

LISTOPAD, 2024

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ



ZNACZENIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU CHOROÓB ONKOLOGICZNYCH

Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

KRS 0000333981

ul. Wawelska 15B pok. 03

02-034 Warszawa

POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH
RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

Pod redakcją:

Health Insight Sp. z o. o.

-HEALTH
INSIGHT

Opracowanie graficzne:

Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

Zdjęcia:

freepik.com

Wydanie I:

listopad 2024 r.

Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach, jak również wykorzystywanie całości tekstu lub jego fragmentów wymaga zgody właściciela praw majątkowych oraz podania źródła.

Raport przygotowany w ramach kampanii:

przeżyjmy to
jeszcze raz

Partner strategiczny:

Lilly

Partnerzy:

 astellas

 MSD


Pierre Fabre
Médicament

SPIS TREŚCI

SŁOWO WSTĘPU	05
01 WPROWADZENIE	07
Rola badań przesiewowych	08
Jak ustala się populację do skryningu	08
Badania przesiewowe dostępne w Polsce	09
Skuteczność badań przesiewowych	10
Komentarz eksperta	11
Skryning ze wsparciem unijnym	12
Amerykanie sprawdzili skuteczność przesiewu	12
02 PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	13
Rak piersi – zachorowalność, przyczyny, szacowanie ryzyka	14
Program przesiewowy – dla kogo, jak często	14
Mammografia – jej znaczenie	15
Samobadanie piersi	16
Wynik fałszywie pozytywny	17
Ucisk piersi jest konieczny	17
Zalety badania przesiewowego	18
Jak przygotować się do badania	18
Gdzie wykonać mammografię	18
Komentarz eksperta	19
03 PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY	20
Rak szyjki macicy – zachorowalność, przyczyny	21
Znaczenie badań przesiewowych	21
Czy program jest dla Ciebie?	22
Testy HPV DNA powinny zastąpić cytologię	22
Co wiemy o wirusie HPV	23
Rekomendacje AOTMiT	24
Cytologia choć raz w życiu	25
Cytologia płynna lepsza od klasycznej	25
Szczepienia przeciwko HPV	25
Komentarz eksperta	26

04 BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA PŁUCA	27
Rak płuca – zachorowalność, przyczyny	28
Badania przesiewowe – dla kogo, korzyści	28
Niskodawkowa TK – na czym polega	29
Nowe wytyczne	30
Komentarz eksperta	31
05 PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU RAKA JELITA GRUBEGO	32
Rak jelita grubego – zachorowalność, przyczyny	33
Program przesiewowy – dla kogo, jak często	33
Na czym polega kolonoskopia	34
Przygotowanie do badania	35
Kolonoskopia – dlaczego warto	35
Nasza wiedza o badaniach profilaktycznych w kierunku nowotworów	36
Komentarz eksperta	37
06 KALENDARZ BADAŃ PRZESIEWOWYCH	39
Badania dla kobiet	40
Badania dla mężczyzn	42

SŁOWO WSTĘPU



PIOTR FONROBERT

Członek Zarządu Fundacji
Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

Choroby nowotworowe są powszechnie postrzegane jako jedne z najpoważniejszych i najbardziej niebezpiecznych chorób, które mogą nas dotknąć. Wynika to z wielu czynników, w tym z ich często długiego, trudnego przebiegu, skomplikowanego leczenia, a także wysokiej śmiertelności niektórych rodzajów nowotworów. Jednak dzięki wczesnemu wykryciu i odpowiedniemu leczeniu choroby nowotworowej, rokowania mogą jednak znacząco ulec poprawie.

Oprócz ważnych aspektów dotyczących prewencji, czyli takich jak:

- ▶ *zdrowy styl życia (dieta, aktywność fizyczna, utrzymanie prawidłowej masy ciała, ograniczenie alkoholu, rzucenie palenia),*
- ▶ *ochrona przed promieniowaniem UV,*
- ▶ *szczepienia (szczepionka przeciw wirusowi HPV, szczepionka przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B (HBV)),*
- ▶ *ważna jest wczesna diagnostyka i niedopuszczenie do rozwoju choroby. Profilaktyka nowotworowa i wczesne wykrycie są kluczowe w zmniejszeniu ryzyka zachorowania oraz w poprawie rokowania u pacjentów.*

We wczesnym wykryciu nowotworu pomagają regularne badania profilaktyczne. W niniejszym Raporcie przypominamy rolę badań przesiewowych oraz staramy się przybliżyć przebieg, rodzaje i skuteczność badań takich jak badania profilaktyczne w kierunku:

- 1.** *raka piersi,*
- 2.** *raka szyjki macicy,*
- 3.** *raka płuca,*
- 4.** *raka jelita grubego.*

Wczesne wykrycie nowotworu jest kluczowe, ponieważ wczesne stadia choroby są zazwyczaj łatwiejsze do leczenia, a szanse na pełne wyleczenie są większe. Profilaktyka i regularne badania mogą znacząco zmniejszyć ryzyko zachorowania lub pozwolić na wczesną interwencję. Szczególnie na etapie wczesnego rozpoznania nowoczesne terapie, takie jak immunoterapia, terapie celowane czy terapia genowa, otwierają nowe możliwości w leczeniu nowotworów, co daje nadzieję na lepsze wyniki u pacjentów.

Niniejszy Raport jest podsumowaniem tego, co zostało zrobione w zakresie badań przesiewowych w ramach NFZ. Czyli badań kierowanych do tych z nas - którzy uważają się za zdrowych, dedykowanych po to by wykryć ewentualne problemy zdrowotne na etapie, gdy już rozwijająca się choroba nie daje jakichkolwiek sygnałów, że nas atakuje, a jej pokonanie jest jeszcze wysoce prawdopodobne. Na szczęście dla wielu z nas są one jedynie potwierdzeniem dobrego stanu naszego zdrowia. Niestety wnioski dotyczące naszego uczestnictwa w badaniach, a tym samym w procesie dbania o nasze zdrowie, nie napawają optymizmem.

Zapraszam do lektury Raportu oraz refleksji, gdzie jest nasze miejsce w przedstawionych statystykach i czy powinniśmy coś jeszcze zrobić dla siebie i swoich bliskich.

01.

WPROWADZENIE

Badania przesiewowe odgrywają istotną rolę w diagnostyce chorób nowotworowych, i stanowią kluczowy element obniżania śmiertelności. Choć są tak ważne, wciąż liczba pacjentów korzystających z tego typu profilaktyki pozostaje niewystarczająca.



Nadrzędnym celem badań przesiewowych (inaczej skringingu) w kierunku nowotworu jest ujawnienie rozwijającej się choroby w stadium bezobjawowym, czyli przedklinicznym. Wykrycie nowotworu, który nie daje żadnych objawów (podmiotowych, przedmiotowych), pozwala uzyskać wysokie prawdopodobieństwo wyleczenia. **Główną korzyścią z badań przesiewowych w onkologii jest zmniejszenie liczby zgonów w populacji objętej skringiem.** Badania przesiewowe oraz wczesne wykrycie choroby mogą skutkować również spadkiem zachorowalności na nowotwory złośliwe. Jeśli podczas badania zostaną wykryte zmiany przednowotworowe lub rak nie-naciekający, to ich usunięcie może powstrzymać rozwój złośliwej formy choroby.

Niestety, nie wszystkie typy nowotworów stanowią dobry cel dla badań przesiewowych. Skringing w kierunku nowotworów przeprowadza się pod warunkiem, że dana choroba charakteryzuje się istotną zachorowalnością i umieralnością. Aby podjęcie badań przesiewowych było racjonalne, musi również istnieć możliwość skutecznego leczenia wykrytych niezaawansowanych, bezobjawowych nowotworów złośliwych oraz stanów przedrakowych. Ponadto w badaniach takich muszą być stosowane proste i względnie tanie metody wykrywania wspomnianych zmian.

Badania przesiewowe w Polsce są wykonywane w ramach trzech programów: Programu profilaktyki raka piersi (mammografia), Programu profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia), Programu profilaktyki raka jelita grubego (kolonoskopia).

Jak ustala się populację do skringingu

Do objęcia badaniem przesiewowym, na podstawie analiz specjalistów medycyny, wspomaganych przez statystyków, wyodrębnia się daną grupę osób, która statystycznie:

- ▶ jest najbardziej narażona,
- ▶ zaczyna chorować.

W tym celu naukowcy posługują się:

- ▶ danymi epidemiologicznymi
 - ▶ u kogo i w jakim wieku najczęściej rozpoznawana jest dana choroba (niektóre najczęściej rozwijają się w określonym przedziale wiekowym);
 - ▶ jakie zachowania i tryb życia podnoszą ryzyko zachorowania (mogą wynikać np. z narażenia na czynniki rakotwórcze w pracy)
- ▶ danymi dotyczącymi rozwoju danej choroby
 - ▶ czyli jakie są jej najwcześniejsze objawy, których chory może nie być świadomy, a łatwo je wykryć przy określonej metodzie badania;
- ▶ danymi dotyczącymi przebiegu danej choroby
 - ▶ czyli określenie, jak długo trwa jej rozwój i jak długo trwają poszczególne etapy rozwoju, żeby wychwycić zmiany poprzedzające groźny proces chorobowy.

Badania przesiewowe dostępne w Polsce

Aby badania przesiewowe miały pożądaną wartość, ocenia się ich czułość, swoistość, dodatnie i ujemne warunki predykcyjne. Test zastosowany w badaniu przesiewowym powinien cechować się jak najwyższą czułością i odpowiednią swoistością. Czułość badania oznacza prawdopodobieństwo rozpoznania zmian patologicznych w danej grupie poddanej badaniu przy jak najmniejszej liczbie rozpoznań fałszywie dodatnich. Natomiast swoistość badania oznacza rozpoznanie zmian nowotworowych przy najmniejszej liczbie zmian fałszywie ujemnych. Czułość skryningu onkologicznego na poziomie 100 proc. oznaczałaby, że wszystkie osoby chore na nowotwór zostaną rozpoznane.

W przypadku raka piersi uznanym badaniem przesiewowym stała się mammografia. Klasyczna mammografia cechuje się 75-95-procentową czułością oraz swoistością na poziomie 80-95 proc.

W Polsce mammografia jako badania skryningowe w kierunku raka piersi finansowana jest z funduszy Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych – badanie przeprowadza się co 24 miesiące u kobiet w wieku 45-74 lat.

Kobiety, które ukończyły leczenie raka piersi i 5-letni okres monitorowania po nim lub są po leczeniu chirurgicznym nowotworu piersi i w trakcie uzupełniającej hormonoterapii, mogą skorzystać z darmowej mammografii co 12 miesięcy.

Z programu badań przesiewowych raka jelita grubego (kolonoskopia) mogą skorzystać osoby w wieku 50-65 lat lub 40-49 lat, jeśli u najbliższych krewnych pacjenta, rozpoznano nowotwór jelita grubego, które nie miały wykonywanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat.

W przypadku raka szyjki macicy badaniem przesiewowym jest cytologia. Darmowe badanie cytologiczne przysługuje kobietom w wieku 25-64 lat raz na 3 lata. Kobietom z czynnikami ryzyka (zakażenie wirusem HIV, HPV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych) bezpłatna cytologia przysługuje co 12 miesięcy.

Warto pamiętać, że...

wyniki badań przeprowadzonych w ramach skryningu nie są jednoznaczne z postawieniem diagnozy. W przypadku wykrycia nieprawidłowości konieczne jest skierowanie pacjenta na dalsze, bardziej zaawansowane i specjalistyczne badania, które ewentualnie potwierdzą rozwój zmian nowotworowych.

Skuteczność badań przesiewowych

W Polsce zgłaszalność na badania przesiewowe niezmiennie pozostaje niska. Jednak przykłady z innych krajów, gdzie nastąpił szybki spadek umieralności na wyżej wymienione nowotwory, potwierdzają, że jest to skuteczny sposób na wczesne wykrywanie choroby, skuteczną diagnostykę i szansę na długie życie. Badania przesiewowe są znacznie lepszą metodą rozpoznawania raka niż inne sposoby, w tym samobadanie piersi czy standardowe badanie lekarskie.

Okazuje się, że nie tylko w niewielkim stopniu korzystamy z badań przesiewowych, ale też niewiele o nich wiemy. Jak pokazał raport „Dlaczego się nie badamy? Profilaktyka nowotworowa Polek i Polaków” opublikowany w 2022 r. i stworzony z inicjatywy Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięsaki i Czerniaki Sarcoma, 64 proc. Polaków nie wykonuje żadnych badań profilaktycznych w kierunku nowotworów. 46 proc. nie jest w stanie wymienić żadnego badania profilaktycznego służącego do rozpoznawania nowotworów. Jeśli chodzi o badania przesiewowe, to blisko 40 proc. Polek i Polaków nie ma świadomości, że takie badania w ogóle są dla nich dostępne.

W świetle tych danych nie powinna dziwić znikoma liczba osób zgłaszających się na badania. Z bezpłatnej kolonoskopii korzysta zaledwie 20 proc. uprawnionych (dla porównania, w Belgii jest to ok. 60 proc.). Na przesiewową mammografię w 2023 r. wybrało się niecałe 30 proc. uprawnionych Polek, a na cytologię zaledwie 11 proc.

40% Polek i Polaków...

nie ma świadomości, że dostępne są badania przesiewowe

20% uprawnionych...

skorzystało z bezpłatnej kolonoskopii

30% uprawnionych...

wybrało się na mammografię

11% uprawnionych...

zdecydowało się na cytologię





DR HAB. N. MED. PAWEŁ KOCZKODAJ, PROF. NIO-PIB

Zakład Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy

Komentarz eksperta

Jeśli chodzi o zgłaszalność na badania przesiewowe, trend w naszym kraju jest dołujący. Dane NFZ od 2016 r., czyli od momentu, gdy zaprzestano wysyłania imiennych zaproszeń na badania, pokazują, że liczba korzystających z nich osób stale spada. W przypadku mammografii to spadek z 41 proc. w 2016 r. do 27 proc. w 2023 r. W przypadku cytologii zgłaszalność spadła z 20 proc. do 11 proc. To pokazuje, jaka przepaść dzieli nas od 70 proc. udziału uprawnionej populacji w badaniach przesiewowych, a dopiero od tego wyniku można mówić o pozytywnym efekcie populacyjnym skriningu.

Kluczowe pytanie brzmi teraz: jak zachęcić do badań profilaktycznych? Rezygnacja z wysyłania zaproszeń była jednym z największych błędów, co pokazuje przykład Norwegii. Z badania przeprowadzonego tam na grupie 1,3 mln kobiet, którym wysyłano zaproszenia na mammografię, wynika, że umieralność z powodu raka piersi zmniejszyła się u zaproszonych o 20 proc.

Być może rozwiązaniem, które warto brać pod uwagę, jest tzw. roczna wizyta profilaktyczna, która funkcjonuje w USA i dotyczy każdej osoby z wykupionym ubezpieczeniem zdrowotnym. Jak pokazuje badanie, które objęło 3 mln kobiet, pacjentki, które korzystają z tych wizyt, o 25 proc. częściej zgłaszają się na badania przesiewowe niż te, które nie korzystają z rocznej wizyty profilaktycznej.

*Zdrowiepolek.pl: Paweł Koczkodaj: mammografia kluczowym badaniem w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi. Dostęp z dn. 21.04.2024 r.
<https://zdrowiepolek.pl/pawel-koczkodaj-mammografia-kluczowym-badaniem-w-kierunku-wczesnego-wykrywania-raka-piersi/>*

Fot. Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut Badawczy



Skrining ze wsparciem unijnym

Europejska Unia Zdrowotna opracowała zalecenia dotyczące badań przesiewowych chorób nowotworowych. Do 2025 r. 90 proc. mieszkańców Unii Europejskiej, którzy kwalifikują się do badań przesiewowych w kierunku raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego, powinno mieć możliwość ich wykonania. Kraje członkowskie otrzymają wsparcie finansowe na ten cel.

Rozpoznanie na podstawie badania przesiewowego (USA)



77%



61%



52%



45%



3%

Amerykanie sprawdzili skuteczność przesiewu

Naukowcy z Uniwersytetu w Chicago policzyli odsetek nowotworów rozpoznanych w USA w badaniach przesiewowych w 2017 r. W podsumowaniu uwzględnili również nowotwory gruczołu krokowego wykrywane poprzez przesiewowe oznaczenia poziomu PSA.

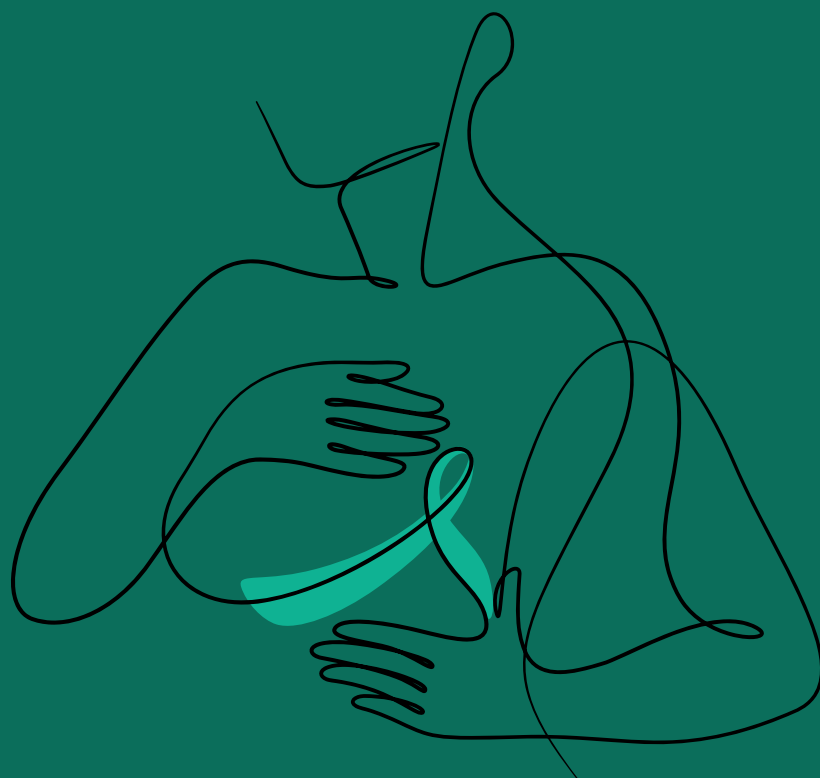
Aż 77 proc. nowotworów gruczołu krokowego rozpoznano na podstawie badania przesiewowego. Odsetek nowotworów rozpoznanych w badaniach przesiewowych dla raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego i raka płuca wyniósł odpowiednio 61 proc., 52 proc., 45 proc. i 3 proc.



02.

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Mammografia wykrywa raka piersi we wczesnym stadium rozwoju, gdy nie ma jeszcze żadnych niepokojących objawów. Wcześnie rozpoczęte leczenie zwiększa szansę na stuprocentowe wyleczenie. Badania kliniczne wykazały, że w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, które wykonywały badania mammograficzne co rok lub co 2 lata, umieralność zmniejszyła się o 25-30 proc.



Rak piersi – zachorowalność, przyczyny, szacowanie ryzyka

Rak piersi to najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet. Stanowi ok. 23 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory i jest przyczyną blisko 14 proc. zgonów. W Polsce, według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, rocznie zapada na raka piersi ok. 17 tysięcy kobiet.

Etiologia raka piersi nie jest do końca poznana. Za najistotniejsze czynniki ryzyka zachorowań uznaje się przyczyny żywieniowe (spożywanie nadmiernych ilości alkoholu, szczególnie wysokoprocentowego; dieta bogata w tłuszcze nasycone, otyłość). W następnej kolejności wczesnie występującą pierwszą miesiączkę, menopauzę w późnym wieku, późne macierzyństwo lub bezdzietność, długotrwałą terapię hormonalną (HTZ), starszy wiek, rodzinne występowanie raka piersi wśród krewnych w pierwszym stopniu pokrewieństwa oraz nosicielstwo mutacji niektórych genów (BRCA1/BRCA2). Badania pokazują, że przestrzeganie zdrowego trybu życia może zapobiec 25-30 proc. przypadków raka piersi.

Ryzyko indywidualne zachorowania można ocenić za pomocą skali według Gaila, która uwzględnia takie składowe, jak: czas pierwszej miesiączki, liczba wykonanych biopsji piersi, atypowa hiperplazja w materiale biopsyjnym, wiek matki w chwili żywego porodu, zachorowania na nowotwory piersi u krewnych i ich stopień oraz wiek kobiety. Warto pamiętać, że kwalifikacja do grupy wysokiego ryzyka nie oznacza jednoznacznie pewności zachorowania na raka piersi, ale

stanowi powód do podjęcia wzmożonych działań profilaktycznych, obejmujących także eliminację lub zmianę niekorzystnych zachowań związanych ze stylem życia. Analogicznie, brak czynników ryzyka zachorowania na raka piersi nie jest gwarancją niewystąpienia tej choroby.

Dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują, że **rak piersi rozpoznany we wczesnym stadium rozwoju jest całkowicie wyleczalny**. Dodatkowo większość poznanych czynników ryzyka raka piersi ma charakter modyfikowalny, a ich wyeliminowanie daje realną szansę na zmniejszenie zachorowalności oraz umieralności. Dlatego wszelkie działania zmierzają do wykrycia choroby w jak najwcześniejszym stadium jej zaawansowania.

Program przesiewowy – dla kogo, jak często

Skrining raka piersi jest dedykowany kobietom bez żadnych dolegliwości ani objawów choroby nowotworowej. Pacjentka uprawniona do niego nie musi mieć żadnego skierowania. Zgłasza się do jednego z ośrodków prowadzących taki program i po zarejestrowaniu się jest kierowana na badanie. Wynik odbiera sama lub jest jej przesyłany do domu wraz ze zdjęciami. Zdjęcia mammograficzne w postaci klisz lub płytki CD pacjentki powinny zachować do następnego badania celem porównania.

Według rekomendacji American Cancer Society i Polskiej Unii Onkologii najlepszą metodą wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet bez objawów klinicznych

jest przesiewowe badanie mammograficzne (MMG). Właściwie zaplanowane i przeprowadzone badania przesiewowe pozwalają zmniejszyć umieralność. Zaleca się, by mammografia była wykonywana w wyspecjalizowanych ośrodkach przy współpracy lekarzy: radiologa, chirurga, onkologa oraz patomorfologa.

W Polsce realizowany jest program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka piersi. Jest on skierowany do kobiet w wieku 45-74 lat, które są najbardziej zagrożone zachorowaniem ze względu na wiek. Od 1 stycznia 2024 r. do programu zostały włączone także kobiety po 5 latach od zakończenia leczenia raka piersi oraz te, które nie zakończyły leczenia, ale po 5 latach od zabiegu chirurgicznego są w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT).

Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwia tym kobietom bezpłatną mammografię bez skierowania w następującym schemacie:

- ▶ co 24 miesiące – paniom, które nie miały wcześniej zdiagnozowanej złośliwej zmiany nowotworowej w piersi;
- ▶ co 12 miesięcy – kobietom, które po 5 latach od leczenia chirurgicznego raka piersi pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT); zakończyły leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu.

Mammografia – jej znaczenie

Badanie przesiewowe w kierunku raka piersi polega na wykonaniu zdjęcia rent-

genowskiego, tzw. mammogramu, w celu sprawdzenia, czy w piersiach pojawiły się nieprawidłowe zmiany. Mammografia jest badaniem bezpiecznym, które za pomocą promieni rentgenowskich pozwala wykryć raka piersi w jego wczesnym stadium rozwoju. W czasie badania wykonuje się dwa zdjęcia każdej piersi. Badanie trwa kilka minut.

W przypadku prawidłowego wyniku pacjentka otrzymuje zalecenie ponownego zgłoszenia za 2 lata. Jeśli wynik jest pozytywny (wykrycie nieprawidłowości) jest ona kierowana na pogłębioną diagnostykę. Etap pogłębionej diagnostyki ma na celu wyjaśnienie nieprawidłowości, które uwidoczniły się w trakcie badania mammograficznego (dodatkowe badanie mammograficzne, badanie fizykalne, badanie USG, biopsja cienkoigłowa, biopsja gruboigłowa, biopsja chirurgiczna).

Jeśli wynik przesiewowego badania mammograficznego jest nieprawidłowy, nie należy wpadać w panikę. W 9 na 10 przypadków nieprawidłowy wynik mammografii nie oznacza raka piersi.

Warto pamiętać, że...

mammografia to najlepsza dostępna obecnie przesiewowa metoda badania umożliwiająca wykrycie niewielkich zmian nowotworowych, których chora nie byłaby w stanie wykryć samodzielnie.

Należy jednak pamiętać, że nie gwarantuje ona wykrycia wszystkich przypadków

raka piersi, dlatego też warto regularnie uczestniczyć w badaniu przesiewowym. Ryzyko, że rak nie zostanie wykryty w trakcie badania przesiewowego, zależy od wieku kobiety i gęstości tkanki w jej piersi. Mammografia piersi ma najwyższą czułość (zdolność wykrycia nowotworu) u kobiet z budową piersi tłuszczową i tłuszczowo-gruczołową. Z tego powodu jej czułość u młodych kobiet jest mniejsza, dlatego w tej grupie wiekowej zalecane jest USG piersi.

W ramach zorganizowanych programów badania przesiewowego w kierunku raka piersi prowadzonych w Unii Europejskiej każdy mammogram jest zazwyczaj analizowany przez dwóch radiologów, co zmniejsza ryzyko nieprawidłowej diagnozy.

Mammografia przeprowadzana jest obecnie najczęściej w technice cyfrowej, która wypiera metodę analogową. Zgodnie z zapowiedzią Ministerstwa Zdrowia od 2025 r. w Polsce mają obowiązywać tylko mammografie cyfrowe.

Mammografia może wykryć ognisko raka mniejsze niż 5 mm, ale również pozwala stwierdzić zmiany, które nie są jeszcze guzkiem, a jedynie zmianą struktury tkanek (tzw. struktury promieniste) lub jedynie charakterystyczny kształt, wielkość i ułożenie mikrozwapnień w tkance piersi. Zdaniem ekspertów mniej niż 15 proc. nowotworów złośliwych bywa niewidoczna w badaniu mammograficznym, a aż w 45 proc. przypadków w badaniu mammograficznym można ujawnić raka piersi, zanim stanie się on wyczuwalny.

Udowodniono, że...

skrining z wykorzystaniem mammografii wpływa na zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi w grupie kobiet objętej badaniami o 30-35 proc.

Samobadanie piersi

Do badań przesiewowych w profilaktyce raka piersi zalicza się również samokontrolę piersi, która powinna być wykonywana od 18. r.ż. raz w miesiącu, w tym samym dniu po miesiączce. Istnieją badania, które pokazują, że 90 proc. nowotworów piersi kobiety wykrywają sobie same. Niebagatelną rolę odgrywają w tym też ich partnerzy.

Istotne jest, aby samobadanie piersi było przeprowadzane regularnie, dokładnie i bez pośpiechu. Powinno ono obejmować zarówno oglądanie piersi w lustrze, jak i badanie dotykowe, w pozycji stojącej i leżącej. Podczas oglądania piersi szczególną uwagę należy zwrócić na symetrię brodawek, występowanie ewentualnych zmarszczeń, zaciągnięć, zgrubień i zmian w kolorze skóry. Dodatkowym elementem tej części badania jest kontrola krwawień bądź wycieku z brodawki. Nie należy pomijać również oglądania okolicy dołów pachowych.

Badanie palpacyjne najlepiej wykonywać opuszkami palców wskazującego, środkowego i serdecznego. Zaleca się badanie piersi w jednym z czterech schematów: pionowo wzdłuż piersi, w poprzek

piersi, koncentrycznie – kulistym ruchem bądź promieniście. Ręka po stronie badanej powinna być uniesiona. Zaleca się zataczanie kółeczek palcami, bez odrywania ich przy tym od piersi. Należy zba-

dać również dół pachowy oraz okolice węzłów nadobojczykowych. Ostatnim etapem jest delikatne ściśnięcie brodawki i obserwacja ewentualnie pojawiającej się wydzieliny.

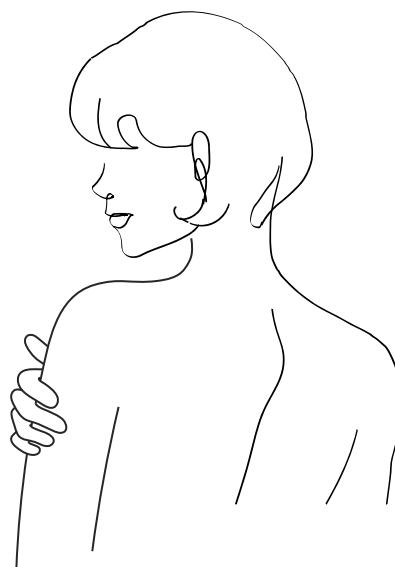


Wynik fałszywie pozytywny

Fałszywie pozytywne wyniki badania mammograficznego mogą wzbudzić niepokój u badanej i stanowić źródło stresu, ale ma to zazwyczaj krótkotrwały charakter.

Dodatkowe badania, które są przeprowadzane również w ramach przesiewu, pozwalają rozwiązać wątpliwości. Na przestrzeni 20 lat 1 na 5 kobiet, które regularnie uczestniczą w badaniu przesiewowym, otrzymuje wynik fałszywie pozytywny.

20%



Ucisk piersi jest konieczny

Urządzenie do mammografii spłaszcza pierś między dwiema panelami (płytami). Odpowiedni ucisk piersi w trakcie badania jest konieczny, żeby uzyskać odpowiednią jego wiarygodność. Mammografia trwa zaledwie kilka minut, więc dyskomfort jest krótkotrwały.

Zalety badania przesiewowego

- ▶ Niższy wskaźnik śmiertelności z powodu raka piersi. Wczesne wykrycie raka umożliwia wykonanie prostszego i mniej inwazyjnego zabiegu (np. mastektomii częściowej), pozwala uniknąć usunięcia węzłów chłonnych znajdujących się w dole pachowym.
- ▶ Wczesne wykrycie nowotworu oznacza mniejsze prawdopodobieństwo wdrożenia chemioterapii.

Jak przygotować się do badania

Planując mammografię, kobiety miesiączkujące powinny umówić się na badania po miesiączce, najpóźniej tydzień przed kolejną miesiączką. Pozwoli to zmniejszyć ewentualny dyskomfort podczas badania, ponieważ niektóre kobiety odczuwają tkliwość piersi w trakcie miesiączki i przed nią.

W dniu wizyty należy zrezygnować ze stosowania dezodorantu, pudru, antyperspirantu pod pachami. Mogą one zawierać niewielkie ilości metali. Metale mogą zostać uwidocznione jako plamki na mammogramie (wyniku mammografii) i utrudnić jego odczyt.

Gdzie wykonać mammografię

Badanie mammograficzne można wykonać w poradniach stacjonarnych lub w mammobusach, które dojeżdżają do najodleglejszych zakątków Polski. Wykaz placówek wykonujących mammografię w ramach programu przesiewowego: <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyProfilaktyczne>

Pod tym adresem można z kolei znaleźć adresy, gdzie pojawiają się mammobusy:

<https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/zbadaj-piersi-mammobus-przyjedzie-do-ciebie>

KOMENTARZ EKSPERTA



DR N. MED. JOANNA KUFEL-GRABOWSKA

Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii, Gdański
Uniwersytet Medyczny

Mała zgłaszalność na badania przesiewowe, moim zdaniem, wynika przede wszystkim z lęku przed usłyszeniem diagnozy choroby nowotworowej. Czasami strach paraliżuje tak mocno, że nie pozwala kobiecie zgłosić się na darmowe badania. Chorobę nowotworową ciągle kojarzymy z wyrokiem śmierci. A tak naprawdę większość chorych na raka piersi może być wyleczona.

Poza tym edukacja zdrowotna przedstawicielek starszego pokolenia jest na niskim poziomie, wiedza na temat chorób nowotworowych jest kiepska. Bardzo często słyszę w gabinecie „badałam się, mam raka i tyle mam z tego”.

Pokutuje niewiedza, że...

badania przesiewowe nie chronią przed zachorowaniem, ale pozwalają wykryć chorobę nowotworową na wczesnym etapie, co daje ogromną szansę na całkowite wyleczenie.

Sądzę, że młodsze pokolenie jest już znacznie lepiej wyedukowane. Obserwuję zrozumienie wśród młodych pacjentek, że rak piersi jest w pewnym sensie chorobą cywilizacyjną i nawet zaawansowane stadia u części chorych wiążą się z przewlekłym leczeniem, a nie natychmiastową śmiercią.

Myślę, że przyczyną małej zgłaszalności jest też fakt, zgłaszalności na badania przesiewowe jest też fakt, że one nie są egzekwowane. Badania przesiewowe na razie w Polsce są dobrowolne, zostały zlikwidowane pisemne zaproszenia, które kiedyś działały mobilizująco. Ani lekarz rodzinny, ani lekarz medycyny pracy nie wymagają od pacjentek wykonywania tych badań, co uważam, że byłoby bardzo dobrym krokiem.

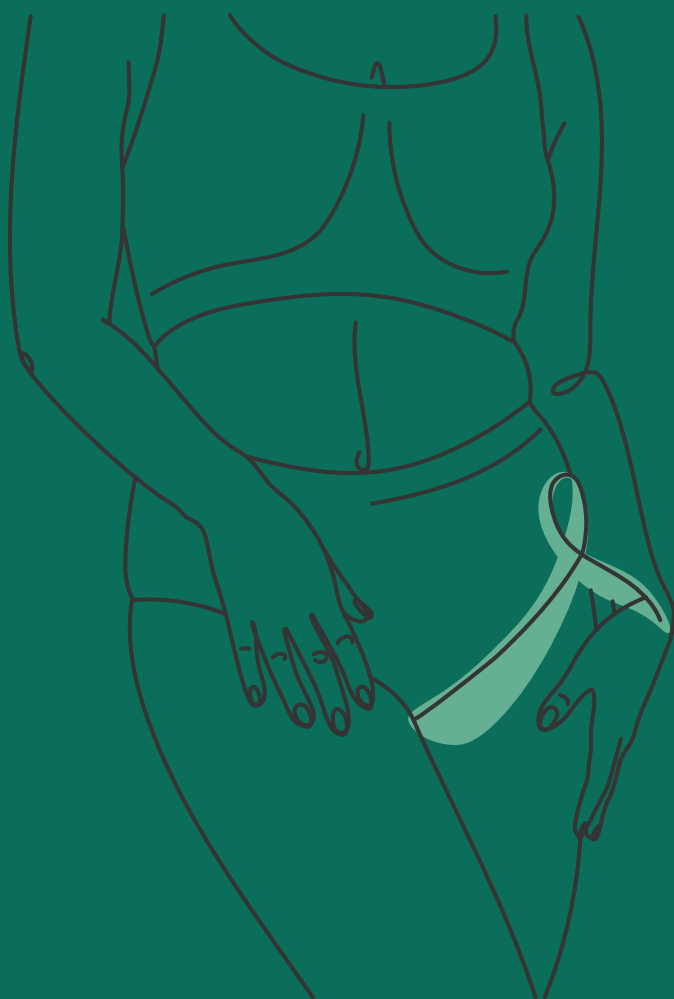
Wypowiedź podczas konferencji Priorities and Challenges in Polish and European Drug Policy z dn. 5-6.06.2024 r. „Badania „Zdrowie kobiety – w jaki sposób możemy poprawić wczesną wykrywalność raka piersi w Polsce?”

Fot.: Uniwersytet Medyczny w Gdańsku <https://research-university.mug.edu.pl/62528.html>

03.

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Rak szyjki macicy to jeden z częstszych nowotworów u kobiet. Na wczesnym etapie jest wyleczalny w ponad 99 proc. przypadków. Niewykryty i nieleczony może prowadzić do śmierci. Dlatego każda kobieta po 25. r.ż. powinna regularnie wykonywać profilaktyczne badania cytologiczne.



Rak szyjki macicy – zachorowalność, przyczyny

W Polsce rak szyjki macicy jest szóstym pod względem częstości występowania nowotworem u kobiet – stanowi ponad 10 proc. wszystkich nowotworów u kobiet. Rocznie jest wykrywany u ok. 3 tys. Polek, a 1,7 tys. umiera z jego powodu.

Przetrwałe zakażenie onkogennymi genotypami HPV (wirus brodawczaka ludzkiego) odgrywa kluczową rolę w rozwoju raka szyjki macicy. W ostatnich latach obserwuje się stopniowy spadek zachorowalności na ten nowotwór za sprawą rozpowszechniania strategii profilaktycznych. Przesiewowe badania cytologiczne umożliwiają wykrycie zmian przednowotworowych i raka na wczesnym etapie rozwoju, gdy objawy kliniczne zwykle nie są jeszcze obecne, a leczenie ma większe szanse powodzenia.

W opinii specjalistów wczesna diagnoza jest kluczowa, ponieważ stany przedrakowe i wczesne stadia zaawansowania raka szyjki macicy są całkowicie wyleczalne. Rokowanie dotyczące 5-letnich przeżyć u chorych z rakiem w III stopniu zaawansowania wynosi 45 proc. W stopniu IV nie przekracza nawet 10 proc. Tymczasem dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, że w Polsce aż 40 proc. nowo zdiagnozowanych przypadków raka szyjki macicy jest bardzo zaawansowanych, a zaledwie 27 proc. Polek wykonuje badania cytologiczne. Polska ma też jeden z najwyższych wskaźników zachorowań i umieralności z powodu złośliwych nowotworów szyjki macicy w Europie.

Znaczenie badań przesiewowych

Badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy nie jest w rzeczywistości badaniem na obecność komórek nowotworowych. To metoda zapobiegania zachorowaniu na raka dzięki wykryciu i leczeniu nieprawidłowości na wczesnym etapie, które w przypadku niepodjęcia leczenia mogłyby doprowadzić do powstania komórek rakowych. Ryzyko zachorowania na inwazyjnego raka szyjki macicy u kobiet regularnie uczestniczących w badaniu przesiewowym jest mniejsze nawet o 90 proc. Innymi słowy badanie przesiewowe pozwala zapobiec zachorowaniu na inwazyjnego raka szyjki macicy w 9 na 10 przypadków.

W krajach, które badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy zaczęły wiele lat temu, nastąpiła znaczna poprawa. Na przykład w Szwecji w 1965 r. wskaźnik zachorowalności na ten nowotwór wynosił 20 na 100 tys. kobiet, podczas gdy w 2012 r. zmalał do 6,5 na 100 tys. Liczba kobiet, zgłaszających się na badanie cytologiczne, wzrosła w tym czasie z 40 do 90 proc.

Choć udział w badaniach przesiewowych znacznie zmniejsza ryzyko zgonu wskutek zachorowania na raka szyjki macicy, badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy – podobnie jak inne przesiewy – mogą nie wykryć niektórych nieprawidłowości mogących doprowadzić do zachorowania na raka.

W Polsce od 2006 r. realizowany jest program badań przesiewowych w kierunku

raka szyjki macicy. Jednak zgłaszalność do niego jest niska. Przyczyną jest zapewne m.in. fakt, że polskie kobiety wykonują cytologię w placówkach prywatnej opieki zdrowotnej. Według danych Eurostatu i GUS, w niektórych grupach wiekowych taką decyzję podejmuje nawet ponad 80 proc. Polek.

Czy program jest dla Ciebie?

W ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy badanie cytologiczne przysługuje co 3 lata kobietom w wieku 25-74 lat. Co roku bezpłatną cytologię mogą wykonać panie obciążone czynnikami ryzyka (zakażone wirusem HIV, przyjmujące leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka).

Uwaga!

Chore leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący terapię onkologiczną) ponownie mogą zostać objęte programem przesiewowym.

Jeśli wynik będzie prawidłowy, lekarz ginekolog zaleci ci ponowne badanie profilaktyczne po upływie 3 lat lub – w uzasadnionych przypadkach (wspomniane grupy ryzyka) – po upływie roku. Gdy w badaniu zostaną stwierdzone zmiany o charakterze dysplastycznym, otrzymasz skierowanie na dalszą diagnostykę, czyli badanie kolposkopowe lub badanie

kolposkopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego. Jeżeli te badania nic nie wykażą, zostaniesz poinformowana o terminie kolejnego badania cytologicznego – za 3 lata lub w uzasadnionych przypadkach po roku.

Jeżeli rozpoznano u Ciebie raka szyjki macicy lub inne schorzenie, zostaniesz skierowana (poza programem) do leczenia specjalistycznego w warunkach ambulatoryjnych/szpitalnych lub na dalszą diagnostykę do placówek posiadających umowę z NFZ.

Regularna cytologia pozwala wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym, uleczalnym, stadium choroby. Badania pokazują, że 1,5-2 proc. rozmazów cytologicznych jest nieprawidłowych i wymaga dalszej diagnostyki.

Program profilaktyki raka szyjki macicy realizuje każda poradnia położniczo-ginekologiczna, która ma podpisaną umowę z NFZ. Adresy placówek znajdziesz na stronie <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyProfilaktyczne>

Testy HPV DNA powinny zastąpić cytologię

Diagnostyka molekularna (testy HPV DNA) jest jedyną diagnostyką identyfikującą wirusa HPV ze 100-procentową pewnością. Jest to metoda obiektywna, ponieważ za wykonanie badania odpowiada urządzenie wykorzystujące techniki biologii molekularnej. Natomiast klasyczna cytologia jest metodą obciążoną pewną skalą błędów. Oceny pobra-

nej próbki dokonuje człowiek, więc jest to ocena bardzo subiektywna. Często są wyniki fałszywie negatywne lub fałszywie pozytywne. Koszty tego typu diagnostyki są olbrzymie, a zawodność metody bardzo duża.

Testy HPV DNA mają praktycznie 100 proc. czułości. Kobieta może nawet wykonać taki test sama, ponieważ są dostępne specjalne zestawy do samopobrania wymazu z pochwy, które może zamówić i zbadać się w domu.

Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy z sierpnia 2022 r. należy wykonywać cotesting, czyli test na HPV z jednoczesną cytologią płynną, kobietom od ukończenia 25. r.ż. Kolejny test HPV i cytologia są zalecane po 3 lata bądź sam test HPV po 5 latach.

WHO postanowiło, że testy HPV DNA mają wejść do programu profilaktyki raka szyjki macicy w krajach, które poprzednio przeprowadziły stosowny pilotaż. Ma to nastąpić w 2024 r. Polska przeprowadziła pilotaż zastosowania badania molekularnego w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego wysokiego ryzyka (HPV HR) jako nowego testu przesiewowego w programie profilaktyki raka szyjki macicy. Wyniki pilotażu są zbieżne z obserwacjami w krajach zachodnich.

Czekamy zatem na wprowadzeniem testu HPV-DNA do programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w miejsce klasycznej cytologii, która – przypomnijmy – charakteryzuje się czułością do 60 proc. Przełożmy to na liczby. Jeżeli 100 kobiet z rakiem szyjki macicy

albo stanem przednowotworowym pójdzie na klasyczne badanie cytologiczne, to tylko najwyżej 60 otrzyma wiarygodny wynik. Nigdy nie będzie miała pewności cała setka.



Co wiemy o wirusie HPV

Jest to najczęstsze zakażenie przenoszone drogą płciową.

Praktycznie 80 proc. społeczeństwa w ciągu życia styka się z HPV. Najczęściej do zakażenia dochodzi w populacji między 16.-17. r. ż. a 25.-30. Po 30.-35. r. ż. częstość zakażeń spada.

Szacuje się, że 20 proc. populacji, która się zakaża między 16.-17. a 25.-30. r. ż., nie pozbywa się wirusa, a 80 proc. pozbywa się na zasadzie samostnej eliminacji. Ta pierwsza grupa jest grupą ryzyka patologii szyjki macicy, pochwy, sromu, odbytu, pęcherza moczowego i narządów jamy ustnej. Szczyt zachorowań na raka szyjki macicy zaczyna się od 40. r. ż. Należy sobie uzmysłowić, że tworzenie się nowotworu zwykle trwa 12-15 lat.

REKOMENDACJE AOTMIiT

Prezes AOTMIiT zarekomendował w marcu tego roku przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej skierowanych do populacji ogólnej działań informacyjno-edukacyjnych na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka szyjki macicy oraz promowanie udziału w programie badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy.

W uzasadnieniu AOTMIiT przypomina, że rak szyjki macicy jest istotnym problemem zdrowotnym. W początkowym stadium choroba może nie dawać żadnych charakterystycznych objawów klinicznych, a ich wystąpienie może świadczyć o już zaawansowanej fazie nowotworu. Wykrycie na wczesnym etapie daje bardzo wysokie szanse na jego pełne wyleczenie, natomiast profilaktyka wtórna, obejmująca odpowiednio wczesne wykrycie nowotworu, jest kluczowym elementem skutecznego zapobiegania rakowi szyjki macicy.

AOTMIiT wskazuje, że główną metodą przesiewową uznawaną za złoty standard diagnostyki raka szyjki macicy jest cytologia. Jako narzędzie przesiewowe zaleca się też test HPV oraz połączenie cytologii z testem na obecność HPV (cotesting). Rekomenduje się prowadzenie badań przesiewowych u kobiet od 21. do 69. r.ż. W przypadku kobiet powyżej 65. r.ż. decyzja o zaprzestaniu prowadzenia badań przesiewowych powinna zostać podjęta na podstawie uzyskanych negatywnych wyników we wcześniejszych badaniach przesiewowych.

Wskazuje się na potrzebę realizacji działań mających na celu zwiększenie uczestnictwa w programach przesiewowych, poprzez listowne zaproszenia do udziału w nich, przypomnienia o badaniu, edukację, poradnictwo oraz ocenę czynników ryzyka.

Cytologia choć raz w życiu

Profesor Marzena Dębska, ginekolog, położnik, perinatolog z Dębski Clinic, zauważa, że rak szyjki macicy zazwyczaj rozwija się tak długo, że gdyby kobieta miała choć raz w życiu wykonaną cytologię, to jej ryzyko zgonu z powodu tego nowotworu bardzo by spadło. Choć nie do zera, bo cytologia nie daje stuprocentowej pewności. Cytologia klasyczna ma do 60 proc. czułości, cytologia płynna ok. 80 proc.

Cytologia płynna lepsza od klasycznej

Wykonanie cytologii płynnej pozwala na dokładniejszą ocenę pobranego do badania materiału niż w przypadku cytologii klasycznej. Próbkę w cytologii płynnej poddawana jest specjalnej obróbce, pozwalającej usunąć z materiału ewentualne zanieczyszczenia, takie jak: bakterie, ropa, krew czy śluz. Umożliwia ona w trakcie pobrania jednego materiału przeprowadzenie diagnostyki w kierunku zakażenia wirusem HPV, rzeżączki, a także chlamydii.

Przygotowywanie próbki na płynnym podłożu zmniejsza ryzyko uszkodzenia preparatu. Eliminuje również problem polegający na zabezpieczeniu zbyt małej ilości komórek nabłonkowych, jakie potrzebne są do przeprowadzenia analizy.

Mimo ogromnych zalet cytologia płynna nie jest refundowana przez NFZ. Panie, które chcą wybrać ten wariant cytologii, muszą zapłacić za badanie samodzielnie.

Szczepienia przeciwko HPV

Polska jako ostatni kraj Unii Europejskiej wprowadziła od czerwca 2023 r. populacyjne szczepienia przeciwko HPV (ang. human papilloma virus). Są one dostępne bezpłatnie dla dziewcząt i chłopców w wieku 12 i 13 lat. W tym roku szczepione są dzieci z roczników 2011 i 2012. Przez to, że przez wiele lat temat HPV nie był u nas szczególnie chętnie poruszany, świadomość związana z tym wirusem oraz tego, że można ich uniknąć, jest bardzo niska.

KOMENTARZ EKSPERTA



DR HAB. N. MED. RADOSŁAW MĄDRY

Klinika Ginekologii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Ważnym elementem profilaktyki jest też badanie cytologiczne. Czy kobiety w Polsce je robią? Tak, ale zbyt rzadko. Wykonujemy cytologię u osób, które dbają o zdrowie, same się zgłaszają i robią to w miarę regularnie. Nie docieramy do pacjentek, które do ginekologa nie chodzą, a system właśnie takie osoby powinien wyszukiwać i zachęcać do badania, minimum raz na trzy lata. Badanie musi być wykonywane w odpowiedniej jakości, choć wcale nie musi tego robić ginekolog, może to być położna czy pielęgniarka.

Należy też wprowadzić kolejny element profilaktyki, czyli testowanie na obecność wirusów HPV. Są kraje, które na tym polu mają duże sukcesy, np. Turcja. Test wykonuje się samodzielnie za pomocą specjalnego patyczka, który po pobraniu próbki wysyła się do laboratorium. Ale pierwszy podstawowy warunek to inicjatywa pacjenta, który musi zetknąć się z systemem, iść na badania. Jak w starym powiedzeniu: żeby wygrać, trzeba kupić los. Dlatego warto pomyśleć, by cytologia stała się np. elementem badań przy przyjmowaniu do pracy, by była promo-

wana wśród osób korzystających z opieki społecznej, by zalecał ją lekarz rodzinny. Mamy narzędzia cyfrowe, pandemia nauczyła nas, jak z nich korzystać w ochronie zdrowia, wykorzystajmy to.

Mamy trend spadkowy zachorowalności na raka szyjki macicy. To sukces, ale niestety wzrasta liczba zgonów w stosunku do liczby stwierdzonych przypadków. Dzieje się tak, bo ci, którzy nie przychodzą na badania cytologiczne, kontaktują się z lekarzem, gdy choroba jest już bardzo zaawansowana. To dotyczy najczęściej osób, które nie uczestniczą w powszechnych screeningowych badaniach cytologicznych, więc nie mają nawyku robienia takich badań. I dlatego rokowania są złe, i często jest za późno na ratunek. Kiedyś umierało ponad 50 proc. chorych, teraz ponad 60 proc. Czyli pacjentek mamy coraz mniej, ale przychodzą w bardziej zaawansowanym stanie.

Rzeczpospolita: „Dr hab. Radosław Mądry: Jest mniej raków szyjki macicy, ale są bardziej zaawansowane”. Dostęp z dn. 1.08.2023 r. <https://www.rp.pl/wywiad/art38883391-dr-hab-radoslaw-madry-jest-mniej-rakow-szyjki-macicy-ale-sa-bardziej-zaawansowane>

Fot.: Portal edukacyjny Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej <https://ptgo.edu.pl/autor/radoslaw-madry/>

04.

BADANIA PRZESIEWOWE W KIERUNKU RAKA PŁUCA

Badaniem, które ma udowodniony wpływ na redukcję śmiertelności z powodu raka płuca, jest niskodawkowa tomografia komputerowa. Trzyletni program, który objął 18,5 tys. osób, zakończył się w listopadzie 2023 r. Zgodnie z informacjami z Ministerstwa Zdrowia od przyszłego roku skrining raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej będzie finansowany przez NFZ, a nie z funduszy unijnych. Obejmie całą Polskę i znacznie większą liczbę osób niż dotychczas.



Rak płuca – zachorowalność, przyczyny

Rak płuca jest najczęściej diagnozowanym nowotworem w Polsce (ok. 23 tys. rozpoznań rocznie), a także najczęstszą przyczyną zgonów z powodu chorób onkologicznych. Polska należy do państw o wysokim wskaźniku zapaadalności na raka płuca i plasuje się na pozycji wicelidera w niechlubnym rankingu rozpoznanych przypadków na 100 tys. mieszkańców. W przypadku mężczyzn wskaźnik ten wynosi 120 zachorowań na 100 tys. mieszkańców. Wśród mężczyzn rak płuca odpowiada w naszym kraju za jedną trzecią zgonów spowodowanych przez nowotwory i 1/8 zgonów wśród mężczyzn w ogóle. W przypadku kobiet rak płuca jest drugą przyczyną zachorowań na choroby onkologiczne i wyprzedził raka piersi jako przyczynę zgonów. Niestety to, co obecnie obserwujemy to nadal rosnący trend umieralności z powodu nowotworu płuca.

Główną przyczyną pojawienia się i rozwoju komórek nowotworowych w płucach jest palenie papierosów. Aż 90 proc. chorych to osoby, które były narażone na działanie szkodliwych składników dymu tytoniowego.

Rak płuca jest nowotworem podstępny, niedającym objawów w początkowych etapach rozwoju, gdy może być leczony radykalnie. Dlatego tak trudno jest go wykryć odpowiednio wcześnie. Mniej więcej 87 proc. przypadków raka płuca jest wykrywanych w Polsce w późnych, nieoperacyjnych stadiach. Tylko 13 proc. chorych w momencie wykrycia

nowotworu nadaje się do leczenia radykalnego, czyli operacyjnego, ewentualnie z uzupełnieniem w postaci chemioterapii i/lub radioterapii. Średnia europejska wynosi 16-18 proc

Badania przesiewowe – dla kogo, korzyści

Przesiewowy program wykrywania raka płuca z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej trwał trzy lata. Był współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zakończył się w listopadzie 2023 r. Można go uznać za pilotaż ogólnopolskiego programu. Obecnie są analizowane dane zebrane w trakcie programu i jesteśmy w okresie przejściowym.

W ramach programu wykonanych zostało ponad 40 tys. tomografii, podczas których wykryto 14,6 tys. guzków. Warto wiedzieć, że guzki w płucach ma nawet 48 proc. populacji, a wczesne raki płuca stanowią zaledwie 1-3 proc. tych zmian.

Z badań wynika, że...

wszędzie tam, gdzie taki program wdrażano, śmiertelność z powodu raka płuca znacząco spadała – od 20-30 proc. do nawet 38 proc. u kobiet w badaniu europejskim.

Jeśli dojdzie do reaktywacji programu badań przesiewowych z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej, Polska będzie czwartym krajem na świecie, który posiada tego rodzaju pro-

gram "wmontowany" w system ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych.

Z darmowych badań przesiewowych mogły skorzystać osoby:

- ▶ w wieku 55-74 lata, które są aktywnymi palaczami z dorobkiem większym lub równym 20 paczkomatom (20 papierosów dziennie przez 20 lat),
 - ▶ mające konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkomatom i rzuciły palenie na nie więcej niż 15 lat (dotyczy ostatniego okresu abstynencji),
- ▶ w wieku 50-74 lata, które mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkomatom i są aktywnymi palaczami,
 - ▶ mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkomatom i rzuciły palenie na nie więcej niż 15 lat (dot. ostatniego okresu abstynencji) i dodatkowo stwierdzono u nich jeden z czynników ryzyka,
 - ▶ z uwagi na wykonywany zawód były narażone na działanie krzemionki, berylu, niklu, chromu, kadmu, azbestu, związków arsenu, spalin silników diesla, dymu ze spalania węgla kamiennego, sadzy,
 - ▶ ekspozycję na radon,
 - ▶ chorowały na raka płuca, chłonia-ka, raka głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. raka pęcherza moczowego,
 - ▶ osoby z bliskiej rodziny (krewni pierwszego stopnia) miały raka płuca,
 - ▶ chorują na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) lub samoistne włóknienie płuc (IPF).

Do badań kwalifikowane są osoby, które zostaną zidentyfikowane przez lekarzy ośrodka przesiewowego lub lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Warto wiedzieć, że...

Program skriningowy raka płuca nie ogranicza się tylko i wyłącznie do zdiagnozowania czy wychwycenia na wczesnym etapie osób, u których podejrzewany jest rak płuca. Zalecenia kilku europejskich towarzystw naukowych wskazują, że taki skrining pozwala też wykryć wiele innych podejrzanych zmian, które będą wymagały oceny i diagnostyki.

Niskodawkowa TK – na czym polega

Niskodawkowa TK jest szybka i bezbolesna. Skaner to zazwyczaj duże urządzenie w kształcie „donuta” z krótkim tunelem na środku. Obrazy są tworzone, kiedy pacjent leży na płaskiej leżance poruszającej się pod skanerem w krótkim tunelu i poza nim. Osoba przeprowadzająca badanie (radiolog) obsługuje urządzenie z innego pomieszczenia i wykonuje wymagane zdjęcia.

NOWE WYTYCZNE

American Cancer Society zaktualizowało w ubiegłym roku swoje wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku raka płuca. Nowe wytyczne zalecają coroczne badania przesiewowe w kierunku raka płuca u osób w wieku 50-80 lat, które palą lub paliły w przeszłości i których historia palenia wynosi co najmniej 20 lat.

KOMENTARZ EKSPERTA



PROF. DR. HAB. N. MED. WITOLD RZYMAN

Katedra i Klinika Klatki Piersiowej, Gdański
Uniwersytet Medyczny

Musimy wprowadzić program badań przesiewowych w kierunku raka płuca, bo ratują życie. Trzeba je jednak bardzo starannie zaplanować. Tymi badaniami nie możemy zaszkodzić osobom zdrowym, dlatego musimy wyeliminować wyniki fałszywie ujemne. A trzeba pamiętać, że jeżeli wykonamy tomografię komputerową u osoby powyżej 50. roku życia, w 52 proc. przypadków wykryjemy guzek. Tak, że musimy mieć bardzo dokładną ścieżkę diagnostyczną, która nie spowoduje, że będziemy narażali badanych na niepotrzebne interwencje.

Druga niezmiernie istotna kwestia to nabór do programu. W USA, kiedy 8 lat temu ruszył program badań przesiewowych, nabór w pierwszych dwóch latach wynosił 1 do 2 proc. uprawnionej do przesiewu populacji. Na podstawie doświadczenia, które już mamy, twierdzę, że nie będzie dobrego, skutecznego programu badań przesiewowych bez pełnego zaangażowania lekarzy rodzinnych. Bez ich wsparcia zgłosi się tylko niewielki odsetek osób uprawnionych.

Musimy też wyszkolić i przygotować odpowiednią grupę radiologów i wystanda-

ryzować cały proces. W standaryzacji pomoże uruchomienie platformy dostępnej dla wszystkich ośrodków wykonujących badania przesiewowe. Pozwoli ona na zbieranie i analizowanie na bieżąco danych. Poza tym standaryzowałaby opis badania radiologicznego oraz komunikaty kierowane do lekarza rodzinnego oraz pacjenta tak, aby nie wzbudzały niepotrzebnych wątpliwości.

Badania przesiewowe w kierunku raka płuca ratują życie. Amerykanie udowodnili, że prowadzą do zmniejszenia śmiertelności o 20 proc. Dzięki nim aż ponad 80 proc. guzów jest wykrywanych we wczesnym stopniu zaawansowania i może być poddanych skutecznemu leczeniu, co zapewnia 10-letnie przeżycie na poziomie powyżej 90 proc. Z kolei europejskie badanie z 2020 r. wykazało zmniejszenie umieralności dzięki skriningowi aż o 26 proc.

Obrady sejmowej podkomisji stałej ds. onkologii
<https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/agent>

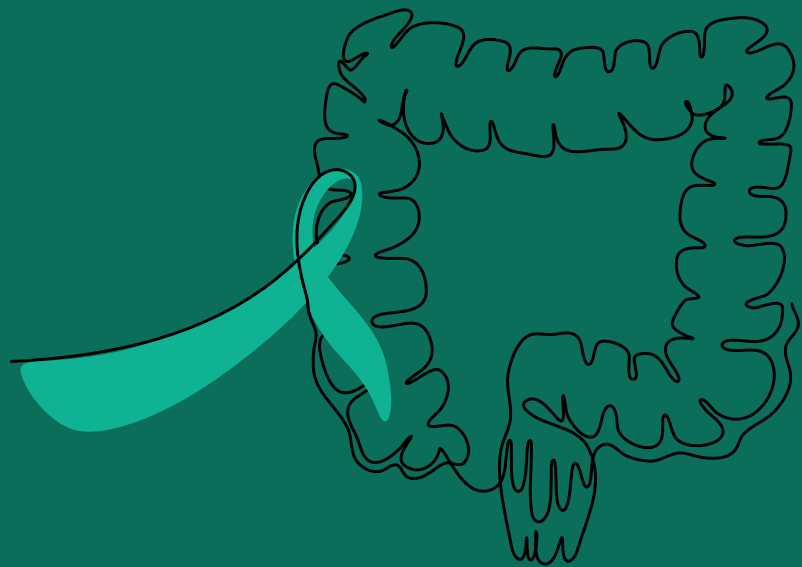
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

Fot.: <https://luck.pl/jednostki-szpitala/klinika-dla-doroslych/chirurgii-klatki-piersiowej.html>

05.

PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU RAKA JELITA GRUBEGO

Polacy niechętnie poddają się kolonoskopii, a to badanie może uratować życie. Dzięki temu badaniu przesiewowemu możliwe jest wykrycie raka jelita grubego choroby we wczesnych stadiach. Niestety kolonoskopia wciąż wzbudza uczucie wstydu, dyskomfortu emocjonalnego, strachu przed bólem.



Rak jelita grubego – zachorowalność, przyczyny

Rocznie na raka jelita grubego zapada ok. 18 tys. mieszkańców Polski. Jest on drugim, po raku płuca, nowotworem w polskiej populacji. 13 tys. osób umiera rocznie z powodu tego nowotworu.

U co trzeciego-czwartego Polaka rak jelita grubego diagnozowany jest w zaawansowanym stadium. Późno wykryty nowotwór często oznacza zaawansowaną postać choroby lub przerzuty.

W Polsce obserwuje się najbardziej dynamiczny wzrost zachorowań na raka jelita grubego w porównaniu z innymi państwami europejskimi.

Co więcej, współczynnik umieralności z jego powodu jest u nas o wiele wyższy niż w północnych i zachodnich krajach Unii Europejskiej. Za ten stan rzeczy w dużej części odpowiada nasz styl życia – dieta uboga w błonnik, jednocześnie bogata w nasycone tłuszcze i cukry proste, unikanie intensywnego ruchu. To wszystko sprzyja częstym zaparciom, które sprawiają, że rakotwórcze produkty przemiany materii działają dłużej na ściany jelita grubego niż przy regularnym rytmie wypróżnień. Ryzyko zachorowania na ten nowotwór znacznie zwiększa nadużywanie alkoholu i palenie papierosów.

Program przesiewowy – dla kogo, jak często

Aż 90 proc. przypadków raka jelita grubego wykrytych we wczesnym sta-

dium jest wyleczalnych, a wykrycie tego nowotworu na wczesnym etapie jest możliwe tylko dzięki kolonoskopii.

Bezpłatna profilaktyczna kolonoskopia wykonywana jest w ramach Programu badań przesiewowych raka jelita grubego funkcjonuje od 2000 r. W latach 2012-2021 wysyłane były imienne zaproszenia do osób w wieku 55-65 lat. Obecnie podstawą do zapisania się na profilaktyczną kolonoskopię jest wypełnienie specjalnej ankiety. Jest ona dostępna pod adresem <http://pbp.org.pl> oraz na stronach placówek biorących udział w programie. Ich wykaz jest dostępny na stronie nfz.gov.pl.

Od IV kwartału 2022 r. w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia udział w badaniu mogą wziąć osoby bez objawów klinicznych sugerujących nowotwór jelita grubego, które nie miały wykonanej kolonoskopii w ostatnich 10 latach oraz spełniają kryterium wiekowe:

- ▶ 50-65 lat lub
- ▶ 40-49 lat mające krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

Bezpłatna kolonoskopia przysługuje także jeśli masz:

- ▶ 25-49 lat i jesteś z rodziny, w której występuje zespół Lyncha;
- ▶ 20-49 lat i jesteś z rodziny, w której występuje zespół polipowatości rodzinnej gruczolakowatej (na pierwsze badanie konieczne jest skierowanie z poradni genetycznej).

Rak jelita grubego jest bardzo dobrym celem dla badań profilaktycznych, ponieważ idealnie wpisuje się w cechy, które

Światowa Organizacja Zdrowia już w latach 60. wytyczyła dla wszystkich badań profilaktycznych. Proces powstawania nowotworu zajmuje od 7 do 12 lat. Jest zatem bardzo dużo czasu, żeby interweniować.

Rak jelita grubego rozwija się ze zmian łagodnych, czyli polipów. Ani polipy, ani rak we wczesnym stadium zazwyczaj nie dają objawów. Istotą profilaktycznej kolonoskopii jest znalezienie tych bezobjawowych jeszcze zmian i – o ile to możliwe – ich usunięcie. Takie postępowanie pozwala zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka jelita grubego nawet o 60-90 proc.

Częstość występowania polipów i ryzyko ich zezłośliwienia wzrasta z wiekiem. Znacząca większość nowych zachorowań jest wykrywana u osób po 65. roku życia. W tym wieku 25 proc. osób ma polipy, a 5 proc. jest zagrożonych rozwojem raka. Ostatnie badania naukowe wskazują, że **wystarczy jedna kolonoskopia na 17 lat, by zmniejszyć istotnie ryzyko zachorowania na raka jelita grubego.**

Na czym polega kolonoskopia

Kolonoskopia jest badaniem, podczas którego lekarz może dokładnie obejrzeć jelito grube od środka. Polega ona na wprowadzeniu poprzez odbyt do dolnego odcinka przewodu pokarmowego endoskopu, czyli cienkiego i giętkiego przyrządu zakończonego kamerką. Lekarz dzięki temu może dokładnie obejrzeć tkanki wyściełające jelito grube, a nawet część jelita cienkiego.

Kolonoskopia trwa od 15 do 40 minut. Lekarz pobiera wycinki lub od razu usuwa polipy o średnicy do 15 mm. Pobrany materiał trafia do badania histopatologicznego w celu wykluczenia niebezpiecznych zmian. Tak więc kolonoskopia z jednej strony pozwala na wczesną interwencję w przypadku nowotworu jelita grubego, czyli na podjęcie leczenia jeszcze w okresie bezobjawowym choroby, a drugiej – poprzez usunięcie polipów – może zapobiec wystąpieniu choroby w przyszłości.

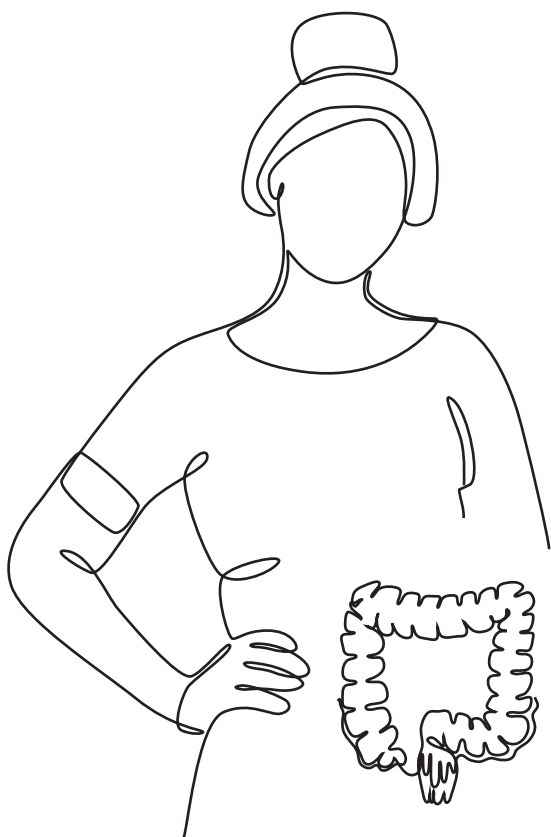
Badanie może nie należy do najprzyjemniejszych, ale nie jest bolesne. Eksperci oceniają, że większość pacjentów, bo ok. 80 proc., spokojnie może przejść kolonoskopię bez znieczulenia. Niemniej, w zależności od wskazań medycznych, badanie może być przeprowadzone w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Kolonoskopia w znieczuleniu miejscowym (z zastosowaniem żelu znieczulającego) przysługuje każdemu pacjentowi, który nie ma do tego przeciwwskazań medycznych.

Natomiast kolonoskopia w znieczuleniu ogólnym (sedacji) – zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 czerwca 2022 r. – dostępne jest dla osób po przebytych rozległych operacjach w obrębie jamy brzusznej, zwłaszcza operacjach ginekologicznych, w tym cięciach cesarskich, i operacjach będących wynikiem powikłań medycznych; po niepełnych lub bardzo bolesnych badaniach endoskopowych jelita grubego w przeszłości; oraz osób, które zgłaszają świadczeniodawcy duży lęk przed wykonaniem badania.

Kolonoskopia wykonywana w znieczuleniu ogólnym, wymaga obecności osoby towarzyszącej, która odbierze pacjenta po ok. 2 h od momentu rozpoczęcia badania.

Przygotowanie do badania

W przygotowaniu do kolonoskopii niezbędne jest staranne oczyszczenie jelita. W dniu poprzedzającym badanie od południa obowiązuje ścisła dieta oraz zastosowanie leków przeczyszczających na receptę. Na 2-3 godziny przed badaniem trzeba powstrzymać się od przyjmowania wszystkich płynów w tym wody. W dniu badania należy przyjąć leki stosowane przewlekle.



Na 2-3 dni przed badaniem nie należy przyjmować produktów zawierających ziarna i pestki, należy ograniczyć w diecie potrawy tłuste, ciężkostrawne. W dniu poprzedzającym badanie można w godzinach rannych spożyć lekkie śniadanie, w dalszej części dnia należy powstrzymać się od przyjmowania posiłków, można pić do woli wodę lub inne płyny (klarowne soki, herbata, bulion). W dniu badania można pić tylko wodę.

W przypadku trudności z przygotowaniem się do badania, w szczególności w przypadku pogorszenia samopoczucia, konieczny jest kontakt z lekarzem.



Kolonoskopia – dlaczego warto

Osoby w wieku 70-74 lat, które przeszły kolonoskopię przesiewową, miały istotnie statystycznie niższe ryzyko zachorowania na raka jelita grubego niż osoby, które nie poddały się takiemu badaniu.

Wykazano, że zmniejszenie ryzyka zgonu z powodu raka jelita grubego wynosi 88 proc. wśród osób, które uczestniczą w badaniach przesiewowych, w porównaniu z osobami, które nie biorą w nich udziału.

Nasza wiedza o badaniach profilaktycznych w kierunku nowotworów

Badanie z 2022 r. „Dlaczego się nie badamy? Profilaktyka nowotworowa Polek i Polaków” przeprowadzone przez Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Mięśaki i Czerniaki Sarcoma pokazało, że:

- ▶ **39 proc.** Polek i Polaków nie wie, że w Polsce dostępne są bezpłatne, finansowane przez NFZ badania profilaktyczne wykrywające nowotwór na wczesnym etapie.
- ▶ **46 proc.** Polek i Polaków nie potrafi wymienić żadnego badania profilaktycznego w kierunku nowotworów.
- ▶ **64 proc.** badanych nie wykonuje regularnych badań profilaktycznych w kierunku nowotworów.
- ▶ **36 proc.** badanych nie wie, gdzie w swojej okolicy może wykonać badania profilaktyczne wykrywające nowotwór.
- ▶ **19 proc.** Polek i Polaków twierdzi, że profilaktyka nie uratuje im życia.

KOMENTARZ EKSPERTA



DR HAB. N. MED. ADAM PRZYBYŁKOWSKI

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ludzie bardzo boją się kolonoskopii. A niesłusznie, bo przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym nie jest w żaden sposób bolesna, nie sprawia żadnego dyskomfortu osobie badanej. Natomiast jej znaczenie bardzo zwiększyło się na przestrzeni ostatnich lat. Jeszcze 20 lat temu była wykonywana w niewielu ośrodkach, jej dostępność, podobnie jak doświadczenie lekarzy, była niewielka.

Kolonoskopia jest bardzo ważna, gdyż...

**większość – ponad 90 proc.
– nowotworów jelita grubego
rozwija się na bazie polipa.**

Jeśli pacjent nie ma silnych predyspozycji genetycznych to czas, jaki mija od powstania polipa do przekształcenia się go w inwazyjnego raka, to 10 lat. Dlatego – przekładając to na praktykę – każdy, kto raz na jakiś czas poddaje się kolonoskopii, podczas której zostaną wycięte (jeśli są) wszystkie polipy, praktycznie redukuje ryzyko zachorowania na raka jelita grubego do zera.

To podobna sytuacja, jak z rakiem szyjki macicy, gdzie badania cytologiczne pozwalają wyłapać zmiany przednowotworowe i wdrożyć leczenie na takim etapie, że do rozwoju nowotworu inwazyjnego nigdy nie dojdzie.

Na świecie są...

**dostępne wyniki dużych
populacyjnych badań z których
wynika, że kolonoskopia zmniejsza
śmiertelność na skutek raka jelita
grubego i poprawia wykrywalność
tego nowotworu.**

Ostatnio promowane jest dwuetapowe podejście do diagnostyki raka jelita grubego: pierwszy etap polega na zrobieniu badania na krew utajoną w kale, najlepiej jeśli jest to test immunochemiczny, jest mniej podatny na generowanie fałszywych wyników związanych np. z tym, co jemy. Natomiast jeśli taki test na obecność krwi utajonej wypadnie dodatnio, to w drugim kroku wykonujemy kolonoskopię, żeby sprawdzić, czy źródło krwi w przewodzie pokarmowym to nie jest jakiś polip czy już rozwinięty nowotwór.



Przyznam jednak, że...

ja jestem zwolennikiem starej szkoły, która wychodzi z założenia, że kolonoskopię powinno się proponować każdemu, kto ukończył 50. rok życia – i tak jest zorganizowany program zapobiegania nowotworom jelita grubego w naszym kraju.

Niektórzy specjaliści rekomendują wykonywanie kolonoskopii już od 45. roku życia, przy czym wszystkie te rekomendacje dotyczą pacjentów bezobjawowych, którzy nie mają także przypadków raka jelita grubego w rodzinie – bo jeśli ktoś w naszej rodzinie chorował na nowotwór tego typu, to pierwszą kolonoskopię wykonujemy 10 lat wcześniej, niż wiek zachorowania na raka w rodzinie.

Medkurier.pl: „Rak jelita grubego to plaga, niemal epidemia w Polsce”. Dostęp z dn. 14.06.2023 r. <https://medkurier.pl/rak-jelita-grubego-to-plaga-niemal-epidemia-w-polsce/>

Fot.: Warszawski Uniwersytet Medyczny
<https://www.wum.edu.pl/WUM-Swiatowy-sukces-transplantologow-z-UCK-WUM>

06.

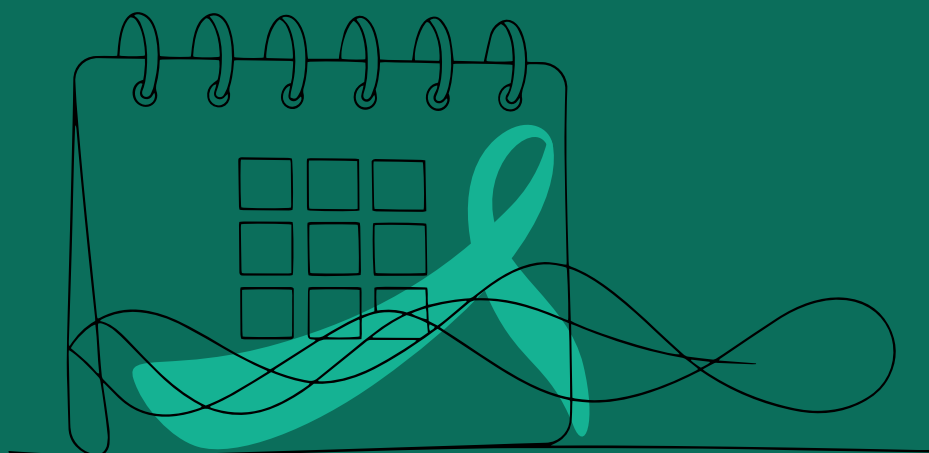
KALENDARZ BADAŃ PRZESIEWOWYCH

Regularne badania kontrolne dają szansę na wczesne wykrycie wielu chorób i ich wyleczenie!

Podpowiadamy, jakie badania warto wykonać i do jakiego lekarza się udać.

2024

PT	SB	ND
		01
06	07	08
13	14	15
20	21	22
27	28	29



KALENDARZ BADAŃ PRZESIEWOWYCH DLA KOBIEC



KOBIETY

Kalendarz badań profilaktycznych dla kobiet jest istotnym elementem dbania o zdrowie na każdym etapie życia. Regularne badania pomagają wcześniej wykryć choroby i zwiększają szanse na skuteczne leczenie.

Warto podkreślić, że...

niektóre badania mogą być zalecane częściej, jeśli kobieta znajduje się w grupie ryzyka (np. genetyczne obciążenie rakiem piersi lub jajnika). Regularne konsultacje z lekarzem pozwalają dostosować plan badań do indywidualnych potrzeb.

Oto przykładowy harmonogram badań profilaktycznych dla kobiet w różnych grupach wiekowych:

20–30 lat:

- ▶ **Cytologia** – co 3 lata (zalecane od 21. roku życia), badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy.
- ▶ **Samobadanie piersi**
- ▶ **USG piersi** – raz na 1–2 lata, szczególnie jeśli są czynniki ryzyka.
- ▶ **Badania krwi** – pełna morfologia, lipidogram, glukoza – raz w roku.
- ▶ **Badanie stomatologiczne** – co 6–12 miesięcy.
- ▶ **Kontrola ciśnienia tętniczego** – co najmniej raz w roku.
- ▶ **Badanie moczu** – raz w roku, aby sprawdzić funkcje nerek i wykluczyć infekcje.

30–40 lat:

- ▶ **Cytologia** – co 3 lata.
- ▶ **USG piersi** – co 1–2 lata, zależnie od czynników ryzyka.
- ▶ **Badanie krwi i moczu** – raz w roku.
- ▶ **Kontrola ciśnienia tętniczego** – raz w roku.
- ▶ **Cholesterol i glukoza** – raz na 3 lata (lub częściej przy ryzyku).
- ▶ **USG jamy brzusznej** – raz na 5 lat.

40–50 lat:

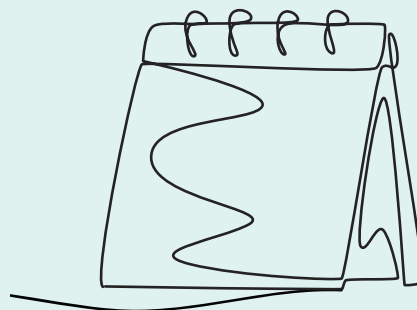
- ▶ **Mammografia** – co 2 lata (od 50. roku życia częściej).
- ▶ **Cytologia lub test HPV** – co 3–5 lat.
- ▶ **Badania hormonalne** – ocena poziomu hormonów w okresie przedmenopauzalnym.
- ▶ **Badania krwi i moczu** – raz w roku.
- ▶ **Cholesterol i glukoza** – co 1–3 lata.
- ▶ **Kolonoskopia** – raz na 10 lat, zalecana po 50. roku życia.

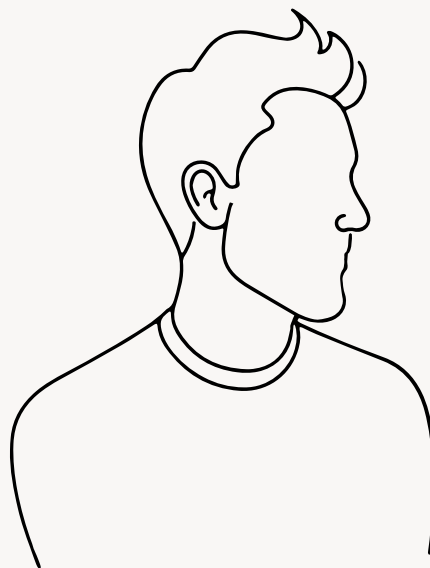
50–65 lat:

- ▶ **Mammografia** – co 2 lata.
- ▶ **Cytologia lub test HPV** – co 3–5 lat, jeśli poprzednie wyniki były prawidłowe.
- ▶ **Badania krwi** – morfologia, lipidogram, glukoza – co 1–2 lata.
- ▶ **Kolonoskopia** – co 10 lat.
- ▶ **Densytometria** – ocena gęstości kości, co 2–3 lata (szczególnie w okresie menopauzy).
- ▶ **Badanie wzroku i słuchu** – co 2 lata.
- ▶ **USG jamy brzusznej** – co 5 lat.

65 lat i więcej:

- ▶ **Mammografia** – co 1–2 lata.
- ▶ **Cytologia lub test HPV** – według zaleceń lekarza.
- ▶ **Kolonoskopia** – co 10 lat.
- ▶ **Densytometria** – co 2 lata.
- ▶ **Badanie krwi i moczu** – co roku.
- ▶ **Badanie wzroku i słuchu** – co 1–2 lata.
- ▶ **EKG** – co 2 lata lub częściej, jeśli są problemy kardiologiczne.





MĘŻCZYŹNI

Kalendarz badań profilaktycznych dla mężczyzn, podobnie jak dla kobiet, jest kluczowym elementem dbania o zdrowie na każdym etapie życia. Regularne badania pozwalają na wczesne wykrycie chorób i schorzeń, co zwiększa szanse na skuteczne leczenie.

Co istotne ...

niektóre badania mogą być zalecane częściej, jeśli mężczyzna znajduje się w grupie ryzyka (np. genetyczne obciążenie chorobami). Ważne jest regularne monitorowanie zdrowia i konsultacje z lekarzem w celu dostosowania planu badań do indywidualnych potrzeb.

Oto przykładowy harmonogram badań profilaktycznych dla mężczyzn w różnych grupach wiekowych:

20–30 lat:

- ▶ **Badanie ogólne krwi** (morfologia) – raz w roku.
- ▶ **Lipidogram** – badanie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – raz na 5 lat (częściej, jeśli są czynniki ryzyka).
- ▶ **Badanie glukozy** – raz na 5 lat (lub częściej przy ryzyku cukrzycy).
- ▶ **Badanie moczu** – raz w roku.
- ▶ **Kontrola ciśnienia tętniczego** – co najmniej raz w roku.
- ▶ **Badanie jąder** – samobadanie co miesiąc, a w przypadku nieprawidłowości wizyta u urologa.

30–40 lat:

- ▶ **Morfologia krwi** – raz w roku.
- ▶ **Lipidogram** – raz na 3–5 lat.
- ▶ **Badanie glukozy** – raz na 3 lata (lub częściej przy ryzyku cukrzycy).
- ▶ **Badanie moczu** – raz w roku.
- ▶ **Kontrola ciśnienia tętniczego** – co najmniej raz w roku.
- ▶ **USG jamy brzusznej** – raz na 5 lat.
- ▶ **Badanie prostaty** (per rectum) – od 40. roku życia, szczególnie jeśli są czynniki ryzyka raka prostaty (np. obciążenie rodzinne).

40–50 lat:

- ▶ **Morfologia krwi** – raz w roku.
- ▶ **Lipidogram** – raz na 1–3 lata.
- ▶ **Badanie glukozy** – raz na 1–3 lata.
- ▶ **Badanie moczu** – raz w roku.
- ▶ **Kontrola ciśnienia tętniczego** – co najmniej raz w roku.
- ▶ **Badanie prostaty** (per rectum) – co roku, zwłaszcza przy obciążeniu rodzinnym.

- ▶ **PSA** (antygen specyficzny dla prostaty) – badanie krwi, od 50. roku życia, lub wcześniej, jeśli istnieją czynniki ryzyka.
- ▶ **EKG** – co 2–3 lata lub częściej, jeśli są problemy z sercem.
- ▶ **Kolonoskopia** – raz na 10 lat od 50. roku życia (lub wcześniej, jeśli są czynniki ryzyka raka jelita grubego).

50–65 lat:

- ▶ **Morfologia krwi** – raz w roku.
- ▶ **Lipidogram** – raz na 1–3 lata.
- ▶ **Badanie glukozy** – raz w roku.
- ▶ **Badanie moczu** – raz w roku.
- ▶ **Badanie prostaty** (per rectum) – co roku.
- ▶ **PSA** – co roku.
- ▶ **Kolonoskopia** – co 10 lat.
- ▶ **USG jamy brzusznej** – co 2–3 lata.
- ▶ **Badanie wzroku i słuchu** – co 2 lata.
- ▶ **EKG** – co roku, szczególnie jeśli występują choroby sercowo-naczyniowe.

65 lat i więcej:

- ▶ **Morfologia krwi** – raz w roku.
- ▶ **Lipidogram** – raz na 1–3 lata.
- ▶ **Badanie glukozy** – raz w roku.
- ▶ **Badanie moczu** – raz w roku.
- ▶ **Badanie prostaty** (per rectum) – co roku.
- ▶ **PSA** – co roku.
- ▶ **Kolonoskopia** – co 10 lat.
- ▶ **Badanie gęstości kości** – raz na 2 lata, szczególnie w przypadku osteoporozy.
- ▶ **EKG** – co roku.
- ▶ **Badanie wzroku i słuchu** – co 1–2 lata.



**FUNDACJA POLSKA KOALICJA
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH**

UL. WAWELSKA 15B POK. 03
02-034 WARSZAWA

INFO@PKPO.PL

WWW.PKPO.PL