

DŁAWICA PIERSIOWA

Wczesna diagnoza
i wprowadzenie
leczenia są kluczowe

RAK PROSTATY

W kierunku
skuteczniejszych
i bezpieczniejszych
terapii

PROFILAKTYKA HPV

Dlaczego
mężczyźni również
powinni o nią zadbać?

ŚWIADOMY *pacjent*



Maciej Kurzajewski

”

*Badania profilaktyczne
nie są oznaką słabości –
przeciwnie, są wyrazem
odpowiedzialności za siebie
i swoich bliskich.*

Nowotwory prostaty a dostęp do urologa – dlaczego warto znieść obowiązek skierowań?

Rak prostaty jest obecnie jednym z najczęściej diagnozowanych nowotworów złośliwych u mężczyzn w Polsce i w Europie. W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost zachorowalności, co związane jest zarówno ze starzeniem się populacji, jak i z lepszą diagnostyką. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów rak gruczołu krokowego zajmuje pierwsze miejsce wśród nowotworów u mężczyzn¹ (23,3% przypadków) oraz stanowi drugą przyczynę zgonów z powodu nowotworów u mężczyzn.



Prof. dr hab. n. med.

Piotr Rutkowski

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Rocennie w Polsce rozpoznaje się około 21 tys. nowych przypadków raka prostaty, a ponad 5 tys. pacjentów umiera z jego powodu². Szacuje się, że ryzyko zachorowania w ciągu życia dotyczy nawet jednego na sześciu mężczyzn³. Choroba ta rozwija się często bezobjawowo w początkowych stadiach, a kluczowe dla skutecznego leczenia jest jej wczesne wykrycie. Niezbędny jest szybki dostęp do specjalisty, który zleci odpowiednią diagnostykę obejmującą badanie per rectum, oznaczenie stężenia PSA, rezonans magnetyczny czy biopsję.

W obecnym systemie ochrony zdrowia, aby dostać się do urologa w ramach publicznej opieki, pacjent musi posiadać skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wymóg ten w praktyce opóźnia proces diagnostyczny, wydłuża czas od wystąpienia pierwszych objawów do wizyty u specjalisty, obciąża lekarzy rodzinnych dodatkowymi formalnościami i zniechęca pacjentów do podejmowania działań profilaktycznych. W konsekwencji wielu mężczyzn trafia do urologa zbyt późno, już w momencie wystąpienia zaawansowanych objawów, takich jak trudności w oddawaniu moczu, bóle kostne czy utrata masy ciała. Na tym etapie możliwości leczenia radykalnego są ograniczone, a terapia ma często charakter paliatywny.

Zniesienie skierowań mogłoby istotnie poprawić tę sytuację. Bez dodatkowej wizyty u lekarza rodzinnego pacjenci z objawami lub z grupy podwyższonego ryzyka mieliby możliwość szybszego dostępu do urologa, co zwiększyłoby szanse na wczesne wykrycie choroby. Jednocześnie odciążałoby to podstawową opiekę

zdrowotną, umożliwiając lekarzom rodzinnym skupienie się na leczeniu chorób przewlekłych i działaniach profilaktycznych. Rozwiązanie takie przyczyniłoby się także do wyrównania szans polskich pacjentów w stosunku do obywateli wielu krajów Unii Europejskiej. Polskie Towarzystwo Onkologiczne od dłuższego czasu wspiera ten kierunek zmian systemowych.

Nie bez znaczenia jest również aspekt psychologiczny. Dla wielu mężczyzn rozmowa o zdrowiu intymnym bywa trudna i konieczność odbycia dodatkowej wizyty u lekarza rodzinnego stanowi dodatkową barierę. Bez skierowań pacjenci mogliby szybciej i chętniej zgłaszać się na konsultację, zwłaszcza ci znajdujący się w grupie podwyższonego ryzyka, czyli mężczyźni powyżej 50. roku życia oraz osoby z obciążonym wywiadem rodzinnym.

Warto podkreślić także wymiar ekonomiczny. Leczenie raka prostaty we wczesnym stadium, gdy możliwe jest zastosowanie terapii radykalnych, jest zdecydowanie mniej kosztowne niż leczenie choroby zaawansowanej, wymagającej terapii hormonalnej, chemioterapii czy długotrwałej opieki paliatywnej.

Rak prostaty to choroba, której wczesne wykrycie ratuje życie. Według danych KRN najwięcej osób żyjących po diagnozie nowotworu to właśnie pacjenci m.in. z rakiem prostaty. To pozytywny sygnał, ale również wyzwanie związane z długoterminową opieką onkologiczną i usprawnieniem profilaktyki. Obowiązek uzyskania skierowania do urologa jest zbędną przeszkodą, która spowalnia proces diagnostyczny i obniża skuteczność leczenia. Zniesienie skierowań powinno stać się elementem szerszej strategii poprawy dostępu do diagnostyki onkologicznej i profilaktyki zdrowotnej mężczyzn w Polsce.

¹Wojciechowska, U., Didińska, J. A., Barańska, K., Młdewska, M., Michalek, I., Olasek, P., & Jawłowska, A. (2024). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Warszawa: Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie. ISSN 0867-8251. Pobrano z https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-02/Nowotwory_2022.pdf

² Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (2025, 20 stycznia). Epidemiologia raka gruczołu krokowego. Kompendium chorób nowotworowych. Narodowy Portal Onkologiczny. Źródło: <https://onkologia.pacjent.gov.pl/kompendium-chorob-nowotworowych/gruczoł-krokowy/epidemiologia>

³ Cancer Research UK (2023). Prostate cancer risk factors [Ryzyko rozpoznania raka prostaty w ciągu życia]. Cancer Research UK. Pobrano z: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/prostate-cancer/risk-factors>

PARTNERZY KAMPAII





Prof. dr hab. n. med. Paweł Balsam

Specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii, kierownik Oddziału Klinicznego Elektrokardiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Diagnoza: **dławica piersiowa.** I co dalej?

Dławica piersiowa dotyka co najmniej 2 milionów Polaków. Jej główne objawy to ból lub ucisk w klatce piersiowej przy wysiłku lub stresie. Jej powikłaniem może być zawał, niewydolności serca, a nawet nagły zgon sercowy. Większości przypadków zachorowania można jednak uniknąć kontrolując czynniki ryzyka i lecząc choroby współistniejące.

Czym jest dławica piersiowa?

To zespół objawów, z których najbardziej charakterystyczny jest ból lub ucisk w klatce piersiowej, wywołany wysiłkiem lub stresem, kiedy to serce zaczyna bić szybciej i potrzebuje więcej tlenu. Występuje najczęściej u osób z miażdżycą tętnic wieńcowych, u których przepływ krwi w naczyniach jest spowolniony.

Ile osób choruje na dławicę piersiową w Polsce i na świecie?

W Polsce na dławicę piersiową, nazywaną chorobą niedokrwinną serca, choruje od 1,5 do 2 milionów, a na świecie nawet ok. 100 milionów osób dorosłych. Są to jednak dane szacunkowe, ponieważ wiele chorych przez lata żyje z objawami dławicy, nie zdając sobie sprawy z ich powagi, przez co nie zgłasza się do lekarza. Uważa się, że co czwarty przypadek dławicy piersiowej pozostaje niezdiagnozowany.

Skąd tak duża liczba chorych? Czy można temu jakoś zapobiec?

Wysoki odsetek chorych wynika głównie z braku dbałości o swoje zdrowie, ponieważ większość czynników ryzyka dławicy piersiowej ma charakter modyfikowalny, co oznacza, że mamy na nie wpływ. Dotyczy to braku rozpoznania czy leczenia innych chorób, takich jak nadciśnienie tętnicze, miażdżycę, cukrzycę, ale też palenia tytoniu, siedzącego trybu życia czy niezdrowej diety. Oczywiście, poza tym istnieją czynniki genetyczne czy te związane z wiekiem, na co wpływu już nie mamy, ale wszystkie dostępne badania wskazują, że w ogromnym stopniu możemy uniknąć zachorowania na dławicę piersiową, prowadząc zdrowy styl życia.

A w jaki sposób rozpoznać, że to dławica piersiowa? Jakie symptomy powinny zaniepokoić?

Tak jak wspomniałem, główne objawy dławicy piersiowej to ból lub ucisk w klatce piersiowej wywołane wysiłkiem lub stresem, ustępujące po odpoczynku. Pacjenci porównują to uczucie do ciężkiego kamienia położonego na piersi. U niektórych chorych może występować również duszność podczas aktywności fizycznej. Zaniepokoić powinna zmiana wydolności, np. jeżeli dotychczas bez problemu wchodziliśmy na drugie czy trzecie piętro, a teraz już po wejściu na pierwsze musimy się zatrzymać, bo zrobiło nam się duszno, łapiemy zadyszkę, to są to objawy niedokrwienia mięśnia sercowego.

Czy kiedy po raz pierwszy pojawi się ból w klatce piersiowej należy niezwłocznie udać się do lekarza?

Tak, charakterystyczny ból przy wysiłku czy w sytuacji stresowej zawsze powinien skłonić do jak najszybszej konsultacji z lekarzem, ponieważ to bardzo typowy objaw dławicy piersiowej. Czasem zgłaszają się do mnie pacjenci, którzy skarżą się na ból w klatce piersiowej podczas spoczynku, np. podczas leżenia na lewej czy prawej stronie - te dolegliwości wynikają zwykle ze zwyrodnienia układu kostno-stawowego. Nigdy nie wolno jednak bagatelizować bólu pojawiającego się podczas wysiłku czy stresu.

Jak wygląda leczenie pacjentów ze zdiagnozowaną dławicą piersiową?

Terapia opiera się na trzech filarach. Podstawą jest kontrolowanie czynników ryzyka, w tym ciśnienia tętniczego krwi, poziomu cukru czy cholesterolu. Należy przy tym zadbać o zdrową dietę: do codziennego menu należy włączyć więcej warzyw i owoców, zastąpić tłuszcze zwierzęce roślinnymi. Równie istotne jest podejmowanie regularnej aktywności fizycznej oraz rzucenie palenia.

Drugim bardzo istotnym filarem jest farmakoterapia. Do leków stosowanych w przebiegu dławicy piersiowej i chorób współistniejących należą m.in. statyny, inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE-inhibitory), leki przeciwpłytkowe (np. kwas acetylosalicylowy) czy beta-adrenolityki. Są to leki zmniejszające stężenie cholesterolu, poprawiające przepływ krwi w naczyniach czy stabilizujące blaszkę miażdżycową. Istotnym wsparciem dla pacjentów mogą być też leki metaboliczne, których celem jest redukcja objawów dławicowych i poprawa jakości życia chorych z dławicą. Jeżeli modyfikacja stylu życia i farmakoterapia nie przynoszą spodziewanych korzyści, to pacjent jest kierowany na zabieg angioplastyki, czyli wszczepienia stentu do tętnicy (tzw. balonikowanie tętnicy).

Jakie znaczenie ma optymalna farmakoterapia?

Kluczowe w kontekście zarówno zmniejszenia objawów, jak i zahamowaniu progresji choroby, poprawy rokowania oraz wydłużeniu życia. Istnieją badania, które mówią o tym, że odpowiednio dobrane leki mają wręcz udowodniony wpływ na wycofywanie się istniejących już zmian miażdżycowych.

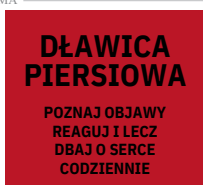
Do jakich poważnych schorzeń może prowadzić nieleczona dławica piersiowa?

Dławica piersiowa jest najczęstszą przyczyną zawałów i niewydolności serca w Polsce. Na marginesie dodam, że niewydolność serca ma obecnie gorsze rokowanie niż większość nowotworów. Dane pokazują, że w chwili rozpoznania niewydolności serca 5-letnie przeżycie wynosi 50-60 proc. Oznacza to, że ponad połowa pacjentów w tym czasie umiera. Poza tym brak leczenia dławicy piersiowej może prowadzić do udarów mózgu, zaburzeń rytmu serca, a nawet nagłego zgonu sercowego, czyli zatrzymania krążenia i śmierci pacjenta.

Jak ważna jest świadomość chorego w kontekście regularności przyjmowania leków?

Ogromna! Obecnie coraz większym problemem jest brak stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich. Często jest to spowodowane fake newsami i czerpaniem wiedzy z internetu, głównie mediów społecznościowych, gdzie wiele informacji jest nierzetelna, niezawierająca pod względem merytorycznym, co wprowadza w błąd. W związku z tym pacjenci, mający bezwzględne wskazania do leczenia, poprawiającego rokowanie i wydłużającego życie, odstępują od terapii. Z tego względu tak duże znaczenie ma edukacja pacjentów na temat korzyści z regularnego przyjmowania leków.

REKLAMA



W kierunku skuteczniejszych i bezpieczniejszych terapii w raku prostaty

Hormonoterapia jest podstawową opcją leczenia u pacjentów z rakiem prostaty w zaawansowanym stadium rozwoju, gdy nowotwór daje przerzuty. Można ją stosować w formie zastrzyków lub postaci doustnej, która odznacza się nie tylko wygodą stosowania, lecz także mniejszą toksycznością.



Prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego

”

Zaleca się, aby w zaawansowanym raku prostaty zintensyfikować opiekę internistyczną i kardiologiczną

Rak gruczołu krokowego znajduje się w czołówce najczęściej diagnozowanych nowotworów złośliwych u mężczyzn. Dlaczego tak się dzieje? Czy profilaktyka zawodzi?

Rak gruczołu krokowego to tzw. choroba cywilizacyjna i jest związana ze stylem życia, szczególnie z odżywianiem. Dieta bogata w wysokotłuszczowe, przetworzone produkty zwiększa ryzyko rozwoju tego nowotworu. W związku z tym jego profilaktyka polega przede wszystkim na prowadzeniu odpowiedniego stylu życia, stosowaniu zdrowej diety – najlepiej śródziemnomorskiej, a więc diety bogatej w tłuszcze roślinne, warzywa i owoce, z naciskiem na spożycie pomidorów, a także ryby i owoce morza, a z ograniczoną ilością czerwonego mięsa.

Poza tym ryzyko zachorowania znacząco podnosi występowanie raka prostaty u krewnych pierwszego stopnia (ojciec, brat). Nowotwór ten może być też dziedziczony w linii żeńskiej – mutacje w genach BRCA1 i BRCA2, które są związane z rakiem piersi i nowotworami ginekologicznymi, a więc częstymi nowotworami, mogą odpowiadać także za raka prostaty.

Rak gruczołu krokowego nie daje żadnych objawów na początkowym etapie rozwoju, dlatego w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu tego nowotworu tak ważne są regularne wizyty u urologa. W związku z tym Polskie Towarzystwo Urologiczne postuluje zniesienie skierowania do urologa, tak aby

pacjenci mieli swobodny dostęp do tego specjalisty. W Polsce nie ma zorganizowanego programu badań przesiewowych w kierunku raka prostaty. Jednak od niedawna realizowany jest projekt unijny mający na celu wczesne jego wykrywanie, bazujący na oznaczaniu stężenia PSA i per rectum, czyli badaniu gruczołu krokowego palcem przez odbyt. W przypadku nieprawidłowości kolejnym krokiem jest wykonanie rezonansu magnetycznego.

Jak powinna wyglądać właściwa ścieżka diagnostyczna pacjenta z rakiem gruczołu krokowego?

Pacjent z już rozpoznany nowotworem powinien mieć wykonaną dodatkową diagnostykę – scyntyografię kości, tomografię jamy brzusznej, a w wybranych przypadkach badanie PET (pozytonowa tomografia emisyjna). Następnie lekarz, w porozumieniu z pacjentem, decyduje o metodzie leczenia. Może to być prostatektomia radykalna, czyli usunięcie prostaty, a także radioterapia. Może również podjąć decyzję o opóźnieniu leczenia i obserwacji pacjenta. Wszystko zależy od stopnia zaawansowania i złośliwości guza.

Jaką rolę w procesie diagnostycznym odgrywa zespół wielospecjalistyczny?

Zespół ten zbiera się w kluczowych momentach, kiedy trzeba podjąć decyzję istotne dla diagnostyki i leczenia pacjenta. Wspólnie decyduje o kolejnych krokach postępowania.



Prof. dr hab. n. med. Paweł Wiechno
Kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

Wybór metody leczenia raka prostaty zależy od jego zaawansowania, typu i oczekiwanej długości przeżycia. W przypadku gdy nie ma możliwości leczenia radykalnego, metodą postępowania jest hormonoterapia. Na czym polega to leczenie?

W raku gruczołu krokowego męskie hormony płciowe, zwane androgenami, pobudzają komórki nowotworową do wzrostu i podziałów. Stąd leczenie polega na blokowaniu syntezy androgenów w jądrach (ADT). Takie postępowanie jest stosowane głównie u pacjentów z przerzutowym rakiem gruczołu krokowego.

Obecnie uważa się, że samo leczenie wykluczające produkcję androgenów w jądrach jest niewystarczające. Większość pacjentów z chorobą przerzutową wymaga mocniejszego leczenia, czyli połączenia ADT z którymś z nowoczesnych leków hormonalnych, a w niektórych przypadkach także dodatkowo chemioterapii. Połączenie ADT oraz nowoczesnego leku hormonalnego to tzw. leczenie dwumodalne, a dołączenie do tego skojarzenia chemioterapii to tzw. leczenie trójmodalne. To ostatnie jest stosowane u pacjentów z bardziej agresywną postacią choroby. Natomiast leczenie dwumodalne jest stosowane u pacjentów, u których oceniamy, że choroba będzie mniej dynamiczna, a także u tych z bardziej agresywną postacią choroby z przeciwwskazaniami do chemioterapii.

Leczenie dwu- i trójmodalne niebywale poprawia wyniki leczenia i czas trwania kontroli choroby nowotworowej, w porównaniu do samej kastracji ADT.

Czy leczenie hormonalnie niesie ze sobą jakieś konsekwencje dla układu krążenia? Jak można tego uniknąć lub zminimalizować?

U pacjentów z nowotworem gruczołu krokowego leczenie hormonalne zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych. Pod tym pojęciem kryją się również – o czym się zapomina – epizody niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, które często skracają życie pacjentów. Dlatego zaleca się, aby w zaawansowanym raku prostaty zintensyfikować opiekę internistyczną i kardiologiczną, tak aby stan ogólny chorego był jak najlepszy, szczególnie że nowotwór ten często dotyczy mężczyzn w średnim i starszym wieku, a więc często z wielochorobowością.

Jakie są obecnie formy leczenia farmakologicznego? Jakie są jego postaci?

ADT może być stosowane w formie iniekcji, i taką postać ma większość leków, lub w najnowszej postaci jaką jest forma doustna.

Jakie korzyści dla pacjentów z zaawansowanym rakiem prostaty wynikają ze stosowania doustnej bądź podskórnej formy podania?

Lekarz, który dobiera tego typu leczenie, bierze pod uwagę preferencje pacjenta, chociażby to, czy boi się igieł. Z drugiej strony niektóre leki w formie iniekcji mogą być podawane raz na pół roku, co dla niektórych pacjentów jest niezwykle wygodne. Z kolei lek doustny przyjmowany jest raz dziennie i na tle innych terapii dających do obniżenia stężenia androgenów wyróżnia się korzystniejszym wpływem na układ sercowo-naczyniowy.

Materiał wydany przy wsparciu firmy
Accord. PL-Corp-Corp-01685

REKLAMA

Dołącz do nas



accord
academy
www.accordacademy.pl



PL-Corp-Corp-01676

Profilaktyka i wspomaganie leczenia zakażenia wirusem HPV

Większość osób aktywnych seksualnie zetknie się z wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w pewnym momencie swojego życia. Dlatego warto wiedzieć, jak uchronić się przed zakażeniem i jak postępować, gdy już dojdzie do rozwoju infekcji, by zwiększyć szansę na pozbycie się wirusa HPV z organizmu.



Dr n. med. Grzegorz Południowski

Specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii z kliniki Gameta Warszawa

Czym jest wirus HPV i czy samo jego wykrycie jest powodem do niepokoju? Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) przenoszony jest głównie drogą kontaktów seksualnych, a także przez kontakt skórny w okolicach narządów płciowych. Obecnie wyróżnia się ponad 120 serotypów (typów) wirusa HPV. Część z nich to typy nieonkogenne, które nie prowadzą do rozwoju nowotworów. Powodują jedynie łagodne zmiany na skórze i w obrębie narządów płciowych, takie jak brodawki czy kłykciny kończyste, które są niewielkie, choć mało estetyczne. Są więc uważane za niegroźne i przez wiele lat wirus HPV tak był właśnie postrzegany. Do momentu, w którym odkryto, że część typów wirusa HPV może odpowiadać za choroby nowotworowe – przede wszystkim typy 16 i 18, które stwarzają największe ryzyko rozwoju raka. Mechanizm działania onkogennych typów wirusa HPV polega na hamowaniu naturalnej odporności przeciwnowotworowej, stwarzając korzystne warunki do rozwoju nowotworu. Należy przy tym podkreślić, że obecność wirusa HPV w organizmie nie jest równoznaczna z obecnością nowotworu.

Czy mężczyźni chętnie poddają się badaniom na obecność wirusa HPV? Jak często zakażenie występuje właśnie u nich?

Odpowiedź na to drugie pytanie jest trudna, ponieważ nie ma wiele prac na ten temat. Szacuje się, że w Polsce mniej więcej 50 proc. aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn ma kontakt z wirusem HPV w ciągu życia, choć moim zdaniem odsetek ten jest znacznie większy. W krajach takich, jak np. Wielka Brytania nawet 80 proc. populacji ma kontakt z tym wirusem w ciągu życia, więc jest naprawdę powszechny. Mężczyźni, u których pojawiają się ww. zmiany na skórze i w obrębie narządów płciowych, zwykle badają się i leczą. Inaczej jest w przypadku zakażenia wirusem HPV, które przebiega bezobjawowo, a które nie wyklucza rozwoju nowotworu.

Zazwyczaj mówi się o konsekwencjach zakażenia wirusem HPV u kobiet, a na jakie choroby narażeni są mężczyźni? Czy zakażenie HPV może skutkować problemami z płodnością u mężczyzn?

Onkogenne typy wirusa HPV są związane z nowotworami narządów płciowych i okolic, m.in. prącia i odbytu, choć nie tylko, bo także z nowotworami głowy i szyi, np. gardła czy krtani.

Wirus HPV może przyczynić się także do przewlekłego stanu zapalnego pęcherzyka nasiennego czy dróg wyprowadzających nasienie, co przekłada się na obniżenie jakości nasienia. W związku z tym przetrwałe zakażenie wirusem HPV niewątpliwie może skutkować problemami z płodnością u mężczyzn.

Czy powszechnym jest wdrożenie leczenia u mężczyzn, jeśli u jego partnerki wykryto zakażenie wirusem HPV? Dlaczego takie leczenie powinno się zastosować?

Niestety nie jest powszechne wdrażanie takiego leczenia, co moim zdaniem jest błędem, ponieważ jeśli jeden z partnerów jest zakażony wirusem HPV, to z dużym prawdopodobieństwem doszło do przeniesienia wirusa na drugą osobę, co zresztą jest powszechne w przypadku większości zakażeń seksualnych. Można powiedzieć, że są to „wspólne” zakażenia. Widać to bardzo wyraźnie w przypadku wspomnianych brodawek czy kłykciny kończyste – jeśli występują one u partnerki, to dosyć szybko rozwijają się one u panów i odwrotnie. Warto wiedzieć, że wiele osób nie jest świadomych obecności wirusa HPV w organizmie, przez co zaraża innych.

Czy istnieje profilaktyka zakażenia wirusem HPV?

Tak i jest dostępna w Polsce. Pierwszym filarem profilaktyki są szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, skierowane przede wszystkim do dziewcząt i chłopców w wieku 9-14 lat w ramach programu bezpłatnych szczepień. Uważam jednak, że także dorośli powinni się zaszczepić. Mimo że zgodnie z rekomendacjami szczepienie najlepiej wykonać przed inicjacją seksualną, to tak naprawdę można je przyjąć w każdym wieku. Zaszczepić mogą się także osoby już zakażone jednym typem wirusa HPV, gdyż szczepienie może uchronić przed jego innymi typami - może więc zapobiec przyszłym zakażeniom.

U kobiet dodatkową metodą profilaktyki są regularnie wykonywane badania ginekologiczne – od niedawna refundowany jest test na obecność wysokoonkogennych typów wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV HR) oraz cytologia na podłożu płynnym. To nowy standard profilaktyki raka szyjki macicy.

Jeśli już dojdzie do zakażenia, co możemy zrobić, żeby szybciej pozbyć się wirusa?

Przede wszystkim należy zwalczyć stan zapalny wywołany zakażeniem. Dostępne jest leczenie wspomagające, które w znacznym stopniu ogranicza odczyn zapalny, zwiększając w ten sposób szansę zwalczania infekcji przez układ odpornościowy. Są to leki stosowane miejscowo w postaci żeli, które działają nie tylko przeciwpalnie, lecz także regenerująco - posiadają właściwości nawilżające i odbudowujące nabłonek zewnętrznych okolic narządów płciowych. Przywracają również równowagę mikrobiologiczną. Co więcej, nie tylko wspomagają regenerację błony śluzowej narządów płciowych, lecz także mogą zapobiegać nawrotom. Można zastosować również preparaty doustne w postaci kapsułek, które wspierają prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego i błon śluzowych.

Warto wiedzieć, że u części osób w sprzyjających warunkach infekcja może zostać samoistnie zwalczona przez układ odpornościowy, a szanse na to są większe, jeśli jesteśmy zaszczepieni przeciwko wirusowi HPV.

Jaka jest wiedza pacjentów w kontekście możliwości stosowania wspomnianego leczenia? Jak często lekarze proponują takie rozwiązanie podczas wizyty?

Niestety, wiedza pacjentów na ten temat jest na niskim poziomie, czego dowodzą też postawy osób będących przeciwnikami szczepień przeciw HPV, co moim zdaniem jest kuriozalne, ponieważ te szczepienia naprawdę chronią przez wieloma problemami wywołanymi zakażeniem wirusem HPV. Dodatkowo zakażenie dotyczy sfer intymnych, co dla niektórych osób może stanowić barierę w zgłoszeniu problemu lekarzowi. W związku z tym pacjenci dosyć rzadko trafiają do gabinetu lekarza. Tymczasem w przypadku zakażenia wirusem HPV konieczne jest podjęcie wspomnianego leczenia przeciwpalnego.

Wykrycie wirusa HPV wiąże się z dużym stresem oraz lękiem o przyszłość. W jaki sposób można poprawić komfort psychiczny pacjentów, u których wykryto zakażenie wirusem HPV?

Przede wszystkim należy umożliwić pacjentom dobrą diagnostykę, m.in. zwiększyć dostępność do diagnostyki cytologicznej w przypadku kobiet.

Niestety, u mężczyzn mamy ograniczone pole działania w tym obszarze. Komfort psychiczny na pewno może poprawić fakt, że w przypadku wystąpienia infekcji można zastosować wspomniane preparaty, które, podnosząc odpowiedź immunologiczną organizmu, mogą pomóc zwalczyć zakażenie lub zmniejszyć narastanie infekcji.

Dla Niej i dla Niego

Wsparcie Twojej odporności

Nie czekaj, zacznij działać już dziś!

Papilocare Immunocaps
zawiera pałeczki kwasu mlekowego¹,
wspiera naturalną odporność i pomaga
w utrzymaniu prawidłowego stanu
błon śluzowych.¹⁻³

Suplement diety

Dowiedz się więcej >>>

KEDP/DAFWIX 12.02.2025

1. Ulotka Papilocare Immunocaps. 2. Ahmad, Md Faruque et al. "Ganoderma lucidum: A potential source to surmount viral infections through-glucans immunomodulatory and triterpenoids antiviral properties." International journal of biological macromolecules vol. 187 (2021): 769-779. doi:10.1016/j.ijbiomac.2021.06.122 2. 3. Kunisawa, Jun et al. "A pivotal role of vitamin B9 in the maintenance of regulatory T cells in vitro and in vivo." PloS one vol. 7,2 (2012): e32094. doi:10.1371/journal.pone.0032094 3.

Suplementy diety nie zastępują zróżnicowanej i zbilansowanej diety. Dla zachowania prawidłowego stanu zdrowia ważna jest zróżnicowana i zbilansowana dieta oraz zdrowy tryb życia. Nie przekraczać zalecanego dziennego spożycia. Nie stosować w przypadku nadwrażliwości na którykolwiek ze składników. Nie stosować w przypadku kamicy nerkowej w wywiadzie. Nie zaleca się stosowania przez kobiety w ciąży lub karmiące piersią, dzieci i młodzież w wieku poniżej 18 lat.

Pomysł o skórze w trakcie leczenia onkologicznego

W trakcie terapii przeciwnowotworowej skóra jest szczególnie narażona na podrażnienia i uszkodzenia. Można im zapobiec lub zminimalizować ich nasilenie, odpowiednio dbając o skórę i sięgając po odpowiednie preparaty o właściwościach nawilżających, natłuszczających i regenerujących.



Dr hab. n. med. Joanna Czuwara

Adiunkt w Katedrze i Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodnicząca Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

Czy oraz w jaki sposób leczenie onkologiczne wpływa na stan skóry? Z jakimi zmianami skórnymi najczęściej borykają się pacjenci onkologiczni?

Obecnie dostępnych jest coraz więcej metod leczenia onkologicznego, które są coraz bardziej skuteczne, ale mogą powodować skórne działania niepożądane, zwłaszcza wtedy, gdy leczenie to jest skojarzone, co często jest standardem postępowania. Najczęściej występują suchość i świąd skóry. Na owłosionej skórze głowy mogą się pojawić także swędzące strupki/krostki. Może również dojść do łuszczenia skóry i zmian rumieniowych, co dotyczy szczególnie pacjentów poddawanych radioterapii, ponieważ jest to terapia miejscowa, często połączona z innymi metodami leczenia przeciwnowotworowego: chemioterapią czy immunoterapią. Dlatego tak istotne jest, aby już od pierwszych dni terapii onkologicznej pacjent właściwie dbał o swoją skórę.

W jaki sposób pacjent powinien dbać o skórę w trakcie oraz po chemio- i radioterapii? Czy możemy wyróżnić istotne składniki, które są niezbędne do odbudowy skóry w trakcie oraz po leczeniu onkologicznym?

Skórę należy traktować delikatnie, np. lepiej wziąć letni prysznic, niż długą, gorącą kąpiel, a zaraz po umyciu się należy sięgnąć po odpowiednie preparaty pielęgnujące, ponieważ wtedy najlepiej są wchłaniane przez skórę. W codziennej pielęgnacji należy stosować preparaty zawierające:

- emolienty wykazujące właściwości nawilżające, regenerujące i natłuszczające, które zapobiegają suchości i szorstkości skóry oraz zmniejszają dolegliwości świądowe;
- oleje roślinne mające właściwości regenerujące;

- niewielkie stężenie mocznika, który zmiękcza skórę;
- witaminę PP łagodzącą podrażnienia.

Dobrze, aby składnikiem uzupełniającym była gliceryna, która dodatkowo nawilża skórę. Natłuszczenie, nawilżenie i zabezpieczenie skóry to podstawa. W przypadku radioterapii po takie preparaty należy sięgać także przed leczeniem, najlepiej 4-6 godzinny przed planowanym napromienianiem.

Na czym polega świadomy wybór produktów do pielęgnacji skóry?

Należy wybierać produkty, które mają proste składniki. W tym przypadku mniej znaczy lepiej. Ważne, aby były to produkty bezzapachowe, bezalkoholowe, nie zawierające konserwantów, detergentów. Nie należy używać mydła, ponieważ ma zasadowe pH i niekorzystnie zmienia pH skóry, wpływa negatywnie na jej mikrobiom. A gdy u pacjenta będącego w trakcie leczenia onkologicznego zostanie on naruszony, wówczas łatwiej o infekcje skórne, nadkażenia bakteryjne. Dlatego kluczowe jest zapewnienie prawidłowej flory bakteryjnej skóry, co można osiągnąć, stosując ww. preparaty, które nie naruszają pH i płaszcza lipidowego skóry.

Z kolei latem należy używać także kremów z filtrem UV. W tym przypadku należy kierować się podobną zasadą i wybierać preparaty z prostym składem. Warto pamiętać, że filtry UV fizyczne, czyli mineralne, są bezpieczniejsze.

Czy pielęgnacja skóry w trakcie i po zakończeniu leczenia onkologicznego jest ważną formą terapii wspomagającej?

Zdecydowanie tak. Pielęgnacja po terapii jest niezwykle ważna, ponieważ dzięki odpowiedniej pielęgnacji skóra jest zabezpieczona przed szkodliwymi następstwami terapii przeciwnowotworowej.

REKLAMA



emolient krem
wyrób medyczny
poj. 50 g, 200 g, 500 g

**ZMNIJSZA I ŁAGODZI
SUCHOŚĆ SKÓRY ORAZ RUMIEŃ
WYWOŁANY RADIOTERAPIĄ**

Producent:
Pierre Fabre Medicament Francja
Dystrybutor/podmiot prowadzący reklamę:
Pierre Fabre Dermo-Cosmétique Francja Sp. z o. o.
ul. Belwederska 20/22, 00-762 Warszawa
tel. 22 559 63 60, serwis.konsumenci@pierre-fabre.com

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją użycia lub etykietą.

DEXERYL®
DERMATOLOGICAL EXPERTISE


Pierre Fabre
Medical Dermatology

PFDC/490/2024

Choroby mężczyzn 60+ tematem tabu?



Dr Michał Zabojszcz

Specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog i geriatra,
dyrektor Szpitala ZOZ MSWiA w Krakowie

Mężczyźni po 60. roku życia coraz częściej stają przed wyzwaniem zdrowotnym. Niestety, wielu seniorów unika wizyt u lekarza. Dla wielu zdrowie, a zwłaszcza zdrowie intymne, pozostaje tematem tabu. O tym, jakie choroby najczęściej dotyczą mężczyzn 60+ oraz jak przełamywać bariery w podejściu do leczenia, rozmawiamy z ambasadorem Głosu Seniora, doktorem Michałem Zabojszczem - specjalistą chorób wewnętrznych, kardiologiem i geriatrą, dyrektorem Szpitala ZOZ MSWiA w Krakowie, który jest pierwszym w Polsce partnerskim Szpitalem Przyjaznym Seniorom Głosu Seniora.

Jakie choroby najczęściej dotyczą mężczyzn po 60. roku życia?

U mężczyzn po sześćdziesiątym roku życia obserwujemy przede wszystkim choroby przewlekłe, które rozwijają się często skrycie przez wiele lat. Większość z nich jest wynikiem stylu życia, czyli to tak zwane choroby cywilizacyjne. Najczęściej są to: nadwaga lub otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, zaburzenia tolerancji węglowodanów w tym cukrzyca typu 2, choroba niedokrwienna serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), osteoporoza i przerost prostaty. Równie niepokojące są nowotwory – głównie rak prostaty, jelita grubego oraz płuc. Z wiekiem rośnie także ryzyko występowania zespołów geriatrycznych, takich jak wielolekowość, upadki, zaburzenia pamięci czy depresja.

A jakie są najczęstsze objawy chorób, z którymi zgłaszają się starsi mężczyźni do geriatry?

Niestety, bardzo często zgłaszają się dopiero wtedy, gdy objawy są już poważne. Najczęstsze z nich to: spadek wydolności fizycznej, przewlekłe zmęczenie, bóle w klatce piersiowej, problemy z oddawaniem moczu, zaburzenia erekcji, kaszel, duszność, utrata wagi, osłabienie oraz kłopoty z pamięcią i orientacją. Jedynie część starszych mężczyzn zgłasza się profilaktycznie do lekarza. Wczesna diagnoza daje największe szanse na skuteczne leczenie.

Czy mężczyźni po 60. chętnie zgłaszają się do lekarza, czy nie chcą korzystać z opieki zdrowotnej?

Część mężczyzn po 60. roku życia niechętnie zgłasza się do lekarza, szczególnie we wczesnym stadium choroby. Wynika to z kulturowego wzorca „twardego faceta”, który nie narzeka, ale także z lęku przed diagnozą czy bagatelizowania objawów, które tłumaczone są wiekiem lub przeciążeniem pracą. Niechęć pogłębiają także negatywne doświadczenia z systemem ochrony zdrowia – długie kolejki i utrudniony dostęp do specjalistów.

Jakie badania profilaktyczne powinien regularnie wykonywać mężczyzna po 60. roku życia?

Najprostszy badania, które każdy powinien regularnie wykonywać to pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz masy ciała. Okresowo (przy czym częstotliwość tych badań zależy od konkretnego przypadku) należy wykonywać „podstawowe” badania laboratoryjne takie jak morfologię krwi obwodowej, poziom glukozy, profil lipidowy, badanie ogólne moczu, oznaczenie

kreatyniny i eGFR, PSA (badanie prostaty) czy TSH. Warto wykonać także EKG, RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, densytometrię kości oraz kolonoskopię. Nie wolno zapominać o wzroku, słuchu oraz przesiewowych testach w kierunku zaburzeń poznawczych (pamięci) i depresji. Również niezwykle istotne są regularne szczepienia, w tym przeciw grypie, RSV, CO-VID-19, pneumokokom oraz tężcowi.

Czy choroby intymne u mężczyzn nadal są tematami tabu?

Coraz rzadziej, ale wciąż tak. Problemy z erekcją, zaburzenia w oddawaniu moczu czy infekcje przenoszone drogą płciową są dla wielu mężczyzn krępujące. Rzadko o nich mówią, nawet lekarzowi. Czują się zawstydzeni i obawiają się wyśmiania. Dlatego tak ważna jest edukacja i tworzenie bezpiecznej przestrzeni do rozmowy w gabinecie lekarskim i poza nim.

Jak powinni zareagować bliscy, widząc, że dziadek/ojciec unika wizyty u lekarza?

Najważniejsze to nie wywierać presji. Lepiej powiedzieć: „Martwię się o ciebie, może warto to sprawdzić” i zaproponować wspólne badania lub pomoc w transporcie. Czasem skuteczniejszy bywa wnuk lub zięć niż żona – liczy się osoba, przy której senior czuje się komfortowo. Należy unikać zawstydzania i moralizowania, bo może to zwiększyć opór.

Jakie zmiany byłyby potrzebne, by promować aktywny tryb życia wśród starszych mężczyzn w Polsce?

Potrzebne są zmiany na kilku poziomach. Przede wszystkim: lepszy dostęp do badań i lekarzy bez kolejek, kampanie edukacyjne dla mężczyzn, lokalne programy aktywności fizycznej, takie jak: spacer, ćwiczenia, siłownie plenerowe. Ważne jest również wsparcie psychiczne i przeciwdziałanie samotności oraz zachęty finansowe dla uczestników programów profilaktycznych.

Czy popiera Pan kampanie prowadzone przez Stowarzyszenie MAN-KO-Głos Seniora, które promują dbanie o swoje zdrowie i regularne przeprowadzanie badań profilaktycznych, takie jak „Zażyj leki bezpiecznie” czy „Badaj się i żyj!”?

Tak, zdecydowanie. Takie kampanie są bardzo potrzebne. Trafiają bezpośrednio do seniorów, są prowadzone językiem zrozumiałym i empatycznym. Akcje te wychodzą poza duże miasta i docierają do miejscowości, gdzie dostęp do edukacji zdrowotnej bywa ograniczony.

Maciej Kurzajewski

Polski dziennikarz sportowy i prezenter radiowo-telewizyjny



Zachęcam do szukania balansu

W 2013 roku sięgnął po Koronę Maratonów Ziemi - przebiegł królewski dystans 42 kilometrów i 195 metrów na 7 kontynentach. Przyznaje, że bieganie daje mu energię i poczucie równowagi. Maciej Kurzajewski dzieli się z nami dlaczego warto zachować balans.

Jako osoba znana, rozpoznawalna, często również naśladowana czuje pan dodatkową odpowiedzialność, aby szerzyć świadomość społeczną?

Tak, zdecydowanie tak. Uważam, że rozpoznawalność powinna wiązać się z odpowiedzialnością. Jeśli mam możliwość zwrócić uwagę na kwestie ważne dla zdrowia i jakości życia, to traktuję to jako swój obowiązek. Media mają ogromny wpływ na kształtowanie postaw, dlatego staram się być przykładem – nie tylko w pracy zawodowej, ale też w codziennych wyborach.

W jaki sposób dba pan o swoje zdrowie? Czy sport oraz zdrowa dieta towarzyszą panu na co dzień?

Ruch towarzyszy mi od zawsze. Bieganie to moja pasja – daje mi siłę, energię i poczucie równowagi.

Staram się też zdrowo odżywiać, wybierając produkty naturalne i jak najmniej przetworzone. Nie jestem fanatykiem, ale wiem, że dieta i sport to filary dobrego samopoczucia, więc są obecne w mojej codzienności.

Czy wykonuje pan regularnie badania profilaktyczne? Jak pana zdaniem możemy zmotywować mężczyzn do regularnych badań kontrolnych?

Tak, staram się systematycznie wykonywać podstawowe badania profilaktyczne. To absolutna podstawa, a jednocześnie coś, co wielu mężczyzn zaniedbuje. Myślę, że kluczem do zmiany jest edukacja i przełamywanie stereotypów. Badania nie są oznaką słabości – przeciwnie, są wyrazem odpowiedzialności za siebie i swoich bliskich.

Jakich rad udzieliłby pan naszym czytelnikom w kontekście zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego? W jaki sposób udaje się panu zachować pozytywną energię?

Zachęcam do szukania balansu. W dzisiejszym świecie łatwo wpaść w wir obojętności, a zdrowie psychiczne jest równie ważne jak fizyczne. Warto znaleźć coś, co nas wycisza i daje radość – sport, książka, muzyka, czas z rodziną. Pozytywną energię czerpię właśnie z takich chwil oraz z biegania, które dla mnie jest najlepszą formą resetu.

Spełnia się pan w wielu rolach zawodowych, ale też tych prywatnych. Czy to również wpływa na pana zdrowie fizyczne oraz psychiczne?

Rzeczywiście, moja praca jest wymagająca, ale też daje mi ogrom satysfakcji. Kluczem jest organizacja i uważność na sygnały płynące z własnego organizmu. Każda z ról – zawodowa czy prywatna – daje mi poczucie sensu, a to bardzo dobrze wpływa na kondycję psychiczną. Oczywiście zdarzają się momenty zmęczenia, ale wtedy wracam do swoich sprawdzonych sposobów – ruchu i odpoczynku w gronie bliskich.

Jeśli już pojawi się czas wolny, w jaki sposób zostaje on przez pana zagospodarowany?

Wolny czas najchętniej spędzam aktywnie – bieganie, rower, długie spacery. To pozwala mi naprawdę odpocząć. Ale równie ważne są spotkania z rodziną i przyjaciółmi – te chwile dają mi najwięcej energii i motywacji do działania.

Zdrowie – inwestycja, która wykracza poza resort

**Igor Grzesiak**

Wiceprezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Inicjatywa „Hack4Health”

”

**Zdrowie to nie tylko
budżet Ministerstwa
Zdrowia – to strategiczny
kapitał całego państwa**

W ostatniej dekadzie nakłady na ochronę zdrowia w Polsce nominalnie się podwoiły (2013–2023), co na pierwszy rzut oka może wyglądać na sukces. Tymczasem w relacji do PKB sytuacja jest mniej imponująca – choć wydajemy więcej w złotych, udział wydatków na zdrowie w gospodarce wciąż pozostaje daleko w tyle za średnią unijną. W 2022 roku publiczne i prywatne wydatki na zdrowie wyniosły u nas 6,4 proc. PKB, podczas gdy średnia UE przekraczała 10 proc. W 2023 roku zanotowaliśmy rekordowe 7,1 proc., co jednak wciąż oznacza wyraźne opóźnienie wobec europejskich standardów – skutkiem są mniejsze możliwości rozwoju infrastruktury, wolniejsze wdrażanie innowacji i utrudniony dostęp do świadczeń. Rachunek ten zmienia się dodatkowo, gdy uwzględnimy inflację i sposób liczenia ustawowego. Zgodnie z tzw. ustawą „7 proc. PKB na zdrowie” wydatki publiczne na ochronę zdrowia powinny stopniowo rosnąć i w roku 2024 osiągnąć co najmniej 6,20 proc. PKB. Wyliczenia oparte na metodzie ustawowej, która bierze pod uwagę PKB sprzed dwóch lat, wskazują nawet na przekroczenie tego poziomu o 0,3 punktu procentowego. Ale jeśli porównamy środki do bieżącego PKB, realny udział wynosi zaledwie około 5,4 proc., od lat utrzymuje się na podobnym poziomie, a metoda t-2 dotyka tylko i wyłącznie tego sektora i powoduje brak ok. 37 mld złotych tylko w roku w 2024. Co gorsze inflacja „pożera” część nominalnego wzrostu podnosząc koszty świadczeń oraz wynagrodzeń, dlatego więcej pieniędzy nie oznacza automatycznie większej liczby usług czy lepszej ich dostępności.

Zdrowie to nie tylko budżet Ministerstwa Zdrowia – to strategiczny kapitał całego państwa. Zdrowi obywatele to większa aktywność zawodowa, mniejsza absencja chorobowa, niższe koszty zasiłków i wyższe wpływy z podatków. Choroba natomiast generuje koszty pośrednie, które obciążają nie tylko budżet państwa, lecz także rodziny i pracodawców. Dlatego – jak podkreślają eksperci – potrzebne jest

spojrzenie na zdrowie w sposób „ponadresortowy”. Oznacza to, że decyzje dotyczące finansowania, profilaktyki czy innowacji medycznych powinny być elementem szerszej strategii państwa, obejmującej również edukację, rynek pracy, infrastrukturę czy politykę społeczną. Presja demograficzna pogłębia problem. Polskie społeczeństwo starzeje się w szybkim tempie, a równocześnie rośnie liczba osób cierpiących na choroby cywilizacyjne – takie jak cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe czy nowotwory. To wszystko powoduje, że zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne będzie stale rosło. Aby sprostać temu wyzwaniu, potrzebne są nie tylko dodatkowe środki, ale także mądre inwestycje w rozwiązania innowacyjne – technologie cyfrowe, telemedycynę, nowe modele opieki. Takie rozwiązania odciążają personel, poprawiają jakość leczenia i w dłuższej perspektywie pozwalają obniżyć koszty pośrednie chorób.

Potrzebujemy strategicznego, długofalowego podejścia do kwestii zdrowia. Wydatki na ten obszar nie mogą być postrzegane jedynie jako obciążenie budżetu – to inwestycja w kapitał ludzki, który stanowi fundament wzrostu gospodarczego i przewagi konkurencyjnej. Zdrowie powinno być jednym z kluczowych filarów polityki państwa, a rozmowa o jego finansowaniu musi toczyć się publicznie, a nie wyłącznie w zamkniętych gabinetach resortów.

Promotorem takiego podejścia jest inicjatywa „Hack4Health”. To platforma łącząca ekspertów, organizacje pacjentów, praktyków ochrony zdrowia oraz partnerów społecznych i gospodarczych. Jej cel to nie tylko zwiększenie wydatków na zdrowie, ale przede wszystkim lepsze ich ukierunkowanie – tak, by środki alokowane były na profilaktykę, realnie zwiększały liczbę i jakość świadczeń, a nie jedynie rekompensowały wzrost kosztów. Hack4Health postuluje włączenie zdrowia do centrum polityk publicznych od finansów przez edukację i rynek pracy po cyfryzację oraz nacisk na przejrzystość i efektywność finansowania. To przykład, jak działania ponadsektorowe mogą przekształcić zdrowie z kosztu w długofalową inwestycję przynoszącą zwrot w postaci lepszego życia pacjentów oraz silniejszej gospodarki.

Nowoczesne leki to nie wszystko



Marzena i Paweł Moszumańscy

Dostęp do nowoczesnych technologii i kolejne bardzo skuteczne terapie na pewno bardzo poprawiły sytuację pacjentów onkologicznych i zwiększyły ich szanse na zdrowe życie. Jednak z doświadczeń wielu osób - zarówno pacjentów jak i personelu medycznego wynika, że ogromne

znaczenie mają również czynniki pozamedyczne.

- W moim przypadku do powodzenia terapii przyczyniły się tak naprawdę 3 czynniki, których udział, jako człowiek o ścisłym umyśle, przedstawiam w procentach. I tak 20 proc. sukcesu przypisać mogę postępowi w medycynie i przestrzeganiu zaleceń lekarskich, a kolejne 30 proc. związane jest z tym, że trafiłem na doskonałego lekarza, który potrafił zbudować we mnie właściwe nastawienie. Pozostaje trzeci czynnik, któremu ja osobiście przypisuję aż 50 proc. i bez którego pozostałe dwa nie miałyby żadnego znaczenia - to wsparcie osoby bliskiej czyli mojej żony, Marzeny - mówi Paweł Moszumański, który w 1998 r. usłyszał diagnozę „chłoniak Hodgkina”.

- Diagnoza była dla nas szokiem, miałam 25 lat, mąż niewiele więcej, od trzech lat byliśmy rodzicami. Świat bez internetu wyglądał inaczej, organizacje pacjentów dopiero raczkowały, a rak w powszechnym przekonaniu oznaczał wyrok. Ale ja jestem uparta - nie po to znalazłam mężczyznę mojego życia, żeby teraz go stracić - wspomina Marzena, żona Pawła.

Oboje podjęli decyzję, że będą starali się żyć na tyle normalnie, na ile choroba pozwoli. Mieli przecież dla kogo - córka była ich oczkiem w głowie.

- Pamiętam, jak podczas jednego z wlewów pośpieszałam pielęgniarkę, że muszę zdążyć na przedstawienie córki do przedszkola. Żyły mało mi nie wyskoczyły ze skóry, ale do przedszkola zdążyłam. To było dla mnie ważne - mówi Paweł i dodaje - Napędzało mnie to, że przecież musimy pokazać córce tyle rzeczy, żeby w razie czego pamiętała, że byłam przy niej, gdy pierwszy raz coś zrobiła czy zobaczyła. Wtedy nie myślałam, że dożyję bycia dziadkiem, po prostu cieszyło mnie to, że przeżyłam kolejny dzień i perspektywa jutra.

- Paweł przez cały czas pracował, nie rezygnowaliśmy też ze spotkań z rodziną i znajomymi czy wyjazdów wakacyjnych. Oczywiście choroba dawała mu się we znaki i to ja na przykład wносиłam w czasie urlopu walizki na trzecie piętro. Staralam się jednak, by nie rezygnował z obowiązków, angażowałam go do codziennych spraw - tych drobnych i tych nieco większych. Nie chciałam, by przez chorobę czuł się wyłączony czy w jakikolwiek sposób ograniczony - tłumaczy Marzena.

- To miało dla mnie ogromne znaczenie. Nieważne było to, że w trakcie zakupów zamieniliśmy się rolami - ja stałam się pomocnikiem i strażnikiem wózka, a Marzena pełniła funkcję tragarza - ważne, że mogłem je w ogóle zrobić. Marzena była bardzo nieustępliwa, jej postawa zmuszała mnie do ciągłej aktywności, nie pozwalała mi się poddać. Jej słowa „wygraj dla mnie tę walkę” miały ogromną moc - wspomina Paweł.

Równie ważne było dla Pawła wsparcie, jakie otrzymywał od swojego szefa i współpracowników. - Pracowałem przez cały okres choroby, a nawet dzisiaj nie jest to powszechne podejście do pracowników chorujących onkologicznie. Co więcej, był to dla mnie czas szczególnej kreatywności i naprawdę dużych wyzwań zawodowych, którym udało mi się sprostać - mówi Paweł. I dodaje: - Gdybym skupił się na chorobie, czekał na to, aż terapia zacznie działać, pewnie by mnie tu teraz nie było. To, że moja żona cały czas aktywnie uczestniczyła w moim procesie zdrowienia, nie pozwalała mi na czarnowidztwo, było niezwykle ważne - podkreśla Paweł.

Oboje są zgodni co do tego, że gdy przysięgali sobie, że będą ze sobą na dobre i na złe, w zdrowiu i w chorobie nie sądzili, że życie tak szybko powie nam „sprawdzam”. A potem sytuacja się powtórzy, gdy diagnozę usłyszy Marzena.

- W chorobie onkologicznej być może najtrudniejszą rzeczą jest zapinanie nad emocjami - wszechogarniającym strachem, zagubieniem, niepewnością. W tych najtrudniejszych momentach mądre wsparcie osoby najbliższej jest nie do przecenienia. Oboje byliśmy pacjentami i wiemy, że nie chodzi o roztkliwianie się, a mieszaninę troski, czułości ale też czasem pewną szorstkość, dzięki której w osobie chorej buduje się wola zdrowienia. To wsparcie dotyczy sfery emocjonalnej, ale i szarej codzienności, gdy razem chodzi się na wizyty czy podaje partnerowi miskę, gdy chemia mocno daje się we znaki - mówią oboje. - Wiele lat temu zawarliśmy umowę, że będziemy wspólnie patrzeć w przyszłość i zmieniać nasze marzenia we wspomnienia by, jeśli coś pójdzie nie tak, to to z nas, które zostanie po tej stronie życia będzie wiedzieć, że wykorzystaliśmy każdy rok, godzinę, minutę wspólnego życia najlepiej jak można było.

- Gdy zachorowałam, pozamedyczne wsparcie dla pacjentów raczkowało. Stąd narodził się pomysł, by po wyzdrowieniu stworzyć grupę wsparcia dla chorych na chłoniaki - „Sowie Oczy”, a potem wraz z innymi stowarzyszeniami powołaliśmy do życia Fundację Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Bo wiem, że wsparcie drugiego człowieka jest tym, co może dosłownie decydować o życiu lub śmierci - mówi Paweł.