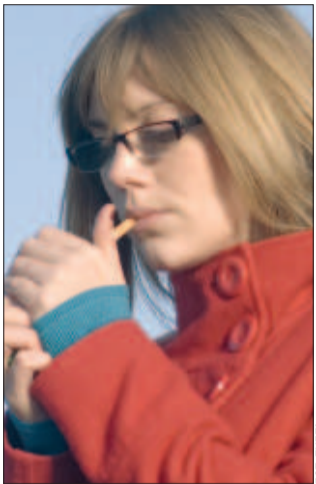


Pali coraz więcej kobiet

Przerazające liczby



FOT. THEA

W 1963 roku w Polsce na raka płuc zachorowało 2492 mężczyzn; po 40 latach, czyli w roku 2003 diagnozę: to jest rak płuc usłyszało już ponad 15 tysięcy mężczyzn. Wciąż zwiększa się liczba palących kobiet, co łatwo zauważyć przyglądając się cyfrom – w roku 1963 raka płuc zdiagnozowano tylko u 470 kobiet, 40 lat później już u 4700 (wśród nich więcej jest mieszkanki miast niż wsi).

Wyprzedzają nas Bałkany

Dziś każdego roku w Polsce na 100 tys. mieszkańców odnotowuje się 78 nowych zachorowań na raka płuc. Pod tym względem wyprzedzają nas tylko kraje bałkańskie, gdzie również pali się bardzo dużo tytoniu. Tymczasem np. w Szwecji rocznie na 100 tys. mieszkańców odnotowuje się 21 nowych zachorowań, podobnie jest w Wielkiej Brytanii (21) i na Węgrzech (22). Tylko 8 proc. chorych ze zdiagnozowanych 78 przypadków nowych rocznych zachorowań ma szansę, że przeżyje 5 lat. W krajach, gdzie raka płuc wykrywa się w jego wcześniejszej fazie, szansę na przeżycie 5 lat ma 10 proc. pacjentów.

Statystycznie starsi

Statystycznie, na raka płuc najczęściej chorują osoby po 65.

roku życia, jednak mężczyźni raczej wcześniej – od 45. do 65. roku życia, czyli w wieku produkcyjnym. Kiedyś w młodszy wiek niż kobiety sięgnęły po papierosa (20 lat palenia, to czas uprzedniego rozwoju choroby nowotworowej) i dziś rak zbiera żniwo. Czy każdy palacz zachoruje? Nie każdy i wpływ na to ma genetyka, ale ryzyko choroby nowotworowej u palących papierosy jest 30-krotnie większe niż u niepalących: gdyby nie palenie tytoniu, rak płuc byłby rzadką chorobą, 92 proc. chorych to palacze. Wprawdzie rzeczywiście odkrywa się coraz więcej genów, które sprzyjają zachorowaniu, jednak do rozwoju raka dochodzi wówczas, gdy istnieją dodatkowe, szkodliwe czynniki środowiskowe. Takim najpoważniejszym, najbardziej powszechnym czynnikiem jest właśnie palenie tytoniu. Najprostszym sposobem uniknięcia tej choroby jest więc niepalenie papierosów oraz nieprzebywanie w obecności osób palących.

Palacze zagrożeniem dla innych

Problem tzw. biernego palenia jest poważny, a palący nie zawsze zdają sobie sprawę, że stanowią zagrożenie dla zdrowia swoich bliskich, znajomych czy zupełnie obcych ludzi. Tymczasem palacz z przymusu, przebywając w zamkniętym pomieszczeniu wśród palących, „wypala” biernie co trzeciego papierosa.

Rak płuc nie boli; większość raków płuc nie daje żadnych objawów, dopóki się nie rozprzestrzeni na inne narządy. Nowotwór rozwija się podstępnie, płuca są już zaatakowane, a chory wciąż jest przeświadczony o swoim zdrowiu. Bardzo rzadko w mało zaawansowanym raku płuc występują dolegliwości bólowe; ból występuje wówczas, gdy proces nowotworowy jest już zaawansowany. Niestety, zwykle, kiedy pojawia się ból, rak jest w takim stadium, że pacjent kwalifikuje się jedynie do leczenia objawów choroby. **(DD)**

Dokończenie ze str. BZ1

Dotychczas osoby, które miały wskaźnik minus 2,5 uznawano za chore i poddawane leczeniu, a te które miały wyższy, np. minus 1 albo plus, uważano za zdrowe.

Dziś, po kilkuletnich badaniach przeprowadzonych na dziesiątkach tysięcy osób wiemy, że

ryzyko złamania

rośnie wraz ze spadkiem wskaźnika T, ale 70 proc. złamań ma miejsce wśród osób z prawidłową gęstością kości. W związku z tym terapii poddanych jest zaledwie 30 proc. osób, które powinny być leczone, a 70 proc. pacjentów, po uwzględnieniu wyników badania ich masy kostnej, udzielamy fałszywej informacji, że są zdrowe.

Inaczej mówiąc, prawidłowy wynik badania densytometrycznego nie oznacza, że nie ma ryzyka złamania.

Badania populacyjne, prowadzone nad 56 tys. przypadków, przez Międzynarodową Fundację Osteoporozy i WHO, zwłaszcza grupę roboczą kierowaną przez prof. Johna Kanisa, wykazały, że istnieje wiele czynników lepiej prognozujących złamanie niż densytometria. W związku z tym powstała zmiana sposobu myślenia, czyli rozumienia osteoporozy jako choroby powodującej ryzyko złamania, a nie zmniejszanie gęstości kości. Na podstawie tych badań populacyjnych, opracowano czynniki, które znamienne wpływają na wystąpienie ryzyka złamania. W badaniach szwedzkich określono, jaki jest czynnik ryzyka w danym wieku. Na przykład, u kobiety 50-letniej ryzyko złamania wynosi pół procenta, a u 80-letniej 15 proc. Czyli, im jesteśmy starsi, tym ryzyko bardziej wzrasta.

Następnie obliczono tzw. kliniczne czynniki ryzyka złamania, ustalając ich wymiary wskaźniki. Są to m.in. przebyte złamanie po niewielkim urazie; złamanie biodra u rodziców; leczenie sterydami; niski wskaźnik masy ciała (BMI), palenie papierosów (wysoki współczynnik ryzyka); picie alkoholu – więcej niż dwie jednostki alkoholu dziennie (jednostka alkoholu to kieliszek wódki – 50 mg, lampka wina albo pół dużego piwa), zażywanie sterydów.

Posługując się specjalnie opracowanym kalkulatorem (dostępnym np. na stronie internetowej: www.osteoporoza.org), pielęgniarka, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, a nawet sam pacjent mogą określić, bez konieczności wykonywania badania densytometrycznego, wskaźnik ryzyka złamania kości. W obliczeniach uwzględnia się: wiek pacjenta, jego wagę, wzrost i wymienione powyżej czynniki ryzyka.

Po obliczeniu ryzyka złamania trzeba się zastanowić nad tym, jakie ryzyko jest istotne, kogo należy leczyć. Czy leczyć kogoś, kto ma 5 proc. ryzyka złamania 10-letniego, czy 10 albo 20 proc. I to jest decyzja, którą podejmuje z jednej strony naukowiec, lekarz, a z drugiej strony pacjent.

W Polsce przyjmuje się, że jeżeli ryzyko złamania wynosi 7 proc., to pacjent nie wymaga leczenia. Wskazana jest obserwacja, instrukcje i informacje o upadkach, podawanie wapna, witaminy D. Jeżeli wskaźnik waha się między 7 a 14, to wtedy mamy wskazanie do densytometrii, która ten wynik może podnieść. Gdy wynik jest powyżej 14 – uważamy, że ryzyko jest wysokie i chory wymaga lecze-

nia, niezależnie od densytometrii.

Dotychczasowy schemat leczenia wyglądał tak, że chory sam zgłaszał się do densytometrii (prywatnie lub przez NFZ), a jeżeli miał niski wynik, zwracał się do lekarza, który wypisywał receptę. Podobnie postępo-

problemu, gdy jednak upadł dwa razy w ciągu roku, należy ocenić przyczynę na podstawie sprawdzenia wzroku (zaćma, jaskra), chodu, równowagi ciała (specjalne testy). Bardzo prostym testem sprawdzającym jest pytanie, czy chory wstając z krzesła podpira się rękoma.

jednostek. Dwie takie krople dziennie całkowicie wystarczą na pokrycie niedoboru.

Jeszcze przed 10. laty uważaliśmy, że pierwszym lekiem w osteoporozie jest terapia hormonalna. Dziś wiemy, że hormony nie są lekiem przeciw złamaniom, jakkolwiek je reduku-

Zdrowe kości



FOT. THEA

Aby mieć mocne, masywne kości, już od najmłodszych lat należy dbać o podaż wapnia oraz witaminy D i być aktywnym fizycznie

wał lekarz – zlecał densytometrię, chory przychodził z wynikiem, lekarz zapisywał lek. Dziś wiemy, że takie procedury wyprzedzają radykalnej zmiany, ponieważ naszej uwadze umyka 70 proc. osób zagrożonych złamaniami. Obecnie lepszym narzędziem jest obliczanie ryzyka złamania.

Leczenie

W Polsce leczymy pacjentów praktycznie jednym lekiem – alendronianem, który działa przy wskaźniku T od minus 2.0. Lek skuteczny przy wskaźniku wynoszącym poniżej 1 są dla polskich pacjentów jeszcze niedostępne (raleninian strontu, raloksifen). Wobec tego pozostaje nam, jako rodzaj terapii, prewencja upadków, na którą składają się: informacja dla chorego o upadkach, wykrycie przyczyny takich zdarzeń i wieloczynnikowa profilaktyka.

W Polsce, niestety, nie ma instytucji, której byłoby przypisane właściwe leczenie prewencyjne (zespół składający się z ortopedy, neurologa, kardiologa, geriatry). Przy braku jednolitego systemu prewencji choroby kierowani są przeważnie do ośrodków rehabilitacji.

Upadki

Rozróżniamy dwie przyczyny upadków: zewnętrzne – środowiskowe i wewnętrzne – zdrowotne. Zewnętrzne jest łatwo wyeliminować, bo może to być np. złe oświetlenie w domu, luźne dywany, rozmieszczone na podłodze kable, śliskie nawierzchnie, czy chodniki na ulicach – nierówne, zimną oblodzone. Wewnętrzne są trudne do usunięcia, ponieważ utożsamiane są z miazdżycą, demencją, przyczynami kardiologicznymi czy neurologicznymi (parkinsonizm, zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia).

Zgodnie ze standardami międzynarodowymi, u pacjenta, który upadł jeden raz powinna być sprawdzona przyczyna takiego zdarzenia. Jeśli upadł, bo się np. potknął, nie ma

Odpowiedź twierdząca oznacza, że istnieje ryzyko złamania. Ryzyko może być w niektórych przypadkach skutkiem terapii wielolekowej.

Skuteczne zapobieganie złamaniami, to również poprawa ogólnego stanu zdrowia chorego, podaż wapnia i witaminy D, farmakoterapia. Tymczasem w codziennej praktyce lekarskiej postępuje się odwrotnie. Na pierwszym miejscu jest farmakoterapia, potem ewentualnie podawanie witaminy D, a o upadkach prawie się nie mówi.

Profilaktyka

Mając świadomość, że każdy człowiek na starość będzie tracił masę kostną, powinniśmy się starać, by nasze dzieci miały kości mocne, masywne. Należy więc dbać o podaż wapna (mleko i jego przetwory), witaminy D (słońce) i obciążenie fizyczne, czyli ruch od najmłodszych lat. Nasze dzieci spędzają teraz wolny czas w domu, przy komputerze, mało przebywają na słońcu, co sprawia, że mają niską masę kostną. Rzadko też piją mleko, wołą różnego rodzaju napoje, m.in. tzw. energetyzujące, które obniżają wchłanianie wapna. Taki tryb życia jest ogromnym zagrożeniem dla dzieci i młodzieży na całym świecie i będzie miał fatalne skutki gdy dorosną, a jeszcze większe kiedy się zestarzeją.

Także dorośli powinni przynajmniej pół godziny na aktywne ćwiczenia fizyczne. Podaż witaminy D, zwłaszcza w okresie jesieni i wiosny jest bardzo ważna dla osób w każdym wieku. Badania prowadzone na świecie wykazały, że 80 proc. populacji ma niedobór witaminy D, a takie braki powodują zmniejszenie się masy kostnej.

Wapń powinniśmy zażywać w ilości ok. 800 – 1200 mg dziennie. Do wchłaniania wapnia niezbędna jest witamina D. Dostępna jest bez recepty w tabletkach lub kroplach. W aptekach są też krople z witaminą D – jedna zawiera najczęściej 600

ją. Leczą natomiast objawy wypadowe menopauzy. Badania amerykańskie wykazują, że stosowanie terapii hormonalnej u osób otyłych, które mają miazdżycę, może powodować urywanie się blaszek miażdżycowych i zawały. U osób młodych terapia hormonalna działa przeciwmiażdżycowo i nie stwarza takich niebezpieczeństw. Nowe poglądy na osteoporozę trochę burzą dotychczasowy sposób myślenia, bo logicznym wydaje się, że skoro osteoporozę powoduje brak estrogenów, skutkiem menopauzy, to powinniśmy je podać. Niestety, w takim przypadku istnieje bardzo duże ryzyko powikłań.

Optymistyczną przyszłością w leczeniu osteoporozy, mam nadzieję, będzie terapia genowa.

Nowe standardy leczenia

osteoporozy w Polsce wprowadzane są aktualnie głównie dzięki staraniom Polskiej Fundacji Osteoporozy i Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii.

W Krakowie rozpoczyna się dziś II Środkowoeuropejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, w którym mam swój udział jako przewodniczący komitetu organizacyjnego. W spotkaniu uczestniczy 800 osób, głównie lekarzy różnych specjalności oraz światowej sławy naukowcy. Są wśród nich m.in.: prof. John A. Kanis z Wielkiej Brytanii, przewodniczący grupy roboczej WHO, która opracowuje wytyczne dotyczące osteoporozy; prof. Ego Seeman z Australii; prof. Ghassan Maalouf z Libanu.

Spodziewamy się, że przedstawienie nowych standardów rozpoznania i leczenia osteoporozy może zaskoczyć wielu lekarzy, zwłaszcza tych, którzy przez wiele lat mieli utarty pogląd na tę chorobę, a dziś będą musieli go zweryfikować.

**Wysłuchała:
DANUTA ORLEWSKA**

R E K L A M A

PALENIE A ZDROWIE

W społeczeństwach zachodnich od kilku lat panuje moda na niepalenie. Ten trend przenika już do naszego kraju. Szkodliwość palenia papierosów jest oczywista, natomiast zerwanie z nałogiem bardzo trudne. Wiedzą to ci z nas, którzy próbowali to uczynić. Rzucenie palenia jest inwestycją przyszłościową, dzięki której możemy uniknąć wielu groźnych chorób.

Rewelacyjne efekty w likwidowaniu nałogu palenia (skuteczność do 90 proc.) daje **terapia BRT**. Metoda ta pozbawia pacjenta głodu nikotynowego. Cała terapia to **jednorazowy zabieg**, podczas którego palacz definitywnie traci ochotę na papierosa. Dodatkowo w naszym gabinecie udzielamy wskazówek, jak radzić sobie z nawykami powstałymi w związku z paleniem. Nawet wieloletni palacze przy naszej pomocy nie mieli problemów z rzuceniem palenia.



Mówi **Zofia S.**: – Palłam papierosy od 20. roku życia. Ostatnio 40 papierosów dziennie, okazjonalnie do 60 sztuk. Wielokrotnie próbowałam rzucić palenie, lecz udawało mi się to na kilka dni, najdłużej 3 tygodnie. Po leczeniu minęło pół roku i do tej pory nie czuję potrzeby palenia.

Podobnego zdania byli inni pacjenci. Za przykład podamy dwóch pacjentów. Obydwaj palili od około 40 lat i stwierdzili: „Gdybyśmy wcześniej o was wiedzieli, nie palilibyśmy już od dawna” lub: „To się wydaje niemożliwe, 40 lat palenia po dwie paczki dziennie, a po 15 minutach potrafię powiedzieć: nie, dziękuję, nie palę. To jest fantastyczne uczucie, każdy palacz powinien spróbować”.

OTYŁOŚĆ – rewelacyjna terapia poprawiająca przemianę materii z uwzględnieniem spalania nadmiaru tłuszczów w organizmie oraz zmniejszająca apetyt.

Metoda BRT daje pozytywne rezultaty w leczeniu takich schorzeń jak: **alergia – bezbolesne testy i odczulanie, nadciśnienie tętnicze, reumatyzm, stany zwrodnieniowe stawów i kręgosłupa, astma i inne.**

14042707

Kraków, ul. Batorego 4/1a, tel. (0-12) 633-01-11