

**Prewencja - wzorcowe działania w podstawowej opiece medycznej -  
analizy**

dla Banku Światowego

nr ref. 7181217

Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych

Gdańsk 2017 r.

## Autorzy

### **Autorzy**

dr n. o zdr. Ewa Bandurska	(EB)
dr n. med. Michał Brzeziński	(MB)
dr n. o zdr. Marek Jankowski	(MJ)
mgr. inż. Tomasz Kobus	(TK)
dr n. med. Marzena Zarzeczna-Baran	(MZB)

### **Wsparcie naukowe**

lic. Anna Miecznikowska	(AM)
lic. Dawid Faltynowski	(DF)

### **Redakcja:**

dr n. med. Michał Brzeziński

### **Recenzent:**

prof. dr hab. Wojciech Drygas

## Spis treści

Autorzy .....	2
Strategia przyjęta przy pracach badawczych .....	4
Rekomendacje.....	4
Tabela 1: Zalecenia i rekomendacje dotyczące działań prewencyjnych w placówkach podstawowej opieki medycznej - tabela ogólna.....	5
Gruźlica .....	6
Ryzyko upadku .....	6
Wady postawy.....	6
Masa ciała .....	6
Cukrzyca.....	7
Wysoki poziom cholesterolu i innych lipidów.....	8
Ciśnienie krwi .....	9
Ryzyko chorób sercowo-naczyniowych ogółem.....	11
Odżywianie.....	12
Aktywność fizyczna.....	13
Palenie tytoniu .....	13
Spożycie alkoholu .....	15
Depresja .....	16
Rak szyjki macicy .....	17
Rak piersi.....	17
Rak jelita grubego.....	18
Przewlekłe choroby układu oddechowego .....	19
Osteoporoza .....	19
Anemia.....	20
Wzrok.....	20
Słuch .....	22
Propozycja zestawu usług profilaktycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. ....	23
Literatura .....	24

## Strategia przyjęta przy pracach badawczych

Wszyscy siedmioro autorzy niezależnie uzyskali dostęp do baz danych (**PubMed, MEDLINE, EMBASE, Biblioteka Cochrane, Google Scholar**) oraz stron internetowych organizacji naukowych (**Europejskie Stowarzyszenie Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia w Pediatrii, Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, Europejskie Stowarzyszenie Badań nad Cukrzycą (ang. European Association for the Study of Diabetes), Amerykańskie Stowarzyszenie Diabetologiczne (ang. American Diabetes Association), Amerykańskie Stowarzyszenie Chorób Serca (ang. American Heart Association), Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych (ang. U.S. Preventive Services Task Force), Amerykańska Akademia Pediatriczna (ang. American Academy of Pediatrics), Krajowy Instytut Doskonałości w Służbie Zdrowia i Opiece Medycznej (ang. The National Institute for Health and Care Excellence), Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków**) w poszukiwaniu obowiązujących obecnie zaleceń, wytycznych i stanowisk dotyczących zagadnień będących przedmiotem badania, jak również odpowiednich grup wiekowych.

Autorzy przeszukiwali odpowiednie publikacje w podziale na dwie podstawowe grupy: dotycząca dzieci (MB, MJ, TK) oraz dotycząca dorosłych (EB, MZB, AM, DF). Wszelkie właściwe wytyczne, rekomendacje i stanowiska oceniono pod względem ich odpowiedniości, właściwości i jakości.

Głównym celem badania było odnalezienie najbardziej aktualnych, najlepiej udokumentowanych i potwierdzonych wytycznych we wszystkich przyjętych dziedzinach (palenie, nadwaga/ odżywianie, alkohol, niska sprawność fizyczna, wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu i innych lipidów, spożycie soli, wywiad rodzinny, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, przewlekłe choroby układu oddechowego, depresja, otępienie starcze, wzrok, słuch, ryzyko upadku, choroby onkologiczne, anemia, gruźlica, osteoporoza, wady postawy) oraz we wszystkich grupach wiekowych.

Autorzy mieli za zadanie odnaleźć "najbliższe dostępne" i "najlepsze dostępne" zalecenia. Oznaczało to w pierwszej kolejności odnalezienie zaleceń w Polsce, następnie w Europie, a potem - jeśli nie były one uznawane - na arenie międzynarodowej. Za najlepsze uznano zalecenia najnowsze i oparte na faktycznych danych z metaanalizy oraz - jeśli takowe były dostępne - poparte randomizowanymi badaniami kontrolowanymi (RCT).

Ze względu na fakt, iż niniejsze opracowanie ma charakter przeglądu, Autorzy w pierwszej kolejności wybierali wytyczne i rekomendacje organizacji naukowych, a dopiero w dalszych działaniach publikacje na temat pojedynczego badania.

Nie dokonano formalnej oceny ważności lub jakości danych. W przypadku sprzecznych rekomendacji Autorzy wybierali zalecenia najnowsze przedstawione przez organizacje międzynarodowe.

Analizę i syntezę danych przeprowadzono w październiku i grudniu 2016 r.

## Rekomendacje

W niniejszym opracowaniu przedstawiamy zalecenia pogrupowane według czynników ryzyka lub choroby - dla zachowania czytelności struktury dokumentu.

Dla zapewnienia przydatności zaleceń w gabinetach lekarzy domowych proponujemy przygotowanie i udostępnienie skróconej i pełnej wersji tabeli, gdzie głównym "nośnikiem informacji" jest pacjent. Taką strategię przyjmuje się powszechnie w placówkach podstawowej opieki medycznej. Dla wszystkich grup wiekowych przedstawiliśmy także propozycje działań prewencyjnych (zob. poniżej).



## Gruźlica

Nie stwierdzono żadnych rekomendacji/wytycznych promujących badania przesiewowe/leczenie wśród populacji w placówkach podstawowej opieki medycznej w grupach wiekowych 0-65 lat.

## Ryzyko upadku

Nie stwierdzono żadnych rekomendacji/wytycznych promujących badania przesiewowe/leczenie wśród populacji w placówkach podstawowej opieki medycznej w grupach wiekowych 0-65 lat.

## Wady postawy

Nie stwierdzono żadnych dobrej jakości rekomendacji/wytycznych promujących badania przesiewowe/leczenie wśród populacji w placówkach podstawowej opieki medycznej w grupach wiekowych 0-65 lat.

Badanie przesiewowe w czasie rutynowych badań stanu zdrowia dziecka u pediatry i/lub w szkołach może mieć pozytywny wpływ na wykrywanie we wszystkich grupach wiekowych. Autorzy nie znaleźli żadnych zaleceń i rekomendacji na temat rutynowych badań przesiewowych pod kątem wad postawy (np. skolioza idiopatyczna). Dalsze informacje przedstawiono w: "To screen or not to screen for adolescent idiopathic scoliosis? A review of the literature Deurloo, J.A. i in. Public Health. 2015;129(9): 1267–72" oraz "Adolescent idiopathic scoliosis: diagnosis and management. Horne JP i in. Am Fam Physician. 2014;89(3):193-8."

### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Dzieci są regularnie badane przesiewowo przez lekarzy oraz pielęgniarki szkolne w czasie badania stanu zdrowia dziecka zgodnie z polską "Książeczką Zdrowia Dziecka". Nie przewiduje się żadnych standardowych protokołów badania dla tego rodzaju badań.

## Masa ciała

Ustalono rekomendacje dla wszystkich grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
masa ciała	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

Wszystkie zalecenia proponują by ocena BMI prowadzona była regularnie we wszystkich grupach wiekowych (w różnych interwałach) - zob. tabela szczegółowa.

Indeks masy ciała obliczany jest jako waga w kilogramach dzielona przez wzrost w metrach do kwadratu.

### **U dzieci:**

Konieczne jest stosowanie specjalnych współczynników. Zob. zalecenia: Kułaga Z i in. Siatki centylowe dla oceny wzrastania i stanu odżywienia polskich dzieci i młodzieży od urodzenia do 18 roku życia. Standardy Medyczne/Pediatrics.2015; 12:119-35

## U dorosłych

Osoby o wskaźniku pomiędzy 25 a 29.9 kg/m<sup>2</sup> uważane są za osoby z nadwagą, a osoby o BMI wynoszącym 30 kg/m<sup>2</sup> lub więcej za otyłe. Istnieją trzy klasy otyłości: klasa I (BMI 30 do 34.9 kg/m<sup>2</sup>), klasa II (BMI 35 do 39.9 kg/m<sup>2</sup>), i klasa III (BMI ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>).

## Dostępność w polskim systemie opieki medycznej

Dzieci są regularnie badane przez lekarzy oraz pielęgniarki szkolne w czasie badania stanu zdrowia dziecka zgodnie z polską "Księżeczką Zdrowia Dziecka". Obowiązujące obecnie polskie siatki centylowe oraz siatki centylowe WHO stosowane są do oceny BMI oraz obwodu talii i bioder.

## Cukrzyca

Ustalono rekomendacje dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
cukrzyca	♀♂		♀♂	♀♂	♀♂					♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

### U dzieci w wieku 0-2 lata

Zaleca się wyłączone karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka. Zaleca się kontynuację karmienia piersią do wieku przynajmniej 12 miesięcy, z dodatkiem żywności uzupełniającej. Jeśli nie jest możliwe karmienie piersią jako takie, drugim na lepszym rozwiązaniem jest karmienie mlekiem matki z butelki, przy czym trzecim zalecanym sposobem profilaktyki cukrzycy jest karmienie mlekiem modyfikowanym.

### U dzieci w wieku 5-19 lat

Badanie w celu wykrywania cukrzycy typu 2 powinno być rozważone w profilaktyce cukrzycy u dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością oraz dzieci, u których stwierdzono dwa lub więcej dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia cukrzycy.

Częstotliwość: co 3 lata

Badanie: Glukoza w osoczu na czczo. Zalecana wartość: <100 mg/dl (5,5 mmol/l)

### U dorosłych w wieku 40-65 lat

Osoby dorosłe spoza grupy podwyższonego ryzyka powinny być badane pod kątem cukrzycy typu 2 co 3 lata od osiągnięcia 40 roku życia. Osoby o podwyższonym ryzyku powinny być badane co roku.

Czynniki ryzyka obejmują:

- BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>;
- cukrzyca w rodzinie;
- niska aktywność fizyczna;
- wysoki poziom glukozy w poprzednim badaniu krwi;
- wcześniejsze przypadki cukrzycy ciążowej;
- urodzenie dziecka o wadze przy urodzeniu powyżej 4 kg;
- wysokie ciśnienie krwi (≥ 140/90 mm Hg);
- dyslipidemia (HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) lub/i stężenie TG > 150 mg/dl (> 1,7 mmol/l).
- zespół wielotorbielowatych jajników;
- choroby układu krążenia

Częstotliwość: co 3 lata

Badanie: Glukoza w osoczu na czczo. Zalecana wartość: <100 mg/dl (5,5 mmol/l)

Bazowa procedura obejmuje pomiar poziomu glukozy w osoczu w próbce pobranej na czczo.

- <5.5 mmol/L: cukrzyca mało prawdopodobna
- 5.5–6.9 mmol/L na czczo: możliwe, że konieczne będzie podanie pacjentowi glukozy doustne celem zbadania tolerancji glukozy
- 7.0 mmol/L lub więcej na czczo (>11.1 po jedzeniu): cukrzyca możliwa, należy powtórzyć badanie poziomu cukru na czczo w innym dniu w celu potwierdzenia diagnozy (według Amerykańskiego Stowarzyszenia ds. Cukrzycy - American Diabetes Association; ADA)

Badanie należy przeprowadzić na krwi żyłnej; test należy przeprowadzić w laboratorium diagnostycznym w celu potwierdzenia diagnozy.

### Dostępność w polskim systemie opieki medycznej

Nie przeprowadza się badań pod kątem cukrzycy typu 2 u dzieci. U dorosłych w wieku 35-55 lat (co 5 lat) możliwe jest prowadzenie badań w ramach programu "ChUK" służącemu wykrywaniu cukrzycy, dyslipidemii i chorób układu krążenia. W czasie badania profilaktycznego lekarz podstawowej opieki medycznej ocenia:

- choroby układu krążenia w wywiadzie rodzinnym (brak ustandaryzowanego protokołu)
- palenie tytoniu (brak ustandaryzowanego protokołu)
- poziom aktywności fizycznej (brak ustandaryzowanego protokołu)
- ciśnienie krwi (3 pomiary)
- ocena BMI
- glukoza na czczo, profil lipidowy na czczo,
- Ocena ryzyka chorób układu krążenia z wykorzystaniem siatek SCORE.

Program realizowany jest w gabinetach lekarzy rodzinnych i finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## Wysoki poziom cholesterolu i innych lipidów

Ustalono rekomendacje dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
cholesterol			♀♂	♀♂	♀♂						♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

### U dzieci w wieku 5-14 lat

Dzieci w wieku 9-11 lat powinno się badać przy każdej okazji pod kątem zaburzeń lipidowych. Badanie pod kątem hiperlipidemii rodzinnej. Jeśli wyniki badań są w normie, badanie powinno zostać powtórzone w wieku 18 lat.

Częstotliwość: jednorazowo w tym przedziale wiekowym

Badanie: profil lipidowy na czczo



Zalecane wartości:

Kategoria	dopuszczalne	na granicy	wysokie+
TC	< 170	170-199	? 200.
LDL-C	< 110	110-129	? 130.
Nie-HDL-C	< 120	120-144	? 145.
ApoB	< 90	90-109	? 110.
TG			
0-9 lat	< 75	75-99	? 100.
10-19 lat	< 90	90-129	? 130.
Kategoria	dopuszczalne	na granicy	niskie±
HDL-C	> 45	40-45	< 40
ApoA-I	>120	115-120	<115

Podane wartości wyrażone są w mg/dL; w celu przeliczenia na jednostki SI należy podzielić wynik dla TC, LDL-C, HDL-C i non-HDL-C przez 38,6; a dla TG należy podzielić przez 88,6.

### U dorosłych w wieku ok. 18 lat

Jeśli stężenia lipidów w wieku 9-11 lat są w normie, wówczas badanie należy powtórzyć w wieku około 18 lat. Wyniki profilu lipidowego uzyskane w tym wieku wykazują najwyższą wartość prognostyczną na kolejne dwie dekady życia.

### U dorosłych w wieku 40-65 lat

Poziom lipidów na czczo powinno się badać regularnie od ukończenia 45 roku życia co:

- U osób o niskim ryzyku wystąpienia chorób układu krążenia - co 5 lat.
- U osób o średnim ryzyku wystąpienia chorób układu krążenia - co 2 lata.
- U osób o wysokim ryzyku wystąpienia chorób układu krążenia - co 12 miesięcy.

Należy zauważyć, że Polskie Forum Profilaktyki zaleca przeprowadzenie pełnego badania poziomu cholesterolu po raz pierwszy już w wieku 20 lat.

### Dostępność w polskim systemie opieki medycznej

Nie przeprowadza się badań pod kątem hipercholesterolemii u dzieci. U dorosłych w wieku 35-55 lat (co 5 lat) możliwe jest prowadzenie badań w ramach programu "ChUK" służącemu wykrywaniu cukrzycy, dyslipidemii i chorób układu krążenia. W czasie badania profilaktycznego lekarz podstawowej opieki medycznej ocenia:

- choroby układu krążenia w wywiadzie rodzinnym (brak ustandaryzowanego protokołu)
- palenie tytoniu (brak ustandaryzowanego protokołu)
- poziom aktywności fizycznej (brak ustandaryzowanego protokołu)
- ciśnienie krwi (3 pomiary)
- ocena BMI
- glukoza na czczo, profil lipidowy na czczo,
- Ocena ryzyka chorób układu krążenia z wykorzystaniem siatek SCORE.

Program realizowany jest w gabinetach lekarzy rodzinnych i finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

### Ciśnienie krwi

Ustalono rekomendacje badań przesiewowych dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Cięnienie krwi		♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

### U dzieci w wieku 3-18 lat

U wszystkich dzieci w wieku od 3 do 18 lat powinno się przeprowadzać coroczne badania przesiewowe w zakresie ciśnienia krwi.

W odniesieniu do poszczególnych grup wiekowych powinno się stosować odpowiednie współczynniki.

Do oceny podwyższonego ciśnienia krwi powinno się stosować odpowiednie współczynniki. Zob. Kułaga Z i in. Rozkłady wartości ciśnienia krwi w populacji referencyjnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Standardy Medyczne/Pediatrics. 2010; 7:100-11.

Zob. także:

Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. NIH NIH Publikacja nr 12-7486. październik 2012 r.

### U dorosłych w wieku 20-65 lat

Pomiar ciśnienia krwi = u każdego dorosłego pacjenta (powyżej 18 roku życia) przynajmniej raz na 2 lata (Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego zaleca badanie raz w roku, ze względu na niski poziom wykrywalności nadciśnienia tętniczego u dorosłych w Polsce). Przynajmniej dwa pomiary w czasie jednej wizyty. Jeśli wyniki wskazują na nadciśnienie tętnicze, pomiar należy powtórzyć w czasie kolejnej wizyty. Wśród populacji ogólnej, nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się przy ciśnieniu krwi wyższym niż 140/80 mmHg.

W grupie o niskim ryzyku wystąpienia chorób układu krążenia - pomiar ciśnienia krwi co 2 lata (co roku - PTNT).

W grupie o średnim ryzyku wystąpienia chorób układu krążenia - pomiar ciśnienia krwi co 6-12 miesięcy.

W grupie o wysokim ryzyku wystąpienia chorób układu krążenia - pomiar ciśnienia krwi co 6-12 tygodni.

### Dostępność w polskim systemie opieki medycznej

Dzieci są regularnie badane przesiewowo przez lekarzy oraz pielęgniarki szkolne w czasie badania stanu zdrowia dziecka zgodnie z polską "Książeczką Zdrowia Dziecka". Obowiązujące obecnie siatki centylowe stosowane są do oceny wartości ciśnienia krwi.

U dorosłych w wieku 35-55 lat (co 5 lat) możliwe jest prowadzenie badań przesiewowych w ramach programu "ChUK" służącemu wykrywaniu cukrzycy, dyslipidemii i chorób układu krążenia. W czasie badania przesiewowego lekarz podstawowej opieki medycznej ocenia:

- choroby układu krążenia w wywiadzie rodzinnym (brak ustandaryzowanego protokołu)
- palenie tytoniu (brak ustandaryzowanego protokołu)
- poziom aktywności fizycznej (brak ustandaryzowanego protokołu)
- ciśnienie krwi (3 pomiary)

- ocena BMI
- glukoza na czczo, profil lipidowy na czczo,
- Ocena ryzyka chorób układu krążenia z wykorzystaniem siatek SCORE.

Program realizowany jest w gabinetach lekarzy rodzinnych i finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## Ryzyko chorób sercowo-naczyniowych ogółem

Ustalono rekomendacje dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Ryzyko chorób sercowo-naczyniowych	♀♂									♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

### **U dzieci w wieku 0-2 lat**

Zaleca się wyłącznie karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka. Zaleca się kontynuację karmienia piersią do wieku przynajmniej 12 miesięcy, z dodatkiem żywności uzupełniającej. Jeśli nie jest możliwe karmienie piersią jako takie, drugim na lepszym rozwiązaniem jest karmienie mlekiem matki z butelki, przy czym trzecim zalecanym sposobem profilaktyki chorób układu krążenia jest karmienie mlekiem modyfikowanym.

### **U dorosłych w wieku 40-65 lat**

Ogólne ryzyko chorób układu krążenia powinno się oceniać u wszystkich dorosłych w wieku ponad 45 lat. Ogólne ryzyko chorób układu krążenia powinno się oceniać z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi, takich jak kwestionariusz SCORE, chyba że pacjenci automatycznie kwalifikują się do grupy zwiększonego ryzyka w związku z przebyciem już choroby układu krążenia, cukrzycą, wiekiem, przewlekłą chorobą nerek czy znacznie zwiększonych wartości dla jednego z czynników ryzyka. **Należy także rozważyć ocenę ogólnego ryzyka chorób układu krążenia u wszystkich mężczyzn powyżej 40 roku życia i u wszystkich kobiet powyżej 50 roku życia lub kobiet w okresie po-menopauzalnym, a nie wykazujących żadnych czynników ryzyka.**

Taka ocena powinna być powtarzana co 5 lat u osób z niskim ryzykiem chorób układu krążenia i częściej u pacjentów o większym ryzyku chorób układu krążenia.

Więcej na temat oceny ryzyka chorób układu krążenia i SCORE pod adresem:

<https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/view/KP.2016.0120/8926>

### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

U dorosłych w wieku 35-55 lat (co 5 lat) możliwe jest prowadzenie badań w ramach programu "ChUK" służącemu wykrywaniu cukrzycy, dyslipidemii i chorób układu krążenia. W czasie badania profilaktycznego lekarz podstawowej opieki medycznej ocenia:

- choroby układu krążenia w wywiadzie rodzinnym (brak ustandaryzowanego protokołu)
- palenie tytoniu (brak ustandaryzowanego protokołu)
- poziom aktywności fizycznej (brak ustandaryzowanego protokołu)
- ciśnienie krwi (3 pomiary)
- ocena BMI
- glukoza na czczo, profil lipidowy na czczo,
- Ocena ryzyka chorób układu krążenia z wykorzystaniem siatek SCORE.

Program realizowany jest w gabinetach lekarzy rodzinnych i finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

### Odżywianie

Ustalono rekomendacje dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
odżywianie	♀♂					♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

#### **U dzieci w wieku 0-2 lat**

Zaleca się wyłączone karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka. Zaleca się kontynuację karmienia piersią do wieku przynajmniej 12 miesięcy, z dodatkiem żywności uzupełniającej. Jeśli nie jest możliwe karmienie piersią jako takie, drugim na lepszym rozwiązaniem jest karmienie mlekiem matki z butelki, przy czym trzecim zalecanym sposobem profilaktyki chorób układu krążenia jest karmienie mlekiem modyfikowanym.

#### **U dorosłych w wieku 20-65 lat**

Nie zaleca się żadnych standardowych badań przesiewowych, nie znaleziono żadnych wytycznych dotyczących badań przesiewowych. Należy zapytać dorosłych o ich dietę - ile porcji owoców lub warzyw spożywają dziennie i zalecić przestrzeganie wytycznych dietetycznych np. piramidy żywieniowej u wszystkich pacjentów spoza grup obarczonych ryzykiem.

#### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Nie wprowadzono żadnych protokołów badań przesiewowych u dzieci lub dorosłych w populacji ogólnej.

## Aktywność fizyczna

Ustalono rekomendacje badań dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Aktywność fizyczna					♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

### **W grupie wiekowej 15-65**

W czasie każdej wizyty: krótkie porady na temat aktywności fizycznej. Badania przesiewowe z wykorzystaniem Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ) ([http://www.institutferran.org/documentos/scoring\\_short\\_ipaq\\_april04.pdf](http://www.institutferran.org/documentos/scoring_short_ipaq_april04.pdf)).

Mimo, iż zaleca się korzystanie z tego narzędzia, należy pamiętać, że IPAQ-SF i obiektywne wykładniki aktywności lub kondycji fizycznej w większości badań był niższy niż przyjęty standard akceptowalności. Ponadto, kwestionariusz IPAQ-SF często przeszacowywał aktywność fizyczną mierzoną obiektywnymi kryteriami średnio o 84 procent. Dlatego też dowody potwierdzające zasadność stosowania IPAQ-SF jako wskaźnika względnej lub bezwzględnej kondycji fizycznej są mało przekonujące.

Rekomendacje obejmują:

- identyfikację dorosłych, którzy są mało aktywni
- przedstawienie krótkich porad
- uzyskiwanie informacji zwrotnych na temat krótkich porad
- włączanie krótkich porad w proces zlecenia
- systemy wspierania krótkich porad
- informacje i szkolenia wspierające proces udzielania krótkich porad

### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Nie wprowadzono żadnych protokołów badań u dzieci lub dorosłych w populacji ogólnej.

## Palenie tytoniu

Ustalono rekomendacje badań dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Tytoń				♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

### **W grupie wiekowej 10-65**

Wszystkie osoby od 10 roku życia powinny być pytane o palenie tytoniu. Badania przesiewowe powinny być dokonywane oportunistycznie - system "5A" – w czasie każdej wizyty.

Doradztwo powinno być oferowane wszystkim pacjentom przez lekarzy rodzinnych i innych przedstawicieli służby zdrowia (np. pielęgniarki).

#### **5A obejmuje:**

- pytanie o chęć rzucenia palenia
- doradzenie rzucenia palenia
- ocena chęci rzucenia palenia, uzgodnienie celów rzucenia
- pomoc poprzez oferowanie farmakoterapii jeśli to możliwe lub skierowanie do centrum pomocy telefonicznej (np. Quitline)
- uzgodnienie ponownego spotkania w celu sprawdzenia skuteczności wsparcia i zapobiegania powrotu do nałogu z wykorzystaniem samopomocy lub farmakoterapii.

W celu dokonania oceny uzależnienia od tytoniu:

Należy zapytać o godzinę zapalenia pierwszego papierosa oraz ilość papierosów wypalanych dziennie. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo uzależnienia od nikotyny jeśli osoba zapala papierosa w ciągu 30 minut od obudzenia się i pali więcej niż 10-15 papierosów dziennie. Zbadanie czy pacjent cierpią na efekty odstawienne przy wcześniejszych próbach rzucenia palenia.

Możliwe jest także wykorzystanie narzędzia WHO ASSIST do oceny palenia tytoniu i innych substancji. Narzędzie to jest dużo bardziej złożone, ale wysoce skuteczne. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)

#### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Nie przeprowadza się systematycznych badań przesiewowych pod kątem palenia tytoniu. U dorosłych w wieku 35-55 lat (co 5 lat) możliwe jest prowadzenie badań przesiewowych w ramach programu "ChUK" służącemu wykrywaniu cukrzycy, dyslipidemii i chorób układu krążenia. W czasie badania profilaktycznego lekarz podstawowej opieki medycznej ocenia:

- choroby układu krążenia w wywiadzie rodzinnym (brak ustandaryzowanego protokołu)
- palenie tytoniu (brak ustandaryzowanego protokołu)
- poziom aktywności fizycznej (brak ustandaryzowanego protokołu)
- ciśnienie krwi (3 pomiary)
- ocena BMI
- glukoza na czczo, profil lipidowy na czczo,
- Ocena ryzyka chorób układu krążenia z wykorzystaniem siatek SCORE.

Program realizowany jest w gabinetach lekarzy rodzinnych i finansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## Spożycie alkoholu

Ustalono rekomendacje badań dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Alkohol					♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

### **W grupie wiekowej 15-21**

Wszyscy pacjenci powinni być pytani o ilość i częstotliwość spożycia alkoholu od wieku 15 lat. Osoby wykazujące zachowania wskazujące na podwyższone ryzyko powinny otrzymać krótkie porady na temat ograniczenia spożycia. Należy zapewnić interwencje z wykorzystaniem krótkich wywiadów motywacyjnych ukierunkowanych na spożycie wysokiego ryzyka.

Badania przesiewowe powinny być przeprowadzane przy okazji innych badań.

U wszystkich dzieci i młodzieży poniżej 21 roku życia można prowadzić takie badania z wykorzystaniem kwestionariusza CRAFFT. CRAFFT jest akronimem angielskiego pochodzenia wywodzącym się z pierwszych liter słów kluczowych sześciu głównych pytań będących przedmiotem badania przesiewowego. Pytania należy zadawać w dokładnie takiej formie jak zostały zapisane.

C - Czy kiedykolwiek prowadził/a Pan/i samochód (ang. Car) będąc pod wpływem substancji odurzających (narkotyków, alkoholu, innych substancji) lub był/a w towarzystwie osób prowadzących samochód pod wpływem?

R - Czy kiedykolwiek używał/a Pan/i alkoholu lub innych substancji odurzających w celu zrelaksowania się (ang. Relax), w pasowania się w towarzystwo, czy osiągnięcia lepszego samopoczucia?

A - Czy kiedykolwiek używał/a Pan/i alkoholu lub innych substancji odurzających w samotności (ang. Alone)?

F - Czy zdarzało się Panu / Pani zapomnieć (ang. Forget), co się działo podczas bycia pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających?

F - Czy rodzina / przyjaciele (ang. Family/Friends) kiedykolwiek zwracali Panu / Pani uwagę z powodu nadmiernego spożywania alkoholu lub innych substancji odurzających? Czy namawiali do skończenia z nałogiem?

T - Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek jakieś problemy (ang. Trouble) związane z piciem alkoholu lub przyjmowaniem innych substancji odurzających?

Zob. także: [http://www.ceasar.org/CRAFFT/pdf/CRAFFT\\_English.pdf](http://www.ceasar.org/CRAFFT/pdf/CRAFFT_English.pdf)

### **U dorosłych w wieku 18-65 lat**

Krótki test przesiewowy AUDIT-C może być przeprowadzany od czasu do czasu. Osoby wykazujące zachowania wskazujące na podwyższone ryzyko powinny otrzymać krótkie porady na temat ograniczenia spożycia. Należy zapewnić interwencje z wykorzystaniem krótkich wywiadów motywacyjnych ukierunkowanych na spożycie wysokiego ryzyka.

## AUDIT-C:

1. Jak często pił Pan/i napoje zawierające alkohol w ciągu ostatniego roku? "Porcją" określa się puszkę lub butelkę piwa, kieliszek wina, napój chłodzący na bazie wina lub jeden koktajl lub kieliszek mocnego alkoholu (whiskey, gin, wódka). Możliwości odpowiedzi to: nigdy (0 pkt.); 1 raz w miesiącu lub rzadziej (1 pkt.); 2 - 4 razy w miesiącu (2 pkt.); 2 - 3 razy w tygodniu (3 pkt.); 4 - 5 razy w tygodniu (4 pkt.); lub 6 lub więcej razy w tygodniu (4 pkt.).
2. Ile porcji alkoholu wypijał Pan/i przeciętnie w typowej sytuacji, kiedy Pan/i pił alkohol w ciągu ostatniego roku? Możliwości odpowiedzi to: 0 (0 pkt.); 1 - 2 (1 pkt.); 3 - 4 (1 pkt.); 5 - 6 (2 pkt.); 7 - 9 (3 pkt.); lub 10 lub więcej (4 pkt.).
3. Jak często wypijał Pan/i sześć albo więcej porcji alkoholu przy jednej okazji w ciągu ostatniego roku? Możliwości odpowiedzi to: nigdy (0 pkt.); rzadziej niż raz w miesiącu (1 pkt.); raz w miesiącu (2 pkt.); raz w tygodniu (3 pkt.); codziennie lub prawie codziennie (4 pkt.).

Zob. także [http://www.integration.samhsa.gov/images/res/tool\\_auditc.pdf](http://www.integration.samhsa.gov/images/res/tool_auditc.pdf)

Możliwe jest także wykorzystanie narzędzia WHO ASSIST do oceny spożycia alkoholu i innych substancji. Narzędzie to jest dużo bardziej złożone, ale wysoce skuteczne. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)

### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Nie przeprowadza się systematycznych badań przesiewowych pod kątem spożycia alkoholu.

## Depresja

Ustalono rekomendacje badań przesiewowych dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
depresja						♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

### **U dorosłych w wieku 20-65 lat**

Istnieją dowody na rutynowe badania przesiewowe pod kątem depresji w ogólnej populacji dorosłych w kontekście wspomaganego przez personel wsparcia lekarza w celu zapewnienia opieki nad pacjentem z depresją, zarządzaniem i koordynacją poszczególnych przypadków (np. przez pielęgniarki).

Brakuje wystarczających dowodów pozwalających na rekomendowanie rutynowych badań przesiewowych u dorosłych lub młodzieży, jeśli taki poziom uzyskiwania informacji zwrotnych i zarządzania takimi przypadkami nie jest dostępny.

Badania przesiewowe powinny być przeprowadzane przy okazji innych badań. Zadanie dwóch prostych pytań może być równie efektywne jak dłuższe i bardziej złożone narzędzia: "Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni czuł się Pan/i smutny, przygnębiony lub bezsilny?" oraz "Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni czuł Pan/i brak zainteresowania lub przyjemności w wykonywaniu różnych czynności?" Zapytanie pacjenta czy potrzebna jest pomoc poza zadaniem powyższych dwóch pytań poprawia specyficzność diagnozowania depresji przez lekarza ogólnego.

### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Nie przeprowadza się systematycznych badań przesiewowych pod kątem depresji.



## Rak szyjki macicy

Ustalono rekomendacje badań przesiewowych dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Rak szyjki macicy			♀♂	♀♂	♀♂	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀

### **U dzieci w wieku 5-18 lat**

Szczepienia przeciwko HPV zalecane są w odniesieniu do wszystkich dzieci (dziewczynki i chłopcy). O ile to możliwe, przed okresem inicjacji seksualnej. Z wykorzystaniem protokołu 2 lub 3 cykli szczepień w zależności od rodzaju szczepionki.

### **U kobiet w wieku 20-65 lat**

Rutynowe badanie przesiewowe przy użyciu testu cytologicznego powinno odbywać się co 1-3 lata, począwszy od wieku 25 do wieku 70 lat. Wszystkie seksualnie aktywne kobiety powinny dokonywać badania cytologicznego w wieku od 18 do 20 lat, lub 1-2 lata po pierwszym stosunku seksualnym, w zależności od tego, co nastąpi później.

Cytologia jest powszechnie akceptowanym na arenie międzynarodowej narzędziem do wykrywania raka szyjki macicy. W Polsce cytologia może być przeprowadzana przez położne i ginekologów. Należy pytać pacjentki, czy biorą udział w badaniach przesiewowych na raka szyjki macicy lub informować je o programach zdrowotnych świadczących tę usługę zdrowotną. Cytologia na podłożu płynnym może być wykonywana jako dodatkowe badanie uzupełniające badanie wymazowe, nie zaś jako badanie zastępcze. Dodanie tego rodzaju badania może być użyteczne podczas powtarzania badania w związku z niezadowolającym wynikiem wymazu lub dodany, jeśli kobieta o to poprosi.

szczególne szczegóły techniczne dostępne są pod adresem:

[http://www.papscreen.org.au/downloads/resources/other/cervical\\_sampling\\_card.pdf](http://www.papscreen.org.au/downloads/resources/other/cervical_sampling_card.pdf)

### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Zaleca się stosowanie szczepień, nie są one jednak finansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Dostępne są systematyczne badania przesiewowe u kobiet w wieku 25-59 lat co trzy lata; są one finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Cytologiczne badania przesiewowe mogą być wykonywane przez położne i lekarzy ginekologii.

## Rak piersi

Ustalono rekomendacje badań przesiewowych dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Rak piersi											♀	♀	♀	♀

### **U kobiet w wieku 45-65 lat**

Mammografia (MMG) wykonywana u kobiet bez objawów klinicznych jest najlepszą metodą wczesnego wykrywania raka piersi. Właściwie zaplanowany i przeprowadzony program badań przesiewowych zmniejsza śmiertelność związaną z rakiem piersi.

- w grupach wiekowych 45-50 MMG należy wykonywać co roku lub co dwa lata;

- w grupie wiekowej powyżej 50 lat MMG należy przeprowadzić co najmniej raz na dwa lata.

Wiele organizacji europejskich i amerykańskich przedstawia różne rekomendacje w tym zakresie. Większość z nich zaleca badanie przesiewowe między 50 a 70 rokiem życia - co roku lub co 2 lata. Zob. także: <https://www.cdc.gov/cancer/breast/pdf/BreastCancerScreeningGuidelines.pdf>

### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Realizowany jest krajowy program badań przesiewowych u wszystkich kobiet w wieku 50-69 lat; jest on finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Badania przesiewowe przeprowadza się co dwa lata. Badania przesiewowe przeprowadzane są przez wybrane, zweryfikowane laboratoria mammograficzne.

## Rak jelita grubego

Ustalono rekomendacje badań przesiewowych dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Rak jelita grubego												♀♂	♀♂	♀♂

### **U dorosłych w wieku 50-65 lat**

Badania przesiewowe z wykorzystaniem testu na krew utajoną w kale o dużej wrażliwości (faecal occult blood testing; FOBT) lub kolonoskopii u wszystkich dorosłych w wieku 50 lat lecz nie wykazujących objawów klinicznych. Dorośli w wieku od 50 do 75 lat. Test na krew utajoną w kale o dużej wrażliwości (FOBT), sigmoidoskopia z FOBT i kolonoskopia są niezwykle skuteczne w zmniejszaniu poziomu umieralności na raka jelita grubego. Interwały dla zalecanych strategii przesiewowych:

- coroczne wykonywanie badań przesiewowych z wykorzystaniem testu na krew utajoną w kale o dużej wrażliwości (min 2 próbki). W próbkach dodatnich należy wykonać kolonoskopię.

- sigmoidoskopia co 5 lat, z testem na krew utajoną w kale o dużej wrażliwości co 3 lata

- kolonoskopia przesiewowa co 10 lat

Wszystkie trzy metody są podobnie skuteczne klinicznie jako narzędzia przesiewowe.

### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

W Polsce realizowane są jednocześnie dwa krajowe programy przesiewowe. Pierwszy z nich jest przeznaczony dla wszystkich osób w wieku 50-65 lat bez objawów klinicznych, którzy stawią się w jednej z placówek realizujących program (program oportunistyczny). Można również uwzględnić pacjentów w wieku 40-49 lat u których w wywiadzie rodzinnym potwierdzono historię raka jelita grubego. Drugi program realizowany jest poprzez wysyłanie zaproszeń do osób w wieku 55-64 lat.

Pojedyncze zaproszenie do jednej z placówek realizujących program jest wysyłane do wszystkich osób w tej grupie wiekowej. Oba te programy są finansowane przez Ministerstwo Zdrowia.

### Przewlekłe choroby układu oddechowego

Ustalono rekomendacje badań dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Przewlekłe choroby układu oddechowego											♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

#### **U dorosłych w wieku 45-65 lat**

Skierowanie na spirometrię dla wszystkich pacjentów narażonych na czynniki ryzyka:

- duszność narastająca, nasilająca się przy wysiłku fizycznym, powracająca
- przewlekły kaszel,
- przewlekła produkcja plwociny,
- historia narażenia na czynniki ryzyka takie jak: palenie tytoniu, dym i opary kuchenne i ogrzewania paliwami, zawodowe narażenie na pył i substancje chemiczne;
- przypadki przewlekłych chorób układu oddechowego w rodzinie

#### **Dostępność w polskim systemie opieki medycznej**

Nie przeprowadza się regularnych badań przesiewowych pod kątem przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci.

### Osteoporoza

Ustalono rekomendacje badań przesiewowych dla wybranych grup wiekowych w przedziale 0-65 lat.

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Złamanie										♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

#### **U dorosłych w wieku 40-65 lat**



## U dzieci w wieku 0-18 lat

Regularne badania przesiewowe wzroku i układu wzroku powinno się przeprowadzać zgodnie z poniższą tabelą.

Ocena	Noworodki do 6 miesięcy	6-12 miesięcy	1-3 lata	4-5 lat	6 lat i starsze
Historia badań wzroku	x	x	x	x	x
Zewnętrzna ocena stanu powiek i oczu	x	x	x	x	x
Badanie czerwonego refleksu źrenicznego	x	x	x	x	x
Badanie źrenicy	x	x	x	x	x
Ocena motoryki oka	—	x	x	x	x
<a href="#">Badania przesiewowe z wykorzystaniem instrumentów - jeśli dostępne</a>	—	<a href="#">b</a>	x	x	<a href="#">c</a>
Skupianie wzroku i wodzenie oczami za przedmiotem	<a href="#">xf</a>	x	x	—	—
<a href="#">Ocena ostrości widzenia z wykorzystaniem odpowiednich dla wieku optotypów</a>	—	—	<a href="#">xe</a>	x	x

Wcześnieiki powinny być początkowo badane i kierowane na specjalistyczne badania wzroku wykonywane przez okulistę doświadczonego w diagnozowaniu i leczeniu niemowląt, jeśli to konieczne. Podobne skierowanie do specjalisty powinno następować u noworodków z przypadkami zaćmy wrodzonej w wywiadzie rodzinnym, gruczolakoraka lub choroby metabolicznej lub u których podejrzewa się chorobę układową związaną z poważnymi zaburzeniami wzroku. Ponieważ historia rodziny jest ważnym czynnikiem ryzyka niedowidzenia i strabizmu, klinicyści pediatryczni powinni rozważyć skierowanie dzieci, u których wśród krewnych pierwszego stopnia stwierdzono tego rodzaju schorzenia; skierowanie takie należy dokonać niezwłocznie, jeśli stwierdzone zostaną objawy, a jeśli nie, kiedy dziecko jest wystarczająco duże by móc współpracować z lekarzem w celu przeprowadzenia badań.

### Dostępność w polskim systemie opieki medycznej

Dzieci są regularnie badane przez lekarzy oraz pielęgniarki szkolne w czasie badania stanu zdrowia dziecka zgodnie z polską "Księżeczką Zdrowia Dziecka". Wizualna ocena wykonywana jest pod kątem zezą, naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu (cover test), badania refleksów rogówkowych (test Hirschberga).

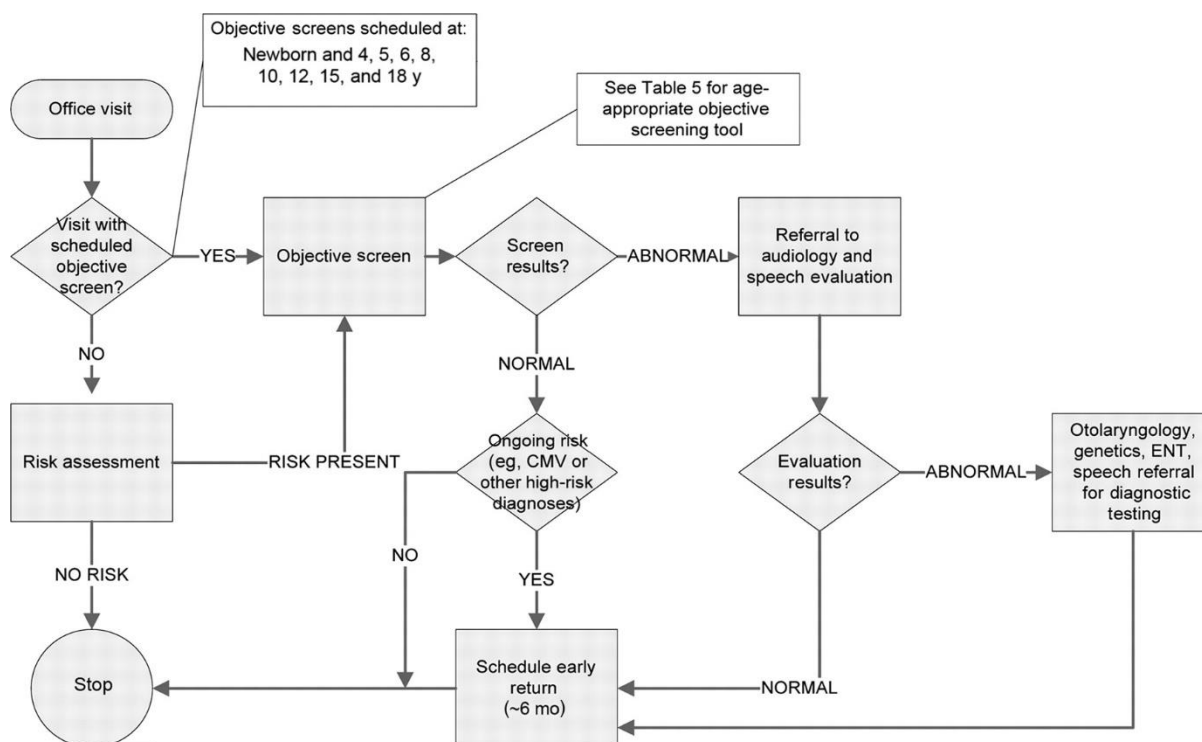
## Słuch

Ustalono rekomendacje badań dla wielu grup wiekowych - u dzieci. Nie stwierdzono rekomendacji na temat badań przesiewowych w celu wykrywania uszkodzeń słuchu u dorosłych (w populacji ogólnej).

Wiek	0-2	2-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Słuch	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂									

### U dzieci w wieku 0-18 lat

Regularne badania przesiewowe słuchu i układu słuchu powinno się przeprowadzać zgodnie z poniższym schematem. Okresowe obiektywne badanie słuchu powinno być przeprowadzane u wszystkich dzieci zgodnie z zaleceniami dotyczącymi prewencyjnej okresowej opieki zdrowotnej. Każdy nieprawidłowy obiektywny wynik badania wymaga skierowania na badania audiologiczne i postawienie ostatecznej diagnozy.



### Dostępność w polskim systemie opieki medycznej

Wszystkie noworodki są badane w ramach programu badań przesiewowych słuchu u noworodków. Starsze dzieci są regularnie badane przesiewowo przez lekarzy i pielęgniarki szkolne w trakcie badań lekarskich zgodnie z polską "Książeczką Zdrowia Dziecka" - ocena reakcji słuchowych i ocena czynników ryzyka utraty słuchu.

## Propozycja zestawu usług profilaktycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Na podstawie istniejących zaleceń i dostępnych najlepszych praktyk proponuje się następujące zmiany w protokołach prewencyjnych/przesiewowych dla lekarzy rodzinnych:

- Należy rozważyć regularne badania przesiewowe w kierunku niedokrwistości u dzieci w wieku 6-24 miesiące, pochodzących z grup ryzyka.
- Należy rozważyć badania przesiewowe w celu rozpoznania hiperlipidemii u dzieci w wieku 9-11 lat.
- Systematyczne badania przesiewowe w celu identyfikacji czynników ryzyka behawioralnego w przypadku chorób wynikających ze stylu życia w populacji ogólnej w wieku 20-40 lat. Należy przeprowadzić ocenę spożywania pokarmów, aktywności fizycznej, palenia tytoniu, ryzyka depresji, spożywania alkoholu w sposób ryzykowny, w połączeniu z BMI i pomiarem ciśnienia krwi. Wprowadzenie okresowych ocen tych zachowań wydaje się uzasadnione, Identyfikacja behawioralnych czynników ryzyka wymaga także interwencji edukacyjnej i promowania zdrowych postaw.
- Systematyczne badania przesiewowe w populacji ogólnej powyżej 40 roku życia dla mężczyzn i 50 roku życia dla kobiet z czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (BMI, ciśnienie krwi, glukoza na czczo, lipidy na czczo) powinny być przeprowadzane co najmniej raz na pięć lat.
- Należy rozważyć wprowadzenie corocznego badania przesiewowego wykorzystującego test na krew utajoną w kale o dużej wrażliwości (min. 2 próbki) w kierunku wykrywania raka jelita grubego w gabinetach lekarzy rodzinnych. Mogłoby to zwiększyć wskaźnik liczby pacjentów poddanych badaniom przesiewowym i poziom wczesnego wykrywania nowotworów.
- Zwiększenie liczby cytologii wykonywanych przez położne pracujące w placówkach lekarzy rodzinnych może stanowić ważny element badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka szyjki macicy.
- Wykonywanie regularnych badań przesiewowych pod kątem ryzyka złamań powinno się przeprowadzać rutynowo u wszystkich pacjentów w populacji ogólnej w wieku 40+.

## Literatura

### Masa ciała

1. ESPGHAN+ National Health and Medical Research Council. Dietary guidelines for children and adolescents in Australia. Incorporating the infant feeding guidelines for health workers. Canberra: NHMRC, 2003.
2. Pouliot MC, Despres JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, i in. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 1994;73(7):460–8.
3. LeBlanc E, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode C, Kapka T. Screening for and Management of Obesity and Overweight in Adults. Synteza dowodów naukowych nr 89. AHRQ Publikacja nr. 11-05159-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; październik 2011 r.
4. U.S. Preventive Services Task Force – Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych. Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. *Ann Intern Med.* 2003;139:930-2.
5. LeBlanc ES, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode CD, Kapka T. Effectiveness of primary care–relevant treatments for obesity in adults: systematyczny przegląd dowodów naukowych wykonany na potrzeby Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych *Annals Intern Med.* 2011;155:434-7.
6. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [Streszczenie]. *CMAJ.* 2007;176:S1-13.
7. Kułaga Z i in. Siatki centylowe dla oceny wzrastania i stanu odżywienia polskich dzieci i młodzieży od urodzenia do 18 roku życia. *Standardy Medyczne/Pediatrics.* 2015; 12:119-35

### Cukrzyca

1. Classification and Diagnosis of Diabetes. Amerykańskie Stowarzyszenie Diabetologiczne. *Diabetes Care* 2016 styczeń; 39(Supplement 1): S13-S22.
2. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, ViaMedica 2016.
3. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych. Dostępne pod adresem internetowym: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes> [Accessed 24/11/2016].
4. Selph S, Dana T, Blazina I, Bougatsos C, Patel H, Chou R. Screening for Type 2 Diabetes Mellitus: Przegląd systematyczny w celu aktualizacji Rekomendacji Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych z 2008 r. Synteza dowodów naukowych nr 117. AHRQ Publikacja nr. 13-05190-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; 2014 r.
5. Mortaz S, Wessman C, Duncan R, Gray R, Badawi A. Impact of screening and early detection of impaired fasting glucose tolerance and type 2 diabetes in Canada: a Markov model simulation. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2012;4:91-7.
6. Herman WH, Ye W, Griffin SJ, Simmons RK, Davies MJ, Khunti K, i in. Early detection and treatment of type 2 diabetes reduce cardiovascular morbidity and mortality: a simulation of the results of the Anglo-Danish-Dutch Study of Intensive Treatment in People With Screen-Detected Diabetes in Primary Care (ADDITION-Europe). *Diabetes Care.* 2015;38:1449-55.

### Wysoki poziom cholesterolu i innych lipidów



1. Banach M, Jankowski P, Jóźwiak J. PoLA/CFPIP/PCS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias for Family Physicians 2016. [Wytyczne PTL/KLRwP/PTK dotyczące postępowania w zaburzeniach lipidowych dla lekarzy rodzinnych 2016.] Arch Med Sci 2017; 13, 1: 1-45
2. Postępowanie w heterozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej. Stanowisko Forum Ekspertów Lipidowych. Kardiologia Pol. 2013;71(10):1099-105
3. Goldberg AC, Hopkins PN, Toth PP i in. Familial Hypercholesterolemia: Screening, diagnosis and management of pediatric and adult patients. Clinical guidance from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. J Clin Lipidol, 2011; 5: 133–140
4. Screening for Lipid Disorders in Children and Adolescents. Stanowisko Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych. JAMA. 2016;316(6):625-633
5. Welborn TA, Dhaliwal SS, Bennett SA. Waist–hip ratio is the dominant risk factor predicting cardiovascular death in Australia. Med J Aust 2003;179(11/12):580–5.
6. National Vascular Disease Prevention Alliance. Guidelines for the management of absolute cardiovascular disease risk. Heart Foundation, 2012
7. van Dis I, Kromhout D, Geleijnse JM, Boer JM, Verschuren WM. Body mass index and waist circumference predict both 10-year nonfatal and fatal cardiovascular disease risk: study conducted in 20,000 Dutch men and women aged 20–65 years. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009;16(6):729–34
8. Levy PJ, Jackson SA, McCoy TP, Ferrario CM. Clinical characteristics of patients with premature lower extremity atherosclerosis associated with familial early cardiovascular disease and/or cancer. Int Angiol 2006;25(3):304–9.
9. National Heart Foundation of Australia, The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Position statement on lipid management 2005. Heart Lung Circ 2005;14(4):275–91.
10. Woźakowska-Kapłon B i in. Zalecenia postępowania w dyslipidemii — propozycje algorytmu dla lekarzy rodzinnych. Forum Medycyny Rodzinnej. 2012;6: 261–82

### **Ciśnienie krwi**

1. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2015 rok Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego - [https://nadcisnienietetnicze.pl/ptnt/wytyczne\\_ptnt](https://nadcisnienietetnicze.pl/ptnt/wytyczne_ptnt)
2. National Vascular Disease Prevention Alliance. Guidelines for the management of absolute cardiovascular disease risk. Heart Foundation, 2012
3. Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych. Screening for high blood pressure: Potwierdzenie stanowiska zawierającego rekomendacje, Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych. Ann Intern Med 2007;147(11):783–6
4. National Heart Foundation of Australia (National Blood Pressure and Vascular Disease Advisory Committee). Guide to management of hypertension 2008. Aktualizacja w grudniu 2010 r. Heart Foundation, 2010
5. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. Lancet 2001;358(9294):1682–6
6. Piper MA, Evans CV, Burda BU, Margolis KL, O'Connor E, Smith N, i in. Screening for High Blood Pressure in Adults: Systematyczny przegląd dowodów naukowych dla Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych Synteza dowodów naukowych nr 121. AHRQ Publikacja nr. 13-05194-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; 2014 r.
7. Kułaga Z i in. Rozkłady wartości ciśnienia krwi w populacji referencyjnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Standardy Medyczne/Pediatrics. 2010; 7:100-11.
8. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. NIH NIH Publikacja nr 12-7486. październik 2012 r.

### **Ryzyko chorób sercowo-naczyniowych ogółem**

1. ESC guidelines on prevention diseases of the cardiovascular system in clinical practice in 2016. Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other scientific societies for cardiovascular prevention in clinical practice (composed of representatives of 10 companies and invited experts) with European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR). *Kardiologia Polska* 2016; 74, 9: 821–936; DOI: 10.5603/KP.2016.0120.
2. Arima H i in., Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet*, 2014; 384: 591-598.
3. Thomopoulos C i in. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 3. Effects in patients at different levels of cardiovascular risk — overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens*, 2014; 32: 2305-2314.
4. Thomopoulos C i in. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 2. Effects at different baseline and achieved blood pressure levels — overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens*, 2014; 32: 2296-2304.
5. Conroy RM i in. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur H J*, 2003; 24: 987-1003.

### **Odżywianie**

1. Zmienione zalecenia dotyczące zdrowego żywienia: <http://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/555-naukowcy-zmodyfikowali-zalecenia-dotyczace-zdrowego-zywienia>
2. Steptoe A, Perkins-Porras L, McKay C, Rink E, Hilton S, Cappuccio FB. Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low-income adults: randomised trial. *BMJ* 2003;326(7394):855–7
3. Ammerman A, Lindquist C, Lohr K, Hersey J. The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Prev Med* 2002;35(1):25–41
4. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. ODPHP Publikacja nr U0036. Washington, DC: Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych. 2008 r.
5. Etz RS, Cohen DJ, Woolf SH, Holtrop JS, Donahue KE, Isaacson NF, i in. Bridging primary care practices and communities to promote healthy behaviors. *Am J Prev Med*. 2008;35(5 Suppl):S390-

### **Aktywność fizyczna**

1. Zalecenia NICE na temat aktywności fizycznej: krótkie porady dla osób dorosłych w podstawowej opiece medycznej [ang. NICE recommendation on Physical activity: brief advice for adults in primary care.] <https://www.nice.org.uk/guidance/ph44/resources/physical-activity-brief-advice-for-adults-in-primary-care-1996357939909>
2. Lindsey Dugdill, Diane Crone, Rebecca Murphy, Physical Activity and Health Promotion: Evidence-based Approaches to Practice, John Wiley & Sons, 2009.
3. LeBlanc E, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode C, Kapka T. Screening for and Management of Obesity and Overweight in Adults. Synteza dowodów naukowych nr 89. AHRQ Publikacja nr. 11-05159-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; październik 2011 r.
4. Lin JS, O'Connor E, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle for Cardiovascular Disease Prevention in Persons with Cardiovascular Risk Factors: Systematyczny przegląd dowodów naukowych dla Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych Synteza dowodów

naukowych nr 113. AHRQ Publikacja nr. 13-05179-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; 2014 r.

5. Lee i in Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): Przegląd systematyczny. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2011 8:115.

### **Palenie tytoniu**

1. Śliwiński P, Górecka D, Jassem E, Piechrzała W. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pneumonologia i Alergologia Polska 2014;82(3); 2014;82(3). s. 227–63.
2. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years.: Am. J. Respir. Crit. Care. Med.; 2002;166. s. 675–9.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Updated 2013.
4. Agaku IT, King BA, Husten CG, Bunnell R, Ambrose BK, Hu SS, i in.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco product use among adults---United States, 2012-2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014;63:542-7.
5. Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boerngen de Larcera R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V & Simon S (2008). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Addiction 103(6): 1039-1047

### **Spożycie alkoholu**

1. National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: NHMRC, 2009.
2. The Guide to Clinical Preventive Services 2014 Zalecenia Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych, <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/cpsguide.pdf>
3. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, i in The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. Drug Alcohol Rev 2009;28(3):301–23.
4. Whitlock E, Polen MR, Green CA. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Taskforce. Ann Int Med 2004;140(7):557–68
5. TF Babor, JC Higgins-Biddle, JB Saunders, MG Monteiro. AUDIT—the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care (Wyd. 2), Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa (2001)
6. Bush K i in. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. Arch Intern Med. 1998;158(16):1789-1795.
7. Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boerngen de Larcera R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V & Simon S (2008). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Addiction 103(6): 1039-1047

## Depresja

1. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU, Henderson JT, Bigler KD, Whitlock EP. Screening for Depression in Adults: Zaktualizowany systematyczny przegląd dowodów naukowych dla Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych Synteza dowodów naukowych nr 128. AHRQ Publikacja nr. 14-05208-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; 2016 r.
2. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, i in. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;136:765-776.
3. Strum R, Meredith LS, Wells KB. Provider choice and continuity for the treatment of depression. *Med Care.* 1996;34:723-734.
4. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med.* 1995;4:99-105.
5. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:909-916.
6. Gilbody S, AO House, TA Sheldon. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD002792.

## Rak szyjki macicy

1. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, <http://www.termedia.pl/Rekomendacje-Polskiego-Towarzystwa-Ginekologicznego-dotyczace-diagnostyki-profilaktyki-i-wczesnego-wykrywania-raka-szyjki-macicy,4,6690,1,1.html>
2. Munro A, Pavicic H, Leung Y, Westoby V, Steel N, Semmens J, O'Leary P. The role of general practitioners in the continued success of the National Cervical Screening Program. 2014 maj;43(5):293-6.
3. Rak szyjki macicy: Badania Przesiewowe. Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych. Data publikacji: marzec 2012 r. Dostępne pod adresem: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cervical-cancer-screening> [Dostęp: 23/11/2016].
4. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Lin J, Burda BU, Senger CA, i in. Badania przesiewowe pod kątem raka szyjki macicy: systematyczny przegląd dowodów naukowych dla Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych Synteza dowodów naukowych nr 86. AHRQ Publikacja nr. 11-05156-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; 2011 r.
5. Ronco G, Cuzick J, Pierotti P, Cariaggi MP, Dalla Palma P, Naldoni C, i in. Accuracy of liquid based versus conventional cytology: overall results of new technologies for cervical cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ.* 2007;335:28. [PMID: 17517761]

## Rak piersi

1. Recommendation of the Board of the Polish Gynecological Society on prevention and early diagnosis of changes in the mammary gland. Dostępne pod adresem: <http://www.stomik.com/pliki/rekomendacjasutek.pdf>
2. Rak piersi: Badania. USPSTF. Dostępne pod adresem: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/breast-cancer-screening1> [Dostęp: 24/11/2016]
3. Nelson HD, Cantor A, Humphrey L, Fu R, Pappas M, Daeges M, Griffin J. Screening for Breast Cancer: Przegląd systematyczny w celu aktualizacji Rekomendacji Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych z 2009 r. Synteza dowodów naukowych nr

124. AHRQ Publikacja nr. 14-05201-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; 2016 r.
4. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013;108:2205-40.
  5. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Screening for depression in adults: systematyczny przegląd dowodów naukowych wykonany na potrzeby Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych *Ann Intern Med*. 2002;137(5 pt 1):347-60.
  6. <https://www.cdc.gov/cancer/breast/pdf/BreastCancerScreeningGuidelines.pdf>

### **Rak jelita grubego**

1. The Guide to Clinical Preventive Services 2014. Zalecenia Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych. Dostępne pod adresem: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/colorectal-cancer-screening2#tab>
2. Lin JS, Piper M, Perdue LA, i in. Screening for Colorectal Cancer: Systematyczny przegląd dla Grupy Zadaniowej ds. Świadczeń Profilaktycznych Stanów Zjednoczonych Synteza dowodów naukowych nr 135. AHRQ Publikacja nr. 14-05203-EF-1. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; 2016 r.
3. Zauber A, Knudsen A, Rutter CM, Lansdorp-Vogelaar I, Kuntz KM. Evaluating the Benefits and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: A Collaborative Modeling Approach. AHRQ Publikacja nr. 14-05203-EF-2. Rockville, MD: Agencja Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości; 2015 r.
4. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, i in. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin*. 2008;58(3):130-60.
5. Holme Ø, Løberg M, Kalager M, i in. Effect of flexible sigmoidoscopy screening on colorectal cancer incidence and mortality: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312(6):606-15.

### **Przewlekłe choroby układu oddechowego**

1. Śliwiński P, Górecka D, Jassem E, Pierzchała W. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2014;82(3); 2014;82(3). s. 227–63.
2. Bednarek M, Maciejewski J, Woźniak M, Kuca P, Zieliński J. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax*; 2008 (63). s. 402-40.
3. Buffels J, Degryse J, Heyrman J, Decramer M. Office spirometry significantly improves early detection of COPD in general practice: Badanie DIDASCO. *Thorax*; 2004 (125). s 1394-9.

### **Osteoporoza**

1. Skedros JG, Sybrowsky CL, Stoddard GJ. The osteoporosis self-assessment screening tool: a useful tool for the orthopaedic surgeon. *J Bone Joint Surg Am*. 2007 Apr;89(4):765-72.
2. Lynn HS, Woo J, Leung PC, Barrett-Connor EL, Nevitt MC, Cauley JA, Adler RA, Orwoll ES, An evaluation of osteoporosis screening tools for the osteoporotic fractures in men (MrOS) study. *Osteoporos Int*. 2008 Jul; 19(7):1087-92. Epub 2008 Feb 1.
3. Fernando D. Saraví. Osteoporosis Self-Assessment Tool Performance in a Large Sample of Postmenopausal Women of Mendoza, Argentina. *Journal of Osteoporosis Volume 2013 (2013)*, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/150154>
4. WHO Scientific Group on the Assessment of Osteoporosis at Primary Care Level, Sprawozdanie podsumowujące ze spotkania: Bruksela Belgia, 5–7 maja 2004 r., Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa, Szwajcaria, 2007 r.

5. L. E. Wehren i E. S. Siris, "Beyond bone mineral density: can existing clinical risk assessment instruments identify women at increased risk of osteoporosis?" *Journal of Internal Medicine*, vol. 256, nr 5, s. 375–380, 2004.

#### **Anemia**

1. Dokument przedstawiający stanowisko ESPGHAN - Iron requirements of infants and toddlers, *JPGN* 2014;58: 119–129.
2. Badanie pod kątem anemii wynikającej z niedoboru żelaza u małych dzieci: Stanowisko prezentujące rekomendacje USPSTF, Albert L. Siu, *Pediatrics* 2015;136;746

#### **Wzrok**

1. Visual System Assessment in Infants, Children, and Young Adults by Pediatricians. *Pediatrics* 2016;137.

#### **Słuch**

1. Ocena słuchu u niemowląt i dzieci: Zalecenia poza badaniami przesiewowymi niemowląt Allen D. Buz Harlor, Charles Bower *Pediatrics* Oct 2009, 124 (4) 1252-1263;