małgorzata, Szopa Andrzej, Puchner Maximilian, Schreiber Lutz, Siwiec Andrzej, Hagner-Derengowska Magdalena, Ziaja Damian. *Leg venous properties in children with myelomeningocele. Front.Pediatr. 2020: Vol.8, p.1-9, art.531;*
2. Szopa Andrzej, Domagalska-Szopa Małgorzata, Siwiec Andrzej, Kwiecień-Czerwieniec Ilona. *Effects of whole-body vibration-assisted training on lower limb blood flow in children with myelomeningocele. Front.Bioeng.Biotechnol. 2021: Vol.9, p.1-9, id. art. 601747*
3. Domagalska-Szopa Małgorzata, Szopa Andrzej, Siwiec Andrzej, Kwiecień-Czerwieniec Ilona, Schreiber Lutz, Dąbek Józefa. *Effects of whole-body vibration training on lower limb blood flow in children with myelomeningocele - a randomized trial. J.Clin.Med. 2021: Vol.10, No.18, p.1-12, id. art. 4273;*

8. Strategie prewencji sercowo-naczyniowej w terapii onkologicznej

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gąsior

Katedra i Klinika Kardiologii Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Chemioterapia oraz radioterapia onkologiczna mogą wiązać się z niekorzystnym oddziaływaniem na układ krążenia, które może objawiać się wystąpieniem niewydolności serca, zapaleniem mięśnia sercowego, arytmia serca, wystąpieniem ostrego zespołu wieńcowego, nadciśnienia tętniczego, nadciśnienia płucnego, powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi, przedwczesnym przyspieszonym rozwojem zmian miażdżycowych, zmianami w osierdziu i na zastawkach serca. Wymienione zmiany w układzie krążenia mogą wystąpić w formie wczesnej ostrej, podostrej lub pojawić się dopiero po latach i po wyleczeniu chorego z choroby nowotworowej. Dowody naukowe wskazują na większe ryzyko rozwoju kardiotoxyczności u osób z klasycznymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Zaliczamy do nich nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki węglowodanowej z cukrzycą, dyslipidemię, nadwagę i otyłość, palenie tytoniu oraz małą aktywność fizyczną. Są to więc potencjalnie modyfikowalne czynniki na które możemy mieć wpływ. U osób z rozpoznaną już przed chorobą nowotworową chorobą układu krążenia należy zoptymalizować leczenie tego schorzenia w taki sposób aby osiągnąć cele terapeutyczne dla poszczególnych wskaźników ryzyka. U osób z czynnikami ryzyka, ale bez rozpoznanej patologii w układzie krążenia należy również zastosować postępowanie farmakologiczne dla uzyskania celów terapeutycznych określonych dla osoby zakwalifikowanej do odpowiedniej grupy ryzyka (ryzyko bardzo duże, duże lub umiarkowane) zgodnie z tabelami algorytmu SCORE2 wg Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) z 2021 roku. Wytyczne ESC z 2022 roku dotyczące kardiatoonkologii wytyczają zasady postępowania prewencyjnego u osób zwiększonego ryzyka wystąpienia kardiotoxyczności w trakcie terapii onkologicznej. Przed leczeniem onkologicznym należy wykonać u chorego z grupy ryzyka sercowo-naczyniowego ekg, stężenie peptydów natriuretycznych, poziom troponiny, badanie echokardiograficzne. Badania te należy powtarzać w czasie terapii onkologicznej oraz do 12 miesięcy po leczeniu według szczegółowego kalendarza określonego w wytycznych dla każdego rodzaju terapii onkologicznej. Dynamika ryzyka toksyczności sercowo-naczyniowej u pacjentów z chorobą nowotworową wymaga stosowania strategii prewencji pierwotnej i wtórnej przed rozpoczęciem terapii onkologicznej, nadzoru w trakcie leczenia onkologicznego oraz wdrożenia programów opieki nad pacjentami po przebytej chorobie nowotworowej. U każdego chorego należy promować zasady zdrowego trybu życia, a osoby z grupy umiarkowanego, dużego i bardzo dużego ryzyka powinny być skierowane do kardiologa. Wśród leków stosowanych w prewencji pierwotnej i wtórnej należy wymienić inhibitory enzymu konwertującego (ACEI) lub sartany (ARB), beta-adrenolityki oraz statyny.

Zaleca się długoterminowy nadzór po przebytej chorobie nowotworowej, również u osób bezobjawowych. U osób co najmniej umiarkowanego ryzyka zaleca się re-stratyfikację ryzyka po 5 latach w tym z wykonaniem przezklatkowego badania echokardiograficznego.

Piśmiennictwo:

1. Lyon AR, López-Fernández T, Couch LS et.al: 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS). Eur Heart J 2022: 43, 4229–4361 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac244>
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J 2021: 42, 32273337 doi:10.1093/eurheartj/ehab484

9. Czynniki ryzyka chorób układu krążenia w badaniach molekularnych

Dr hab. n. med. Józefa Dąbek, prof. SUM

Katedra i Klinika Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice

Czynniki ryzyka chorób układu krążenia są definiowane jako szczególne nawyki, zachowania, okoliczności lub stany zwiększające ryzyko rozwoju chorób wymienionego układu. Według Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologii Prewencyjnej (American Society for Preventive Cardiology - ASPC) do najważniejszych zalicza się: nieprawidłowe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej, zaburzenia lipidowe, hiperglikemię, nadciśnienie tętnicze, zwiększoną masę ciała, palenie tytoniu oraz zaburzenia funkcji nerek i uwarunkowania populacyjne (starszy wiek, pochodzenie etniczne, płeć).

W rozwoju chorób układu krążenia bierze również udział transformujący czynnik wzrostu β (TGF- β), mający działanie zarówno pro- jak i przeciwzapalne. Jego „podwójna twarz” ujawnia się wraz z zaawansowaniem chorób układu krążenia rozwijających się na podłożu miażdżycy.

Celem pracy była próba powiązania aktywności transkrypcyjnej wybranych genów i ich receptorów z występowaniem niektórych czynników ryzyka u chorych z różnym stopniem zaawansowania choroby wieńcowej.

W grupie chorych z wczesnymi etapami choroby wieńcowej aktywność transkrypcyjna genów TGF- β 1 i jego receptorów wiązała się z występowaniem: nadciśnienia tętniczego, palenia tytoniu oraz zaburzeń lipidowych, natomiast w grupie z ostrym zespołem wieńcowym – z paleniem tytoniu.

Wśród chorych z niewydolnością serca na podłożu niedokrwienia mięśnia sercowego wykazano istotne powiązanie aktywności transkrypcyjnej genu TGF- β 1 z czynnikami, takimi jak: przebyty zawał serca, obciążający wywiad rodzinny, nadwaga/otyłość i nadciśnienie tętnicze. Wykazano również istotny związek aktywności transkrypcyjnej genów receptorów TGF- β z niektórymi czynnikami.

Obserwowana zmiana aktywności transkrypcyjnej analizowanych genów w obecności czynników ryzyka może wskazywać na ich istotny udział w rozwoju i progresji choroby wieńcowej, a badane geny mogą okazać się przydatnymi w praktyce klinicznej markerami, identyfikującymi osoby z wysokim ryzykiem rozwoju choroby i jej powikłań, przyczyniając się do wcześniejszego wdrożenia zasad prewencji oraz leczenia.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, niektóre geny

10. Rola personelu pielęgniarskiego w opiece koordynowanej

Dr hab. n. o zdr. Agnieszka Młynarska prof. SUM

Katedra Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach SUM

Opieka koordynowana w POZ ma na celu zapewnienie pacjentowi choremu przewlekle kompletnej diagnostyki i terapii. Cały proces jest nadzorowany i organizowany przez lekarza/pielęgniarkę we współpracy z koordynatorem. Zadaniem opieki koordynowanej jest zapewnienie przewlekle choremu pacjentowi wszechstronnej diagnostyki oraz terapii, zaś w dalszej perspektywie – poprawa efektywności i jakości leczenia, a także zwiększenie zadowolenia pacjenta. Opieka koordynowana wprowadziła porady edukacyjne. Dzięki koordynowanej opiece pacjenci uczestniczą w programach profilaktycznych oraz edukacji terapeutycznej pozwalających na zdobycie wiedzy w zakresie prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, reedukacji czynników ryzyka oraz funkcjonowania w chorobie.

W świetle najnowszych zmian edukacja pacjentów z chorobami przewlekłymi jest ważną częścią pracy pielęgniarek. Pielęgniarka musi wiedzieć, przez jakie etapy przechodzi pacjent – od momentu rozpoznania danej choroby do zastosowania terapii. Edukację należy dostosować do tego, na jakim etapie radzenia sobie ze swoją chorobą jest pacjent.

W interdyscyplinarnym zespole pielęgniarka koordynator odgrywa rolę łącznika, umożliwiając odpowiedni kontakt między pozostałymi członkami zespołu a pacjentem i jego rodziną. Kontroluje również leczenie oraz stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarza, a także rozpoznaje potrzebę społecznego i psychologicznego wsparcia. Ponadto pielęgniarka pozyskuje informacje na temat problemów związanych z umiejętnością samodzielnego radzenia sobie z chorobą oraz współpracą pacjenta z lekarzem. W przypadku objawów zaostrzenia organizuje nieplanowaną wcześniej wizytę lub przyjęcie do szpitala. (jeśli zaistnieje taka potrzeba).



Profilaktyka w medycynie

ORGANIZATORZY



Śląski
Uniwersytet
Medyczny
w Katowicach

Katedra i Klinika Kardiologii SUM
w Górnośląskim Centrum Medycznym
ul. Ziołowa 47, 40-635 Katowice
tel. 32 2527407,
email: gcm-kk2@sum.edu.pl



**DOFINANSOWANO
ZE ŚRODKÓW
BUDŻETU PAŃSTWA**

**„DOSKONAŁA NAUKA
– WSPARCIE KONFERENCJI
NAUKOWYCH”**