

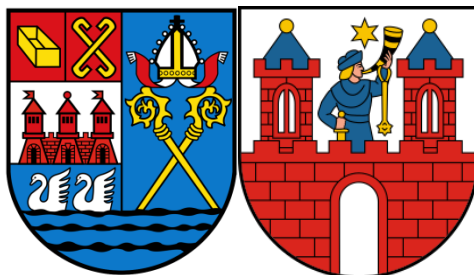


**AKADEMIA KALISKA
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO**

**XI. Konferencja Polsko - Niemiecka
- Zdrowie Rodziny w Polsce i w Niemczech**

**Kołobrzeg
17-19 sierpień, 2022 r.**

**POLSKO-NIEMIECKA KONFERENCJA MEDYCZNA
KOŁOBRZEG 2022**



**PATRONAT HONOROWY
PREZYDENT MIASTA KOŁOBRZEGU ANNA MIECZKOWSKA
PREZYDENT MIASTA KALISZA KRYSZTOF KINASTOWSKI**



**PATRONAT HONOROWY:
JEGO MAGNIFICENCJA REKTOR AKADEMII KALISKIEJ
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO W KALISZU
PROF. DR HAB. N. MED. ANDRZEJ WOJTYŁA**



**PATRONAT HONOROWY: PREZES KONGRESU POLONII NIEMIECKIEJ
DR MED. BOGDAN MIŁEK**

Komitet Naukowy

Przewodnicząca: prof. dr hab. n. med. Hanna Krauss

v-ce Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Andrzej Emeryk

Członkowie:

prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański

prof. AWF dr hab. n. med. Iwona Ignyś

prof. dr hab. n. med. Dariusz Kowalczyk

prof. dr hab. n. med. Jacek Piątek

prof. dr hab. n. med. i n. zdr. Paulina Wojtyła-Buciora

dr n. med. Bogdan Miłek

dr n. med. Cezary Wojtyła

dr n. med. Zuzanna Chęcińska-Maciejewska

dr n. med. Małgorzata Wojciechowska

Komitet Organizacyjny

Przewodniczący: mgr Wiesław Jabłoński - JAWA-Reisen Kur & Wellness

v-ce Przewodnicząca: prof. AK dr hab. Paulina Wojtyła - Buciora - Akademia Kaliska

v-ce Przewodniczący: mgr Ryszard Woźniak - Regionalne Stowarzyszenie Turystyczno
- Uzdrowiskowe w Kołobrzegu

Członkowie:

dr n. med. Cezary Wojtyła

dr n. med. Małgorzata Bernatek

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy

W imieniu Komitetu Naukowego i Organizacyjnego mam wielką przyjemność zaprosić Państwa do wzięcia udziału w **XI. Konferencji Polsko-Niemieckiej - Zdrowie Rodziny w Polsce i w Niemczech** w Kołobrzegu. Proszę spojrzeć na zamieszczony poniżej program, aby upewnić się, że każdy znajdzie dla siebie interesujące tematy. Na naszej konferencji będą mogli Państwo zapoznać się z wieloma aspektami współczesnej medycyny min. najnowszymi zagadnieniami związanymi z bioterroryzmem, zagrożeniami chorobami zakaźnymi, leczeniem otyłości, pulmonologii, wakcynologii, gastroenterologii, genetyki, w formie wykładów, które poprowadzą najlepsi wykładowcy. Serdecznie dziękuję wszystkim PT Wykładowcom za bezinteresowną chęć dzielenia się swoją fachową wiedzą.

Miejscem obrad pierwszego dnia jest sala koncertowa ratusza kołobrzeskiego, która została udostępniona na potrzeby Konferencji dzięki ogromnej życzliwości Pani Prezydent Kołobrzegu - Anny Mieczkowskiej. W dniach drugim i trzecim obrady toczyć się będą w znanym Państwu hotelu „Verano”, który zapewnia komfortowe warunki prowadzenia obrad i pobytu.

Serdecznie zapraszam i do zobaczenia 17 sierpnia w Kołobrzegu.

prof. dr hab. n. med. Hanna Krauss
*Przewodnicząca Komitetu Naukowego,
Dyrektor Instytutu Badań Prewencyjnych Akademii Kaliskiej*

PROGRAM KONFERENCJI

Program konferencji został ułożony tak, aby przekazać jak największą ilość wiedzy, zarówno merytorycznej, jak i praktycznej. Pierwszego dnia konferencji zapraszamy na część wykładową, podczas której dowiedzą się Państwo między innymi:

- jakie są aktualne zagrożenia bioterroryzmem,
- jakie są powikłania dotyczące szczepień przeciw COVID z uwzględnieniem ryzyka wystąpienia NOP,
- jakie są standardy leczenia otyłości.

Na drugi dzień zaplanowaliśmy wykłady, spośród których szczególnej uwadze polecamy:

- zagadnienia związane z genetycznymi i epigenetycznymi uwarunkowaniami zdrowia rodziny,
- żywienie w wybranych jednostkach chorobowych,
- rolę probiotyków,
- zespół chronicznego zmęczenia.

Trzeci dzień poświęcony jest pulmonologii. Znakomici specjaliści omówią zagadnienia związane z:

- leczeniem kaszlu,
- stosowaniem szczepień u pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego,
- rolą lizatów bakteryjnych w chorobach alergicznych,
- powikłaniami płucnymi po przechorowaniu COVID.

Serdecznie zapraszamy

Miejsca obrad:

17.08.2022 r. godz.17.00

Sala koncertowa Ratusza kołobrzesckiego
ul. Armii Krajowej 12, 78-100 Kołobrzeg

18-19.08.2022

Sala seminaryjna hotelu Verano
ul. Sikorskiego 8, 78-100 Kołobrzeg

Uczestnicy konferencji otrzymają 16 punktów edukacyjnych.

**KONFERENCJA POLSKO-NIEMIECKA
„ZDROWIE RODZINY W POLSCE I W NIEMCZECH”**

**KOŁOBRZEG 2022
17-19.08.2022**

17.08.22 sala sesyjna Ratusza kołobrzieskiego

godz. 17.00

Uroczyste otwarcie konferencji

Prowadzący: *dyr. Ryszard Woźniak - Kołobrzeg, prof. Hanna Krauss - Akademia Kaliska, prof. Katarzyna Sygit - Akademia Kaliska, dr Bogdan Milek - Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech*

Sesja I

Prowadzący sesję: *prof. Hanna Krauss, prof. Paweł Bogdański, gen. dr Andrzej Trybusz*

godz. 17.00

Charakterystyka broni biologicznej i pojęcie bioterroryzmu

gen. dr. Andrzej Trybusz - Instytut Badań Prewencyjnych - Akademia Kaliska

godz. 17.20

Cała prawda o ospie

prof. UM dr hab. n. med. Ewelina Gowin - Katedra Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

godz. 17.40

Od Jennera do Pfizera. Kilka słów o szczepionkach genetycznych

prof. Dariusz Kowalczyk - Akademia Kaliska

godz. 18.00

Analiza występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych i niepożądanych zdarzeń medycznych po szczepionkach przeciw COVID-19 w Polsce w latach 2020-2022

prof. Paulina Wojtyła - Buciora - Katedra Zdrowia Publicznego, Akademia Kaliska

dr n. med. Cezary Wojtyła - Instytut Badań prewencyjnych, Akademia Kaliska

godz. 18.20

Standardy leczenia otyłości 2022

prof. Paweł Bogdański - Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

godz. 18.40

W poszukiwaniu nowych celów terapeutycznych w zaburzeniach metabolicznych. Rola wybranych peptydów w terapii otyłości i cukrzycy typu II

dr Paweł Kołodziejcki, dr Maciej Sassek, dr Dawid Szczepankiewicz, dr Natalia Leciejewska, dr Ewa Pruszyńska -Oszmerek - Katedra Fizjologii i Biochemii Zwierząt - Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

godz. 19.00

Zespół chronicznego zmęczenia - brak sił, którego nie można odespać

dr n. med. Małgorzata Wojciechowska - Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

18.08.22. sala seminaryjna ośrodka wypoczynkowego Verano

Sesja II

Prowadzący sesję: Prof. Iwona Ignyś, prof. Paulina Wojtyła-Buciora, prof. Dariusz Kowalczyk

godz. 16.30

Genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania zdrowia rodziny cz. II czyli jak grzechy ojców matek wpływają na zdrowie ich potomstwa

prof. Dariusz Kowalczyk - Akademia Kaliska

godz. 16.55

Na deptaku w Kołobrzegu....czyli dysmorfologia stosowana

dr Danuta Brzozowska - Katedra Genetyki UMP

godz. 17.20

Spersonalizowana dieta w chorobach nowotworowych

prof. Iwona Ignyś - Zakład Higieny - Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

godz. 17.45

Żywnienie w chorobie Hashimoto

dr n.med. Zuzanna Chęcińska-Maciejewska - Międzywydziałowa Katedra Żywności i Żywnienia Akademia Kaliska

godz. 18.05

Pacjent z celiakią – diagnostyka, interwencje żywieniowe

prof. AK Wiola Żukiewicz-Sobczak - Międzywydziałowa Katedra Żywności i Żywnienia Akademia Kaliska

prof. dr. hab. Paweł Sobczak, Katedra Inżynierii i Maszyn Spożywczych, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

godz. 18.30

Tai chi – idealna metoda i prewencja dla wszystkich

dr n.med. Peter Lach - Praktyka lekarza Rodzinnego - Niemcy

PRZERWA NA KOLACJĘ

Sesja III

Prowadzący sesję: *prof. Jacek Piątek, dr Małgorzata Wojciechowska*

godz. 19.30

Zaburzenie wizerunku własnego ciała „Jak Cię widzą tak Cię piszą”

dr n.med. Małgorzata Wojciechowska - Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

godz. 19.55

Mikrobiom jamy ustnej - przyjaciel czy wróg?

prof. Hanna Krauss - Instytut Badan Prewencyjnych - Akademia Kaliska

godz. 20.20

The factors determining effective probiotic activity - evaluation of survival and antibacterial activity of selected probiotic products: an “in-vitro” study

dr n. med. Malgorzata Bernatek, prof. dr hab.med. Jacek Piątek - Faculty of Health Sciences, Calisia University, Kalisz

godz. 20.45

What have maternal depression, early termination of breast-feeding and the shaken baby syndrome in common?

dr Henning Sommermeyer¹, dr Malgorzata Bernatek¹, dr Marcin Pszczola², prof. Hanna Krauss¹, prof. Jacek Piątek¹

¹Department of Health Sciences, Calisia University, Kalisz, Poland,

²Department of Genetic and Animal Breeding, Faculty of Veterinary Medicine and Animal Science, Poznan University of Life Sciences, Poznan, Poland

godz. 21.05

Rehabilitacja po udarze mózgu

prof. Aleksander Pułyk – Ukraina

Kierownik Katedry Neurorehabilitacji Uniwersytetu Narodowego w Użgorodzie (Ukraina)

godz. 21.30

Dyskusja

19.08.22 sala seminaryjna ośrodka wypoczynkowego Verano

Sesja IV

Prowadzący sesję: prof. Adam Antczak, prof. Andrzej Emeryk

godz. 16.00

Przewlekły kaszel w praktyce lekarza rodzinnego

dr n. med. Andrzej Dymek, dr n.med. Lucyna Dymek (Centrum Medyczne Lucyna Andrzej Dymek)

godz. 16.25

Szczepionki i szczepienia u chorych na astmę i POChP

prof. Adam Antczak - Klinika Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

godz. 16.50

Lizaty bakteryjne w terapii chorób alergicznych

prof. Andrzej Emeryk - Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

godz. 17.15

Rehabilitacja pulmonologiczna w post/long COVID

dr n. med. Janusz Bugaj - Niemcy

godz. 17.40

Zastosowanie wyciągu z aloesu drzewiastego w leczeniu infekcji górnych dróg oddechowych u dzieci

prof. Hanna Krauss - Instytut Badan Prewencyjnych - Akademia Kaliska

godz. 18.00

**PODSUMOWANIE KONFERENCJI – DYSKUSJA NA TEMAT OPIEKI
ZRWOTNEJ W POLSCE, NIEMCZECH I UKRAINIE**

System ochrony zdrowia a jakość życia - w Niemczech, Polsce i Ukrainie

*dr hab. n. med. Ewelina Gowin (Polska - Poznan), prof. Aleksander Pulyk (Ukraina - Uzgorod i Polska - Krakow),
dr Irina Sherbatyuk (Ukraina - Kiev i Niemcy - praktyka Völklingen), dr Bogdan Milek (Niemcy - Völklingen)*

STRESZCZENIA WYSTĄPIEŃ

CHARAKTERYSTYKA BRONI BIOLOGICZNEJ. POJĘCIE BIOTERRORYZMU

*gen. bryg. dr n. med. Andrzej Trybusz
Instytut Badań Prewencyjnych
Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego*

Broń biologiczna możliwa do użycia dla celów militarnych lub terrorystycznych to żywe organizmy albo ich toksyny powodujące śmierć ludzi i zwierząt domowych lub zniszczenie plonów. Czynnikiem rażenia są: bakterie (np. wąglika, dżumy, tularemii), wirusy (np. ospy prawdziwej, gorączki krwotocznej), riketsje (np. duru zakaźnego, gorączki Gór Skalistych), grzyby chorobotwórcze (np. histoplasma capsulatum), toksyny (np. botulinowa, gronkowcowa). Środkami przenoszenia broni biologicznej mogą być: pociski klasyczne (np. bomby, pociski artyleryjskie, rakiety); rozproszone aerozole (np. poprzez statki powietrzne); wprowadzane przez jednostki specjalne albo terrorystyczne czynniki biologiczne do zbiorników wody pitnej, czy miejsc wytwarzania środków spożywczych.

Broń biologiczną różni od innych rodzajów broni masowego rażenia (atomowej, chemicznej) m.in. łatwość produkcji i możliwość jej maskowania (np. wykorzystanie bazy przemysłu farmaceutycznego), niskie koszty produkcji, łatwość ukrycia i przenoszenia, brak widocznych oznak ataku i trudne rozpoznanie przyczyn oraz skutków pojawiających się zachorowań. Atak przy użyciu broni biologicznej może być podejrzewany po kilku dniach, w zależności od czasu inkubacji choroby, gdy pojawią się masowe zachorowania i zgony. Sytuacje, które stanowiąc będą epidemiologiczne oznaki ukrytego ataku bronią biologiczną to duża liczba niewyjaśnionych zachorowań, zespołów chorobowych lub zgonów w zbliżonym czasie o podobnym obrazie klinicznym, dotyczących w szczególności występowania zmian na skórze i/lub błonach śluzowych; objawów uszkodzenia układów: nerwowego, oddechowego lub pokarmowego, a także uszkodzeń wieloukładowych. Do innych oznak należy zaliczyć np. przypadek choroby spowodowanej egzotycznym czynnikiem etiologicznym u osoby, która nie opuszczała Polski w ostatnim okresie; pojawienie się niespotykanych dotąd chorób wśród ludności; podobne choroby w ogniskach nie połączonych terytorialnie.

Najbardziej prawdopodobne drobnoustroje mogące być wykorzystywane jako czynniki broni biologicznej to: ospa prawdziwa, wąglik, dżuma, tularemia, botulizm, gorączki krwotoczne.

Broń biologiczna może być użyta w przypadku konfliktu zbrojnego (mniej prawdopodobne) lub w aktach terrorystycznych (większe prawdopodobieństwo), określanych mianem bioterroryzmu.

Podstawowe metody detekcji broni biologicznej to wykrywanie „na odległość” oparte o fluorescencję oraz luminescencja. Diagnostyka czynników broni biologicznej powinna być realizowana przede wszystkim metodami immunologicznymi i technikami genetycznymi, które będą w warunkach polowych zapewniać szybką diagnostykę i precyzyjną identyfikację.

CAŁA PRAWDA O OSPIE

dr hab. Ewelina Gowin

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Ospa wietrzna wywołana jest przez VZV (Varicella zoster virus). Jest to pierwotna forma zakażenia charakteryzująca się dużą zakaźnością. Zakażenie następuje głównie drogą kropelkową, dużo rzadziej wirus jest przenoszony transmisją wertykalną. Ryzyko zakażenia u współdomowników wynosi do 90%. Okres wylegania wirusa to 10-21 dni, jednak zakaźność występuje około 48 h przed pojawieniem się zmian skórnych i utrzymuje się do czasu przyschnięcia wszystkich wykwitów. Ospa jest chorobą często występująca w Polsce. Rocznie rejestruje się około 150-220 tysięcy zachorowań, z czego większość stanowią dzieci do 10 r.ż. Hospitalizacji wymaga 1000 - 1300 osób rocznie. Zmiany skórne pojawiają się na całej skórze i jako jedna z nielicznych chorób wirusowych manifestują się również na skórze owłosionej głowy. Charakterystyczna jest polimorficzna wysypka z dosiewem nowych zmian.

Optymalnie leczenie należy rozpocząć w ciągu 24 godzin od czasu pojawienia się zmian skórnych. Szczepienie przeciwko ospie wietrznej jest udowodnionym sposobem ochrony zarówno przed zakażeniem jak i przed ciężkim przebiegiem ospy. 2 dawki szczepionki w 92% chronią przed manifestacją objawów klinicznych i w 98-99% przed jej ciężkim przebiegiem. Ospa małpia jest odzwierzęcą chorobą zakaźną, która może zakażać człowieka i przenosić również z człowieka na człowieka. Wywołuje ją wirus ospy małpiej (MPXV) należący do rodzaju Orthopoxvirus. Przebieg zachorowań na ospę małpią obserwowanych w Europie jest łagodny, nie odnotowano dotąd zgonów wywołanych zachorowaniami. Według dotychczasowych informacji naukowych infekcja nie ma przebiegu bezobjawowego.

We wcześniejszych latach ospa małpia powodowała zachorowania u ludzi wyłącznie w krajach afrykańskich. Obecnie przypadki ospy małpiej w postaci ognisk zachorowań

obejmujących po kilkadziesiąt osób pojawiły się m.in. w: Hiszpanii, Portugalii, Wielkiej Brytanii. Poza Afryką do dnia 24 maja 2022 r. potwierdzono 131 przypadków i 106 podejrzeń. Wirusem ospy małej można się zakażać od chorego człowieka: drogą kropelkową lub z krwią i wydzielinami w czasie bezpośredniego kontaktu z osobą zakażoną, przez śluzówki. Początkowe objawy choroby są niespecyficzne: gorączka, osłabienie, powiększenie węzłów chłonnych (nie obserwowane w ospie wietrznej), ból głowy. Następnie po około trzech dniach pojawia się wysypka (kolejność wykwitów jak w ospie wietrznej: plamki, grudki, pęcherzyki, krosty, strupki). Zmiany najpierw pojawiają się na twarzy, a następnie rozprzestrzeniają się na inne części ciała. Wysypka utrzymuje się dłużej niż w ospie wietrznej, bo przez około dwóch do czterech tygodni. W przeciwieństwie do ospy wietrznej blizny są bardzo głębokie, zanikają powoli w okresie 1-4 lat.

W kolejnych miesiącach niejednokrotnie lekarze będą mieli wątpliwości w różnicowaniu ospy wietrznej od ospy małej. Obecnie rozprzestrzeniający się niepokój związany z epidemią ospy małej jest nieuzasadniony. Warto pamiętać, że również ospa wietrzna może być niebezpieczną chorobą. Szczególnie u osób w immunosupresji.

OD JENNERA DO PFIZERA. KILKA SŁÓW O SZCZEPIONKACH GENETYCZNYCH

*prof. dr hab. med. Dariusz Kowalczyk
Kierownik Ośrodka Radioterapii w Kaliszu*

Szczepionki uważane są za jedno z największych osiągnięć w dziedzinie zdrowia publicznego ostatniego stulecia. Są jedną z najskuteczniejszych metod zwalczania chorób zakaźnych, które wyniszczały ludzkość przez wiele stuleci. Dzięki szczepieniom ospa prawdziwa została całkowicie wyeliminowana, a polio jest prawie całkowicie wyeliminowane. Mimo niewątpliwych sukcesów i ich skuteczności, szczepionki tak jak każdy produkt medyczny mogą wywoływać działania uboczne o różnym nasileniu. Dodatkowo, szczepionki zasadniczo różnią się od innych klas leków tym, że są zwykle podawane jako środek zapobiegawczy osobom zdrowym. Może to wiązać się z pewnymi etycznymi dylematami w ich stosowaniu. Większość obecnie stosowanych szczepionek profilaktycznych opiera się na dobrze opracowanych platformach produkcyjnych i posiadają one wysoki profil bezpieczeństwa. Produkcja najnowszych typów szczepionek, w tym szczepionek przeciw wirusowi SARS-Cov-2, wykorzystuje wysoce nowatorskie platformy i technologie niedostępne w przeszłości. Poznanie różnic między poszczególnymi typami szczepionek ma kluczowe

znaczenie dla zrozumienia ich sposobu działania, korzyści, zagrożeń i ich potencjalnego wpływu na ochronę jednostki i populacji. Prezentacja ma na celu dostarczenie podstawowych informacji na temat głównych typów szczepionek ze szczególnym uwzględnieniem szczepionek genetycznych. W prezentacji zostaną przedstawione również kluczowe historyczne doświadczenia oraz refleksje na temat aktualnych dylematów i kontrowersji związanych ze szczepieniami.

ANALIZA WYSTĘPOWANIA NIEPOŻĄDANYCH ODCZYNÓW POSZCZEPIENNYCH I NIEPOŻĄDANYCH ZDARZEŃ MEDYCZNYCH PO SZCZEPIONKACH PRZECIW COVID-19 W POLSCE W LATACH 2020-2022

prof. AK dr hab. Paulina Wojtyła-Buciora

Katedra Zdrowia Publicznego - Akademia Kaliska im. Prezydenta S. Wojciechowskiego

W ocenie analizowanego okresu od 27 grudnia 2020 r. do 28 lutego 2022 r., w Polsce niepożądane odczyny po podaniu określonych szczepionek COVID-19 były rzadkie, a ogólne działania niepożądane były podobne do raportów branżowych i rządowych. W zakresie realizacji przez NIZP PZH - PIB nadzoru epidemiologicznego w okresie od 27 grudnia 2020 r. do 28 lutego 2022 r. zarejestrowano ogólnie 14 659 NOP i NZM. W okresie od 27 grudnia 2020 r. do 28 lutego 2022 r. NIZP PZH - PIB odnotowało 12 313 odczynów łagodnych, 1 798 odczynów poważnych oraz 548 odczynów ciężkich. Odczyny poszczepienne łagodne stanowiły 87% łącznych zgłoszeń NOP i NZM, natomiast 9% to odczyny poważne. Odczyny ciężkie stanowiły 4% wszystkich zarejestrowanych odczynów i zdarzeń poszczepiennych, które wystąpiły po podaniu szczepionki Pfizer-BioNTech, Moderna, Astra Zeneca, Janssen. W klasyfikacji NOP z uwzględnieniem rodzaju szczepionki przeciw COVID-19 po niepożądane odczyny łagodne stanowiły od 80% do 89% wszystkich NOP zarejestrowanych w Polsce. Szczepionki Janssen, Astra Zeneca, Moderna spowodowały odczyny poważne stanowiące około jedną dziesiątą (9% - 10%) wszystkich zarejestrowanych NOP. Po szczepionce Pfizer-BioNTech, zarejestrowano 15% NOP poważnych. Ciężkie odczyny poszczepienne stanowiły od 2% do 5% wszystkich zgłoszeń. Najwyższy odsetek NOP ciężkich powodowała szczepionka Pfizer-BioNTech (5%), najniższy Moderna (2%) oraz Astra Zeneca (2%). Najwięcej NOP i NZM w okresie od 27 grudnia 2020 r. do 28 lutego 2022 r. spowodowała szczepionka Pfizer-BioNTech (50%), najmniej - szczepionka Janssen (6%). Ponad jedną trzecią (34%) stanowiły niepożądane odczyny poszczepienne po szczepieniu Astra Zeneca, jedną dziesiątą (10%) stanowiła Moderna. Najwięcej NOP i NZM w klasyfikacji

według ciężkości odczynu w zależności od rodzaju szczepionki w odniesieniu do liczby podanych dawek zarejestrowano u osób zaszczepionych szczepionką Astra Zeneca (n=0,095). W okresie od 27 grudnia 2020 r. do 28 lutego 2022 r. zarejestrowano 56 zgonów spowodowanych odczynami poszczepiennymi oraz 38 zgonów powiązanych czasowo ze szczepieniem. W zakresie prowadzonego nadzoru epidemiologicznego przez NIZP PZH - PIB łącznie wykazano 94 zgony. Najliczniejszą grupą wiekową, gdzie zarejestrowano najwięcej przypadków ciężkich NOP stanowej osoby w wieku 60+ (n=220). Jest to również grupa z największą liczbą zgonów spowodowanych ciężkim odczynem poszczepiennym (n=77). W grupie wiekowej 60+ odnotowano najwyższy odsetek zgonów na skutek ciężkiego NOP, który wynosi 82%. Największy odsetek zgonów zanotowano u mężczyzn (60%).

STANDARDY LECZENIA OTYŁOŚCI 2022

prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański

Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych i Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

W Polsce według danych NFZ z 2016 roku 68% dorosłych mężczyzn i 53% dorosłych kobiet miało nadwagę. Na otyłość chorowało 25% mężczyzn i 23% kobiet. Szczególnie niepokojące tendencje obserwowane są w grupie dzieci i młodzieży. Szacuje się, że w Polsce każdego roku będzie przybywać 400 tysięcy dzieci z nadwagą, w tym 80 tysięcy z otyłością. Pandemia Covid-19 obnażyła zagrożenia wynikające z otyłości. Wykazano, że ryzyko hospitalizacji u pacjentów chorujących na otyłość, u których doszło do infekcji Covid-19 wzrasta o 113%, ryzyko hospitalizacji na oddziale intensywnej opieki medycznej o 74%, a ryzyko zgonu o 48%. Pacjenci chorujący na otyłość doświadczają problemów natury medycznej, psychologicznej, społecznej i ekonomicznej. Dotychczas zdefiniowano ponad 200 medycznych powikłań otyłości dotyczących wszystkich narządów i układów. Eksperti OECD spodziewają się, że przewidywany czas życia obniży się z powodu otyłości w Polsce do 2050 r. aż o blisko 4 lata. Jednym z podstawowych celów Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości (PTLO) jest upowszechnianie wiedzy o standardach postępowania w diagnostyce i leczeniu otyłości. W tym celu grupa ekspertów PTLO składająca się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny, o wieloletnim doświadczeniu klinicznym w leczeniu otyłości, w maju 2022 opublikowała „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022”, w których przedstawiono aktualne zasady rozpoznawania i leczenia tej przewlekłej choroby.

Dokument zwraca uwagę na znaczenie prewencji otyłości oraz potrzebę zmiany jej postrzegania, nie tylko jako czynnika ryzyka innych chorób przewlekłych, ale jako choroby, której skuteczne leczenie wpływa na poprawę stanu zdrowia i odległe rokowanie chorych. W Zaleceniach omówiono cele leczenia otyłości i sposoby ich realizacji, zasady leczenia nefarmakologicznego, prowadzenia nowoczesnej terapii farmakologicznej oraz możliwości chirurgii bariatrycznej. Przedstawiono rolę poradnictwa dietetycznego, aktywności fizycznej i wsparcia psychologicznego u chorych na otyłość. Podkreślono rolę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w rozpoznawaniu i leczeniu otyłości oraz zwrócono uwagę na konieczność przeciwdziałania dyskryminacji i stygmatyzacji chorych na otyłość.

W POSZUKIWANIU NOWYCH CELÓW TERAPEUTYCZNYCH ZABURZEŃ METABOLICZNYCH: ROLA WYBRANYCH PEPTYDÓW W TERAPII OTYŁOŚCI I CUKRZYCY TYPU 2

*dr Paweł A. Kołodziejcki, dr hab. Maciej Sassek, dr Dawid Szczepankiewicz, dr Natalia Leciejewska, dr Ewa Pruszyńska-Oszmałek
Katedra Fizjologii, Biochemii i Biostruktury Zwierząt, Wydział Medycyny Weterynaryjnej i Nauk o Zwierzętach,
Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu*

Efektom zmiany trybu życia współczesnego człowieka jest eskalacja problemu otyłości i powikłań zdrowotnych związanych z tym stanem patofizjologicznym. W 1997 r. w Genewie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stwierdziła, że otyłość jest najczęstszym zaburzeniem metabolicznym i uznała ją za globalną epidemię, będącą przyczyną rozwoju wielu chorób. Jednym z najczęstszych zaburzeń metabolicznych związanych z otyłością jest cukrzyca typu 2 (T2DM). Dane WHO pokazują, że liczba osób chorych na cukrzycę wzrosła ze 108 milionów w 1980 roku do 422 milionów w 2014 roku. W świetle rosnącej liczby powikłań związanych z tym zjawiskiem ważne jest zrozumienie mechanizmów homeostatycznych regulujących pobieranie pokarmu, masę ciała i metabolizm tkanek obwodowych. Zagadnienia te budzą zainteresowanie naukowców z całego świata. W ostatnich latach pojawia się coraz więcej doniesień o nowo odkrytych peptydach i białkach, które mogą być zaangażowane w regulację homeostazy energetycznej organizmu na poziomie zarówno ośrodkowego układu nerwowego, jak i wielu tkanek obwodowych. Do tych związków należą m.in naturalni agoniści i antagoniści receptora GHSR-1a, do których zalicza się: grelinę, obestatynę oraz LEAP2 (ang. *Liver-Expressed Antimicrobial Peptide 2*). Wcześniejsze badania nad rolą receptora GHSR wykazały, że może być zaangażowany w procesy patogenezy otyłości, oporności na insulinę,

rozwoju T2DM. Ponadto zainteresowanie budzi wiele innych peptydów syntetyzowanych zarówno obwodowo jak i centralnie, takich jak speksyna (SPX) oraz peptyd mitochondrialny MOTS-c (ang. *Mitochondrial open-reading frame of the twelve SrRNA type-c*), które, jak wskazują najnowsze badania, mogą uczestniczyć w kontroli intensywności wielu szlaków metabolicznych.

Celem wykładu jest przedstawienie najnowszej wiedzy dotyczącej ww. peptydów i ich udziału w regulacji metabolizmu, jak również przedstawienie perspektyw terapeutycznych z wykorzystaniem tych związków.

Finansowanie: Narodowe Centrum Nauki; Sonata 2018/31/D/NZ4/01121
Narodowe Centrum Nauki; OPUS 2021/41/B/NZ5/00446

ZESPOŁ CHRONICZNEGO ZMĘCZENIA – BRAK SIŁ KTÓREGO NIE MOŻNA ODESPAĆ

dr n. med. Małgorzata Wojciechowska
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka – Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Zespół chronicznego zmęczenia (ang. Chronic Fatigue Syndrome, CFS) to zespół objawów chorobowych spowodowanych złożonymi przyczynami. Po raz pierwszy został zdiagnozowany w 1988 roku w Stanach Zjednoczonych. Objawami zespołu chronicznego zmęczenia są nie tylko ciągłe zmęczenie czy senność, ale szereg zaburzeń immunologicznych. Syndrom chronicznego zmęczenia może pretendować do miana „choroby cywilizacyjnej”, obok otyłości, depresji, zawału serca i pracoholizmu. Permanentne uczucie znużenia może być wynikiem stylu życia w XXI wieku – presji czasu, szybkiego tempa życia, pogoni za karierą. Choroba występuje przede wszystkim u osób dorosłych. Na zachorowanie szczególnie narażone są osoby bardzo aktywne zawodowo i w związku z brakiem czasu prowadzące niezdrowy styl życia. Czynnikiem zwiększającym CFS jest także wypalenie zawodowe, często pojawiające się u osób wykonujących taki zawód jak lekarz, pielęgniarka, nauczyciele, opiekunowie osób starszych. W Polsce około 300 tysięcy osób może chorować na CFS. Niestety pomimo wielu badań w celu ustalenia możliwych przyczyn wystąpienia tego schorzenia nie udało się badaczom określić konkretnej przyczyny. Objawy CFS to przede wszystkim zmęczenie, które trwa co najmniej pół roku, brak koncentracji i zaburzenia pamięci, bóle głowy, bóle mięśni, sen, który nie regeneruje (zmęczenie po obudzeniu się), złe samopoczucie występujące po wysiłku, które utrzymuje się ponad 24 godziny. W 75% przypadków wystąpienie CFS

poprzedza infekcja przypominająca grypę. W pozostałych przypadkach choroba pojawia się po okresie wzmożonego wysiłku fizycznego lub napięcia emocjonalnego, lub też rozwija się powoli, a pacjent zauważa stopniowy spadek energii oraz pogorszenie się samopoczucia. Objawy CFS należy odróżnić od depresji. W CFS nie pojawia się typowe dla depresji obniżenie poczucia własnej wartości, rzadziej też występują myśli samobójcze. Proces diagnostyczny polega na wykluczeniu innych schorzeń. Należy wykonać wiele badań diagnostycznych, aby stwierdzić, że brak sił nie jest związany z takimi chorobami jak niedokrwistość, cukrzyca, niedoczynność tarczycy choroby serca, SM, borelioza. Nie opracowano jeszcze metody, która byłaby równie skuteczna w leczeniu zespołu przewlekłego zmęczenia u każdego z pacjentów. Obecnie najczęściej w leczeniu ZPZ stosuje się połączenie metod farmakologicznych z rehabilitacją i psychoterapią.

GENETYCZNE I EPIGENETYCZNE UWARUNKOWANIA ZDROWIA CZ. II CZYLI JAK GRZECHY OJCÓW I MATEK WPLYWAJĄ NA ZDROWIE ICH POTOMSTWA

*prof. dr hab. n. med. Dariusz Kowalczyk
Kierownik Ośrodka Radioterapii w Kaliszu*

Epigenetyka jest gwałtownie rozwijającą się nauką, która przyspiesza w XXI wieku, generując uzasadnione podekscytowanie i nadzieję. W prezentacji zostanie przedstawiony mechanizmy regulacji epigenetycznej, wpływ środowiska oraz międzypokoleniowego dziedziczenia epigenetycznego na biologię, choroby i ewolucję.

NA DEPTAKU W KOŁOBRZEGU...czyli dysmorfologia stosowana

*dr Danuta Brzozowska, dr. n. med. Marzena Wiśniewska
Katedra i Zakład Genetyki Medycznej Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Centrum Genetyki Medycznej GENESIS w Poznaniu*

Dysmorfologia jest nauką zajmującą się wadami wrodzonymi, szczególnie. badaniami nad zaburzeniami rozwoju (embriogenezy) z uwzględnieniem rzadko występujących zespołów przebiegających pod postacią wad wrodzonych albo zmian (odmienności, czyli dysmorfii) w budowie ciała. Lekarz dysmorfolog analizuje wady występujące u dziecka oraz ocenia dziecko pod kątem tzw. „cech dysmorfii”, czyli nieprawidłowości wyglądu, które niekiedy naprowadzają na rozpoznanie określonego zespołu wad. Cecha dysmorficzna określonej okolicy ciała jest odmienną cechą fizyczną, inną od typowej budowy danego regionu

anatomicznego obserwowanej u zdrowych osób w tym samym wieku w określonej pod względem geograficznym i etnicznym populacji. Zmiana ta nie występuje u rodziców dziecka bądź u innych członków rodziny. Cechy dysmorfii mają charakter wrodzony, choć czasem mogą być niewidoczne przy urodzeniu i pojawiają się z wiekiem pacjenta. W wielu przypadkach cechy te mogą ulegać ewolucji i zanikowi. Badający ocenia nie tylko twarz, ale całą sylwetkę, proporcje, kończyny. Zwraca uwagę nawet na wydaje się, że mało istotne cechy, które niejednokrotnie pomagają postawić konkretne rozpoznanie kliniczne. Ważna jest obserwacja i badanie rodziców dziecka, a w przypadku podejrzenia o możliwość wystąpienia cech dysmorficznych w późniejszym wieku należy obserwować dziecko przez wiele lat. Ze względu na poznanie kilkunastu tysięcy różnych zespołów dysmorficznych umiejętność ich rozpoznania są niezwykle istotne dla właściwej opieki medycznej, decyzji terapeutycznych i wreszcie właściwej oceny ryzyka wystąpienia takich zmian u kolejnych dzieci. W wykładzie uwzględniono zarówno cechy pojedyncze, jak i uwarunkowane genetycznie zespoły, które można wstępnie podejrzewać na podstawie badania przedmiotowego.

SPERSONALIZOWANE LECZENIE DIETETYCZNE W RAKU PIERSI

prof. dr hab. n. med. Iwona Ignyś

Zakład Higieny Akademii Wychowania Fizycznego im. A. Piaseckiego w Poznaniu

Leczenie personalizowane jako dynamicznie rozwijająca się gałąź medycyny, opiera się na indywidualizacji postępowania diagnostycznego oraz terapeutycznego. Ma na celu optymalizowanie leczenia dzięki zwiększeniu skuteczności terapii, przy jednoczesnym zminimalizowaniu działań niepożądanych. Przeznaczone jest zarówno dla pacjentów z rozpoznaniem dziedzicznym zespołem predyspozycji do nowotworów, jak i pacjentów z nowotworami sporadycznymi. Wykorzystanie informacji genomowej wraz z szeroko rozpowszechnionymi technologiami pozwala na zdobycie nowej wiedzy, mającej na celu lepsze zrozumienie interakcji między genami i substancjami odżywczymi w zależności od genotypu, a ostatecznym celem jest opracowanie spersonalizowanych strategii żywienia dla optymalnego zdrowia i zapobiegania chorobom. Analiza genetyczna przyczynia się do rozwoju medycyny żywieniowej, która oferuje porady dietetyczne oparte na nutrigenomice by pomóc w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących stylu życia i zdrowia. Nutrigenomika to dział nauki, zajmujący się określeniem wpływu bioaktywnych składników diety na regulację ekspresji genów czy uwarunkowanymi genetycznie różnicami w odpowiedzi organizmu na

składniki obecne w naszej diecie. Nutrigenetyka natomiast bada relacje między składnikami diety a indywidualnymi cechami genetycznymi. Jej głównym celem jest identyfikacja genów wpływających na ryzyko wystąpienia chorób dietozależnych. Bada, w jaki sposób zestaw obecnych wariantów genetycznych warunkuje odpowiedź metaboliczną na określony rodzaj diety. Spersonalizowanie zaleceń żywieniowych w konkretnym kontekście typu raka i leczenia w oparciu o nakładanie się ścieżek naukowych i uzasadnienie poparte danymi eksperymentalnymi, chociaż nie jest podobne do dowodów opartych na RCT, może zapewnić lepsze wskazówki dla pacjentów i poprawić zintegrowaną opiekę onkologiczną. Znaczenie zapewnienia spersonalizowanych wskazówek żywieniowych/diety dostosowanych do konkretnego nowotworu i leczenia pacjentów z przerzutowymi nowotworami złośliwymi piersi może: poprawić siłę i odporność pacjenta bez ingerencji w skuteczność leczenia, ograniczyć skutki uboczne zabiegów, zwiększyć skuteczność trwającego leczenia wybierając pokarmy i suplementy, które mogą synergicznie współdziałać z mechanizmem działania trwającego leczenia poprzez modulowanie odpowiednich ścieżek oporności, unikać pokarmów i suplementów, które mogą zakłócać trwające leczenie poprzez interakcje składników odżywczych z lekami mogą albo obniżyć skuteczność, albo zwiększyć toksyczność leczenia. Podsumowanie: Nutrigenomika będzie mieć coraz większe znaczenie w kształtowaniu ogólnych wytycznych dietetycznych. Nutrigenetyka zapewni przygotowanie spersonalizowanych zaleceń dietetycznych, na podstawie profilu genetycznego danej osoby. Techniki stosowane w nutrigenetyce i nutrigenomice są ciągle rozwijane, już teraz przynoszą szereg interesujących wyników naukowych, wymagających jedynie wielokrotnego potwierdzenia

ŻYWIENIE W CHOROBIE HASHIMOTO

*dr n. med. Zuzanna Chęcińska-Maciejewska
Międzywydziałowa Katedra Żywności i Żywienia Akademii Kaliskiej*

Choroba Hashimoto jest chorobą autoimmunologiczną. W tarczycy toczy się proces zapalny, który stopniowo niszczy gruczoł tarczowy, doprowadzając do upośledzenia jego funkcji, w konsekwencji czego maleje produkcja hormonów tarczycy. Choroba Hashimoto jest chorobą przewlekłą, a zmiany, które dokonały się na skutek autoagresji, są, niestety, nieodwracalne. Przebieg samej choroby może być bardzo różnorodny. Objawy można podzielić na miejscowe związane z wielkością tarczycy oraz związane z niedoborem hormonów tarczycy. Uznaje się, że choroba Hashimoto jest jedną z najczęstszych przyczyn wola. Objawy choroby

Hashimoto to objawy niedoczynności tarczycy - są niespecyficzne, przez co trudne do rozpoznania. Hashimoto jest chorobą przewlekłą i wymaga terapii do końca życia. Niedoczynność tarczycy leczy się poprzez codzienne przyjmowanie syntetycznej L-tyroksyny. By wspomóc działanie hormonów, uregulować masę ciała, konieczne jest oprócz leczenia farmakologicznego wdrożenie pewnych zmian w diecie. Rolą diety w chorobie Hashimoto jest obniżenie odpowiadzi układu odpornościowego, uzupełnienie niedoborów oraz usprawnienie funkcji układu pokarmowego poprzez uregulowanie mikrobiomu. Nie ma jednej, uniwersalnej diety. Postępowanie żywieniowe zawsze powinno być ustalone indywidualnie w zależności od potrzeb pacjenta, przebiegu choroby i schorzeń współistniejących. Okazuje się, że 2-5% osób chorych na celiakię cierpi jednocześnie z powodu choroby Hashimoto. Nieleczona celiakia może zwiększać zapotrzebowanie organizmu na lewotyroksynę - ze względu na problemy z wchłanianiem w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Zasadność stosowania diety bezglutenowej w chorobie Hashimoto została ujęta w opublikowanym w roku 2018 Stanowisku Grupy Ekspertów Sekcji Dietetyki Medycznej Polskiego Towarzystwa Żywności Pozajelitowej, Dojelitowej i Metabolizmu (POLSPEN). Najważniejszym wnioskiem dotyczącym postępowania dietetycznego u pacjenta z chorobą Hashimoto i nie chorującego z powodu celiakii, alergii lub nieceliakalnej nadwrażliwości na gluten, nie ma konieczności przechodzenia na dietę bezglutenową. Badania wykazały, że problem nietolerancji laktozy może dotyczyć aż 70-80% osób cierpiących na chorobę Hashimoto. Okazuje się, że osoby nietolerujące laktozy i cierpiące na chorobę Hashimoto mają większe trudności z uregulowaniem dawki leków oraz TSH - dawka tyroksyny, jaka musi zostać zastosowana w leczeniu niedoczynności często wzrasta nawet o 30%. W przebiegu choroby Hashimoto mamy do czynienia z ciągłym, przewlekłym stanem zapalnym, stąd wskazane jest zastosowanie diety przeciwzapalnej. Jest to model żywieniowy o zbliżonym charakterze do diety śródziemnomorskiej, uznanej za jeden z najkorzystniejszych modeli dietetycznych dla społeczeństwa. Bazuje ona na zmianie rodzaju tłuszczów dostarczanych w diecie, m.in. zwiększenie ilości kwasów omega-3, zwiększeniu ilości produktów pochodzenia roślinnego, dostarczaniu do organizmu składników pokarmowych o silnym potencjale przeciwutleniającym. Jednocześnie postępowanie przeciwzapalne skupiać się powinno na wykluczeniu lub ograniczeniu produktów, które mają działanie prozapalne. Coraz częściej porusza się kwestie choroby autoimmunizacyjnych i ich związku z dysbiozą. Prawidłowy mikrobiom hamuje stany zapalne, odpowiedź autoimmunologiczną i może zmniejszać nasilenie objawów choroby Hashimoto, stąd też postępowanie dietetyczne powinno zmierzać do wspomagania rozwoju bakterii probiotycznych.

PACJENT Z CELIAKIĄ – DIAGNOSTYKA, INTERWENCJE ŻYWIENIOWE

prof. AK dr hab. n. o zdr. Wioletta Żukiewicz-Sobczak^{1/}, prof. dr. hab. Paweł Sobczak^{2/}

^{1/}Międzywydziałowa Katedra Żywności i Żywienia, Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

^{2/}Katedra Inżynierii i Maszyn Spożywczych, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

Celiakia, zwana również chorobą trzewną (ang. *coeliac disease*, CD) lub enteropatią glutenezależną, jest jedną z najczęstszych chorób o podłożu autoimmunizacyjnym. Jest to trwała nietolerancja glutenu, występująca u osób genetycznie predysponowanych, u których spożycie glutenu prowadzi do uszkodzenia błony śluzowej jelita cienkiego (zanik kosmków jelitowych i hiperplazja krypt). Dotychczas celiakia była kojarzona z okresem wieku dziecięcego, ale obecnie wiemy, że może wystąpić w każdym wieku i dotyczy zarówno dzieci, jak i dorosłych. W około 60% przypadków rozpoznanie jest stawiane wśród osób dorosłych, z czego ok. 15-20% to osoby powyżej 60. roku życia. Wyróżniamy następujące czynniki rozwoju celiakii: egzogeny - gluten w pokarmie, endogeny – autoantygen (tTG), genetyczny - tzw. haplotyp celiakalny.

Celiakia to głównie choroba rasy kaukaskiej. Precyzyjne określenie częstości jej występowania jest bardzo trudne, ponieważ dane często są niepełne lub dotyczą jedynie wybranej populacji czy regionu. Chociaż celiakia została zdiagnozowana u 1-1,5 miliona osób, szacuje się, że choruje na nią 15-20 milionów ludzi. Prewalencja celiakii wynosi 1-3% w populacji ogólnej. Na częstość występowania celiakii mogą mieć wpływ: lokalne czynniki środowiskowe, nawyki żywieniowe (czas wprowadzenia glutenu do diety czy jego ogólna zawartość w przyjmowanym pokarmie), predyspozycje genetyczne w badanej populacji. Pomimo wielu badań nad możliwym mechanizmem powstawania celiakii, jej patogeneza nie została do końca poznana. Wiadomo, że oprócz czynnika genetycznego i ekspozycji na gluten, wpływ na rozwój choroby mogą mieć również czynniki środowiskowe czy metaboliczne. Większość doniesień wskazuje jednak, że u podłoża celiakii leżą zjawiska immunologiczne zachodzące w jelicie cienkim pod wpływem glutenu. Obecnie w rozwoju choroby bierze się pod uwagę współdziałanie wielu czynników, takich jak:

- wrodzone i nabyte mechanizmy układu immunologicznego,
- podłoże genetyczne - geny kodujące cząsteczki układu zgodności tkankowej (HLA),
- gluten - czynnik zewnętrzny indukujący proces chorobowy.

W pracy poruszono kwestie nowoczesnej diagnostyki oraz najnowszych aspektów związanych z terapią celiakii i postępowania pacjentów z celiakią.

TAI CHI – IDEALNA PREWENCJA I REHABILITACJA DLA WSZYSTKICH

*dr n. med. Peter Lach
Praktyka lekarza Rodzinnego – Paderborn-Niemcy*

TAI CHI CHUAN to system oparty na zasadach chińskiej gimnastyki o własnościach prozdrowotnych. Jej stosowanie może stanowić skuteczną formę terapii przy wielu dolegliwościach, szczególnie osób w wieku podeszłym. Na podstawie badań naukowych stwierdzono, że regularne ćwiczenia przyczyniają się do poprawy jakości życia, snu opóźniają spadek siły mięśni, poprawiają utrzymywanie równowagi koordynację ruchów i przyczyniają się do poprawy funkcji poznawczych.

Zgodnie z wynikami badań prowadzonymi w USA, Tai Chi pozytywnie wpływa na czynniki ryzyka związane z chorobą sercowo-naczyniową u kobiet. Z badań prowadzonych w grupie osób starszych wynika, że stosowanie ćwiczeń zgodnie z zasadami Tai Chi znacząco poprawia funkcje poznawcze i zmniejsza ryzyko upadków w przypadku starszych osób cierpiących na łagodne upośledzenie funkcji poznawczych.

ZABURZENIA WIZERUNKU WŁASNEGO CIAŁA „JAK CIĘ WIDZA TAK CIĘ PISZA”

*dr n. med. Małgorzata Wojciechowska
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka – Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*

Zaburzenia wizerunku własnego ciała są spowodowane negatywnym stosunkiem do własnego ciała lub jakiejś jego części. Osoby cierpiące z powodu zaburzeń odżywiania charakteryzują się nierealistycznym obrazem swojego ciała, często nie są zdolne do właściwej (zgodnej z rzeczywistością) oceny jego kształtów i wagi. Wizerunek ciała to obraz ciała, jaki tworzymy we własnym umyśle. Nasze ciało jest więc tym, jak je odbieramy, jak wygląda w naszych oczach. Na rozwój wizerunku ciała ma wpływ wiele czynników. Jednak we współczesnym świecie, promowania szczupłej sylwetki i piętnowaniu osób niewpisujących się w ten ideał kształtem lub wagą swojego ciała, często dochodzi do wykształcania negatywnego schematu ciała i niezadowolenia z niego. Można wyróżnić kilka podtypów zaburzeń wizerunku

własnego ciała. Zaburzenie obrazu ciała to schorzenie, które objawia się negatywnym bądź obojętnym stosunkiem do własnego ciała oraz negatywnymi emocjami względem swojego ciała. Osoby dotknięte tym zaburzeniem nie lubią siebie, nie akceptują siebie. Wiele kompleksów, które utrudniają a nawet uniemożliwiają funkcjonowanie w społeczeństwie i życiu., co doprowadza w efekcie końcowym nie dbanie o siebie i swój wygląd. Jednym z podtypów zaburzeń wizerunku własnego ciała jest zaburzenia postrzegania własnego ciała -nieprawidłowe widzenie. Szczególnie dotyczy to osób z anoreksją czy bulimią. Kolejnym podtypem zaburzeń wizerunku własnego ciała jest dysmorfia mięśniowa, która dotyka głównie mężczyzn. Charakteryzuje się nadmiernym zaangażowaniem własnym ciałem- dążenie do uzyskania muskularnej, umięśnionej sylwetki. Osoby dotknięte chorobą często zaniedbują życie prywatne. Kolejny podtyp zaburzeń to dysmorfobia. Jest to nadmierne zaangażowanie rzekomym defektem własnego ciała. Obecnie około 2% populacji jest dotknięte tą chorobą, bczyli częściej występuje niż schizofrenia. Dysmorfobia to po prostu lęk przed brzydotą. Występuje najczęściej u nastolatków i u młodych dorosłych. Koncentracja wokół defektu odbiera im radość życia. Chorzy na dysmorfobię mają myśli samobójcze (78%) a aż 24% podejmuje próby samobójcze. Przyczyny tego zaburzenia nie są do końca znane. Mogą to być czynniki genetyczne jak również traumatyczne wydarzenia w życiu. Jak pomóc tym ludziom? Często zaleca się terapię behawioralno-poznawczą, która pomaga chorym zmienić dysfunkcyjny sposób myślenia o sobie.

MIKROBIOM JAMY USTNEJ – PRZYJACIEL CZY WRÓG?

prof. dr hab. med. Hanna. Krauss

Instytut Badań Prewencyjnych - Akademia Kaliska im. Prezydenta S. Wojciechowskiego

Jama ustna jest unikalnym środowiskiem dla drobnoustrojów, które mogą dostać się do niej drogą powietrzną i przez pożywienie. Ze względu na różnorodność czynników środowiskowych i żywieniowych drobnoustroje mają łatwość kolonizacji jamy ustnej. Rodzaj kolonizujących drobnoustrojów zależy jest od sposobu zakończenia ciąży-poród naturalny lub cięcie cesarskie i rodzaju karmienia dziecka: pierś lub karmienie mlekiem modyfikowanym. Przyjmuje się, że u ludzi w jamie ustnej bytuje ponad 750 gatunków bakteryjnych, z których opisano ok 50%. Na duże zróżnicowanie mikrobiomu jamy ustnej wpływają: temperatura, pH, potencjał oksydacyjno-redukcyjny, zawartość soli mineralnych, składowe śliny, higiena gospodarza, a także mikrobiom śliny. W zależności od zmiany warunków środowiskowych drobnoustroje obecne w jamie ustnej mogą działać synergistycznie lub też walczyć ze sobą.

Jeśli równowaga między bytującymi w jamie ustnej drobnoustrojami jest zaburzona, dochodzi do dysbiozy. Skutki dysbiozy mogą być rozległe. Bardzo ważne są działania zapobiegawcze, jak dbanie o dobrą dietę i higienę jamy ustnej oraz minimalizowanie innych czynników powodujących dysbiozę flory bakteryjnej. Jeżeli dojdzie do zaburzeń składu bakterii, jak np. podczas zapalenia dziąseł, próchnicy lub lokalnych infekcji, bardzo istotne jest szybkie przywrócenie równowagi mikrobiologicznej. Bakterie probiotyczne w jamie ustnej stanowią konkurencję dla bakterii chorobotwórczych, zmieniają warunki środowiska jamy ustnej, ponieważ wytwarzają substancje o działaniu antybakteryjnym i zmniejszającym stan zapalny. Mechanizm działania bakterii probiotycznych w jamie ustnej polega na wytwarzaniu substancji antybakteryjnych (m.in. kwasy organiczne, bakteriocyny, nadtlenuk wodoru, reuteryna) wobec bakterii patogennych, - konkurencji z patogenami w kolonizacji błony śluzowej jamy ustnej, stymulacji układu odpornościowego do wzmożonej produkcji przeciwciał, redukcji stanu zapalnego i uszkodzenia tkanek w obrębie jamy ustnej, zmniejszenie powstawania płytki nazębnej, redukcję halitozy.

The factors determining effective probiotic activity - evaluation of survival and antibacterial activity of selected probiotic products: an “in-vitro” study

*dr n. med. Malgorzata Bernatek, prof. dr hab.med. Jacek Piątek
Faculty of Health Sciences, Calisia University, Kalisz*

There are a lot of different probiotic products on the market. Are they all equally effective? What criteria should a probiotic formulation meet that gives the most benefit to the patient. Research is aimed at evaluating the parameters that affect the effectiveness of market probiotic products. These properties are critical for restoring eubiosis in patients with drug-induced dysbiosis or other pathological conditions.

The disintegration time of probiotic capsules in hydrochloric acid was investigated using disintegration testing device. The survival rate of probiotic preparations in hydrochloric acid at pH 2 and 0.4% bile solution was then evaluated. For this purpose, the number of bacteria before and after incubation in the respective solutions was determined using the plate method. Inhibition by probiotic products of gastrointestinal pathogens was determined by the Strus bargraph method.

The highest survival rate of probiotic bacteria at low pH is shown by preparations produced in the form of enteral capsules.

The most important factor determining good survival of bacterial strains under conditions summing the gastrointestinal tract is the type of capsule used for their production. The best biological effects (the largest inhibition zones) are shown by probiotic products with the greatest diversity of bacterial strains.

What have maternal depression, early termination of breast-feeding and the shaken baby syndrome in common?

*Henning Sommermeyer¹, Malgorzata Bernatek¹, Marcin Pszczola², Hanna Krauss¹, Jacek Piatek¹
Department of Health Sciences, Calisia University, Kalisz, Poland
Department of Genetic and Animal Breeding, Faculty of Veterinary Medicine and Animal Science, Poznan University of Life Sciences, Poznan, Poland*

Infantile colic, or excessive crying, affects about 20% of all newborns. Infantile colic is considered a risk factor for maternal depression, early termination of breastfeeding and the "Shaken Baby Syndrome". There is a whole range of different diagnostic criteria (Wessel's rule, Rome III, Rome IV criteria), but they are all rather difficult to apply in clinical practice. The etiology of infantile colic remains unclear. However, there is growing evidence that a disturbed intestinal microbiota could be a key cause of infantile colic. Our research used surveys to examine how paediatricians diagnose infantile colic and what treatment approaches they use. In clinical studies we have investigating whether products containing probiotic bacteria can play a role in the therapy of infantile colic and whether the measurement of faecal calprotectin can be helpful in diagnosing infantile colic.

We examined the treatment and diagnosis behavior of paediatricians with the help of surveys among practicing paediatricians. In two clinical (open-label, randomized) clinical trials, we investigated the effect of simethicone and a multistrain synbiotic on the crying behavior of newborns with infantile colic. In one of these studies, we also measured calprotectin, a marker for intestinal inflammation, in the stool samples of the study participants.

More than 40% of Polish and more than 70% of German paediatricians who took part in our survey stated that they use simethicone as pharmaceutical therapy for the treatment of infantile colic. Products containing probiotic bacteria were used by about 70% of Polish and nearly 90% of German paediatricians. Preliminary results of our survey on diagnostic behavior indicate that a majority of paediatricians make the diagnosis of infantile colic mainly on the basis of their clinical experience, without resorting to specific diagnostic criteria.

Results from our two clinical studies have shown that administration of a multistrain synbiotic has a significantly better effect on crying behavior in children with infantile colic than administration of simethicone. Fecal calprotectin measurements show that fecal calprotectin is significantly elevated in children with infantile colic. Administration of a multistrain synbiotic leads to a significant reduction in fecal calprotectin, an effect that was not observed in patients treated with simethicone. The effect of administration of the multistrain synbiotic on the crying behavior of newborn children with infantile colic and on fecal calprotectin indicate that inflammatory processes in the intestines of newborn children with infantile colic could play a role.

REHABILITACJA PO UDARZE MÓZGU

prof. Aleksander Pułyk

Kierownik Katedry Neurorehabilitacji Uniwersytetu Narodowego w Użgorodzie (Ukraina)

Udar mózgu jest chorobą powszechną, ryzyko rośnie z wiekiem. Udar mózgu często wywołuje poważne ubytki funkcjonalne. W wielu przypadkach rehabilitacja współczesna jest jedynym niezbędnym elementem procesu leczenia. W rehabilitacji współczesnej stosowane są następujące metody: technikę PNF, technikę NDT-Bobath, technikę Wojty, terapia manualna, fizykoterapia, kinezyterapia, kineziotaping. Są to metody fizjoterapeutyczne, które mają naukowo potwierdzoną skuteczność, a ich stosowanie przyspiesza powrót pacjenta do zdrowia i sprawności. Każdy przypadek jest inny, dlatego fizjoterapeuci przygotowują indywidualne programy rehabilitacji neurologicznej pod kątem potrzeb i wskazań medycznych.

Zespoły bólowe o zróżnicowanej lokalizacji i patogenezie często towarzyszą pacjentom po udarze mózgu. Ból poudarowy nierzadko jest wysoce osobnym problemem, który wydłuża czas potrzebny do odzyskania przez pacjenta samodzielności, jest czynnikiem ryzyka występowania depresji, wyklucza społecznie i obniża jakość życia. Ogromnym wyzwaniem jest rehabilitacja pacjentów z objawami psychopatologicznymi. Jednym z głównych kierunków poprawy sytuacji jest przejście do multidyscyplinarnego modelu opieki pacjenta z psychopatologicznymi objawami i zespołowego podejścia do jej świadczenia.

PRZEWLEKŁY KASZEL W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

*dr med. Andrzej Dymek, dr med. Lucyna Dymek
Centrum Medyczne Lucyna Andrzej Dymek, Strzelce Opolskie*

1. Definicje, prevalencja, podział i współczesna terminologia: przewlekły kaszel oporny na leczenie (refractory chronic cough), Asthma, zespół kaszlowy górnych dróg oddechowych GERD - przewlekły kaszel o nieznanym przyczynie - (Unexplained chronic cough).
 2. Patomechanizm przewlekłego kaszlu w aspekcie innowacyjnych interwencji terapeutycznych - rola receptora P2X3 w neurogenym zapaleniu.
 3. Laryngologiczne przyczyny przewlekłego kaszlu: zespół nadwrażliwości kaszlowej (hypersensitive cough syndrome), nadreaktywność krtaniowa (laryngeal hyperresponsiveness), refluks krtaniowo -gardłowy (laryngopharyngeal reflux), zespół kaszlowy refluksowy (reflux cough syndrome), czuciowa neuropatia krtaniowa (sensory laryngeal neuropathy).
 4. Leczenie farmakologiczne i operacyjne.
 5. Nowa jakość leczenia farmakologicznego w najbliższej przyszłości (już dostępnego w niektórych krajach).
 6. Niefarmakologiczne metody supresji przewlekłego kaszlu.
- Cele prezentacji: Przedstawienie współczesnych narzędzi diagnostycznych w przewlekłym kaszlu - 24 godzinny monitoring kaszlu, pH - metria gardła z rejestracją wydarzeń kaszlowych - pokaz praktyczny. Przedstawienie ostatniego procesu rejestracji przez FDA nowej generacji nienarkotycznych leków przeciwkaszlowych. Wymiana doświadczeń w leczeniu przewlekłego kaszlu z uczestnikami spotkania.

LIZATY BAKTERYJNE W CHOROBYCH ALERGICZNYCH

*prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Emeryk
Klinika Chorób Płuc i Reumatologii UM w Lublinie
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego UM w Lublinie*

Lizaty bakteryjne (LB) są mieszaniną bakteryjnych antygenów pozyskanych z inaktywowanych gatunków i szczepów bakterii. LB otrzymuje się dwoma głównymi metodami: drogą lizy mechanicznej komórek bakteryjnych (ang. Polyvalent Mechanical Bacterial Lysate - PMBL) (pojedyncze preparaty) lub lizy chemicznej (ang. Polyvalent Chemical Bacterial Lysate - PCBL) (większość dostępnych preparatów). Pozyskuje się je

z bakterii będących najczęstszymi czynnikami etiologicznymi zakażeń dróg oddechowych u dzieci i dorosłych. LB wykazują działanie immnostymulujące i immunoregulatorowe, są wydawane na receptę.

Badanie z ostatnich kilkunastu lat odkryły korzystne efekty kliniczne LB w alergicznym nieżycie nosa - ANN (dzieci, dorośli), astmie (dzieci, dorośli) oraz w atopowym zapaleniu skóry - AZS (dzieci). W przypadku ANN wywoływanego pyłkami traw stwierdzono, iż podanie PMBL-Ismigen® w trakcie trwania sezonu pylenia traw łagodzi przebieg kliniczny ANN i alergicznego zapalenia spojówek, poprawia drożność nosa (wzrost wartości nosowego szczytowego przepływu wdechowego) w miarę trwania sezonu pylenia, zmniejsza zapotrzebowanie na glikokortykosteroidy donosowe oraz leki p-histaminowe w trakcie sezonu pylenia traw. Podobne efekty wykazano u dzieci leczonych PCBL-Bronchovaxom®. Z kolei u dzieci z astmą IgE-zależną PMBL-Ismigen® redukuje o 50% liczbę zaostrzeń astmy (związanych i niezwiązanych z zakażeniem dróg oddechowych) w okresie pierwszych 3 miesięcy i o 44% w czasie 9 miesięcy od wdrożenia leku. PCBL-Bronchovaxom® zmniejsza liczby zaostrzeń astmy u chorych z zapaleniem typu Th2. Podobnie działa PCBL-Bronchovaxoim® u małych dzieci z nawrotowym świszczącym oddechem. Wykazano także, że LB typu Pro-Symbioflor podawany w pierwszych miesiącach życia może hamować rozwój AZS w grupie dzieci obciążonych atopią ze strony jednego z rodziców (ojca) w pierwszych 3 latach życia. PCBL-Bronchovaxom poprawia też przebieg kliniczny AZS u dzieci. Potrzebne są dalsze badania z różnymi typami LB u dzieci i dorosłych z różnymi chorobami alergicznymi w celu ustalenia wskazań oraz sposobu prowadzenia tego typu terapii komplementarnej.

REHABILITACJA PULMONOLOGICZNA W POST/LONG COVID

*Janusz Bugaj
Niemcy*

Post/Long-Covid jest stosunkowo młodą jednostką chorobową, która stawia medycynę przed nie lada wyzwaniem. Wiele pytań odnośnie patogenezy, etiologii, leczenia i rehabilitacji pozostaje nadal bez odpowiedzi. Wiemy już że Post/Long-Covid jest chorobą sytemową, poprzez stan zapalny naczyń(vasculitis) dotyczy wszystkich organów i układoów wpływając negatywnie na jakość życia człowieka na różnych poziomach. W równym stopniu dotyczy to układów somatycznego jak i psychicznego. Typowe dla Post/Long Covid różnorodne objawy

chorobowe trwają długo i często uniemożliwiają normalne życie, pracę, uprawianie sportu lub hobby. Leczenie, które by je skracało lub minimalizowało albo po prostu leczyło, do tej pory nie jest znane. Badania Laboratoryjne krwi i płynów ustrojowych a także obrazowe jak Rtg, CT, MRT, Sonografia nie wnoszą dodatkowych danych do postawienia diagnozy. Służą jednak w tak ważnej tu diagostyce różnicowej.

Rehabilitacja tak skuteczna w swojej klasycznej formie i celach w wielu jednostkach chorobowych jest w Post/Long Covid mało skuteczna. Post/Long Covid wymaga jednoczesnego zespołowego działania specjalistów z wielu dziedzin medycyny oraz psychologów. Rehabilitacja jest wskazana we wszystkich stadiach choroby, wczesnej i później. W zależności od przebiegu choroby stosowane są różne kryteria rehabilitacji, generalnie ma cięższy przebieg tym intensywniejsza i dłuższa rehabilitacja. Obecnie Post/Long-Covid jest najczęstszą diagnozą w ośrodkach Rehabilitacyjnych. Podstawa leczenia rehabilitacyjnego jest w odróżnieniu od innych jednostek chorobowych relatywnie powolnie, drobnymi krokami wdrażane ćwiczenia pod hasłem „Powrót do normalnego życia” szczególnie ważne dla Pacjentów, którzy przeszli intensywne leczenie. Zadaniem rehabilitacji jest nie tylko „powrót do normalności” ale też i do pracy w wielu przypadkach, poprzez tzw. stopniowe wdrażanie lub zmianę pracy lub skierowanie na przeszkolenie a w ostateczności na rękę. Post/Long Covid to kameleon, może występować w wielu formach i w różnym czasie wymagając od nas jeszcze bardziej wyostrzonych zmysłów i uwagi w diagostyce oraz leczeniu.

ZASTOSOWANIE WYCIAGU Z ALOESU DRZEWIASTEGO W LECZENIU INFEKЦИИ GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH U DZIECI

prof. dr hab. n. med. Hanna Krauss

Instytut Bada Prewencyjnych - Akademia Kaliska im. Prezydenta S. Wojciechowskiego

Infekcje górnych dróg oddechowych są najczęstszym powodem zgłaszania się do gabinetów lekarskich dzieci i ich rodziców. W zależności od pory roku u 60-90% dzieci, zgłaszających się do lekarza, bezpośrednią przyczyną zachorowania jest wirusowe zakażenie dróg oddechowych. Problemem terapeutycznym jest leczenie takich infekcji ze względu na brak, jak dotychczas, skutecznej, skierowanej przeciw nim terapii przyczynowej. Wielokierunkowe działanie wyciągu z aloesu drzewiastego jest wynikiem oddziaływania zawartych w nim związków, z których najistotniejsze funkcje pełnią glikoproteiny i polisacharydy. Synergistyczny efekt współdziałania obecnych w wyciągu z aloesu substancji wykazuje działanie immunostymulujące, przeciwdrobnoustrojowe, antyoksydacyjne,

antyhistaminowe, przeciwzapalne i poprawiające łąknienie. Działanie lecznicze Bioaronu system w infekcjach ostrych i przewlekłych jest bardzo efektywne powinno być stosowane w tych sytuacjach klinicznych ze względu na: działanie stymulujące odpowiedź humoralną i komórkową - obserwowano wzrost niespecyficzej odpowiedzi komórkowej oraz pierwotnej odpowiedzi humoralnej, pobudzenie produkcji przeciwciał, stymulację aktywności chemokinetycznej komórek, stymulację fagocytozy przez neutrofile, stymulację proliferacji limfocytów B i T bez obecności mitogenu oraz wobec mitogenu, obniżenie reaktywności oskrzeli na histaminę pod wpływem substancji czynnej *Aloes arborescentis recentis extractum fluidum*. *Aloe arborescens Mill.* to roślina przebadana zarówno od strony biochemicznej, jak i jej działania na organizm. Wnioski z opublikowanych badań, zarówno w literaturze polskiej, jak i europejskiej wskazują na możliwość wykorzystania wyciągów z aloesu drzewiastego: pomocniczo w nawracających zakażeniach górnych dróg oddechowych, w infekcjach górnych dróg oddechowych o podłożu bakteryjnym i wirusowym, w rozpoznanych przez lekarza stanach obniżonej odporności, pomocniczo w terapii chorób z przeziębienia, w celu poprawy apetytu. Bioaron system ułatwia zwalczanie infekcji górnych dróg oddechowych o etiologii bakteryjnej i wirusowej poprzez: łagodzenie ich objawów, skracanie czasu ich trwania. Bioaron system przywraca prawidłową odpowiedź układu odpornościowego, przez co wzrasta odporność na reinfekcje, zmniejsza się częstość nawrotów infekcji i wydłużają się okresy remisji. W infekcjach przewlekłych i nawracających zasadne jest stosowanie Bioaronu system zarówno ze względu na przedstawione wyżej mechanizmy działania wyciągów z aloesu jak i ze względu na długotrwałe stymulacje układu immunologicznego

PODSUMOWANIE KONFERENCJI – DYSKUSJA NA TEMAT OPIEKI ZRWOTNEJ W POLSCE, NIEMCZECH I UKRAINIE

System ochrony zdrowia a jakość życia - w Niemczech, Polsce i Ukrainie

*dr hab. n. med. Ewelina Gowin (Polska - Poznań), Prof. Aleksander Pulyk (Ukraina – Uzgorod i Polska - Kraków),
dr Irina Sherbatyuk (Ukraina - Kiev i Niemcy - praktyka Völklingen), Dr. Bogdan Milek (Niemcy - Völklingen)*

W trakcie dyskusji poruszone będą następujące zagadnienia:

1. Liczba lekarzy w wymienionych krajach i system kontroli samokształcenia.
2. Dostępność do leczenia specjalistycznego i procedury leczenia stanów nagłych.
3. Opieka pediatryczna – profilaktyka.
4. System profilaktyki zdrowia osób dorosłych w Polsce, Niemczech i Ukrainie - jakie środki objęte są procesem profilaktyki zdrowia.
5. Rola i miejsce lekarza rodzinnego w systemie ochrony zdrowia w Polsce, Niemczech i Ukrainie.
6. Opieka ludzi w wieku starszym.
7. System opieki paliatywnej.