



V DĄBROWSKIE SPOTKANIA KLINICZNE

Wybrane choroby cywilizacyjne
w codziennej pracy lekarzy praktyków
– postępy w diagnostyce i leczeniu

Informator konferencji





Dąbrowa Tarnowska

Miasto Otwartych Możliwości



V DĄBROWSKIE SPOTKANIA KLINICZNE

Wybrane choroby cywilizacyjne
w codziennej pracy lekarzy praktyków
– postępy w diagnostyce i leczeniu

Dąbrowa Tarnowska
13 -14 kwietnia 2018 roku

Organizatorzy



FUNDACJA
TROŠKA I WIEDZA
POWIŚLA DĄBROWSKIEGO



POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCZNE
KOLEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ



URZĄD MIEJSKI
W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ



POWIAT
DĄBROWSKI



BIURO DORADZCO-USŁUGOWE BHP
Andrzej Dziedzic

 MAŁOPOLSKA

Projekt realizowany przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego



Dąbrowskie Spotkania Kliniczne 5



Szanowni Państwo

Tradycyjne kwietniowe spotkania naukowe w Dąbrowie Tarnowskiej są bardzo owocnymi i cennymi doświadczeniami dla lekarzy praktyków i klinicystów, jak również szerokiego grona osób niezwiązanych bezpośrednio z medycyną.

Kontynuując kwietniowe Dąbrowskie Spotkania Kliniczne w imieniu Fundacji Troska i Wiedza Powiśla Dąbrowskiego, witam Państwa serdecznie na V edycji naukowych konferencji medycznych w Dąbrowie Tarnowskiej. Tegoroczna dwudniowa konferencja naukowa poświęcona jest chorobom cywilizacyjnym w codziennej pracy lekarzy praktyków oraz postępom w ich diagnostyce i leczeniu.

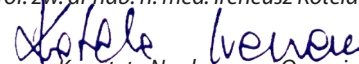
Pierwszy dzień będzie poświęcony pokazom i warsztatom praktycznym z zakresu pierwszej pomocy i zachowania się w sytuacji zaistnienia stanów nagłego pogorszenia zdrowia w przestrzeni publicznej, resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) wraz z zasadami użycia automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED). W programie drugiego dnia 5. DSK przewidziano omówienie tematów związanych z problemem chorób cywilizacyjnych w codziennej pracy lekarzy praktyków, jak również postępów w ich diagnostyce i leczeniu.

Patronom honorowym i naukowym dziękuję za objęcie patronatami tej konferencji naukowej. Wszystkim darczyńcom i współorganizatorom, a szczególnie Zarządowi Województwa Małopolskiego, w imieniu własnym, Rady i Zarządu Fundacji Troska i Wiedza Powiśla Dąbrowskiego, wyrażam ogromną wdzięczność za pomoc i wsparcie, bez których nie udałooby się zorganizować tej konferencji.

Życząc Państwu udanych obrad, już teraz zapraszam na kolejne kwietniowe Dąbrowskie Spotkania Kliniczne w przyszłym roku.

Z wyrazami szacunku

Prof. zw. dr hab. n. med. Ireneusz Kotela



*Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego
Dąbrowskich Spotkań Klinicznych*

V SPOTKANIA KLINICZNE W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ

Dąbrowa Tarnowska, 14 kwietnia 2018 r.,
Ośrodek Spotkania Kultur w Dąbrowie Tarnowskiej,
ul. B. Joselewicza 6.



PROGRAM NAUKOWEJ KONFERENCJI MEDYCZNEJ „Wybrane choroby cywilizacyjne w codziennej pracy lekarzy praktyków - postępy w diagnostyce i leczeniu”

9.00 – 9.50 Uroczyste otwarcie konferencji i wystąpienia zaproszonych gości

Sesja I

Moderatorzy:

9.50 – 10.15 Epigenetyczne uwarunkowania chorób cywilizacyjnych

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

10.15 – 10.40 Aktualne problemy jakości powietrza w Polsce

Prof. dr hab. inż. Marian Mazur
Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie

10.40 – 11.05 Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

11.05 – 11.30 Nadciśnienie tętnicze w świetle nowych badań klinicznych i wytycznych

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Guzik
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

Dyskusja 15 min.
Przerwa kawowa

Sesja II

Moderatorzy:

12.05 – 12.30 Leki p/cukrzycowe a powikłania sercowo-naczyniowe w cukrzycy T.2

Prof. dr hab. n. med. Jacek Sieradzki
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

12.30 – 12.55 Wpływ aktywności fizycznej na stan zdrowia współczesnego człowieka

Prof. dr hab. Jan Chmura
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

12.55 – 13.20 Refluks żołądkowo-przełykowy

Prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

13.20 – 13.45 Złamanie osteoporotyczne – epidemiologia i następstwa

Prof. dr hab. n. med. Edward Franek
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

Dyskusja 15 min.
Lunch

Sesja III

Moderatorzy:

14.45 – 15.10 Gdy statyna to za mało

Prof. dr hab. n. med. Beata Kapłon-Wożakowska
I Klinika Kardiologii i Elektroterapii ŚCK w Kielcach

15.10 – 15.35 Biologia i psychopatologia starzenia się człowieka

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński
Kierownik Katedry Psychologii Zdrowia i Klinicznej Społecznej Akademii Nauk w Łodzi

15.35 – 16.00 Postępy w diagnostyce obrazowej

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

Dyskusja 15 min.

16.15 Zakończenie konferencji

* Wszystkie wykłady 25 minutowe



Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Jośko-Ochojska

Epigenetyczne uwarunkowania chorób cywilizacyjnych.

Z badań eksperymentalnych na zwierzętach oraz z badań przeprowadzanych u ludzi wiemy, że oprócz dziedziczenia genów, dziedziczymy także pamięć o lęku, różne zaburzenia psychiczne lub skłonność do chorób somatycznych. Powstają zmiany epigenetyczne, w których ulega zmianie ekspresja genów polegająca na chemicznej modyfikacji materiału jądrowego przy udziale specyficznych enzymów i dochodzi do transmisji międzypokoleniowej.

Pamięć komórkowa (epigenetyczna, metaboliczna) powoduje, że komórki naszego ciała zapamiętują różne zmienne w środowisku, jak: lęk, temperatura, ciśnienie, dostępność do pożywienia, itd., w związku z tym również środowisko może wpłynąć na fizjologię potomstwa i to bez zmiany sekwencji genomu. Poprzez styl życia, jaki prowadzimy i emocje, jakim się poddajemy, możemy spowodować korzystne lub niekorzystne zmiany w genomie.

W ten sposób powstają predyspozycje epigenetyczne do chorób cywilizacyjnych, takich jak: nowotwory złośliwe, cukrzyca, choroby układu krążenia, depresja, choroby psychiczne, zaburzenia odżywiania, nałogi, itd. Obecny postęp w dziedzinie epigenetyki doprowadził do poznania epigenetycznych markerów, które mogą być wykrywane tuż po urodzeniu, informując o ryzyku wystąpienia danego zaburzenia lub choroby w późniejszym wieku. Badania potwierdzają, że wykształca się pamięć komórkowa na przykład na przejściowy wzrost stężenia glukozy we krwi i w konsekwencji nawet krótkiego okresu hiperglikemii, to ona tłumaczy część jej odległych następstw, m.in. np. komplikacje metaboliczne w życiu dorosłym dzieci matek z cukrzycą ciężarnych, czy brak poprawy klinicznej jej normalizacji. Wpływ środowiska i rola epigenetyki to tematy absorbujące obecnie naukowców na całym świecie, również w aspekcie chorób nowotworowych.

W 2014 roku powstało pojęcie predyspozycji epigenetycznych do zachorowania na różne nowotwory złośliwe, w tym raka jajnika, żołądka, jelita grubego. Dowiedziano także, że ekspozycja na czynniki chemiczne w środowisku może wywoływać zmiany w epigenomie i doprowadzić do zwiększenia adipogenezy i otyłości nawet w kolejnych pokoleniach, a każda substancja wywołująca zmiany epigenetyczne posiada unikalny wzór epimutacji w plemnikach, nawet jeszcze w trzeciej generacji. Ponadto, trauma rodziców i dziadków wpływa na potomstwo poprzez zmiany epigenetyczne w komórkach jajowych i plemnikach, w środowisku panującym w macicy ciężarnej i komórkach macierzystych. Dochodzi wówczas do depresji, zespołu stresu pourazowego (PTSD), lęków, fobii, itd. Ponadto przeżycia rodziców i dziadków zmieniają anatomię i funkcję układu nerwowego w następnych pokoleniach.

Pamiętać jednak należy zawsze o tym, że zmiany epigenetyczne są odwracalne i można przerwać „łańcuch zła”.



Prof. dr hab. n. med. Tomasz Guzik
Dr. n. med. Bartłomiej Guzik

Nadciśnienie tętnicze w świetle nowych badań klinicznych i wytycznych.

Nadciśnienie tętnicze jest schorzeniem o wieloczynnikowej etiologii. Jednak pomimo znacznego postępu w zrozumieniu patogenetycznej choroby, częstość występowania nadciśnienia tętniczego utrzymuje się na poziomie 30-40% populacji. Częstość nadciśnienia tętniczego wzrasta z wiekiem, co stanowi ogromne wyzwanie w świetle starzenia się społeczeństwa.

W badaniach NATPOL określono, iż w Polsce obecnie choruje około 32% dorosłych Polaków (10,5 mln chorych, w tym 9,5 mln w wieku 18-79 lat i prawie 1 mln u osób > 80 lat). Aż 3 mln Polaków nie ma świadomości występowania nadciśnienia. Epidemiologia nadciśnienia tętniczego jest związana zarówno z klasycznymi czynnikami ryzyka, lecz w ostatnich latach zwraca się uwagę na nowe mechanizmy, takie jak zanieczyszczenie środowiska oraz stany zapalne i ich interakcje. Pomimo wielu leków dostępnych w leczeniu nadciśnienia tętniczego, badania EUROASPIRE pokazały bardzo niepokojący obraz realizacji zaleceń, iż większość leczonych chorych nie osiąga celów terapeutycznych. Tymczasem Europejskie, Amerykańskie i Światowe Towarzystwa Nadciśnieniowe toczą gorącą debatę jakie cele terapeutyczne powinny być zalecane.

Co więcej toczy się dyskusja nad rewizją definicji nadciśnienia tętniczego. Według Towarzystw Europejskich za granicą w odniesieniu do wartości pomiarów w gabinecie lekarskim nadal uznaje się 140/90. Jednak wytyczne AHA/ACC z 2017 roku poszły znacząco dalej, obniżając, w oparciu o wyniki badania SPRINT wartość ciśnienia uznawanego za uzasadniające rozpoznanie nadciśnienia do 130/80.

Obecnie oczekujemy czy w Europie również takiego chorego zaczniemy wkrótce uznawać za pacjenta z już rozwiniętym nadciśnieniem tętniczym. Taka zmiana definicji niesie za sobą ogromne konsekwencje w zakresie zdrowia publicznego, jak i farmakoekonomiki.

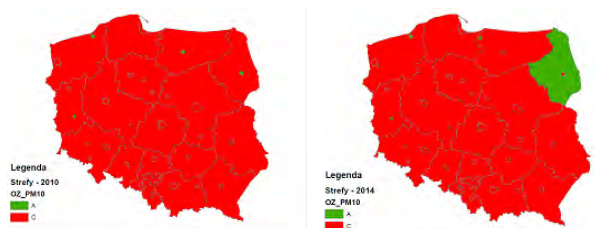


Prof. dr hab. inż. Marian Mazur

Aktualne problemy jakości powietrza w Polsce.

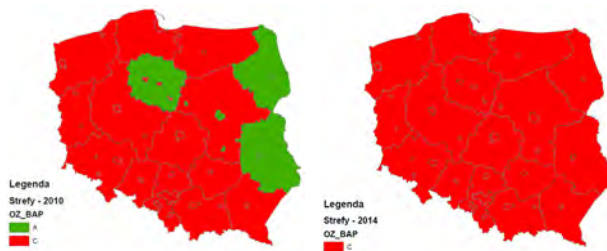
W Polsce od wielu lat są dostępne rzetelne informacje o zanieczyszczeniu powietrza w związku z funkcjonowaniem nowoczesnego systemu monitoringu jakości powietrza. Prowadzone regularnie pomiary stężeń wybranych zanieczyszczeń w powietrzu wskazują na przekroczenia wartości dopuszczalnych stężeń pyłu zawieszonego PM10 (obecnie również pyłu PM2,5) - wartości dopuszczalnych dobowych i rocznych, dwutlenku azotu - przekroczenia wartości dopuszczalnych rocznych na stacjach komunikacyjnych (zlokalizowanych z punktu widzenia oddziaływania transportu) oraz poziomu docelowego benzo(a)pirenu.

Dla zobrazowania skali problemu przedstawiono dane z lat 2010 i 2014 dotyczące wyników klasyfikacji stref w zakresie stężeń pyłu PM10, z którego wynika, że zdecydowana większość stref, w których dokonywana jest odrębna ocena jakości powietrza jest zaliczana do strefy C, co oznacza występowanie w tych strefach w przynajmniej jednym punkcie pomiarowym przekroczeń poziomów dopuszczalnych PM10 w powietrzu: 24-godzinnych (50 mg/m³) i/lub średniorocznych (40 mg/m³).



Wyniki klasyfikacji stref w zakresie stężeń pyłu zawieszonego PM10 w Polsce w latach 2010 i 2014 (źródło: GIOŚ w Warszawie)

W pyłe PM10 mogą znajdować się w istotnych ilościach toksyczne składniki, wśród których należy wymienić przede wszystkim benzo(a)piren. Poziom docelowy BaP w powietrzu (w pyłe PM10), określony dla czasu uśredniania 1 rok kalendarzowy (1 ng/m³), także jest niedotrzymywany, przy czym obserwowana krotność przekroczeń tego poziomu jest dużo większa, niż w przypadku przekroczeń poziomu dopuszczalnego pyłu PM10. Jest oczywiste, że wysokie stężenia pyłu i B(a)P w powietrzu są w wysokim stopniu uzależnione od emisji do powietrza.



Wyniki klasyfikacji stref w zakresie stężeń benzo(a)pirenu w Polsce w latach 2010 i 2014 (źródło: GIOŚ w Warszawie)

Zanieczyszczenie powietrza w Polsce pyłem PM10, wykazuje (zgodnie z danymi PMS) w ostatnich latach trend niemalejący i różni się z danymi dotyczącymi emisji do powietrza (GUS, Ochrona Środowiska 2017). Emisja pyłu całkowitego zmalała w skali kraju z 391 tys. ton w 2010 roku do 318 tys. ton w roku 2015 (o 19%). Przy czym emisja z sektora komunalnego – uważanego za główną przyczynę wysokich stężeń pyłu PM10 w powietrzu, zmniejszyła się z 231,8 tys. ton (2010) do 190,5 tys. ton (2015) czyli o 18%.

Zużycie węgla kamiennego w gospodarce narodowej zmniejszyło się w omawianym okresie o 11%, natomiast zużycie węgla brunatnego wzrosło o 13%, a gazu ziemnego o 4%.

Poprawa jakości powietrza poprzez obniżenie stężeń pyłu PM10 sprowadza się przede wszystkim do działań ograniczających emisję do powietrza pyłu drobnego i prekursorów powstawania aerosoli wtórnych, a także ograniczających unoszenie do powietrza pyłu wtórnego zdeponowanego na powierzchni terenu. A więc wracamy do hasła z XX wieku „walki z zapyleniem”. Należy tu podkreślić, iż stawianie znaku równości pomiędzy wysokim stężeniem pyłu zawieszonego PM10 i PM 2,5 w powietrzu a „smogiem” jest całkowicie nieuprawnione.

Podstawą do działań naprawczych powinny być działania ograniczające emisję tych substancji ze wszystkich źródeł emitujących pył do powietrza. W niektórych przypadkach będzie konieczne nowe scharakteryzowanie pola emisji.

Opracowywane na potrzeby zarządzania jakością powietrza od 2004 programy ochrony powietrza (POP), pomimo wydatkowania olbrzymich środków finansowych, nie przyniosły oczekiwanych efektów. Np. w Krakowie, pomimo wyeliminowania kilkunastu tysięcy palenisk węglowych, nie uzyskano istotnej poprawy jakości powietrza.

Niska skuteczność programów ochrony powietrza wynika przede wszystkim z faktu małej precyzji w określaniu pola emisji zanieczyszczeń do powietrza, uwzględnianego w obliczeniach dyspersji zanieczyszczeń realizowanych w celu oceny wpływu poszczególnych źródeł na jakość powietrza.



Prof. dr hab. n. med. Jacek Sieradzki

Leki przeciwcukrzycowe a powikłania sercowo-naczyniowe w cukrzycy typu 2.

Dyskusja o niekorzystnym z punktu widzenia sercowo-naczyniowego działaniu leków doustnych w cukrzycy typu 2 sięga aż lat 70-tych ubiegłego wieku, kiedy dyskutował nad tym nawet Senat USA. Ponieważ jednak stosowanie wtedy leków pierwszych generacji (tolbutamid spośród sulfonilomoczników, fenformina spośród biguanidów) było jedyną alternatywą dla insuliny (wtedy zwierzęcej), dyskusja ucichła.

Wątpliwości pojawiły się ponownie po opracowaniu dotyczącym bardzo szeroko stosowanego na początku tego stulecia rosiglitazonu, pochodnej tiazolidinodionów, dla której wykazano w metaanalizie zwiększenie ryzyka m. in. zawałów serca. Wtedy, w roku 2008, pojawiła się dyrektywa FDA (Amerykańskiej Agencji Leków i Żywności), która nakazała wprowadzenie, w odniesieniu do nowych leków, badania ryzyka sercowo-naczyniowego u osób z zaawansowanymi powikłaniami naczyniowymi. Na tej podstawie przeprowadzono lub są w trakcie badań obserwacje skutków sercowo-naczyniowych nowych leków obniżających glikemię z grupy preparatów opartych o mechanizm inkretynowy (stymulatory receptora GLP1 i inhibitory dipeptydydyl peptydazy 4, czyli DPP-4, nazywane gliptynami) oraz gliflozyn (blokery transporterów sodowo-glukozowych w kanalikach nerkowych, głównie SGLT2).

Na podstawie dotychczas przeprowadzonych badań można podzielić przebadane nowe preparaty na 3 grupy: leki obciążone pewnym ryzykiem ubocznym w zakresie niektórych parametrów sercowo-naczyniowych, leki nie niosące ryzyka sercowo-naczyniowego („non inferiority”), ale nie przynoszące korzyści w tym zakresie („non superiority”), oraz leki zmniejszające w większym lub mniejszym stopniu ryzyko sercowo-naczyniowe. Do pierwszych należą preparaty saxagliptyny i w mniejszym stopniu alogliptyny, zwiększające ryzyko hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Grupa „non inferiority” to spośród gliptyn sitagliptyna, a stymulatorów receptora GLP1 – exenatyd LAR o przedłużonym działaniu, semaglutyd i, częściowo, lixizenatyd.

Natomiast korzyści sercowo-naczyniowe, jak dotychczas w największym stopniu, tak w odniesieniu do zgonów sercowo-naczyniowych, ogólnych zgonów, jak i zawału serca, a także częstości niewydolności serca, wykazano spośród gliflozyn,

w odniesieniu do empagliflozyny, ale także w odniesieniu do kanagliflozyny. Natomiast korzystny w odniesieniu do ryzyka sercowo-naczyniowego z grupy stymulatorów receptora GLP1 był liraglutyd i, w pewnej części, także lixizenatyd. Warto zwrócić uwagę na analizę skuteczności empagliflozyny, w której szybkie korzyści działania (po kilku miesiącach) nie wynikały wyłącznie z sumarycznej redukcji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, takich jak zmniejszenie objętości krwi krążącej, obniżenie ciśnienia tętniczego czy zmniejszenie masy ciała, ale także ze swobodnego działania na mięsień sercowy (dodatkowe źródło energii w postaci ketonów?). Szereg badań tego typu jest jeszcze w toku (np. w odniesieniu do linagliptyny, dulaglutytu czy dapagliflozyny). Prowadzone są też badania pogłębione np. empagliflozyny, czy eksenatytu.

Powinno się też wspomnieć, że dyrektywa FDA stymulowała, chociaż ich nie dotyczyła, do badań nad insulinami, jak w badaniu ORIGIN nad glarginą czy degludekiem (DEVOTE), a także nad akarbozą (badanie ACE), czy kilku nieudanych lub niedokończonych prób z glitazonami i glitazarami, a także nowymi gliptynami (np. AleCardio, ALEPREVENT, TOSCA.IT, OMNEON).

Znajomość ocen wpływu leków antyhiperglikemicznych na układ krążenia, zwłaszcza u osób z dużym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, ma niewątpliwie znaczenie praktyczne. W aspekcie indywidualizacji terapii w cukrzycy typu 2 pomaga niewątpliwie w wyborze leków z uwzględnieniem indywidualnego obciążenia pacjenta.

Uzyskane informacje z tych badań powodują jednak pewną dyskusję, dotyczącą np. ujednoczenia schematu badań, porównania w badaniach z innymi lekami (realizuje to np. planowane na rok 2019 badanie CAROLINA linagliptyny porównywanej z sulfonilomocznikiem), a także pytanie niejako odwrotne, na ile te korzyści przełożyłyby się na pacjentów nie obciążonych ryzykiem sercowo-naczyniowym, zwłaszcza, że niektóre parametry w tych badaniach wskazywały na korzyści poza układem sercowo-naczyniowym, np. redukcję tempa niewydolności nerek przy empagliflozynie, kanagliflozynie, liraglutydzie czy semiglutydzie, czy opóźnienie retinopatii przy liraglutydzie. Z drugiej strony uwzględnić należy przy wymienionych korzyściach sygnały o działaniach niekorzystnych, stwierdzonych przy okazji tych badań, jak np. zwiększenie liczby amputacji (canagliflozyna), czy progresję istniejącej retinopatii (semaglutyd).

Wreszcie diskutowane jest ograniczenie czasowe dotychczasowych badań do kilku lat, a przecież przykłady takich kluczowych triali jak DCCT czy UKPDS wykazały, że dopiero analiza efektu przedłużonej do kilkunastu lat obserwacji („legacy”) pozwoliła na ocenę niektórych korzyści, zwłaszcza właśnie sercowo-naczyniowych, w tych badaniach.



Prof. dr hab. Jan Chmura

Wpływ aktywności fizycznej na stan zdrowia współczesnego człowieka.

Aktywność fizyczna jest prawdziwym błogosławieństwem w życiu współczesnego człowieka. Regularnie podejmowany wysiłek fizyczny powoduje wiele fizjologicznych zmian adaptacyjnych w organizmie człowieka, które dotyczą wszystkich układów i narządów. Największe zmiany zaobserwuje się w układzie krążenia: obniżenie częstości skurczów serca, wzrost objętości wyrzutowej serca i maksymalnej pojemności minutowej serca, wydłużenie okresu rozkurczu, poprawę wskaźników dobowej zmienności rytmu serca i funkcji śródbłonka, wzrost wydolności fizycznej – tlenowej. Zwiększa się unaczynienie – kapilaryzacja mięśni szkieletowych i mięśnia sercowego, poprawia się ukrwienie i odżywienie stawów.

Wysiłek fizyczny wpływa na istotne zmiany w narządzie ruchu. Poprawia się koordynacja nerwowo – mięśniowa, koordynacja ruchowa, gibkość, płynność i swoboda wykonania ruchu, zwiększa się zakres ruchów w stawach, wzrasta mineralizacja kości.

Wysiłek fizyczny wpływa korzystnie na metabolizm organizmu, głównie na gospodarkę lipidową i węglowodanową, sprzyja utrzymaniu należytej masy ciała i chroni przed nadwagą. Obserwuje się zmniejszenie wielkości komórek tłuszczowych, a w konsekwencji redukcję ilości tkanki tłuszczowej.

Systematycznie stosowane ćwiczenia z umiarkowaną intensywnością wzmacniają system immunologiczny. Są bardzo pożądane w zapobieganiu i leczeniu wielu chorób przewlekłych, w tym: choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego krwi i chorób metabolicznych. Wpływa także na utrzymanie prawidłowego stężenia glukozy we krwi, na obniżenie poziomu łąku i głębokości obniżenia stanów depresyjnych. Uzyskanie powyższych efektów jest możliwe przy odpowiedniej motywacji i chęci do systematycznego stosowania w życiu codziennym różnych form ruchu.

Problem współczesnego człowieka polega jednak na tym, że lekarz nie może przepisać recepty na „ruch”, pomimo że to najtańsze lekarstwo na świecie!



Prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska

Aktualne trendy w leczeniu pacjentów z chorobą refluksową przełyku.

O chorobie refluksowej (GERD) mówimy, gdy dolegliwości występujące u praktycznie wszystkich w pewnym czasie i okolicznościach, u danego pacjenta powtarzają się z częstotliwością wpływającą niekorzystnie na tzw. jakość życia i/lub uszkadzają przełyk. Na ogół uważa się, iż dotyczy to pacjentów z objawami występującymi co najmniej raz w tygodniu.

Najbardziej typowe objawy GERD to objawy przełykowe, w tym zgaga i regurgitacja, oraz ból w klatce piersiowej, aczkolwiek znane są też mniej lub bardziej udowodnione objawy pozaprzełykowe, jak np. objawy otolaryngologiczne (zapalenie gardła, chrypka) czy objawy płucne, w tym kaszel i astma.

W diagnostyce choroby refluksowej najważniejszym narzędziem wciąż pozostaje test z inhibitorem pompy protonowej (IPP), który stosujemy w podwójnej dawce standardowej przez okres 2 tygodni, następnie zmniejszając stopniowo dawkę leku do najmniejszej efektywnej, w tym uwzględniając leczenie na żądanie. Gastroskopia konieczna jest w celu wykluczenia innych schorzeń, w tym nowotworu żołądka w przypadku objawów nawracających, wątpliwości diagnostycznych, czy też przy objawach alarmowych. Głównym celem leczenia GERD jest opanowanie objawów, ale również wygojenie uszkodzeń błony śluzowej przełyku, zapobieganie powikłaniom GERD, jak nadżerki i owrzodzenia, krwawienie z przełyku, zwężenie przełyku, a także leczenie przełyku Barretta.

Postępowaniem z wyboru w celu zmniejszenia objawów i wyleczenia nadżerkowego zapalenia przełyku jest 8-tygodniowa terapia z użyciem IPP. Tradycyjne preparaty IPP o opóźnionym uwalnianiu należy przyjmować 30–60 minut przed posiłkiem, aby uzyskać maksymalną kontrolę pH treści żołądkowej. Nowsze preparaty (dexlanzoprazol) mogą pozwalać na większą elastyczność co do czasu stosowania względem posiłku. Leczenie IPP należy rozpocząć od stosowania raz dziennie, przed pierwszym posiłkiem, w razie niepełnej odpowiedzi na IPP przyjmowany raz dziennie należy rozważyć modyfikację dawkowania u chorych z objawami nocnymi, z nieregularnym rozkładem dnia i/lub z zaburzeniami snu – przyjmowanie leku wieczorem i/lub 2 razy dziennie. Chorych niereagujących na leczenie IPP natomiast, należy skierować do dalszej diagnostyki.

Na obecnym etapie leczenia GERD inhibitory pompy protonowej wydają się być najlepszą i najbezpieczniejszą alternatywą, postęp dotyczy raczej ich modyfikacji, która przy zachowanym profilu bezpieczeństwa zwiększa skuteczność działania. Przykładem takich preparatów są stereoisomery znanych wcześniej substancji, jak np. esomeprazol oraz dexlanzoprazol, charakteryzujące się większą siłą działania, co pozwala brać pod uwagę te preparaty szczególnie w stanach, które silnego działania wymagają.



Prof. dr hab. n. med. Beata Kapłon – Wożakowska

Gdy statyna to za mało.

Skuteczna i bezpieczna terapia hipercholesterolemii w populacji chorych wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka jest jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej kardiologii.

Udowodniona w próbach klinicznych, rejestrach, metaanalizach zależność liniowa między stężeniem LDL cholesterolu a występowaniem incydentów sercowo-naczyniowych i śmiertelnością nie przekłada się niestety na skuteczność działań terapeutycznych zmierzających do uzyskania pożądanych wartości frakcji LDL cholesterolu.

Uzyskanie docelowego stężenia LDL cholesterolu jest łatwiejsze jeśli stosowane są silne statyny (rosuwastatyna lub atorwastatyna) w dużych dawkach, bądź w skojarzeniu z ezetimibem. Terapia taka, rekomendowana przez wytyczne, jest skuteczna i bezpieczna, a zastosowanie dwóch substancji hipolipemizujących w jednym preparacie jest optymalną strategią u chorych, u których dąży się do maksymalizacji efektów leczenia.



Prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński

Biologia i psychopatologia starzenia się człowieka.

Tezy:

1. Patomechanizm starzenia się komórek (30 bilionów), a zwłaszcza rola telomerów i telomerazy. Tzw. limit Hayfika. Komórki Zombie. Stany zapalne - etiopatogeneza wielu chorób.
2. Mechanizmy obronne starzenia się organizmu: rola tzw. komórek macierzystych, szpiku kostnego, odpornościowych.
3. Praktyczne porady, jak zahamować starzenie się: sen, dieta, cukier, metale ciężkie (kadm), aktywność ruchowa (sport).
4. Omówienie dwóch (z pięciu) tzw. Wielkich Problemów Geriatrii: depresje i otępienia. Aktualne problemy leczenia farmakologicznego w aspekcie programu Senior 75+.



Prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal

Przewlekła obturacyjna choroba płuc.



Prof. dr hab. n. med. Edward Franek

Złamanie osteoporotyczne – epidemiologia i następstwa.



Prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki

Postępy w diagnostyce obrazowej.



Fundatorzy
Fundacji Troska i Wiedza Powiśla Dąbrowskiego



Prof. dr hab. n. med. Ireneusz Kotela



Ś.P. J.E. Ks. Abp Zygmunt Zimowski

Zarząd Fundacji:

Norbert Kopeć – Prezes Fundacji
Michał Surynt – Wiceprezes Fundacji
Krzysztof Orwat – Członek Zarządu Fundacji

KRS: 0000603978

REGON: 363960730, NIP: 8711772014

Bank PKO BP 33 1020 4955 0000 7802 0207 8400

www.dsk.org.pl dsk@dsk.org.pl
www.fundacjatroskaiwiedza.pl fundacjatiw@gmail.com

Dąbrowskie Spotkania Kliniczne

I edycja - 5 kwietnia 2014

„Starzenie się i niepełnosprawność –
wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia”



Wykłady wygłosili:

- Małgorzata Marcińska – Wiceminister Pracy
- J.E. Ks. Abp. Zygmunt Zimowski
- prof. dr hab. med. Antoni Czupryna
- prof. UJK dr hab. med. Ireneusz Kotela
- prof. dr hab. med. Lucyna Mastalerz
- prof. IMW dr hab. med. Lech Panasiuk
- dr n.med. Andrzej Kosiniak – Kamysz
- dr n. med. Andrzej Kotela
- dr n. o zdr. Maria Mika
- dr n. o zdr. Marcin Mikos
- dr Michał Seweryn
- lek. med. Jolanta Bucka
- Andrzej Kopta

II edycja - 11 kwietnia 2015

„Choroby nowotworowe – codzienne
wyzwanie lekarzy praktyków”



Wykłady wygłosili:

- J.E. Arcybiskup Zygmunt Zimowski
- prof. dr hab. n. med. Antoni Czupryna
- prof. dr hab. n. med. Stanisław Gózdź
- prof. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska
- prof. dr hab. n. med. Ryszard Gajdosz
- prof. dr hab. med. Leszek Kołodziejski
- prof. dr hab. n. med. Marcin Zieliński
- dr n. med. Dorota Gabryś
- dr hab. n. med. Janusz Kasperczyk
- dr hab. n. med. Lech Panasiuk
- dr n. med. Tomasz Szopiński
- dr n. med. Paweł Wiechno
- dr n. med. Zbigniew Wygoda
- Barbara Stuhr
- Urszula Mróz

Dąbrowskie Spotkania Kliniczne

III edycja - 16 kwietnia 2016

„Zdrowie dziecka – interdyscyplinarne
wyzwanie lekarzy praktyków”



Wykłady wygłosili:

- J.E. Arcybiskup Zygmunt Zimowski
- prof. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska
- prof. dr hab. n. med. Ryszard Kurzawa
- prof. dr hab. n. med. Jacek Józef Pietrzyk
- prof. dr hab. n. med. Janusz Skalski
- prof. dr hab. n. med. Jerzy Starzyk
- prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański
- dr dent. Maria Bardowska
- dr n. med. Michał Nessler
- dr n. med. Hanna Czajka
- dr n. med. Paweł Grzesiowski
- dr n. o zdr. Maria Mika
- ks. dr teol. Jerzy Smoleń
- mgr Maria Kmiecik
- mgr Andrzej Ochojski

IV edycja - 7-8 kwietnia 2017

„Stany nagłe
w codziennej pracy lekarzy praktyków”



Wykłady wygłosili:

- J.E. Ks. Bp. Andrzej Jeż - Biskup Tarnowski
- prof. dr hab. n. med. Jan Chmura
- prof. dr hab. n. med. Antoni Czupryna
- prof. nzw. UPH dr hab. n. o zdr. Robert Gałzowski
- prof. dr hab. n. med. Andrzej Maciejczak
- prof. dr hab. n. med. Hanna Misiotek
- prof. dr hab. n. med. Jerzy Starzyk
- dr hab. n. med. Sebastian Grosicki
- dr n. med. Bartłomiej Guzik
- dr n. med. Anna Helon
- dr n. med. Andrzej Machnik
- dr n. med. Daniel Rzeźnik
- mgr Andrzej Dziejcz



Powiat

Dąbrowski



STAROSTWO POWIATOWE W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ

ul. Berka Joselewicza 5, 33-200 Dąbrowa Tarnowska

tel. (+48) 14 642 24 31, fax (+48) 14 642 22 29

e-mail: starosta.kda@powiatypolskie.pl

www.powiatdabrowski.pl



**Dąbrowa
Tarnowska**



Miasto otwartych możliwości



www.dabrowatar.pl

dobra strona życia Dąbrowy Tarnowskiej



**URZĄD MIEJSKI
W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ**
Rynek 34

33-200 Dąbrowa Tarnowska
umdt@dabrowatar.pl



URZĄD MIEJSKI
W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ

DĄBROWA TARNOWSKA



STAROSTWO POWIATOWE
W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ

MIASTO GOSPODARZ DĄBROWSKICH SPOTKAŃ KLINICZNYCH



Dąbrowa[®]
Tarnowska
Miasto Otwartych Możliwości



Powiat
Dąbrowski



V DĄBROWSKIE SPOTKANIA KLINICZNE

Wybrane choroby cywilizacyjne w codziennej pracy lekarzy praktyków
– postępy w diagnostyce i leczeniu

Dąbrowa Tarnowska, 13 -14 kwietnia 2018 r.

Organizatorzy:



FUNDACJA TROŠKA I WIEDZA
POWIŚLA DĄBROWSKIEGO



POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE
KOŁO W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ



URZĄD MIEJSKI
W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ



STAROSTWO POWIATOWE
W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ



BIURO DORADCZO-USŁUGOWE BHP
Andrzej Dziedzic

 MAŁOPOLSKA

Projekt realizowany przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego



OŚRODEK SPOTKANIA
KULTUR
w Dąbrowie Tarnowskiej



Patronat naukowy konferencji

Prof. zw. dr hab. n. med. Ireneusz Kotela

Kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie,
prof. nadzw. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach



Prof. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

Prorektor ds. Spraw Medycznych Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach



Prof. nzw. dr hab. n. med. Marianna Janion

Dziekan Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach



Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach



Prof. dr hab. n. med. Maciej Misiołek

Dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego



Prof. dr hab. inż. Tadeusz Słomka

Rektor AGH w Krakowie



Prof. dr hab. Tomasz Szczepański

Prorektor ds. Nauki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach



Dr n. med. doc. Elżbieta Cipora

Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku



Dr hab. inż. Jadwiga Laska

Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie, prof. PWSZ



Patronat honorowy konferencji

J. E. Bp Dr Andrzej Jeż

Biskup Tarnowski



Stanisław Sorys

Wicemarszałek Województwa Małopolskiego



Krzysztof Kaczmarski

Burmistrz Dąbrowy Tarnowskiej



Tadeusz Kwiatkowski

Starosta Powiatu Dąbrowskiego



Dr n. med. Antoni Sydor

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego



Dr Tomasz Koziół

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Tarnowie



Dr n. med. Marcin Maruszewski

Dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie



Dr n. med. Andrzej Kosiniak-Kamysz

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie



Anna Czech

Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza w Tarnowie



Dr Marcin Kuta

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. E. Szczeklika w Tarnowie



Dr Roman Bartuś

Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Tarnowie
Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny



Leszek Kwaśniewski

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. E. Biernackiego w Mielcu



Łukasz Węgrzyn

Dyrektor Szpitala Powiatowego SPZOZ im. S. Petrycego w Dąbrowie Tarnowskiej



Dr Bernadetta Ostrega-Dudek

Prezes Koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Dąbrowie Tarnowskiej



Komitet organizacyjny konferencji

prof. zw. dr hab. n. med. Ireneusz Kotela

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i Naukowego

Agnieszka Anioł Głuszek

Andrzej Dziedzic

dr Norbert Kopeć

dr n. o zdr. Maria Mika

dr n. o zdr. Marcin Mikos

Krzysztof Orwat

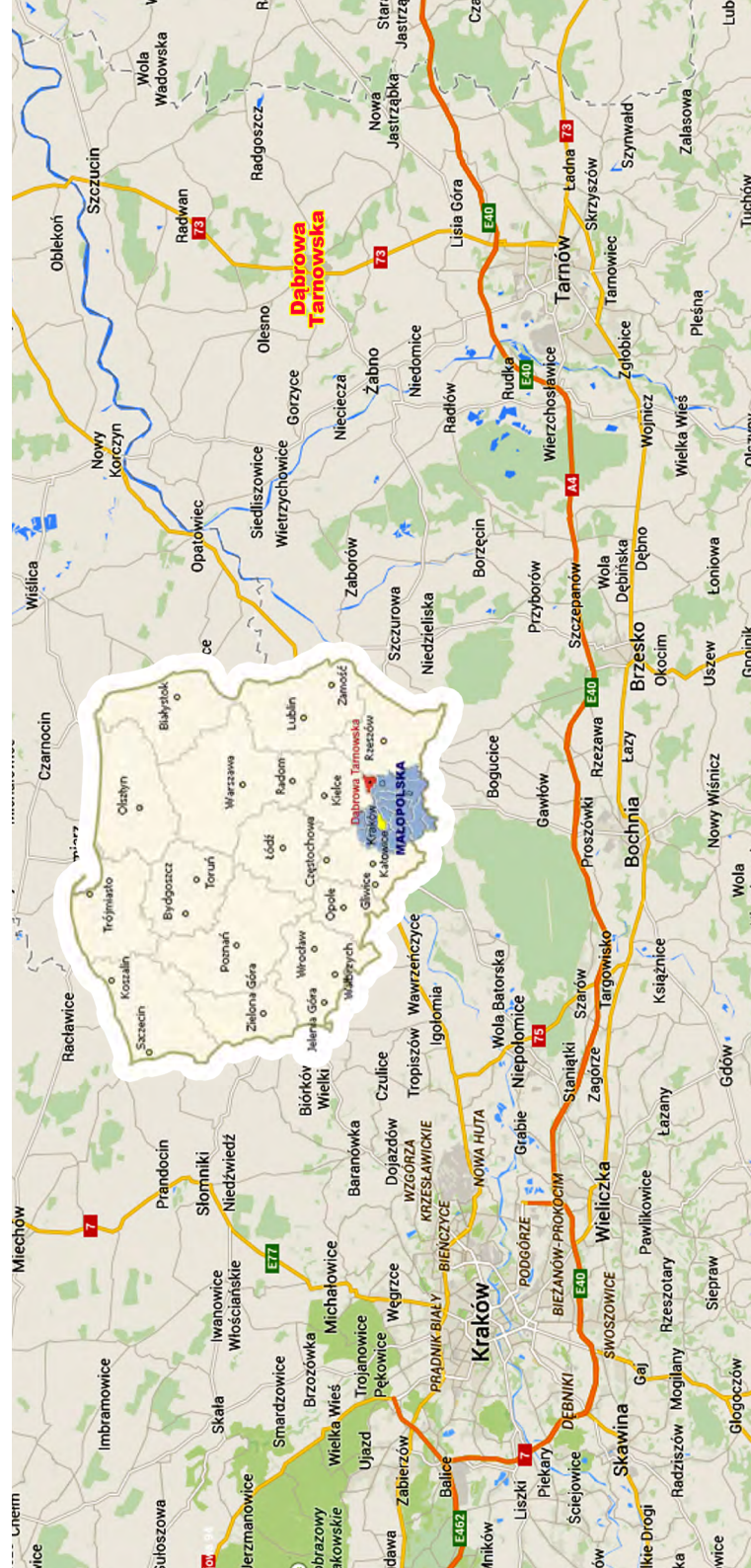
dr Bernadetta Ostrega-Dudek

Tadeusz Rzońca

Mariola Smolorz

Bogdan Sosin

dr n. med. Michał Surynt



Organizatorzy naukowej konferencji medycznej V Dąbrowskich Spotkań Medycznych



URZĄD MIEJSKI
W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ



POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE
KOŁO W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ



BIURO DORADCZO-USŁUGOWE BHP
Andrzej Dziedzic



STAROSTWO POWIATOWE
W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ

MAŁOPOLSKA

Projekt realizowany przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego



www.dsk.org.pl

Skład i opracowanie graficzne:

Krzysztof Orwat

Organizator i wydawca:

FUNDACJA TROSKA I WIEDZA POWIŚLA DĄBROWSKIEGO

ul. Kościuszki 15a, 33-200 Dąbrowa Tarnowska

www.dsk.org.pl dsk@dsk.org.pl

www.fundacjatroskaiwiedza.pl fundacjatiw@gmail.com

605095353; 605966020; 782975003;

KRS: 0000603978 REGON: 363960730 NIP: 8711772014

Bank PKO BP 33 1020 4955 0000 7802 0207 8400

Realizacja wydawnicza:



MCDESIGN Mariusz Chmielowiec
ul. Wojska Polskiego 3 | 39-300 Mielec
tel. 17 778 84 18 | marketing@mcdn.pl
www.mcdn.pl

ISBN: 978-83-947265-1-5



9 788394 726515