Wiceminister Urszula Demkow
Diagnostyka to podstawa

Minister Izabela Leszczyna
Profilaktyka w medycynie pracy?

Wiceminister Maciej Miłkowski
Zmiany w refundacji leków

Poseł prof. Alicja Chybicka
Życie każdego dziecka jest bezcenne

wprost

WYDANIE NR 7
MARZEC 2024

O ZDROWIU

W.

WIZJONERZY ZDROWIA – REFORMATORZY 2024

JAK WYDŁUŻYĆ ŻYCIE POLAKÓW?

Prof. Janina Stępińska, prof. Agnieszka Słowik:
Zapobiec udarom i zawałom

Prof. Małgorzata Myśliwiec, prof. Leszek Czupryniak:
Monitorowanie to też leczenie

Prof. Lucyna Ostrowska, Piotr Rutkowski, Robert Gil, Mariusz Wyleżoł, Tomasz Wróbel, Marek Rękas, Beata Naumnik:
Priorytety, wyzwania rekomendacje

PMPG POLSKIE MEDIA SA

XXVIII Warsaw Course on Cardiovascular Interventions

Creating Cardiovascular Medicine Worldwide

24-26 kwiecień, 2024 | Airport Okęcie Hotel, Warszawa

Prof. dr hab. med. Adam Witkowski

Prof. dr hab. med. Robert J. Gil

Wydłużyć życie

Jak wydłużyć życie Polaków – to temat naszej marcowej konferencji „Wizjonerzy Zdrowia Wprost. Reformatorzy 2024". Mężczyzna w Szwajcarii, Islandii, Norwegii żyje średnio prawie 82 lata, kobieta w Hiszpani – 86 lat. W Polsce w 2022 r. mężczyźni żyli średnio 73 lata, a kobiety 81. Mimo że sytuacja od 2021 r. nieco się poprawiła, to nie zmniejsza się dystans dzielący nas od krajów północnej i zachodniej Europy.

Polska jest określana jako kraj wysokiego ryzyka chorób serca. Prof. Robert Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, pytany o przyczynę przedwczesnych zgonów zwłaszcza u mężczyzn, odpowiada, że nie ma jednej. Na pewno jest to mała aktywność fizyczna, zły styl odżywiania, słaba zgłaszalność na badania profilaktyczne, wykrywanie chorób w bardziej zaawansowanym stadium, kiedy leczenie jest trudniejsze. Gdy objawy zmuszają do wizyty u lekarza, to problemem są kolejki, oczekiwanie na diagnostykę, na leczenie.

Prof. Witold Zatoński, ikona ruchu antytytoniowego, alarmuje, że polską plagą jest bardzo wysoki odsetek osób, które palą papierosy, oraz wzrost spożycia alkoholu dostępnego w Polsce na każdym kroku. Prof. Piotr Jankowski mówi jednoznacznie, że używki w Polsce są za tanie. A prof. Lucyna Ostrowska i prof. Mariusz Wyleżoł alarmują, że coraz częściej Polacy chorują na otyłość; przyczynę ponad 200 powikłań.

Katarzyna Pinkosz
redaktor prowadząca „Wprost o Zdrowiu"

Różnice między Wilanowem i Pragą Północ pokazują, że na długość życia ma też wpływ sytuacja ekonomiczna, poziom wykształcenia, a także umiejętność radzenia sobie w życiowych sytuacjach. Tylko czy tym słabszym, w trudniejszej sytuacji, może mniej zaradnym, nie należy pomóc?

Potrzebujemy dziś nie tylko Wizjonerów, ale też Reformatorów; stąd – za podpowiedzią prof. Macieja Banacha – w tym roku nasza konferencja odbywa się pod nowym hasłem. Są „jaskółki" korzystnych zmian: opieka koordynowana, dostęp do coraz większej liczby refundowanych terapii. Mamy wspaniałych lekarzy, z ogromną wiedzą, jak leczyć, i ekspertów, którzy chcą zmieniać system. Żeby zniwelować różnicę, która dzieli nas od krajów zachodnich w długości życia i długości życia w zdrowiu, potrzebujemy wielu mądrych decyzji. Czy będzie odwaga, by je podjąć?

© Wszelkie prawa zastrzeżone

wprost O ZDROWIU

Agencja Wydawniczo-Reklamowa
„Wprost" sp. z o.o.
Batory Office Building II,
Al. Jerozolimskie 212, 02-486 Warszawa,
tel.: 22 347 50 00 (recepcja),
www.wprost.pl

Redaktor prowadząca:
Katarzyna Pinkosz

Redakcja: Dorota Bardzińska

Dyrektor projektu: Mariola Wiercińska,
m.wiercinska@pmpg.pl,
tel. 500 112 406

Key Account Manager: Danuta Szyrszeń-Lasocka, d.lasocka@pmpg.pl, tel. 515 259 368

Studio graficzne: Karol Kinal (szef studia), Anna Abratańska

ISSN 2082-0135

PATRONAT HONOROWY

Rzecznik Praw Pacjenta

PARTNERZY

Federacja Pacjentów Polskich

Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
Razem możemy więcej

Centrum Kryzysowe
Pomagamy poradzić sobie z rakiem

Fundacja OnkoCafe
Razem lepiej

ZDJĘCIA NA OKŁADCE: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE, FOTOMED WUM, KRZYSZTOF PACHOLAK, GOV.PL

Spis treści

3 NA POCZĄTEK

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

4 3 PYTANIA DO MINISTER ZDROWIA IZABELI LESZCZYNY

6 PRACUJEMY NAD POPRAWĄ OPIEKI – wiceminister Urszula Demkow

8 MAMY CORAZ WIĘCEJ DOSTĘPNYCH LEKÓW – wiceminister Maciej Miłkowski

10 ŻYCIE KAŻDEGO DZIECKA JEST BEZCENNE – prof. Alicja Chybicka

12 NAUKA MUSI BYĆ INTERDYSCYPLINARNA – wiceminister Marek Gzik

60 NIE MA CZASU, BY ZWLEKAĆ – okiem pacjentów

CHOROBY CYWILIZACYJNE

14 DŁUGOŚĆ ŻYCIA W POLSCE MOŻNA WYDŁUŻYĆ – prof. Robert J. Gil o chorobach serca

16 ANTIDOTUM DLA KSABANÓW – prof. Janina Stępińska

17 ROKOWANIE CHORYCH, KTÓRZY DOZNAJĄ KRWOTOKU MÓZGOWEGO, JEST POWAŻNE – prof. Agnieszka Słowik

19 PAPIEROSY SĄ W POLSCE ZA TANIE – prof. Piotr Jankowski

20 POTRZEBUJEMY DŁUGOFALOWEJ STRATEGII – prof. Lucyna Ostrowska o otyłości

22 PROGRAM KOS BAR TO WZÓR DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA – prof. Mariusz Wyleżoł

24 SZEROKA REFUNDACJA JEST UZASADNIONA – prof. Małgorzata Myśliwiec o cukrzycy

27 WSPARCIE DLA MŁODYCH DIABETYKÓW – Dagmara Staniszewska

28 MONITOROWANIE TO TEŻ LECZENIE – prof. Leszek Czupryniak o cukrzycy

30 DIALIZA DOMOWA: WYGODNA I BEZPIECZNA – prof. Beata Naumnik

32 VBHC W LECZENIU NERKOZASTĘPCZYM – prof. Mariusz Kusztal

33 UWAGA NA ROZRZUTNOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA – dr Małgorzata Gałązka-Sobotka

34 CORAZ LEPIEJ LECZYMY CHOROBY SIATKÓWKI – prof. Marek Rękas

ONKOLOGIA

36 ZA DWA-TRZY LATA WYNIKI LECZENIA NOWOTWORÓW W POLSCE MOGĄ SIĘ ZMIENIĆ – prof. Piotr Rutkowski

38 NIEMOŻLIWE STAJE SIĘ MOŻLIWE – Aleksandra Wilk o raku płuca

40 CZEKAMY NA SCHEMAT SKOJARZONY – prof. Jakub Kucharz o raku nerki

HEMATOONKOLOGIA

42 CZEKAMY NA OPTYMALNĄ DRUGĄ LINIĘ – prof. Dominik Dytfeld o szpiczaku plazmocytowym

44 MUSIMY SZUKAĆ SŁABYCH PUNKTÓW NOWOTWORU – prof. Tomasz Wróbel o szpiczaku plazmocytowym

46 TU SZCZEGÓLNIE LICZY SIĘ DOŚWIADCZENIE – prof. Joanna Czuwara i dr Joanna Drozd-Sokołowska o leczeniu chłoniaków skóry

CHOROBY RZADKIE

48 SKUTKI NIEROZPOZNANYCH CHORÓB TO ODYSEJE DIAGNOSTYCZNE – prof. Karina Jahnz-Różyk

POKOLENIE SILVER

50 NIEDOKRWISTOŚĆ PRZED OPERACJĄ – prof. Justyna Teliga-Czajkowska

52 POWIKŁANIA ZAGRAŻAJĄ ŻYCIU – dr Maria Rell-Bakalarska o osteoporozie

PROFILAKTYKA

54 PÓŁPASIEC POWODUJE, ŻE ZASADNICZA CHOROBA POSTĘPUJE – dr Grażyna Cholewińska

FARMACJA

56 AMGEN: 20 LAT INNOWACJI – Krisztián Szabolcs Toka

58 POLSCY GENIUSZE ŚWIATOWEJ MEDYCYNY

3 pytania do... minister zdrowia Izabeli Leszczyny

Szczególnym problemem jest w Polsce nadumieralność z przyczyn sercowo-naczyniowych: Polacy żyją krócej niż mieszkańcy zachodniej Europy, krótsze mają też tzw. życie w zdrowiu. Ten problem dotyka przede wszystkim mężczyzn. Jakie działania Pani Minister chciałaby podjąć, żeby ten niekorzystny trend zmienić?

Rzeczywiście, w Polsce umieramy przede wszystkim na choroby kardiologiczne, drugą przyczyną są choroby nowotworowe. Podczas niedawnego spotkania z Porozumieniem Zielonogórskim rozmawialiśmy m.in. o tym, żeby do badań wykonywanych przez lekarza medycyny pracy włączyć badania profilaktyczne. Było to już chyba trzecie moje spotkanie w tej kwestii z różnymi podmiotami. Ustalamy teraz, jaki miałby to być zakres badań, jakie byłyby to koszty dla NFZ, ponieważ nie chcemy oczywiście obarczyć nimi pracodawców, przedsiębiorców.

Stawiamy na profilaktykę, mówimy o niej coraz więcej i będziemy mówić coraz więcej, bo mamy świetnych lekarzy, dlatego nie ma powodu, żeby Polacy żyli krócej. Mamy też dostępne świetne terapie lekowe – o czym mówił podczas konferencji wiceminister Miłkowski. My, pacjenci, musimy zrozumieć, że za ponad połowę naszego stanu zdrowia odpowiadamy sami.

Niedawno ukazał się filmik promujący przez ministra sportu i ministrę edukacji testy sprawdzające, na ile nasze dzieci i nasza młodzież, są sprawni i aktywni. Myślę, że Ministerstwo Zdrowia też chętnie włączy się w propagowanie tych kwestii. Stawiamy na profilaktykę, na zdrowy tryb życia, będziemy o tym dużo mówić, dużo pisać. Będziemy docierać także przez lekarzy pierwszego kontaktu do pacjentów, ale także przez pielęgniarki medycyny szkolnej do dzieci i młodzieży. Jestem już po rozmowach z nimi; one chętnie podejmą się prowadzenia „godzin o zdrowiu". Jednocześnie powołujemy nieduży zespół złożony z kilku, maksymalnie kilkunastu, ekspertów,

ZDJĘCIA: MATEUSZ SKWARCZEK / AGENCJA WYBORCZA.PL

Stawiamy na profilaktykę, będziemy propagować zdrowy styl życia. Mamy znakomitych lekarzy, dostępne świetne technologie lekowe.

by stworzyć program; być może nazwiemy go „Przygotowaniem do życia". Chcemy bardzo duży nacisk położyć na zdrowie. Nie tylko na seksualność – seksualność jest maleńkim elementem; nasze zdrowie to jest oczywiście to wszystko, co „mamy w głowie", co jemy, ile śpimy. Nad takim programem myślimy, bo od dziecka musimy się nauczyć tego, że warto o siebie dbać, warto o siebie zawalczyć. Skończył się Tydzień Zdrowia Kobiet, w którym też namawialiśmy kobiety o zadbanie o siebie, o swoich partnerów, o swoje dzieci

Dużym problemem w Polsce jest niska zgłaszalność na badania profilaktyczne. Jak można to zmienić? Jednym z planowanych rozwiązań, jak Pani mówiła, byłoby powiązanie badań profilaktycznych z medycyną pracy...

To jest jedno z rozwiązań, o którym myślimy. Drugim rozwiązaniem, z którym przyszła do mnie dyrektor centrum e-zdrowia, jest wysyłanie SMS-ów. Będziemy przypominać nimi o badaniach profilaktycznych, mówić, gdzie można się zgłosić. Ważne byłoby stworzenie centralnej e-rejestracji; podpowiedzenie, gdzie mamy wykonać mammografię, cytologię. A potem będziemy SMS-ami przypominać, że jest się zapisanym i trzeba się zgłosić na badanie.

Kiedy centralna e-rejstracja miałaby szansę wejść w życie?

Jeśli chodzi o profilaktykę, to będziemy chcieli, żeby to się stało szybko, w połowie tego roku. Natomiast jeśli chodzi o możliwość umówienia się przez e-rejestrację do wszystkich specjalistów: nie potrafię jeszcze na to pytanie odpowiedzieć.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała JOANNA BIEGAJ

Pytania do Pani Minister Izabeli Leszczyny zostały zadane podczas konferencji prasowej 14.03.2024

Pracujemy nad poprawą opieki

Rozmowa z wiceminister zdrowia, **PROF. URSZULĄ DEMKOW**

Pani Minister, w Pani gestii znajduje się obecnie kwestia chorób rzadkich. To trudny obszar: jest nawet 7-10 tysięcy chorób rzadkich, bardzo zróżnicowanych. Chorują zarówno dzieci, jak dorośli; niektóre choroby ujawniają się tuż po urodzeniu, inne dopiero w wieku dorosłym. Jakie widzi Pani największe wyzwania w opiece nad pacjentami?

Pierwszym wyzwaniem jest jak najszybsze postawienie właściwej diagnozy. Pacjenci przechodzą prawdziwą odyseję diagnostyczną i wiele lat mija, zanim zostanie postawione rozpoznanie choroby. Bardzo ważna jest edukacja lekarzy rodzinnych i pediatrów, którzy na ogół pierwsi stykają się z chorym. Powinni oni mieć wiedzę o chorobach rzadkich. Dlatego powstała platforma „Choroby rzadkie" w ramach realizacji Planu dla chorób rzadkich. Na portalu dostępna jest wiedza o chorobach rzadkich oraz linki do stron powiązanych z tym tematem (także międzynarodowych). Druga, bardzo ważna kwestia, która przyspieszy diagnozę, to ośrodki eksperckie doskonałości chorób rzadkich, w których pacjenci będą mogli uzyskać fachową pomoc.

Wyzwaniem jest również dostęp do innowacyjnych terapii. Tu mamy czym się pochwalić – Minister Zdrowia w ostatnim okresie wprowadził wiele innowacyjnych terapii. Jednak medycyna stale się rozwija, pojawiają się coraz nowsze metody leczenia. Wyzwaniem jest dostęp do nich.

Pacjenci często mówią o odysei diagnostycznej. Czy poprawa dostępu do diagnostyki genetycznej ma szansę skrócić czas oczekiwania na diagnozę?

Nie wszystkie choroby rzadkie mają podłoże genetyczne. Natomiast rzeczywiście wiele chorób rzadkich (zwłaszcza u dzieci) je ma. Program chorób rzadkich, który przygotowujemy, również ma na celu ułatwienie dostępu do badań genetycznych.

Obecnie przygotowywane jest rozporządzenie, które będzie wprowadzało do koszyka świadczeń AOS gwarantowanych dwa badania diagnostyczne. Pierwsze to badanie mikromacierzy aCGH; drugie – ekspresji genów metodą PCR w czasie rzeczywistym. W „kolejce" są też inne badania genetyczne. Pracujemy nad tym, by były one dostępne, i żeby ich wykonanie nie obciążało budżetu szpitala.

Podczas konferencji w Dniu Chorób Rzadkich Pani Minister Izabela Leszczyna mówiła, że nowy Plan dla Chorób Rzadkich zostanie przyjęty już w drugim kwartale bieżącego roku. Na co mogą liczyć pacjenci z chorobami rzadkimi?

Plan będzie stopniowo implementowany. Pierwszy krok to wprowadzenie badań genetycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych i ich wycena – to już jest na ukończeniu. Kolejny krok to rozwinięcie platformy dla chorób rzadkich, jako źródła informacji dla pacjentów i pracowników systemu ochrony zdrowia, poprzez stałe zasilanie niezbędnymi informacjami. We współpracy z Centrum e-Zdrowia staramy się, żeby platforma była funkcjonalna. Trzecim elementem jest rejestr chorób rzadkich, który również będzie powstawał we współpracy z Centrum e-Zdrowia. Dzięki rejestrowi

ZDJĘCIA: PIOTR KAMIONKA/REPORTER/EAST NEWS

będziemy wiedzieć, ilu jest pacjentów z daną chorobą rzadką i jak wygląda ich leczenie. Znajdą się w nim także dodatkowe informacje, które pomogą w podejmowaniu racjonalnych decyzji związanych z zarządzaniem systemem ochrony zdrowia w tym zakresie.

Kolejnym elementem jest Karta chorego na chorobę rzadką, która jest obecnie przygotowywana. Znajdą się w niej podstawowe informacje na temat tego, na jaką rzadką chorobę choruje pacjent. Będzie on miał kartę przy sobie. Jeśli coś się wydarzy, to lekarz (lub placówka ochrony zdrowia) udzielający pomocy znajdzie w niej niezbędne informacje, aby pomoc udzielana pacjentowi była jak najszybsza, celowana i właściwa.

Pojawiają się opinie, że powinny powstać nowe zawody medyczne związane z diagnostyką genetyczną, jak np. doradca genetyczny. Czy faktycznie jest taka potrzeba?

Doradca genetyczny to osoba, która mogłaby wspierać lekarza, udzielać pacjentowi i jego rodzinie wyczerpujących informacji na temat danej choroby, jej dziedziczenia. Obecnie, z uwagi na brak w systemie „ścieżki" kształcenia dla takich specjalistów trwają analizy w MZ dotyczące możliwości w tym zakresie.

Na ogół osoby, u których w rodzinie pojawia się choroba rzadka, są bardzo zagubione, potrzebują wsparcia, czasami „zdjęcia winy" – rodzice często obwiniają się za to, że dziecko jest chore lub obwiniają siebie nawzajem. Choroba dziecka nie jest niczyją winą. Zdarza się zresztą, że pojawia się mutacja de novo, a żaden z rodziców nie jest nosicielem defektywnego genu. Osoby w takiej sytuacji potrzebują dodatkowych informacji. Oczywiście lekarze mają na ten temat wiedzę, jednak w Polsce mamy tylko ok. 140 lekarzy ze specjalizacją genetyki klinicznej, a to zdecydowanie za mało, patrząc na potrzeby tej rozwijającej się gałęzi medycyny. W wielu krajach już istnieje taki zawód jak doradca genetyczny, który wspiera pacjentów z chorobami o podłożu genetycznym i ich rodziny.

Jeśli zostaną wykryte geny świadczące o predyspozycji do niektórych nowotworów, to można stosować pewne działanie profilaktyczne. Przykładem jest Angelina Jolie, która miała mutację BRCA 1. Zdecydowała się na usunięcie piersi i jajników w ramach profilaktyki. To bardzo radykalne postępowanie. Czasem wystarczyłaby świadomość pacjenta, że jest nosicielem genu, który zwiększa predyspozycję do chorób nowotworowych. Dlatego powinien częściej przeprowadzać badania kontrolne, zachować większą czujność o swoje zdrowie. Zawód doradcy genetycznego w niedalekiej przyszłości może okazać się bardzo potrzebny.

Wszystko to pokazuje, że rola diagnostyki (między innymi genetycznej) jest w tej chwili bardzo istotna, zarówno w chorobach rzadkich, jak np. w onkologii?

Wiedza na temat genetyki rozwija się w ekspresowym tempie. Jednak często za rozwojem nauki nie nadąża zarówno prawo, jak i zasady postępowania etycznego. Poziom wiedzy rośnie, a my często nie wiemy, jak niektóre kwestie ująć w ramy prawne. W żadnej dziedzinie medycyny nie toczy się debata o tym, czy o wynikach badania należy informować pacjenta, czy jednak ma on prawo do tego, aby nie być poinformowanym. Chodzi np. o wykrycie w genomie mutacji związanych z powstawaniem chorób, na które pacjent ma duże ryzyko zachorowania w przyszłości, ale nie ma żadnej możliwości, by temu zapobiec. Życie pod presją takiej informacji jest bardzo trudne. Dlatego pacjent może nie chcieć być informowany o takich kwestiach.

Druga sprawa związana z etyką i wynikami badań genetycznych to ewentualne kwestie ubezpieczeń. W Polsce dużo się o tym nie mówi, ale towarzystwa ubezpieczeniowe mogłyby dyskryminować pacjentów, mających wadliwy gen i nie włączać ich do ubezpieczenia lub podnosić składkę – na podstawie wiedzy zapisanej w genomie danej osoby.

To ogromne dylematy etyczne, które rodzą się wraz z rozwojem wiedzy. Jednak mówiąc o badaniach genetycznych nie sposób nie zapytać o jej wykorzystanie w leczeniu nowotworów. Coraz częściej w wielu nowotworach bez wykonania badania genetycznego nie sposób dziś skutecznie leczyć pacjentów?

W przypadku wielu nowotworów mamy już dostępne leczenie celowane, które jest uzależnione od rodzaju mutacji występujących w komórkach nowotworowych. W takim przypadku badanie genetyczne jest wręcz konieczne, aby można było dobrać odpowiednie leczenie do pacjenta. To tak zwana terapia spersonalizowana, dopasowana do konkretnego chorego. Już dziś tak jest w przypadku m.in. raka piersi, raka płuca, a także w wielu innych nowotworach. Wykonanie badania genetycznego jest konieczne, aby można było dobrać właściwe leczenie.

Bardzo dziękuję za rozmowę, liczymy na wprowadzenie zapowiadanych zmian.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Plan dla Chorób Rzadkich będzie stopniowo implementowany. Pierwszy krok to wprowadzenie badań genetycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych i ich wycena – to już jest na ukończeniu.

Wiceminister Urszula Demkow

– podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia; pracuje na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, jest prof. dr hab. n. med., specjalistką w dziedzinie chorób wewnętrznych, immunologii, alergologii i diagnostyki laboratoryjnej.

Mamy coraz więcej dostępnych leków

Rozmowa z wiceministrem **MACIEJEM MIŁKOWSKIM**

Panie Ministrze, kilka dni temu wraz z Panią Minister Izabelą Leszczyną przedstawił Pan kolejną listę refundacyjną – rewolucyjną: bardzo szeroką, obejmującą wiele nowych terapii. Nowością jest też pierwsza lista leków tzw. polskich leków.

To bardzo szeroka i rozległa tematycznie lista; cieszę się, że udało się zrealizować kilka nowych rzeczy. Pierwsza jest związana z listą polskich leków oraz z odpłatnością za nie dla pacjentów. To ważna zmiana; pokazujemy, że inaczej traktujemy leki produkowane w Polsce. Pokazujemy też firmom kierunek, że każde „ściągnięcie" produkcji leku do Polski będzie objęte preferencją.

Producenci polskich leków będą mieć preferencje; to m.in. brak konieczności negocjacji czy wydłużenie okresu wydawania decyzji refundacyjnych. Drugi rodzaj preferencji polega na tym, że wraz z nadaniem statusu „polskiego leku" mniejsza będzie odpłatność pacjentów w aptece.

Zmianę pacjenci odczują we własnej kieszeni? Polskie leki będą miały obniżoną cenę w aptece?

Tak, będzie to obniżenie ceny o 10 proc. (w przypadku leku produkowanego w Polsce) lub 15 proc. (w przypadku leku produkowanego w Polsce z substancji czynnej produkowanej w Polsce). Oczywiście, dotyczy to leków refundowanych.

Duże zmiany są też na samej liście: pojawiły się nowe substancje lecznicze, zmiany w programach lekowych. Szereg leków będzie mogło być też stosowanych off-label, czyli poza wskazaniami...

Cały projekt przeanalizowaliśmy pod kątem tego, które leki możemy poszerzyć do stosowania poza wskazaniami. Dotyczy to – z listy aptecznej – m.in. mykofenolanu mofetylu (w miastenii), takrolimusu (m.in. w zespole nerczycowym i niektórych innych chorobach nerek). W ramach programów lekowych dopuściliśmy możliwość stosowania off-label rituksimabu (m.in. w pierwotnej małopłytkowości immunologicznej, miastenii), oksaliplatyny (w nowotworze złośliwym przełyku), kepecytabiny (w szeregu nowotworów), efgartigimodu alfa (w miastenii). W przypadku miastenii w procesie refundacyjnym znajduje się jeszcze jeden lek, a kolejne dwa wejdą do procesu, tak więc jeszcze w tym roku sytuacja pacjentów może się istotnie zmienić. Jeśli mówimy o leczeniu off-label, to pojawiła się też możliwość profilaktyki zakażeń RSV dla większej grupy dzieci. Do tej pory były nią objęte tylko wcześniaki i dzieci z istotną hemodynamicznie wrodzoną wadą serca, obecnie są poszerzone wskazania dla dzieci z SMA (do 2. roku życia) oraz z mukowiscydozą (do 1. roku życia)

Dlaczego akurat te dwie grupy?

Są bardzo dobre dowody naukowe na skuteczność takiej profilaktyki; AOTMiT oceniła je pozytywnie. U pacjentów z mukowiscydozą lub SMA zakażenie RSV przyczynia się do istotnego pogorszenia czynności płuc; może też spowodować pogorszenie stanu zdrowia. Mówiąc o SMA, trzeba też powiedzieć, że program został uporządkowany i m.in. rozszerzyła się możliwość stosowania terapii genowej w szczególnych przypadkach.

Są zmiany w programach lekowych: onkologicznych i nieonkologicznych...

Pojawił się nowy lek w raku szyjki macicy (pembrolizumab), a także olaparib w drugiej linii nawrotowego raka jajnika – dla pacjentek bez mutacji BRCA1,2, które wcześniej nie mogły być nim leczone. Dużą zmianą jest też nowy lek w czerniaku (połączenie niwolumabu z relatlimabem w jednej cząsteczce). Mamy też oczekiwane zmiany w hematoonkologii: w przewlekłej białaczce limfocytowej (schemat ibrutynib z wenetoklaksem w pierwszej linii, niezależnie od obecności mutacji wysokiego ryzyka; akalabrutynib od drugiej linii). Program lekowy został zmieniony.

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE

Dla pacjentów pediatrycznych po przeszczepieniu komórek macierzystych pojawiła się możliwość stosowania leku w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa. Lek był refundowany dla dorosłych. Obecnie będzie możliwość stosowania leczenia także u dzieci – zmiana została przyjęta na wniosek środowiska naukowego.

Jeśli chodzi o wskazania nieonkologiczne, to w leczeniu SM mamy oczekiwaną zmianę polegającą na możliwości stosowania podskórnego natalizumabu. W leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna poszerzyliśmy możliwości kwalifikacji do programu lekowego, pojawił się nowy lek (upadacytynib w chorobie Leśniowskiego-Crohna). Poszerzyliśmy również możliwość leczenia w zakresie reumatologii (ten sam lek dla chorych z aktywną postacią spondyloartropatii).

Ze zmian na liście będą też zadowoleni kardiolodzy?

Pojawiło się szereg zmian na liście aptecznej: refundowany będzie lek będący połączeniem ezetymibu z atorwastatyną: to pierwszy lek połączony, polskiego producenta. Rozszerzyliśmy wskazania do ezetymibu, gdyż do tej pory mógł on być refundowany w ograniczonych wskazaniach. Zmieniliśmy też program B.101 – leczenia zaburzeń lipidowych i hipercholesterolemii rodzinnej. Pierwsza zmiana polega na możliwości stosowania ewolokumabu u pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną oraz u pacjentów pediatrycznych z homo- i heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną. Drugą ważną i oczekiwaną zmianą jest liberalizacja kryteriów włączenia do programu: chodzi o pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym (stężenie LDL ze 100 do 70 mg/dl, co bardzo poszerzy grupę leczonych i zmniejszy ryzyko poważnych incydentów sercowo-naczyniowych).

Na liście aptecznej ważną zmianą jest rozszerzenie wskazań dla empagliflozyny (niewydolność serca, niewydolność nerek), a także powrót na listę kanagliflozyny (cukrzyca). Dla kobiet pojawił się lek w ciężkich postaciach mięśniaków macicy – to duży problem społeczny. Mamy nowy program dla chorych z zapaleniami nosa i zatok przynosowych z pierwszym lekiem (dupilimumab), w procesie jest też drugi. Pojawił się też nowy lek dla pacjentów z ciężką postacią astmy (tezepelumab) – dla części populacji kolejna już, piąta, cząsteczka, ale dla populacji pacjentów z niską eozynofilią <150 bez cech alergii – pierwsza terapia biologiczna. Na liście aptecznej mamy innowacyjny lek dla dorosłych ze schizofrenią (brexpiprazol).

Jest też dobra wiadomość dla pacjentów z ASMD.

Dla chorych z ASMD (niedobór kwaśnej sfingomielinazy) enzymatyczna terapia zastępcza została udostępniona w ramach Funduszu Medycznego, na razie na 2 lata, później będziemy oceniali efektywność kliniczną leczenia. Na liście aptecznej pojawił się też lek stosowany w hiperkaliemii u dorosłych (patiromer); to lek, który znalazł się na pierwszej liście TLK, czyli technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej.

Leki przepisywane przez lekarza – ponieważ ich stosowanie jest zgodnie z wiedzą medyczną konieczne – powinny być refundowane.

Jak ocenia Pan dziś możliwości stosowania innowacyjnych leków?

Jesteśmy na poziomie europejskim, a w wielu zakresach przekraczamy unijną średnią. Oczywiście, mogą być pewne braki; zdarza się, że niektóre grupy pacjentów mówią nam, że np. w Czechach, na Litwie czy w Rumunii są jakieś leki refundowane, a w Polsce jeszcze nie. Nie ma jednak państwa, w którym wszystkie leki są refundowane. Obecnie nawet w Niemczech czy w krajach nordyckich trudniej o refundację nowych terapii. W Polsce refundujemy wiele innowacyjnych terapii. W hematoonkologii mamy właściwie wszystko, poza naprawdę superdrogimi terapiami; są stosowane CAR-T, może jeszcze nie we wszystkich wskazaniach. Oczywiście medycyna się rozwija, dlatego na pewno wyzwań nie zabraknie.

Często pojawia się pytania o choroby rzadkie – czy potrzebne jest inne podejście do refundacji?

Wiadomo, że w chorobach rzadkich badania są inaczej prowadzone – uwzględniamy, że nie są to badania randomizowane. Za każdym razem patrzymy indywidualne. Negocjacje są trudne, jednak cieszę się, gdy udaje się osiągnąć kompromis.

Jakie widzi Pan priorytety na przyszłość, na kolejne kwartały?

Będą przedłużenia terapii CAR-T, nowe wnioski, negocjacje. Na pewno będzie wniosek o poszerzenie leczenia dla pacjentów z mukowiscydozą – będziemy starali się jak najszybciej to procedować. Pracujemy nad lekami o udowodnionej skuteczności w zakresie onkologii i kardiologii, które nie mają już okresów wyłączności i są dostępne generyki; AOTMiT będzie analizować nasze wnioski. Być może w drugiej połowie roku wprowadzimy pierwsze leki z nowej ścieżki, refundowane na wniosek Ministerstwa Zdrowia za zgodą producentów.

Będziemy rozszerzać listę leków na liście aptecznej. Dzięki zmianom na listach refundacyjnych, liście leków bezpłatnych dla dzieci do 18. roku życia i liście 65 plus pacjenci dopłacają coraz mniej do leków, jednak nadal dużo. Problemem są zwłaszcza leki, które nie są refundowane. Mamy wiele takich, które warto byłoby objąć refundacją: w tym kierunku chcemy iść. To obecnie największa potrzeba pacjentów. Leki przepisywane przez lekarza – ponieważ ich stosowanie jest konieczne, zgodnie z wiedzą medyczną – powinny być refundowane.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Wiceminister Maciej Miłkowski

– wiceminister zdrowia. Był m.in. zastępcą dyrektora ds. ekonomicznych Instytutu Kardiologii w Warszawie, zastępcą prezesa NFZ ds. finansowych. Od 2018 r. jest podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Życie każdego dziecka jest bezcenne

Rozmowa z **PROF. ALICJĄ CHYBICKĄ**, posłanką, przewodniczącą Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich

Przez wiele lat zajmowała się Pani onkologią i hematologią dziecięcą, chorobami bardzo trudnymi w leczeniu, w których w ostatnich latach dokonał się ogromny postęp. Wiele chorób onkologicznych u dzieci to choroby rzadkie – czy to właśnie stąd Pani zainteresowanie również chorobami rzadkimi i objęcie w tym roku przewodniczenia Parlamentarnemu Zespołowi do spraw Chorób Rzadkich?

Zostałam poproszona przez organizacje pozarządowe i ludzi, którzy zajmują się osobami z chorobami rzadkimi, żeby poprowadzić Parlamentarny Zespół ds. Chorób Rzadkich. Choroby onkologiczne u dzieci to też choroby rzadkie, choć w Parlamentarnym Zespole zajmujemy się głównie chorobami rzadkimi uwarunkowanymi genetycznie. W każdej dziedzinie pediatrii będą jednak typy chorób, które występują rzadko. Choroby rzadkie to choroby występujące z częstotliwością mniej niż 5 na 10 tys. osób, natomiast na nowotwór zachoruje jedno na 7 tys. dzieci . Tak więc nowotwory u dzieci to również choroby rzadkie.

Do końca ubiegłego roku obowiązywał Plan dla Chorób Rzadkich. Teraz czekamy na kolejny?

Plan dla Chorób Rzadkich trzeba jak najszybciej wdrożyć w poprawionej formie. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia nad nim pracuje, mam nadzieję, że szybko zostanie wdrożony.

Jakie są główne postulaty zmian podnoszone podczas prac Parlamentarnego Zespołu, którym Pani kieruje?

Tych postulatów jest wiele. To przede wszystkim poprawa diagnostyki genetycznej, ponieważ zdecydowana większość chorób rzadkich to choroby uwarunkowane genetycznie. Zdarza się, że występują tylko u kilkorga dzieci na świecie.

Wiele osób zwraca się do mnie o pomoc, zawsze staram się interweniować. Jest teraz dziecko z dystrofią mięśniową Duchenne'a, z bardzo rzadką mutacją – rodzice zbierają na jego terapię genową, której koszt to 15 mln zł. Nie jest ona jeszcze zarejestrowana w Europie, dlatego nie można za nią zapłacić z budżetu, można tylko zbierać pieniądze. Mam nadzieję, że to się uda, bo terapia genowa w chorobach rzadkich to przyszłość.

Przyczyną tych chorób jest mutacja genetyczna, problem polega jednak na tym, że stworzenie leczenia jest trudne, a osób cierpiących na chorobę rzadką jest niewiele, dlatego terapie są tak kosztowne.

Drugi postulat to kompleksowa pomoc w ośrodkach. Jest wiele wspaniałych osób, które zajmują się w Polsce chorobami rzadkimi. Brakuje jednak centrum, które zajęłoby się każdą chorobą rzadką – od diagnostyki po leczenie i kompleksową opiekę. Podobnie jak to jest w onkologii i hematologii dziecięcej, gdzie mamy 20 centrów zajmujących się diagnostyką, leczeniem, a także opieką po leczeniu, trzeba zorganizować leczenie chorób rzadkich. Uważam, że warto byłoby stworzyć ośrodek, który zajmowałby się kompleksowo diagnostyką, potrafił rozpoznać każdą chorobę, a następnie np. kierował do ośrodka neurologicznego, jeśli dziecko ma chorobę rzadką neurologiczną; do ośrodka endokrynologicznego, gdy dziecko ma rzadką chorobę endokrynologiczną. Prosiłoby się, żeby powstało jedno takie

ZDJĘCIA: KANCELARIA SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

centrum z bardzo dobrym laboratorium, do którego można by kierować dziecko na diagnostykę, by choroba została rozpoznana, a potem do odpowiedniego miejsca leczenia. Obecnie tego typu centra są m.in. we Wrocławiu, Gdańsku, Warszawie, jednak to zdecydowanie za mało jak na skalę chorób rzadkich, których jest kilka tysięcy.

Ważne byłoby więc stworzenie sieci ośrodków?

W onkologii i hematologii dziecięcej rozwiązaliśmy to tak, że mamy koordynatorów zajmujących się daną chorobą. Jeśli więc w którymś z ośrodków – które leczą tak samo, według tych samych protokołów – pojawia się problem, np. trudny przypadek dziecka z guzem mózgu, to można zgłosić się do koordynatora w Centrum Zdrowia Dziecka, skonsultować się lub wysłać dziecko na leczenie. W klinice we Wrocławiu mamy siedem koordynacji, zgłaszają się do nas ośrodki, gdy mają konkretny problem objęty naszą koordynacją. Podobnie można wszystko zorganizować w chorobach rzadkich.

Gdy kierowałam Kliniką Onkologii i Hematologii Dziecięcej we Wrocławiu, to też trafiały do nas dzieci z chorobami rzadkimi. Stawialiśmy wstępne rozpoznanie, ale potem był problem, gdzie dziecko odesłać.

Idealnie byłoby wykrywać mutację genetyczną tuż po urodzeniu, gdy dziecko nie ma jeszcze objawów. Wykonujemy we Wrocławiu przeszczepy komórek macierzystych, które w niektórych chorobach rzadkich dają wyleczenie. Warunkiem jest jednak to, że dziecko jest wcześnie rozpoznane, ponieważ gdy już doszło na przykład do uszkodzenia wątroby, śledziony czy serca, to takich zmian się nie cofnie. Dziecko, które trafia na leczenie już z poważnymi powikłaniami, z trudem przechodzi zabieg, a zdarza się, że umiera. Wspaniałe efekty są u najmłodszych dzieci. Podałam przykład przeszczepu komórek krwiotwórczych, jednak w przypadku każdej z chorób bardzo ważne jest to, żeby jak najszybciej rozpocząć leczenie. Dlatego najlepiej byłoby wykryć taką chorobę dzięki badaniom wykonywanym zaraz po urodzeniu. Jeśli będzie to choroba, która objawia się później, np. w trzecim roku życia, to lekarz, który prowadzi to dziecko, będzie wiedział, jak postępować, na co zwrócić uwagę.

Ważna jest też edukacja lekarzy, a najbardziej istotne jest to, żeby lekarz wiedział, co dalej robić, gdzie odesłać dziecko z danym podejrzeniem.

Dużym wyzwaniem jest też leczenie. W wielu przypadkach go nie ma, a jeśli jest, to często bardzo kosztowne.

To prawda, leczenie jest kosztowne. Nawet jeśli jest zarejestrowane w USA i Europie, to zanim zostanie udostępnione w Polsce, mijają lata. Choroba najczęściej postępuje, a często efekt leczniczy zależy od tego, jak szybko wdroży się terapię. Potrzebna jest szybka ścieżka dla skutecznych preparatów w chorobach rzadkich. To trudne; pamiętam, że my też mieliśmy dziecko z nowotworem rzadkim, którego było kilka przypadków na świecie. Udało się podać leczenie. Ta osoba jest już dorosła, ma dzieci. A szanse miała praktycznie zerowe. Dlatego w żadnym wypadku nie wolno się poddawać, bo niezbadane jest, jak to wszystko się skończy. Jedno jest pewne: trzeba postępować zgodnie ze światowymi standardami.

Brakuje centrum, które zajęłoby się każdą chorobą rzadką – od diagnostyki po leczenie i kompleksową opiekę, podobnie jak to jest w hematologii dziecięcej.

Jakie są plany na najbliższy czas Parlamentarnego Zespołu?

Na pewno chciałabym, żeby Plan dla Chorób Rzadkich szybko wszedł w życie i był realizowany. Wiem jednak, że to trudne, bo tu każdy element jest kosztowny – diagnostyka, centra, leczenie. Uważam jednak, że życie dziecka jest bezcenne. I nie ma takich pieniędzy, których nie warto wydać, żeby dziecko pozostało na tym świecie.

Zawsze uważałam, że jak nie ma środków budżetowych albo lek nie jest jeszcze zarejestrowany w Europie, ale daje duże nadzieje, to trzeba zdobyć środki pozabudżetowe. Miałam też sytuacje, kiedy dzieci dostawały leki, które nie były jeszcze zarejestrowane, ale naukowcy uważali, że są bardzo dobrze rokujące. Jeśli bez leczenia dziecko miało wyrok śmierci, to co się ryzykuje? Wiele z tych dzieci żyje. To pieniądze, tylko pieniądze. A nie można porównać pieniędzy do życia żadnego dziecka.

W onkologii i hematologii dziecięcej udało się stworzyć bardzo dobry system leczenia, wyniki leczenia w Polsce są porównywalne z wynikami w innych krajach. Czy choroby rzadkie też możemy leczyć na światowym poziomie?

W ubiegłym roku zostaliśmy liderami wyleczalności ostrej białaczki limfoblastycznej – mamy najlepsze wyniki w Europie. Udało się to, dlatego że bardzo szybko wprowadziliśmy możliwość stosowania CAR-T. Wszystko zaczęło się w Przylądku Nadziei, obecnie możliwość stosowania CAR-T istnieje także w innych ośrodkach. W wielu przypadkach CAR-T ratowało życie, gdy dziecko już nie miało szans, bo wyczerpało wszystkie opcje leczenia. Te dzieci żyją, a my leczymy najlepiej w Europie. Także w leczeniu pozostałych nowotworów dziecięcych nie jesteśmy gorsi od innych krajów. Wyleczalność w nowotworach dziecięcych wynosi 85 proc., być może będzie jeszcze wyższa, gdy uda się zacząć leczyć bardzo szybko. Choroby rzadkie też możemy leczyć na światowym poziomie, i wierzę, że tak się stanie.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Prof. dr hab. n. med. Alicja Chybicka, posłanka

– pediatra, hematolog i onkolog dziecięcy, immunolog kliniczny, transplantolog kliniczny. Ma też specjalizację z medycyny paliatywnej. Przez wiele lat kierowała Kliniką Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej UM we Wrocławiu. W tej kadencji Sejmu przewodniczy czterem parlamentarnym zespołom: ds. Chorób Rzadkich, ds. Dzieci, ds. Transplantologii oraz Zespołowi „Rodzice dla Klimatu".

Nauka musi być interdyscyplinarna

Rozmowa z wiceministrem nauki i szkolnictwa wyższego **PROF. MARKIEM GZIKIEM**

Niedługo po utworzeniu Europejskiego Centrum Innowacyjnych Technologii dla Zdrowia Politechniki Śląskiej (European HealthTech Innovation Centre), nowoczesnego ośrodka badawczo-rozwojowego, mówił Pan, że za 20 lat z polskiego ośrodka badawczo-rozwojowego „wyjdzie" Nagroda Nobla. Czy podtrzymuje Pan to, gdy został Pan wiceministrem nauki?

Bardzo bym chciał, żeby tak się stało, jednak by było to możliwe, przede wszystkim musimy od strony finansowej wesprzeć całą polską naukę. Już od stycznia 2024 r. w wyraźny sposób udało się podnieść kwoty przeznaczone na naukę i rozwój – z 31 mld zł do 38 mld zł. To pozytywny trend; mam nadzieję, że w przyszłości on się utrzyma i przyniesie efekty.

Nie jest może najważniejsze, by polska nauka miała nowego noblistę, choć oczywiście byłaby to wielka nobilitacja dla polskiej nauki. Najbardziej istotne jest to, żeby rosnące nakłady na naukę, pozwalające także na wzrost wynagrodzeń, zatrzymały odpływ młodych kadr. To jest wyzwanie na dziś, ponieważ w ciągu ostatnich kilku lat relacje wynagrodzeń w ośrodkach związanych z nauką w stosunku do wynagrodzeń w przemyśle były złe. Nauka była mało konkurencyjna, co spowodowało odpływ zdolnej młodzieży ze środowisk naukowych.

Wrócę jednak do potencjalnej Nagrody Nobla – gdybyśmy o tym myśleli, to na rozwój jakich dziedzin powinniśmy postawić jako kraj? Jakie dziedziny nauki – pytam zwłaszcza o te związane z medycyną – dobrze się rozwijają i mają największy potencjał?

Sądzę, że nowe technologie rozwijane w medycynie to przede wszystkim technologie informatyczne. Jest kilka silnych polskich firm informatycznych, które korzystają z zasobów naukowych mających zastosowanie w medycynie. Świat od kilku lat bardzo dynamicznie rozwija np. zastosowanie algorytmów sztucznej inteligencji w obróbce danych obrazowych. Polska uczestniczy w tym wyścigu, mamy nadzieję, że nasze firmy będą się nadal rozwijać i konkurować również na rynkach międzynarodowych.

A więc sztuczna inteligencja. Co jeszcze? Robotyka, protezy bioniczne – to kierunki rozwoju, w których możemy podbijać świat, ale też po prostu pomagać polskim pacjentom?

Jeśli chodzi o sztuczną inteligencję, to mamy szereg firm i ośrodków naukowych, które tym się zajmują z dużym powodzeniem. Jeżeli chodzi o protezy bioniczne, to firmy zachodnie są na razie dużo bardziej zaawansowane. Choć mamy prężne polskie firmy, które rozwijają tę technologię, współpracując m.in. z Ukrainą, gdzie są ogromne potrzeby, jeśli chodzi o pomoc ofiarom wojny. Nasze firmy działają stosunkowo krótko, a tu trzeba zbudować zespół, by rozwijać najbardziej nowoczesne rozwiązania. Również nakłady muszą być

ZDJĘCIA: ADRIAN GRYCUK/WIKIPEDIA

niebagatelne, gdyż stworzenie bionicznej protezy oznacza szereg problemów do rozwiązania, począwszy od konstrukcji czy doboru materiału.

W swojej pracy od lat łączy Pan inżynierię z medycyną. Łączenie naukowców z różnych dziedzin to pomysł na rozwój nauki?

Nauka stała się multidyscyplinarna. Dziś medycyna nie istnieje bez techniki. Niejako przedłużeniem narządu wzroku lekarza są mikroskopy, diagnostyka, tomografia, rezonans, ultrasonografia – to jest to „oko", którym człowiek zagląda w głąb organizmu dzięki technologiom. Precyzja wykonywania zabiegów chirurgicznych nie byłaby dziś możliwa bez technologii. Rozwija się robotyka, inżynieria biomedyczna, rehabilitacja to też urządzenia wspomagające fizjoterapeutę, by przywrócić sprawność. Jeśli popatrzymy na opiekę zdrowotną, to w całej tej sferze – począwszy od zdrowego stylu życia, poprzez prewencję, diagnostykę, leczenie, rehabilitację, opiekę domową – we wszystkich tych dziedzinach liczy się technika. Są mapy potrzeb zdrowotnych, widzimy wielochorobowość, problem starzejącego się społeczeństwa, a jednocześnie chcemy, by jesień życia była odpowiedniej jakości. Mówimy o deinstytucjonalizacji opieki, o tym, by jak najdłużej osoby starsze i niepełnosprawne mogły przebywać w swoich miejscach zamieszkania, by było jak najmniej osób w domach opieki. W tym wszystkim mogą nam pomóc technologie.

Opiekowanie się osobami, które wymagają fizycznego zaangażowania, jest dużym obciążeniem dla kręgosłupa; jest szereg rozwiązań, które mogą tu wspomóc. Dziś medycyna w całym przekroju obszarów korzysta z osiągnięć techniki, farmacji, biotechnologii. Nauka musi być wielodyscyplinarna.

Co chciałby Pan zmienić jako wiceminister, jeśli chodzi o polską naukę?Widzę podstawowy problem. Jestem profesorem Politechniki Śląskiej, byłem dziekanem, pełnomocnikiem rektora ds. współpracy z przemysłem, byłem też w szeregu instytucji naukowych i rad. Mam więc dość duże doświadczenie i muszę powiedzieć, że największym problemem jest dziś zatrzymanie najzdolniejszych osób w instytucjach naukowych.

Jeśli jako kraj nie zaczniemy finansować najzdolniejszych, tworzyć atrakcyjnej przestrzeni dla ich rozwoju zawodowego, to nigdy nie osiągniemy przyzwoitego poziomu nauki i wciąż będziemy przegrywać, bo zdolna młodzież idzie do przemysłu albo wyjeżdża za granicę.Wciąż na niezadowalającym poziomie jest współpraca z biznesem. W Ministerstwie Nauki będziemy powoływać zespół, by monitorować współpracę nauki z biznesem.

Chodzi też o to, by pomysły naukowców, które rodzą się w trakcie badań, miały przełożenie wdrożeniowe?

Mamy tu pewną lukę. Jest Narodowe Centrum Nauki, powołane do realizowania badań podstawowych. Z kolei działalność NCBiR i współpraca z biznesem ma doprowadzić do komercjalizacji pomysłów naukowych. Brakuje nam czegoś, co powinno być niejako pośrodku: środków, żeby pomysły naukowe zamienić na prototypy. Pracujemy w ministerstwie nad tym, by znaleźć pewną pulę środków, która pozwoliłaby sfinansować programy badań stosowanych, co wypełniłoby lukę między badaniami podstawowymi a komercjalizacją bardziej zaawansowanych pomysłów, czym zajmuje się NCBiR, PARP, czy instytucje regionalne, jak np. Śląskie Centrum Przedsiębiorczości, które w ramach funduszy europejskich dla województwa śląskiego ma środki na rozwój innowacyjnej produkcji.

Lekarzy, a właściwie całej kadry medycznej, w Polsce jest mało, patrząc na potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Czy niedawno otwarte wydziały lekarskie na uczelniach niemedycznych będą zamykane, czy raczej ministerstwo będzie chciało je wspierać, by zapewniły odpowiedni poziom kształcenia lekarzy?

Sam fakt, że brakuje lekarzy, nie może być przesłanką odstępowania od pewnych zasad kształcenia. Chcemy kształcić większą liczbę lekarzy, bo widzimy, że jest taka potrzeba. Niestety, wcześniej nie wspierano uniwersytetów medycznych, tylko dawano wolną rękę kształcenia lekarzy na nowych uczelniach, nie wymagając jednocześnie zapewnienia odpowiedniej jakości kształcenia. Uczelnie nie spełniały wymagań PKA, a mimo to dostawały zgodę na uruchomienie kierunku lekarskiego. Mamy ogromne obawy, że poziom kształcenia lekarzy mógłby ucierpieć, co będzie problemem dla pacjentów.

Naszym celem nie jest zamykanie tych uczelni; jeśli spełnią wymagania, które będą gwarantować jakość nauczania, to nie będziemy odbierać uprawnień. Planujemy wkrótce audyty i surową ocenę tego, czy uczelnie spełniły deklaracje. Jeśli nie, to będziemy odbierać im uprawniania, natomiast studentów przeniesiemy na inne uczelnie. Zadbamy o to, że trafią na dobre uczelnie, co będzie z pożytkiem dla nich, a na pewno z pożytkiem dla pacjentów.

Najbardziej istotne jest to, żeby rosnące nakłady na naukę, pozwalające także na wzrost wynagrodzeń, zatrzymały odpływ młodych kadr.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Wiceminister Marek Gzik

– sekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego, prof. Politechniki Śląskiej. Był m.in. dziekanem Wydziału Inżynierii Biomedycznej Politechniki Śląskiej, pomysłodawcą i dyrektorem Europejskiego Centrum Innowacyjnych Technologii dla Zdrowia Politechniki Śląskiej, przewodniczącym Sejmiku Województwa Śląskiego. Jest posłem na Sejm.

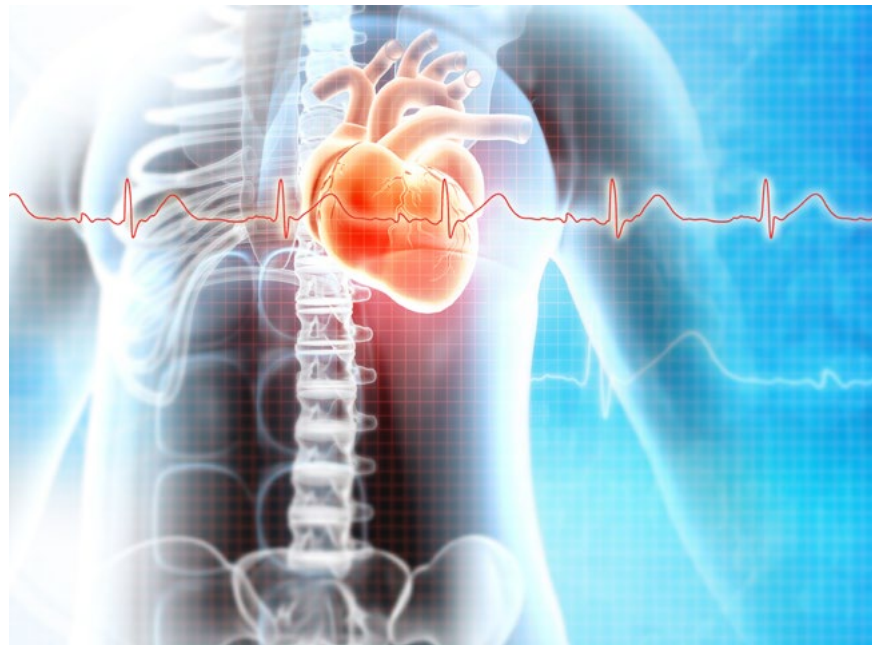
Długość życia w Polsce można wydłużyć

Rozmowa z **PROF. ROBERTEM GILEM**,
prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Polacy umierają zbyt wcześnie z powodu chorób serca; wciąż żyją krócej niż mieszkańcy Europy Zachodniej. Czy dekalog potrzeb polskiej kardiologii, przygotowany przez Pana, ma szansę to zmienić?

Muszę powiedzieć, że czas się zmienia, trzeba przeorganizowywać swoje działania, by realizować cele. Mój dekalog był pewnego rodzaju przedłużeniem dekalogu stworzonego przez prof. Przemysława Mitkowskiego. Nasz dekalog cały czas jest aktualny. Jedyną rzecz, którą dziś bym zrobił, to zmieniłbym nieco środek ciężkości: być może kolejność punktów mogłaby się zmienić, błędnym jednak byłoby myślenie, że kolejność punktów dekalogu ma się wiązać z kolejnością ich realizacji.

Nie ma jednej przyczyny nadumieralności Polaków: jest wiele przyczyn, dla których zwłaszcza mężczyźni w Polsce żyją krócej – bo różnica między mężczyznami a kobietami to w Polsce nawet 8 lat; długość życia kobiet prawie mieści się w średniej europejskiej. Dlaczego więc kobiety mogą żyć dłużej, a mężczyźni nie?



Właśnie: skąd taka nadumieralność mężczyzn?

Nie mam dziś gotowej odpowiedzi na to pytanie. Tak jak mówimy o wielochorobowości w Polsce, tak musimy też mówić o wieloprzyczynowości zwiększonej umieralności czy wręcz nadumieralności mężczyzn.

Oczywistością jest prewencja: zarówno pierwotna, jak i wtórna. W przypadku wtórnej prewencji – popatrzmy na odsetek pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych, którzy realizują program KOS Zawał: to mniej niż 40 proc., choć wiemy, że udział w programie oznacza wydłużenie życia i poprawę jakości. Tak więc Polacy – z różnych powodów – nie korzystają z programu, który ma wydłuża życie. To trzeba zmienić.

Kolejne słabe punkty to rehabilitacja kardiologiczna i neurologiczna, a także mała efektywność leczenia po ostrych interwencjach sercowo-naczyniowych. Nikły procent pacjentów przyjmuje leki obniżające w sposób zadowalający stężenie cholesterolu (a jest to ewidentny sposób wydłużenia życia). Nie osiągamy docelowych wartości LDL. Jedną z przyczyn są ograniczenia w możliwości stosowania tych najbardziej skutecznych leków, jakimi są inhibitory PCSK9 czy inklisiran w programie B.101. Powoli to się zmienia, co bardzo cieszy. Faktem jest jednak, że nasz system jest ułomny ze względu na strach przed zbyt dużymi kosztami leczenia. Dlatego tworzymy „polskie" normy stosowania nowoczesnych leków w ramach programu. To była jedna z przyczyn mojego hasła wyborczego „polska kardiologia, normy europejskie".

A pierwotna prewencja? Wstyd się przyznać, jak wygląda. Czym skorupka na za młodu nasiąknie, tym na starość trąci: jeśli dziecko nie nauczy się, co jest zdrowe, co może wpłynąć na jego długość i jakość życia, to bardzo trudno nauczyć tego dorosłego.

Warto też zwrócić uwagę na analizy zdrowia już u dzieci, by „wychwycić" dzieci z rodzin mających duże obciążenie kardiologiczne, mające największą skłonność do zawału serca, udaru, kardiomiopatii. Konieczne jest też stworzenie systemu leczenia pacjentów ze wstrząsem kardiogennym i nagłym zatrzymaniem krążenia. Ten system w Polsce nie istnieje – mamy najgorsze w Europie wyniki leczenia wstrząsu kardiogennego. Skuteczność

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

ich leczenia w ostatnich 8 latach w Polsce się nie poprawiła. Do tego trzeba dołożyć jeszcze „dług zdrowotny", który wiąże się z przebyciem COVID-19, oraz duże ograniczenie przez ponad rok możliwości badań profilaktycznych. Widzimy, że obecnie także coraz młodsi pacjenci zaczynają mieć problemy kardiologiczne – pytanie, czy to efekt przebycia COVID-19, czy m.in. efekt złych zwyczajów nabytych w trakcie pandemii: mało ruchu, spożywanie niezdrowej żywności. Zwróćmy uwagę na to, jak wiele osób w czasie pandemii zwiększyło masę ciała.

Trudno powiedzieć, które z tych elementów są najważniejsze, trzeba myśleć o wszystkich. Rozsądne państwo, które chce mieć zdrowych obywateli, żyjących długo, musi temu przeciwdziałać.

Jakie dziś widziałby Pan najważniejsze priorytety – po kilku miesiącach pełnienia funkcji prezesa PTK?

Podjąłem się wielu wyzwań, powoli staram się je realizować. Muszę powiedzieć, że wszystko trwa dłużej, niż mi się wydawało, jeśli mówimy o kolegialnym zarządzaniu polską kardiologią. Wiem jednak, że trzeba słuchać ludzi, przekonywać do swoich racji, bo tylko wtedy zmiany mogą zostać zaakceptowane.

Wiele rzeczy powoli jest realizowanych: wyceny procedur mają być zmienione; widzimy zrozumienie, że to jest konieczne. W kwestii refundacji leków i nowych urządzeń medycznych też czujemy dobrą atmosferę. Widzimy wiele zmian, liczymy, że pojawią się kolejne – zarówno nowe leki w chorobach kardiologicznych populacyjnych, jak i w chorobach rzadkich. Ważne jest pełne uruchomienie i kolegialne zarządzanie Narodowym Programem Chorób Układu Krążenia. Zależy nam na liberalizacji programów lekowych. Widzimy jednak, że już wiele się zmienia.

Zawiesiła się tylko kwestia umiejętności kardiologów, dotycząca możliwości wykonywania analizy obrazów rezonansu magnetycznego i TK w kardiologii. Jeśli chodzi o program leczenia wstrząsu kardiogennego, to są stworzone grupy robocze, jest nadzieja, że jesienią podczas kongresu PTK będziemy mogli ogłosić ten program i pilotażowo rozpocząć, by pokazać NFZ i MZ, że trzeba ten problem podjąć. Największą obawę mam, jeśli chodzi o poradnie genetyczne. Ośrodki, które zajmują się genetyką, do niedawna w ogóle nie brały pod uwagę kardiologii; zajmowano się głównie onkologią i chorobami rzadkimi. Tu konieczna jest zmiana. Muszę powiedzieć, że ostatnie miesiące były bardzo pracowite, jednak już z pewnymi sukcesami.

Rok 2024 to będzie też rok, w którym dużo się będzie mówić o kardiologii dziecięcej?

Idea „kardiologii dla pokoleń" jest mi bliska sercu, a w niej jest też bardzo ważne zdrowie dzieci. Dr Maria Miszczak-Knecht, krajowa konsultant w dziedzinie kardiologii dziecięcej, zwróciła mi uwagę na szczupłość kadr kardiologów dziecięcych, na ograniczoną liczbę kardiochirurgów dziecięcych. Nie wszystkie zabiegi kardiochirurgiczne są wykonywane w Polsce; nie tylko dlatego że nie można ich wykonać, ale również rodzice, stymulowani przez podmioty zewnętrzne, często zbierają pieniądze na wykonanie operacji poza Polską. Będziemy starali się działać wspólnie, by zmienić sytuację również w kardiologii dziecięcej – oczywiście liczymy tu na pomoc środowiska kardiologów dziecięcych.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Dekalog polskiej kardiologii na lata 2023-2025

1. Pełne uruchomienie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia w całym kraju, a także jego przejrzyste i kolegialne zarządzanie.
2. Urealnienie wycen procedur w zakresie kardiologii, zwłaszcza w kardiologii interwencyjnej.
3. Szybka refundacja procedur o uznanych korzyściach w poprawie rokowania pacjentów.
4. Stworzenie szybkiej ścieżki refundacji nowych wyrobów medycznych oraz technologii lekowych, znacznie poprawiających skuteczność terapii.
5. Przyjęcie kryteriów włączenia do Programu NFZ leczenia hipercholesterolemii w oparciu o wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz połączenie go z programem KOS-zawał.
6. Stworzenie systemu umożliwiającego kardiologom szkolenie i nabywanie kompetencji w wykonywaniu i samodzielnym ocenianiu badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w zakresie układu sercowo-naczyniowego.
7. Stworzenie Narodowego Programu Leczenia Chorych ze Wstrząsem Kardiogennym oraz po Nagłym Zatrzymaniu Krążenia.
8. Stworzenie systemu diagnostyki genetycznej na potrzeby kardiologii w Polsce.
9. Wspieranie potrzeb oraz intensyfikacja rozwoju kardiologii dziecięcej.
10. Usprawnienie funkcjonowania PTK poprzez nowe struktury oraz demokratyczne zmiany statutowe.

Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

– kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA Warszawie, specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii i intensywnej terapii. Od 2015 r. jest członkiem Zarządu Głównego PTK, wcześniej pełnił funkcję przewodniczącego Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK.

Antidotum dla ksabanów

Rozmowa z **PROF. JANINĄ STĘPIŃSKĄ**, kardiologiem, dyrektorem Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie

Leki z grupy NOAC są niewątpliwie przełomem w prewencji udarów niedokrwiennych u pacjentów z migotaniem przedsionków. Dlaczego ich pojawienie się jest tak ważne?

W leczeniu przeciwzakrzepowym przez lata mogliśmy korzystać tylko z antagonistów witaminy K, z których najczęściej stosowana jest warfaryna. Leczenie warfaryną wiąże się jednak z licznymi ograniczeniami dotyczącymi diety, jednoczesnego przyjmowania innych leków, z koniecznością indywidualnego dostosowywania dawki, a co za tym idzie częstym pobieraniem krwi w celu monitorowania krzepnięcia. Na szczęście od ponad 10 lat mamy grupę leków, którą na początku nazywaliśmy nowymi doustnymi antykoagulantami (NOAC – *novel oral anticoagulants*). Teraz już nie są nowe, ale skrót pozostał. Nowe doustne antykoagulanty działają na różne etapy układu krzepnięcia. W Polsce dostępne są trzy leki z tej grupy: dabigatran (inhibitor trombiny) i dwa ksabany (rywaroksaban i apiksaban, będące inhibitorami czynnika Xa). Każdy z nich był w dużych badaniach porównywany z warfaryną.

Wszystkie są przynajmniej tak samo skuteczne jak warfaryna, ale bezpieczniejsze od niej, czyli powodujące mniej powikłań krwotocznych. Dlatego są lekami preferowanymi w prewencji udaru mózgu. Dodatkowo są łatwe w stosowaniu, bo nie trzeba kontrolować układu krzepnięcia, dawkowanie nie zależy od diety, łatwiej je łączyć z innymi lekami, chociaż co pewien czas trzeba kontrolować funkcję nerek.

W prewencji udaru mózgu u pacjentów z migotaniem przedsionków leki z grupy NOAC nie są w Polsce refundowane. Ale choć nie są refundowane, to ze względu na ich zalety i to, że mają zalecenie klasy I, czyli najsilniejsze, są szeroko stosowane. Zbliżamy się jednak do momentu, kiedy pojawią się leki odtwórcze, tzw. generyczne, których cena będzie znacznie przystępniejsza dla pacjentów.

Leki z grupy NOAC ze względu na mechanizm działania stwarzają ryzyko krwawień, które nawet mogą zagrażać życiu. Czy w Polsce są dostępne preparaty odwracające ich działanie?

Każdy, kto przyjmuje leki przeciwkrzepliwe, ma nieco zwiększone ryzyko powikłań krwotocznych. Krwawienia mogą być małe, ale niestety także duże, istotne klinicznie, zagrażające życiu. Duże krwawienie nie zawsze oznacza utratę dużej objętości krwi. Czasem sama lokalizacja krwawienia jest groźna, dotyczy na przykład ośrodkowego układu nerwowego czy gałki ocznej. W takich sytuacjach odwrócenie działania leków jest bardzo pomocne.

Prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska
– kardiolog, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego.

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE, SHUTTERSTOCK

Druga grupa chorych wymagających hamowania działania leków przeciwkrzepliwych to osoby, które w trybie natychmiastowym muszą być operowane.

Działanie dabigatranu blokuje dostępny od kilku lat lek o nazwie idarucyzumab. Niedawno zarejestrowano antidotum dla ksabanów. Najpierw lek został zatwierdzony przez amerykańską agencję ds. leków, a następnie europejską. Jest to andeksanet alfa, który w sposób celowany hamuje działanie tych leków. Jest zarejestrowany wyłącznie we wskazaniu „niekontrolowane albo zagrażające życiu krwawienie". Nie ma wskazania związanego z operacjami, tak jak jest to w przypadku idarucyzumabu. Mimo braku rejestracji zdarzało się, że w przypadku konieczności natychmiastowej operacji ratującej życie u pacjenta przyjmującego rywaroksaban czy apiksaban podano andeksanet alfa.

Antidota dla NOAC nie są w Polsce refundowane. Oba są dość kosztowne. Andeksanet alfa zaczyna być w Polsce dostępny na podobnej zasadzie jak idarucyzumab – szpitale mogą go wziąć w komis od producenta, nie muszą od razu za niego płacić. Regulują rachunki za tę ilość, jaką zużyją.

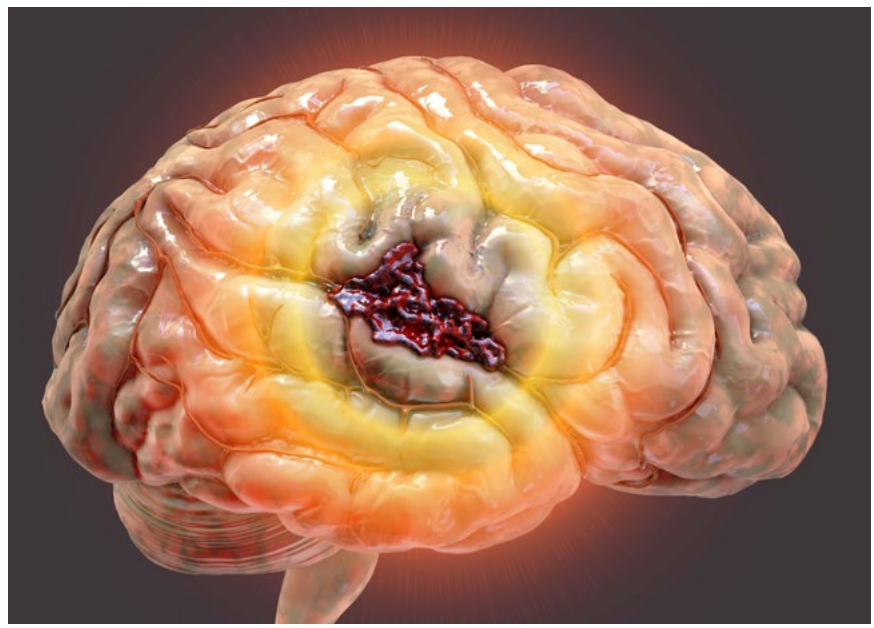
Andeksanet alfa jest obecnie jedyną rekomendowaną metodą odwracania działania rywaroksabanu i apiksabanu, ale klasa zaleceń w rozmaitych wytycznych jest różna. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, obowiązujące również w Polsce, mówią o rozważeniu podania specyficznego antidotum w przypadku ciężkiego lub zagrażającego życiu krwawienia. Krótko mówiąc, jest to bardzo dobre rozwiązanie dla relatywnie wąskiej grupy chorych. Krwawienia śródczaszkowe zdarzały się w tej populacji w 0,3-0,5 proc. Krwawień z przewodu pokarmowego jest nieco więcej, ale w tych sytuacjach, poza odstawieniem leku przeciwzakrzepowego, podejmuje się najpierw próbę opanowania krwawienia metodą endoskopową.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała IWONA KAZIMIERSKA

Rokowanie chorych, którzy doznają krwotoku mózgowego, jest poważne

Rozmowa z **PROF. AGNIESZKĄ SŁOWIK**, konsultant krajową w dziedzinie neurologii



Jak częste są udary krwotoczne spowodowane stosowaniem ksabanów?

Doustne antykoagulanty nowej generacji, w tym ksabany, tzn. inhibitory czynnika krzepnięcia Xa (apiksaban i rywaroksaban) oraz inhibitor czynnika krzepnięcia IIa (dabigatran) są powszednie stosowane w prewencji i leczeniu żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej oraz w profilaktyce udaru mózgu i zatorowości obwodowej u pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową. Obie grupy leków, oprócz niewątpliwych korzyści terapeutycznych, u niewielkiego odsetka pacjentów mogą spowodować powikłania krwotoczne, w tym krwotoki mózgowe. Ryzyko wystąpienia krwotoków mózgowych pod wpływem nowych antykoagulantów w porównaniu z lekami poprzedniej generacji, antagonistów witaminy K, jest o połowę mniejsze, co stanowi o istotnej przewadze klinicznej tych preparatów.

Udary krwotoczne, inaczej krwotoki mózgowe, występują u ok. 10 tys. Polaków w ciągu roku. Krwotoków mózgowych pod wpływem antykoagulantów w przybliżeniu jest 1,5 tys. rocznie. Dokładnie nie wiadomo, jaka liczba chorych doznaje krwotoku pod wpływem ksabanów, a jaka pod wpływem dabigatranu czy antagonistów witaminy K.

Jakie są rokowania chorych, którzy ich doświadczają?

Rokowanie u chorych, którzy doznają krwotoku mózgowego, bez względu na przyczynę, jest bardzo poważne. Śmiertelność 30-dniowa wynosi ok. 50 proc. Wystąpienie krwotoku mózgowego, poza wysokim ryzykiem zgonu, niesie z sobą również inne długoterminowe konsekwencje, np. utrwaloną niepełnosprawność, zaburzenia zachowania czy zaburzenia poznawcze.

Jakie są aktualne wytyczne dotyczące stosowania ksabanów? Jak wygląda implementacja tych zaleceń w Polsce?

Implementacja obowiązujących zaleceń dotyczących wszystkich wymienionych wyżej wskazań do stosowania wszystkich antykoagulantów przebiega w Polsce bardzo dobrze. Leki te są przepisywane przez wielu różnych specjalistów, np. kardiologów, angiologów, ortopedów, neurologów, anestezjologów czy lekarzy medycyny rodzinnej.

Jakie działania tuż przed wejściem generyków ksabanów i uzyskaniem szerszego dostępu do tego leczenia podejmuje Pani, by udostępnić polskim chorym antidotum dla ksabanów?

Ścieżka wprowadzania nowych terapii dla polskich pacjentów jest ściśle określona prawnie. Instytucją, która formalnie decyduje o możliwościach i zakresie refundacji nowych cząsteczek, jest Ministerstwo Zdrowia. Pierwszym etapem na tej ścieżce jest zgłoszenie zapotrzebowania refundacji określonej cząsteczki. To zapotrzebowanie w przypadku antidotum dla ksabanów zostało zgłoszone do Ministerstwa Zdrowia przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz przeze mnie w formie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej.

Przed podjęciem decyzji o refundacji i jej zakresie Ministerstwo Zdrowia pozyskuje opinie merytoryczne od Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Może też zwrócić się o taką opinię do konsultantów krajowych w tych dziedzinach medycyny, w których ma zastosowanie dana cząsteczka, lub też do innych ekspertów medycznych.

Podjęła Pani Profesor z NFZ temat przeanalizowania sytuacji pacjentów przyjmujących ksabany i doświadczających udaru krwotocznego. Kiedy można się spodziewać wniosków? Czy mogą one wesprzeć decyzje MZ o udostępnieniu antidotum szpitalom?

Analitycy Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowują dane polskie na temat krwotoków mózgowych, które zostaną przedstawione w najbliższym czasie. Dane dotyczące udaru niedokrwiennego obejmujące okres ostatnich 5 lat zostały opublikowane w formie znakomitego, merytorycznego raportu w październiku 2023 r.

Powstała również multidyscyplinarna koalicja wielu środowisk, która przygotowuje raport na ten temat. Kiedy można się spodziewać jego publikacji?

Raport jest przygotowywany przez grono ekspertów z wielu dziedzin medycyny. Nie potrafię odpowiedzieć na pytanie, kiedy uda nam się zakończyć prace.

Czy istnieją dane pokazujące, ilu pacjentów w Polsce potrzebuje zastosowania antidotum wobec ksabanów?

Szacuje się, że w odniesieniu do krwotoku mózgowego pod wpływem ksabanów liczba chorych w Polsce, którzy będą spełniali kryteria włączenia do podania antidotum wyniesie 100-150 osób na rok.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała IWONA KAZIMIERSKA

Udar w liczbach

Udar mózgu jest drugą najczęstszą przyczyną zgonu i pierwszą przyczyną niesprawności wśród osób dorosłych. Ok. **87 proc.** wszystkich udarów mózgu stanowią udary niedokrwienne (udary krwotoczne pozostałe **13 proc.**).

Największe ryzyko udaru niedokrwiennego mają pacjenci z migotaniem przedsionków. Wprowadzenie do terapii tzw. nowoczesnych doustnych leków przeciwkrzepliwych (NOAC) było przełomem w profilaktyce i leczeniu zdarzeń zakrzepowo-zatorowych, a w szczególności w prewencji udarów niedokrwiennych u pacjentów z migotaniem przedsionków.

Leki NOAC z racji roli przeciwkrzepliwej rodzą u **1,5 proc.** pacjentów ryzyko zagrażających życiu i niemożliwych do opanowania krwawień o różnym umiejscowieniu. Udar krwotoczny jest najpoważniejszym powikłaniem nowoczesnej doustnej antykoagulacji ze śmiertelnością przekraczającą **50 proc.**. Śmiertelność znacznie przewyższa śmiertelność w udarach niedokrwiennych, która wynosi **20 proc.**

W udarach liczy się czas. W udarach krwotocznych – i u pacjentów przyjmujących ksabany – krytyczne jest pilne ograniczenie narastania krwiaka.

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik

– konsultant krajowa w dziedzinie neurologii, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii UJ CM, kierownik Oddziału Klinicznego Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE, ARCHIWUM PRYWATNE

Papierosy są w Polsce za tanie

Rozmowa z **PROF. DR. HAB. PIOTREM JANKOWSKIM**, kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP

Gdy mówi się o papierosach, zwykle myśli się o raku. Jak kardiolog patrzy na papierosy?

Zwiększają ryzyko kilkudziesięciu nowotworów, m.in. płuca, oskrzeli, gardła, języka, ale też m.in. raka nerki. Jednak prawie 40 proc. zgonów w wyniku chorób odtytoniowych to zgony z przyczyn sercowo-naczyniowych, kilkanaście procent – choroby płuc, w tym POChP. Palenie papierosów zwiększa ryzyko chorób serca, udarów mózgu, niewydolności serca. Są dowody, że wypalanie 1-5 papierosów dziennie zwiększa ryzyko zawału o 50 proc., paczki papierosów dziennie zwiększa ryzyko zawału serca prawie czterokrotnie, dwóch paczek – ośmiokrotnie. Palenie papierosów jest szczególnie niebezpieczne u osób mających cukrzycę, nadwagę, otyłość, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię. Leczenie uzależnienia od tytoniu zapobiega występowaniu miażdżycy, zawału serca, zgonu. Jeśli palacz po zawale serca przestanie palić, zmniejszy o 50 proc. ryzyko zgonu w porównaniu do osób, które po zawale nadal palą. Dlatego choroba, jaką jest zespół uzależnienia od tytoniu, wymaga profesjonalnego leczenia.

Palenie to choroba, którą trzeba leczyć?

Podobnie jak uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, jak również uzależnienia behawioralne. W przypadku palenia papierosów mamy podwójny mechanizm – zarówno uzależnienie behawioralne, jak farmakologiczne. Dostarczmy do organizmu substancję uzależniającą, jaką jest nikotyna.

Przed pandemią były zapowiedzi, że Polska do 2030 roku ma stać się krajem „wolnym od dymu tytoniowego". Ostatnie badania pokazują jednak, że dzieje się odwrotnie: sprzedaż papierosów w Polsce rośnie.

Kraj „wolny od dymu tytoniowego" zakłada, że odsetek osób palących spada poniżej 5 proc. w populacji. Patrząc na ostatnie statystyki dotyczące deklaracji palenia papierosów, ale też sprzedaży papierosów w Polsce, termin 2030 jest nierealny, jednak 2050 wciąż możliwy. Pod warunkiem że wdrożymy skuteczne rozwiązania stosowane w innych krajach. Na przykład zakaz sprzedaży papierosów dla osób urodzonym po danym roku.

Takie rozwiązanie jest stosowane w niektórych krajach, np. w Australii. Można np. wprowadzić zakaz sprzedaży papierosów osobom urodzonym po 2005 roku – obecnie mają 18 lat, ale za 10 lat to będą już 28-latkowie. W ten sposób z jednej strony nie uniemożliwiamy dostępu do produktów tytoniowych osobom już uzależnionym (którym trzeba zaoferować inne formy pomocy leczenia), ale przede wszystkim chronimy przed uzależnieniem osoby młodsze i wchodzące w wiek dorosły.

Inny sposób to stosowanie identycznych form graficznych na opakowaniach papierosów. Takie same nieatrakcyjne kolory i czcionki.

Papierosy są za tanie?

Polityka podatkowa jest jedną z najskuteczniejszych metod zmian zachowań społecznych. Niestety, dostępność cenowa produktów tytoniowych w Polsce wzrasta, co widać po wzroście sprzedaży papierosów w ostatnich pięciu latach. Przez ostatnie kilka dekad obserwowaliśmy stopniowy spadek sprzedaży papierosów, jednak od pięciu lat widzimy wręcz odwrócenie tego trendu. To bardzo niepokojące, świadczy o porażce polityk antytytoniowych. Można oczekiwać, że wzrośnie liczba osób chorujących i umierających w przebiegu chorób odtytoniowych – jeśli nie zmienimy polityki antytotoniowej. Wciąż można to zmienić, pod warunkiem że zostaną wdrożone skuteczne sposoby – jak podwyższenie ceny produktów tytoniowych, schowanie papierosów pod ladę oraz zakaz sprzedaży produktów tytoniowych np. osobom urodzonym po 2005 roku. Kolejne generacje młodych ludzi wchodzących w dorosłość miałyby znacząco utrudniony dostęp do produktów tytoniowych, co w ciągu kilkunastu lat doprowadziłoby do znacznego zmniejszenia palenia.

Wypalanie 1-5 papierosów dziennie zwiększa ryzyko zawału serca o 50 proc., paczki papierosów dziennie – prawie czterokrotnie, dwóch paczek – ośmiokrotnie.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Potrzebujemy długofalowej strategii

Rozmowa z **PROF. DR HAB. N. MED. LUCYNĄ OSTROWSKĄ**, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Coraz częściej o otyłości mówi się jako o chorobie o wielu przyczynach. Dlaczego nie można uznać, że za jej powstanie odpowiedzialne jest tylko spożywanie wysokokalorycznej żywności i mała aktywność fizyczna?

Otyłość to choroba wieloprzyczynowa, w której na predyspozycje genetyczne nakładają się czynniki środowiskowe. Jeśli u pacjenta dochodzi do zaburzeń sygnalizacji w ośrodkowym układzie nerwowym i/lub zaburzeń metabolicznych, to choroba żyje już trochę własnym życiem, a dobra wola pacjenta nie wystarczy, żeby ją wyleczyć. Oczywiście, zawsze mamy do czynienia z zaburzeniem homeostazy energetycznej, czyli nadmiernym spożyciem pokarmów w stosunku do wydatkowanej energii. Nie wpływa na to jednak tylko dobra czy zła wola pacjenta (w kategorii „lubię jeść, nie lubię się ruszać"), ale też np. zaburzona sygnalizacja w ośrodku sytości i głodu. W pewnym momencie dochodzi do nadmiernego wydzielania greliny w żołądku, co powoduje, że pacjent stale czuje głód (ma stale stymulację ośrodka głodu). Organizm wręcz domaga się jedzenia. Kolejna rzecz to zaburzenie poczucia sytości. Część moich pacjentów mówi wręcz, że mają natrętne myśli o jedzeniu. Powiedzenie im, że mają mniej jeść, nic nie zmieni, bo oni nie są w stanie mniej jeść.

Drugim ośrodkiem działającym niezależnie w centralnym układzie nerwowym jest ośrodek nagrody. Gdy jest nam smutno, to jemy coś słodkiego lub ulubiony produkt słony: nagradzamy się. Często odreagowujemy tak stres. Problem polega na tym, że gdy ośrodek nagrody jest rozregulowany, to trzeba jeść coraz więcej, żeby odczuwać przyjemność z nagrody. Jedna z moich pacjentek opisywała to tak: na początku „nagradzała się" dwiema kostkami ptasiego mleczka, potem musiała zjeść już pięterko, aż wreszcie – całe

opakowanie. Jeśli te ośrodki źle działają, to pacjent nie jest w stanie zachować homeostazy energetycznej.

Kolejna rzecz: tkanka tłuszczowa wisceralna to potężny narząd endokrynny, wydziela szereg cytokin. Powoduje to ogólnoustrojowy stan zapalny – lekkiego lub średniego stopnia. Ma wpływ na wszystkie pozostałe narządy. Pojawia się insulinooporność, co generuje zaburzenia węglowodanowe i lipidowe u pacjenta, a potem nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, miażdżycę czy niektóre nowotwory. I tak idziemy w kierunku 200 powikłań, które generuje otyłość. Tak więc pacjent ma wpływ na rozwój otyłości tylko na początku, być może tylko wtedy, gdy ma jeszcze nadwagę.

Czyli trzeba działać na dużo wcześniejszym etapie, by nie dopuścić do rozwoju otyłości?

Tak pokazują badania naukowe. Im wcześniej leczymy chorobę, tym większa szansa, by zapobiec jej powikłaniom. Później jednocześnie musimy leczyć choroby wynikające z powikłań (nadciśnienie, cukrzycę typu 2, zaburzenia lipidowe, zespół bezdechu w czasie snu). Są też różne fenotypy otyłości – różna jest dystrybucja tkanki tłuszczowej. W przypadku otyłości pierwszego stopnia, zwłaszcza o fenotypie obwodowym, czyli pośladkowo-udowym, być może nie ma jeszcze zaburzeń metabolicznych i mogą pomóc metody niefarmakologiczne, czyli zwiększona aktywność ruchowa i zmiana stylu odżywiania się; u części pacjentów potrzebna będzie też psychoterapia behawioralna. Gdy jednak pacjent już rozwija zaburzenia metaboliczne, to według obecnego stanu wiedzy farmakoterapia jest niezbędna, by mógł zmienić styl życia, zadbać o właściwe odżywianie, aktywność ruchową, sen, odpoczynek. Leczenie mu to umożliwi.

Współczesna farmakoterapia umożliwia poprawę sygnalizacji w centralnym układzie nerwowym: pacjent zaczyna odczuwać uczucie sytości we właściwym momencie, jest więc w stanie zadbać o właściwą wielkość posiłku. Farmakoterapia poprawia też sygnalizację w ośrodku nagrody – pacjent nie musi już „nagradzać się" tak dużymi ilościami słodyczy czy np. słonych przekąsek. Jesteśmy w stanie pracować z pacjentem nad zmianą tych nawyków żywieniowych.

Dlaczego coraz częściej jako społeczeństwo chorujemy na otyłość?

Szerzej otworzyła nam na ten problem oczy pandemia, gdy o 6 proc. wzrosła liczba osób chorujących na otyłość, a jeszcze więcej przybyło osób mających nadwagę. Praca w domu, nauka w domu, mniej ruchu, więcej czasu na jedzenie – wszystko to spowodowało wzrost liczby osób z nadwagą, ale i z otyłością. Polska jest już na pierwszych miejscach w Europie, jeśli chodzi o otyłość u dzieci, co jest zastraszające, bo te osoby będą niedługo

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE

dorosłymi chorującymi na otyłość, a im dłużej choroba trwa, tym więcej powikłań.

Na początku, gdy rozwija się choroba, czynnik środowiskowy jest bardzo ważny. Potem, gdy rozwijają się zmiany hormonalne i metaboliczne, to pacjent nawet zmianą nawyków może już sobie nie poradzić. Poza tym im większa otyłość, tym większą ma pacjent niechęć do aktywności ruchowej i zadbania o siebie. Często nie próbuje szukać pomocy u lekarza, bo wciąż nie traktuje tego stanu jako choroby, tylko składa na karb swoich zaniedbań i traktuje w kategorii własnej winy.

Pandemia się skończyła, jednak liczba osób z otyłością nie spadła?

Niestety nie. Żyjemy w pędzie cywilizacyjnym, coraz więcej i coraz dłużej pracujemy, nie mamy czasu na aktywność fizyczną, na odpoczynek, jesteśmy zestresowani, jemy bardzo dużo w porach popołudniowych po powrocie do domu, a potem siadamy przed komputerem lub telewizorem i dalej jemy, co sprzyja gromadzeniu energii, a ta gromadzi się w tkance tłuszczowej. Tak więc pośpiech cywilizacyjny sprzyja gromadzeniu tkanki tłuszczowej.

Jak wygląda w Polsce system leczenia otyłości? Co już się udało, czego jeszcze brakuje?

Jako prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości mogę powiedzieć, że udało się wiele zrobić – funkcjonował pilotażowy program KOS BAR 40 Plus: kompleksowej opieki nad pacjentem z otyłością olbrzymią, czyli z BMI => 40 lub z BMI =>35 oraz z chorobami towarzyszącymi. Jesteśmy w trakcie opracowywania wyników pilotażu, chcemy pokazać, że warto zainwestować i obejmować pacjentów poddawanych chirurgii bariatrycznej dwuletnią bezpłatną opieką zespołu terapeutycznego. Mamy nadzieję, że ten program będzie funkcjonował już w całej Polsce. Jest dopracowywany program KOS BMI 30 Plus – bezpłatnej opieki dla pacjentów z BMI =>30. Zabiegamy, by program ruszył jeszcze w tym roku. Już na etapie konsultacji społecznych jest program KOS BMI – Dzieci.

W ramach PTLO tworzymy centra zajmujące się kompleksowym leczeniem otyłości: niedługo na naszej stronie będą opisane miejsca, w których pacjenci będą mogli zgłaszać się po kompleksową pomoc zespołów terapeutycznych. Wraz z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej staramy się edukować lekarzy rodzinnych, by mogli inicjować leczenie choroby otyłościowej. Podjęliśmy się certyfikowania lekarzy z całej Polski, aby usystematyzować leczenie tej choroby w poszczególnych poradniach czy ośrodkach.

Dużym problemem w Polsce jest wciąż stygmatyzacja pacjentów chorych na otyłość...

Z ankiety, którą niedawno przeprowadziliśmy, wynika, że 35 proc. pacjentów ma poczucie wykluczenia, a ok. 25 proc. mówi o stygmatyzacji. Pacjenci mówią, że nikt z lekarzy nie podejmował z nimi tematu choroby, a oni sami uważali, że są winni otyłości, dlatego nigdy nie prosili o poradę. Pracujemy z fundacjami propacjenckimi, by edukować, że otyłość to choroba, trzeba zgłosić się do lekarza i prosić o pomoc, a nie uważać, że to tylko problem złego odżywiania i niechęci do ruszania się.

Kiedy sama zmiana stylu życia nie pomoże i potrzebna jest farmakoterapia lub operacja bariatryczna?

W przypadku otyłości drugiego, trzeciego stopnia, a często nawet i pierwszego stopnia interwencje behawioralne (a czasami i farmakologiczne) nie pomogą. Metody behawioralne są w stanie zredukować masę ciała, ale największy problem jest potem z jej utrzymaniem. Poza tym otyłość jest chorobą, która nie ustępuje, ma skłonność do nawrotów. Kiedyś mówiliśmy o efekcie jo-jo, dziś wiemy, że jest to nawrót choroby, jeszcze gorszy klinicznie niż to, co było na początku.

Oczywiście, konieczna jest zmiana nawyków – sposobu żywienia, i to na całe życie. Nie mówię o restrykcyjnych dietach, tylko o zmianie nawyków (zadbanie o jakość, ilość i regularność posiłków). Jednak sama zmiana nawyków nie wystarczy w przypadku otyłości. Jest już w tej chwili skuteczna farmakoterapia, jest chirurgia bariatryczna, jednak z 8-9 mln chorych na otyłość w Polsce tylko 1 proc. korzysta z leczenia farmakologicznego. To kropla w morzu – to powinno się zmienić. Ale prawdą też jest, że musimy popracować nad refundacją leków.

Potrzebna jest długofalowa strategia leczenia otyłości?

Wręcz konieczna. Zawiązaliśmy platformę Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości, która składa się z ekspertów medycznych związanych z Polskim Towarzystwem Leczenia Otyłości oraz medycyną rodzinną, ekspertów z zakresu systemu ochrony zdrowia, jak również przedstawicieli organizacji propacjenckich. Naszym celem jest propagowanie rzetelnej, kompleksowej wiedzy na temat otyłości. Podjęliśmy współpracę z parlamentarzystami. Cieszy nas powołanie w Sejmie Parlamentarnego Zespołu ds. Przeciwdziałania Otyłości i Zdrowego Odżywiania, co daje nadzieję na stałe miejsce do dyskusji na temat koniecznych zmian systemowych w obszarze profilaktyki i leczenia otyłości. Próbujemy też podejmować dyskusję z parlamentarzystami na rzecz szeroko pojętej strategii: jak m.in. wykorzystać podatek cukrowy do zapobiegania i leczenia otyłości. Chcemy zainteresować tym tematem ministerstwa: Zdrowia, Edukacji Narodowej, Sportu oraz Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, gdyż bardzo ważna jest profilaktyka i szeroko pojęta edukacja. Edukacja jest podstawą zapobiegania tej chorobie, ale w przypadku osób chorych konieczne jest ich kompleksowe leczenie.

Sama zmiana nawyków nie wystarczy w przypadku otyłości. Jest w tej chwili skuteczna farmakoterapia, jest chirurgia bariatryczna, jednak z 8-9 mln chorych na otyłość w Polsce tylko 1 proc. korzysta z leczenia. To kropla w morzu.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Program KOS BAR to wzór dla systemu ochrony zdrowia

Rozmowa z **PROF. MARIUSZEM WYLEŻOŁEM**, chirurgiem bariatrą

Od grudnia 2021 do grudnia 2024 r. jest prowadzony program KOS BAR: kompleksowej opieki nad pacjentami poddawanymi operacji bariatrycznej. Panie Profesorze, od wielu lat operuje Pan osoby chorujące na otyłość; czym różni się program KOS BAR od wykonywania „zwykłych" operacji bariatrycznych?

W ramach programu KOS BAR działalność wszystkich 19 ośrodków biorących udział w pilotażu była wystandaryzowana, wszystkie realizowały dokładnie ten sam program, co zwiększało szanse chorego na bezpieczne i skuteczne leczenie.

Program KOS BAR składa się z czterech elementów...

Szczegółowo rozpisany był okres przedoperacyjny, jeśli chodzi o wykonanie koniecznych badań, konsultacji, a także rehabilitację, czyli przygotowanie organizmu do wysiłku, który wiąże się z operacją. Zawierał także kluczowy element, jakim jest przedoperacyjna redukcja masy ciała, gdyż jest ona jednym z podstawowych elementów bezpieczeństwa okołooperacyjnego.

Jeśli chodzi o moduł operacyjny, to wystandaryzowanie opieki było oparte na tzw. protokole ERABS, uwzględniało wszystkie elementy niezbędne dla bezpieczeństwa chorego. Jeśli chodzi o opiekę pooperacyjną, to zapewniała ona pacjentowi bezpieczeństwo i skuteczność leczenia przez narzucenie ośrodkom biorącym udział w pilotażu wymaganego modelu opieki, ale jednocześnie obowiązku dbałości o chorego, gdy konieczna była doraźna interwencja.

Dodatkowo wystandaryzowanie wszystkich ośrodków dawało szansę na zbiorczą analizę wyników postępowania terapeutycznego, a poprzez to na poprawę wyników leczenia. Uzyskiwalibyśmy bardzo wartościowy materiał, dzięki któremu moglibyśmy doskonalić nasze postępowanie. To różnica z punktu widzenia medycznego...

A z punktu widzenia pacjentów?

Po pierwsze, autorytet Ministerstwa Zdrowia, autorytet państwa, w pewien sposób gwarantował – poprzez wskazanie jednostek, które uczestniczyły w programie KOS BAR – że chory trafi do ośrodka, który spełnia warunki bezpiecznego i skutecznego leczenia. Były to ośrodki najbardziej doświadczone w leczeniu bariatrycznym. Państwo swoim autorytetem gwarantowało, że leczenie odbędzie się w ośrodku, który jest do tego celu stworzony. Z punktu widzenia pacjenta, który decydował się na operację, wybór takiego ośrodka wydaje się oczywisty.

W ramach programu pacjent miał zagwarantowaną pierwszą konsultację w ciągu miesiąca od momentu dostarczenia skierowania. Nie był więc ustawiany w niekończącej się kolejce. Gdy dostarczył skierowanie, mógł przewidzieć, w jakim czasie rozpocznie leczenie. Co więcej, wiedział, że operacja musi odbyć się między 3. a 6. miesiącem od momentu decyzji o wykonaniu operacji. To bardzo ważne, także z punktu widzenia ułożenia sobie życia rodzinnego, zawodowego. Poza tym to nie chory dzwonił do ośrodka i dopytywał, kiedy odbędzie się badanie, konsultacja, rehabilitacja, operacja, tylko o to wszystko dbał koordynator programu KOS BAR.

Jakie widzi Pan najważniejsze atuty programu KOS BAR?

Gwarancja tego, że chory trafia do bardzo dobrego ośrodka – a nie przypadkowego miejsca – standaryzacja ośrodków, postępowanie w całym kraju zgodnie z założonym standardem, wysoki poziom bezpieczeństwa, kompleksowa opieka uwzględniająca także wsparcie psychologa, edukację żywieniową, rehabilitację przedoperacyjną i pooperacyjną, określone ramy czasowe rozpoczęcia leczenia, przygotowania do operacji, wykonania samej operacji. Chory cały plan znał już w momencie przystąpienia do programu – ma to kolosalne znaczenie: od początku wiedział, jak będzie wyglądało leczenie, operacja, rehabilitacja, kontrole.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

Program trwa do końca 2024 r., nie ma jeszcze oficjalnych rezultatów, ale czy widzi Pan, że efekty są lepsze?

O pozytywach chirurgii bariatrycznej doskonale wiemy – są one udokumentowane w wynikach badań naukowych. Chirurgia bariatryczna ratuje życie chorym na otyłość. Korzystny efekt w postaci ustępowania powikłań choroby otyłościowej nie wynika tylko z redukcji masy ciała, ale również z wpływu chirurgii bariatrycznej na liczne procesy metaboliczne w organizmie, np. na przebieg cukrzycy typu 2. Ale pamiętajmy także o innych, istotnych aspektach tego leczenia: 1/3 kobiet, które operujemy, jest kierowana przez ginekologów, gdyż nie mogą zajść w ciążę ze względu na zespół policystycznych jajników. Po operacji mogą mieć dzieci. Operacje to element zdrowia prokreacyjnego kobiet. Sam jestem ojcem chrzestnym trójki dzieci urodzonych po operacjach bariatrycznych.

Jeśli chodzi o program KOS BAR, to największe pozytywy dostrzegam w efektywności opieki nad chorym i wykorzystaniu zasobów publicznej opieki zdrowotnej, gdzie niejednokrotnie płatnik publiczny ponosi ogromne koszty poprzez mnożenie konsultacji, badań. Często wykonujemy badania, z których niewiele wynika. Przykład: w USG uwidoczniona jest zmiana w wątrobie o średnicy 0,5 cm – wskazane jest wykonanie TK. W opisie tomografii czytamy, że zmiana z USG nie została potwierdzona, ale do rozważenia jest wykonanie rezonansu. Wynik rezonansu: jednoznaczna ocena charakteru zmiany trudna do określenia. Możemy jeszcze wykonać PET, kolonoskopię, gastroskopię, a następnie powtórzyć badania, bo minął już rok od pierwszego USG. I nic z tego nie wynika. Program KOS BAR, oparty na zasadzie Value Based Healthcare, miał na celu efektywne wykorzystanie zasobów publicznej opieki zdrowotnej: i pacjent, i opiekujący się nim zespół dokładnie wiedzieli, co ma się wydarzyć. Wszystko było wystandaryzowane, co oznaczało niemarnowanie środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Cała opieka zdrowotna powinna być zorganizowana na wzór programu KOS BAR. Ośrodek powinien dostawać środki za zaopiekowanie się chorym w zamian za określone efekty. A nie wykonywać badania i konsultacje, z których niejednokrotnie nic nie wynika. Każdy system ochrony zdrowia zbankrutuje, jeśli będzie opierał się na procedurach. A nasz opiera się na procedurach, a nie na efektach leczenia.

A co można by w KOS BAR poprawić?

To był margines, ale zdarzały się sytuacje, że pacjent był w 90 proc. przygotowany do operacji, a potem rezygnował: przestawał odbierać telefony, nie przychodził na wizyty. Uważam, że od początku powinna to być partnerska umowa: ośrodek opiekujący się chorym jest zobowiązany do wysokiej jakości usług, ale również pacjent ma obowiązki. Program KOS BAR jest tak zorganizowany, że ośrodek otrzymuje środki z NFZ za zrealizowanie poszczególnych modułów. Gdy wykonaliśmy choremu wszystkie badania, konsultacje, a on w ostatniej chwili rezygnował, to ośrodek nie otrzymywał zwrotu kosztów. Ta kwestia dotyczyła może 1-2 proc. chorych, jednak w skali kraju nie jest to mało. Program pozwolił też na dostrzeżenie, że problem ochrony zdrowia w Polsce leży też po stronie pacjentów.

Chirurgia bariatryczna ratuje życie chorym na otyłość. Udowodniły to badania naukowe.

Najważniejsze jest to, żeby program był kontynuowany. A Pan często mówi o programie nie „jest", ale „był"...

Całe środowisko wiedziało, że mówimy o programie pilotażowym, ale nikt z nas nie miał świadomości, że może dojść do sytuacji, że program zostanie wdrożony, będzie doskonale funkcjonował przez dwa lata i nagle zostanie zawieszony: bez określonej perspektywy, co ma się wydarzyć.

Odbieramy mnóstwo telefonów od pacjentów, którzy pytają o program, ale nie możemy ich do niego włączać. Obecnie w ramach programu funkcjonuje tylko opieka pooperacyjna dla osób po operacji – będzie ona trwała do końca tego roku. Nie możemy przyjmować kolejnych chorych do programu, przygotowywać do operacji, operować w ramach KOS BAR.

Program chwalą przedstawiciele ministerstwa, NFZ, eksperci, pacjenci. Są obietnice, że będzie kontynuowany...

Mam nadzieję, że tak będzie. Program nakładał na zakłady lecznicze wysokie wymagania organizacyjne – podjęły one duży wysiłek organizacyjny i finansowy, by dostosować się do tego modelu. Niepewność powoduje, że tak naprawdę nie wiemy, co robić. W naszym szpitalu są wykonywane operacje bariatryczne w ramach kontraktu z NFZ, ale nie w ramach KOS BAR. Oczywiście, nikt z nas nie zostawi chorego bez opieki, ale nasza poradnia ogólnochirurgiczna przyjmuje całe spektrum chorych. Otyłość to ogromne wyzwanie zdrowia publicznego; w obszarze, który ma tak istotne znaczenie dla ratowania życia chorych, powinien istnieć wystandaryzowany program narzucający wysokie wymogi organizacyjne, by jak najlepiej wykorzystać zasoby opieki zdrowotnej.

Martwi mnie sytuacja, która jest obecnie; boję się, żeby nie zostało zaprzepaszczone to, co osiągnęliśmy. Jeśli przez kilka miesięcy nie będzie decyzji o kontynuowaniu programu, część szpitali może stwierdzić, że zlikwiduje wprowadzone rozwiązania i potem drugi raz nie zaryzykuje. Sytuacja, jaką mamy, to tak jakby nagle zrezygnować z karty DILO. Albo nagle wycofać się z finansowania operacji raka prostaty robotem, co niedawno wprowadzono. Nie zaprzepaszczajmy tego, co osiągnęliśmy.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Dr hab. n. med. Mariusz Wyleżoł
– kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.

Szeroka refundacja jest uzasadniona

Rozmowa z **PROF. MAŁGORZATĄ MYŚLIWIEC**, kierownikiem Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Ponad 10 lat temu WHO nazwała cukrzycę pierwszą niezakaźną epidemią. W Polsce ponad 3,5 mln osób choruje na cukrzycę. Dlaczego tak istotna jest prawidłowa kontrola poziomu glukozy?

Zwiększone stężenie glukozy we krwi lub jej wahania u pacjentów z cukrzycą powodują niszczenie naczyń krwionośnych, a w dalszej kolejności narządów, które są przez nie zaopatrywane w krew. Źle leczona cukrzyca może być przyczyną wielu poważnych problemów zdrowotnych. Na przykład retinopatia cukrzycowa doprowadza do ślepoty, zespół stopy cukrzycowej do amputacji, konsekwencją niewydolności nerek jest konieczność dializoterapii bądź przeszczepu nerek. Źle kontrolowana cukrzyca zwiększa ryzyko powikłań makronaczyniowych – zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu i przedwczesnego zgonu sercowo-naczyniowego. Dlatego stałe monitorowanie glikemii, podejmowanie dobrych decyzji terapeutycznych, utrzymanie normoglikemii mają na celu ochronę pacjentów przed rozwojem tych późnych powikłań choroby.

Nieprawidłowo kontrolowana cukrzyca zwiększa ryzyko wystąpienia ostrych powikłań choroby, w tym hipoglikemii, która jest szczególnie niebezpieczna w nocy podczas snu. Mogą pojawić się zaburzenia rytmu serca. W wyniku wielogodzinnej nocnej hipoglikemii pogarsza się jakość snu. Pacjent budzi się rano zmęczony, niezdolny do większej aktywności fizycznej i umysłowej w ciągu dnia, co znacznie pogarsza jakość jego życia.

Na czym polega trudność prowadzenia samodzielnie insulinoterapii?

Samodzielne stosowanie insulinoterapii bez stałego monitorowania glikemii za pomocą systemów CGM-RT nie pozwala na osiągnięcie celów terapeutycznych wyznaczonych przez polskie i międzynarodowe towarzystwa naukowe. Pacjent niemający dostępu do stałego wglądu do poziomów glikemii, a szczególnie trendów ich zmian, nie jest w stanie dobrze obliczyć dawki insuliny doposiłkowej, ponadto nie będzie widział efektów terapeutycznych po jej podaniu, jego leczenie jest tak naprawdę „po omacku".

Jak możliwość ciągłego monitorowania poziomu glukozy przez systemy CGM-RT zmieniła podejście do kontrolowania cukrzycy?

CGM-RT zrewolucjonizowały nie tylko proces samokontroli cukrzycy, lecz także leczenia samej choroby. Obserwacje z mojej codziennej praktyki lekarskiej pokazują, że największą przeszkodą w osiągnięciu prawidłowego wyrównania cukrzycy przed erą nowoczesnych technologii była bardzo mała liczba wykonywanych pomiarów glikemii przez osoby z cukrzycą. Głównym powodem były ograniczenia stosowania glukometrów, jak inwazyjność, czasochłonność, bolesność, brak dyskrecji, a także stygmatyzacja.

Dzięki zastosowaniu systemu ciągłego monitoringu glukozy zmianie uległy dotychczasowe cele terapeutyczne. Czy poziom hemoglobiny glikowanej został już zastąpiony wskaźnikiem TIR (time in range), jeśli chodzi o poziom wyrównania glikemii?

U wszystkich pacjentów stosujących systemy CGM-RT efekty leczenia sprawdzamy za pomocą wskaźników, do których mamy stały dostęp w raportach sczytanych z tych systemów. Nie interesuje nas już poziom HbA1c, który oznacza średni poziom glikemii z ostatnich trzech miesięcy.

Wprowadzenie do praktyki diabetologicznej systemów CGM-RT umożliwiło stworzenie i wprowadzenie nowych parametrów oceniających poziom wyrównania glikemii u poszczególnych chorych. Stają się one standardem nowoczesnej kontroli cukrzycy i służą do modyfikacji terapii. Te nowe parametry to nie tylko czas spędzony przez chorego na cukrzycę w docelowym zakresie glikemii (time in range – TIR), ale również czas spędzony poniżej tego zakresu (time below range – TBR) i powyżej (time above range – TAR). Zgodnie z aktualnymi

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK

rekomendacjami klinicznymi międzynarodowych towarzystw, a także Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, chory powinien co najmniej 70 proc. czasu pozostawać w zakresie docelowym stężenia glukozy, czyli 70–180 mg/dl. W populacji pediatrycznej dzięki integracji z najnowszymi hybrydowymi pompami insulinowymi dążymy do uzyskania TIR powyżej 80 proc., a zakres stężenia glukozy chcemy osiągnąć jak u osób zdrowych. Nie jest możliwe osiągnięcie tak dobrego wyrównania cukrzycy przy kilku, a nawet kilkunastu pomiarach w ciągu doby za pomocą glukometru. Systemy CGM-RT wyposażone w alarmy niskich glikemii i alarmy predykcyjne nie tylko znacznie redukują ryzyko wystąpienia ciężkich hipoglikemii, lecz także zmniejszają lęk przed hipoglikemią oraz poprawiają jakość życia chorych i ich bliskich.

Jakie aspekty codziennego życia ułatwia system CGM-RT?

Korzyści są ogromne. Pacjenci z cukrzycą wymagającą insulinoterapii, leczeni i monitorowani metodami, które były standardem w XX i na początku XXI wieku, zmuszeni są do ciągłego zaangażowania. Choroba właściwie jest w centrum ich życia, każdego dnia muszą podejmować dziesiątki decyzji terapeutycznych. Nowoczesne technologie w coraz większym stopniu podejmują decyzje za pacjenta, autonomicznie reagują na sytuację, uwalniają go od konieczności ciągłego koncentrowania się na chorobie, a przede wszystkim redukują lęk przed hipoglikemią.

U pacjentów z długotrwałą cukrzycą, niedostatecznie monitorowaną i leczoną, znacznie wzrasta częstość epizodów szczególnie niepokojącej tzw. hipoglikemii bezobjawowej. Pacjenci jej nie odczuwają i nie są świadomi jej zbliżania się, przez co nie podejmują kroków, aby zapobiec pogłębiającemu się niedocukrzeniu, które jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia. Redukcję niedocukrzeń u pacjentów z cukrzycą uzyskujemy u 80-90 proc., a połączenie CGM-RT z pompą insulinową niemal u 100 proc. Jeszcze kilka lat temu nieświadomość hipoglikemii, która była wpisana w kartę pacjenta, stanowiła przeciwwskazanie do uzyskania prawa jazdy. Odkąd pacjenci mają dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii, sytuacja się zmieniła. W karcie kwalifikacyjnej do prawa jazdy wypełnianej przez diabetologa, w rubryce dotyczącej hipoglikemii, jest dodatkowy punkt i pytanie, czy pacjent świadomie korzysta z ciągłego monitorowania stężenia glukozy. Jeśli tak, to może posiadać prawo jazdy! Jest to jedna z bardzo ważnych korzyści dla pacjenta z cukrzycą, którą niesie za sobą dostęp do CGM-RT.

Dzięki możliwości dobrego kontrolowania choroby można spełniać ekstremalne marzenia, jak Maja Makowska, „SugarWoman", która ukończyła zawody Ironman w wersji podwójnej. Czy wśród Pani pacjentów są takie osoby?

Jak najbardziej, nasi pacjenci noszący na stałe systemy CGM-RT uprawiają sporty ekstremalne, grają w klubach piłki nożnej, wspinają się na szczyty gór, uzyskują medale w konkursach tanecznych. Tak naprawdę nie mają ograniczeń w spełnianiu marzeń.

Szczególnie ważne jest kontrolowanie cukrzycy u dzieci i młodzieży. Młodzi diabetycy już od pewnego czasu stosują systemy ciągłego monitorowania glikemii. Jakie wnioski płyną z tych doświadczeń?

Diabetolodzy wykorzystują systemy CGM-RT u dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę niemal w 100 proc. Dzięki informacjom zbieranym poprzez system ciągłego pomiaru glikemii w czasie rzeczywistym osoba z cukrzycą staje się w pełni zaangażowana w proces leczenia. Jeśli choruje dziecko, dotyczy to jego opiekuna, który może je wspierać w edukacji od najmłodszych lat, kształtować dobre nawyki, co zaprocentuje także w przyszłości, niwelując ryzyko rozwoju powikłań cukrzycy.

Najnowszy sprzęt, który mamy na polskim rynku, działający we współpracy z CGM-RT idzie jeszcze dalej – nie tylko chroni pacjenta przed niedocukrzeniami, ale automatycznie koryguje wysokie stężenia glukozy, odpowiednio podając dodatkowe dawki insuliny i/lub zmieniając bazę. To powoduje, że praktycznie całość obowiązków pacjenta związanych z leczeniem cukrzycy przejmuje z jego barków urządzenie elektroniczno-mechaniczne, czyli osobista pompa insulinowa, tzw. hybrydowa, sprzężona z systemem ciągłego monitorowania glikemii. Przy takich urządzeniach liczba obowiązków pacjenta spada do minimum – pozostaje mu sygnalizowanie posiłków i niewielkich korekt związanych z aktywnością fizyczną.

Podczas międzynarodowych kongresów EASD, ATTD i ISPAD Polskę wskazuje się jako kraj, w którym pacjenci pediatryczni stosujący nowoczesne technologie należą do najlepiej wyrównanych metabolicznie. Osiągają średni czas w zakresie normoglikemii (TIR – Time in Range) na poziomie 82 proc. (norma TIR>70 proc.), a uwzględniając wiek dzieci z cukrzycą typu 1 poniżej 15 lat, uzyskano w Polsce najlepsze wyniki, TIR=82,3 proc.! Praktycznie nie obserwujemy u pacjentów pediatrycznych żadnych powikłań naczyniowych, stąd moje ogromne zadowolenie i satysfakcja, że udało się zwiększyć dostęp do nowoczesnych technologii u dorosłych chorych na cukrzycę.

Liczne badania naukowe pokazują, że bez systemów monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym nie ma możliwości uzyskania prawidłowych poziomów glikemii mimo stosowania najnowszych insulin i najlepszych urządzeń dozujących insulinę.

Warto, by te urządzenia były refundowane w szerszych grupach pacjentów?

Na świecie standardem jest szeroka refundacja systemów CGM-RT u osób z cukrzycą. W Polsce z szerokiej refundacji korzystają pacjenci z wszystkimi typami cukrzycy leczeni intensywną insulinoterapią, kobiety z cukrzycą ciążową nawet bez insulinoterapii, osoby niewidome z orzeczeniem o niepełnosprawności (obecnie z systemów FreStyle Libre 2, które nie integrują się z osobistymi pompami insulinowymi, ale również są zaopatrzone w sygnały ostrzegawcze przed hipoglikemią).

Liczne badania naukowe i kliniczne,

a także nasze doświadczenia pokazują, że bez systemów monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym nie ma możliwości uzyskania prawidłowych poziomów glikemii mimo stosowania najnowszych insulin, najlepszych urządzeń dozujących insulinę. Wprowadzenie szerokiej refundacji różnych systemów CGM-RT jest w pełni uzasadnione, stwarza to konkurencyjność na rynku, a więc możliwości obniżenia ceny produktu i tym samym kosztów poniesionych przez pacjenta.

Niedawno do kategorii CGM-RT dołączył Dexcom ONE+. Ma jakieś cechy wyróżniające?

To kolejny system ciągłego monitorowania glukozy w czasie rzeczywistym, który mierzy, rejestruje, analizuje i reaguje na śródmiąższowe stężenia glukozy. Nie wymaga kalibracji za pomocą glukometru. Składa się z jednego spójnego elementu, który jest jednocześnie sensorem i nadajnikiem. Czujnik kalibrowany jest fabrycznie i można go stosować przez 10 dni. Uzupełnieniem systemu jest urządzenie wyświetlające, może nim być kompatybilny smartfon lub odbiornik oraz aplikacje mobilne i komputerowe. Innowacyjne aspekty systemu Dexcom ONE+ CGM-RT to takie cechy, jak: bardzo małe wymiary dzięki stworzeniu czujnika i nadajnika w jednym elemencie, możliwości aplikowania na brzuchu i tylnej części ramienia u dorosłych, a u dzieci w wieku 2-6 lat na pośladkach, co stanowi dodatkową korzyść względem alternatywnej refundowanej metody pomiaru za pomocą FGM. Dane z systemu mogą być wykorzystane do podjęcia decyzji terapeutycznych (w tym decyzji dotyczących dawkowania insuliny) bez konieczności wykonywania potwierdzającego pomiaru glukometrycznego, pomiar glukometrem jest tylko zalecany, jeśli objawy użytkownika nie pasują do odczytów. Nowy system pozwala na utrzymanie normalnej aktywności pacjentów m.in. również dzięki 24-godzinnej wodoodporności. Ważne, że dane z odbiornika mogą być natychmiast wysyłane przez wi-fi lub połączenie komórkowe do aż dziesięciu różnych opiekunów jednocześnie, co umożliwia zdalne monitorowanie. W przeciwieństwie do wcześniejszych wersji innych systemów CGM-RT, ma 12-godzinny okres karencji, zapewniający dodatkowe 12 godzin na wymianę sensora po upływie 10 dni działania. Można go stosować już od 2 r.ż.

Jakie korzyści dla lekarza i systemu ochrony zdrowia w dłuższej perspektywie może przynieść upowszechnienie systemu ciągłego monitoringu glukozy?

Pozwoli pacjentom z cukrzycą typu 1, szczególnie z przebytymi epizodami ciężkiej hipoglikemii, znacznie zredukować, a nawet zniwelować częstość tych zdarzeń, unikając w ten sposób poważnych powikłań hipoglikemii. Dostęp do systemów CGM-RT umożliwi również pacjentom z dużą zmiennością glikemii, którzy mają tendencję do przechodzenia od niskiego do wysokiego poziomu glukozy, na redukcję incydentów hipoglikemii, których można by uniknąć przez wczesną korektę leczenia, a tym samym na minimalizację hiperglikemii z odbicia. Doniesienia kliniczne wskazują, że uzyskanie wartości TIR powyżej 70 proc. prowadzi do opóźnienia i zmniejszenia nasilenia późnych powikłań naczyniowych związanych z cukrzycą typu 1.

Zgodnie z raportem NFZ opublikowanym w listopadzie 2019 r. jeszcze przed wprowadzeniem szerokiej refundacji systemów ciągłego monitorowania glikemii bezpośrednie koszty medyczne związane z leczeniem powikłań cukrzycy wynosiły ok. 1,4 mld zł (nie licząc leków). Istotne obciążenie stanowią koszty pośrednie utraconej produktywności. Upowszechnienie zastosowania systemów ciągłego monitorowania glikemii znacznie obniża wymienione koszty. Dostęp do systemów CGM-RT pozwoli pacjentom nie tylko na redukcję incydentów hipoglikemii, ale również częstości występowania kwasicy ketonowej, a także redukcję przewlekłych powikłań mikro- i makroangiopatycznych. Zintegrowane z systemem CGM-RT narzędzia teleinformatyczne pozwolą na rozwinięcie telemedycznej opieki diabetologicznej i w konsekwencji zwiększenie dostępu oraz poprawę jakości tej opieki. Może to prowadzić do zmniejszenia kosztów związanych z tradycyjną opieką diabetologiczną. To ogromna inwestycja, która przełoży się na znacznie lepsze leczenie i podwyższenie jakości życia osób chorych na cukrzycę, dając im poczucie wolności i oderwanie od uciążliwego kontrolowania choroby oraz możliwość realizacji planów osobistych i zawodowych.

CGM-RT były stosowane głównie w cukrzycy typu 1. Czy uzasadnione byłoby też ich zastosowanie także w innych rodzajach cukrzycy?

Systemy CGM-RT powinny być elementem leczenia każdego rodzaju cukrzycy, jak również stanu przedcukrzycowego. U pacjentów, u których występują zaburzenia w gospodarce węglowodanowej, zastosowanie tych systemów może spowodować uzyskanie normoglikemii poprzez zmianę stylu życia. Coraz więcej danych klinicznych i naukowych wskazuje, że to świetne narzędzie edukacyjne u pacjentów z nadwagą i otyłością.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne i Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej wystosowały pismo do Ministerstwa Zdrowia, w którym m.in. zaproponowaliśmy utworzenie dwóch odrębnych grup sensorów do ciągłego monitorowania glikemii, uwzględniając różnorodność tych systemów. W grupie pierwszej znalazły się sensory/czujniki umożliwiające połączenie z systemami zewnętrznymi wspierającymi insulinoterapię (osobiste pompy insulinowe tworzące hybrydową pętlę zamkniętą i smartpeny z aplikacjami). W tej grupie znajdą się sensory m.in.: 7-dniowe (Medtronic Guardian 4, Simplera) i 10-dniowe (Dexcom G6). W grupie drugiej znalazły się sensory/czujniki bez połączenia z systemami zewnętrznymi, jak sensory 14-dniowe (FreeStyle Libre) i 10-dniowe (Dexcom One+).

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec

– kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej.

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE, IOB CUP

Wsparcie dla młodych diabetyków

Rozmowa z **DAGMARĄ STANISZEWSKĄ**, prezes Fundacji dla Dzieci z Cukrzycą

Insulin On Board Cup 2023.

Fundacja dla Dzieci z Cukrzycą ma już 30 lat, odgrywa ważną rolę w życiu osób, które zmagają się z chorobą. Jakie emocje towarzyszą Pani, patrząc na te 30 lat działalności?

W głębi serca czuję radość, widząc, jak długa droga została przez nas przebyta. Równocześnie zawsze towarzyszy mi pewien rodzaj troski o każde dziecko, które zmagając się z cukrzycą, musi stawić czoła życiu. Podopieczni są dla nas jak własne dzieci; gdy jedno z nich osiąga sukces, przeżywamy to jak rodzice. Gdy jednak widzimy ból czy trudności, to przenika nasze serca. Ta mieszanka radości i troski sprawia, że nasza praca jest tak głęboko zakorzeniona w emocjach.

Czy jest jakiś szczególny moment, który na zawsze pozostał w Pani pamięci?

Jest wiele takich chwil. Są momenty, gdy na własne oczy widzę, że nasza praca przyczynia się do podnoszenia ogólnego poczucia bezpieczeństwa dzieci z cukrzycą. Widok uśmiechniętych twarzy, poczucie wsparcia i przekonanie, że są otoczone opieką: te elementy sprawiają, że każde dziecko czuje się bezpieczne, mimo codziennych wyzwań związanych z cukrzycą. Wiele sytuacji symbolizuje istotę tego, co dla nas najważniejsze – zapewnienie bezpieczeństwa i wsparcia każdemu dziecku zmagającemu się z tą chorobą.

Jakie są najważniejsze wartości, które napędzają Fundację Dla Dzieci z Cukrzycą?

Na pewno troska, empatia i pasja. Najważniejsze to przekonanie, że każde dziecko zasługuje na radosne dzieciństwo mimo wyzwań zdrowotnych. Chcemy, aby dzieci wiedziały, że nie są same, zawsze mogą liczyć na nasze wsparcie.

W jaki sposób rozwój technologii wpłynął na działania Fundacji w zakresie wspierania młodych diabetyków? Czy nowe technologie, jak systemy monitorowania glukozy w czasie rzeczywistym, miały istotny wpływ na wyjazdy wakacyjne i obozy młodzieżowe, flagowe projekty Fundacji?

Oczywiście, w naszej pracy na co dzień obserwujemy dynamiczny rozwój technologii, które znacząco wpływają na sposób zarządzania cukrzycą. Współczesne technologie stają się nieodłącznym elementem naszych działań, dostarczając narzędzi, które ułatwiają młodym ludziom radzenie sobie z chorobą i jednocześnie uczestniczenie w różnorodnych formach aktywności, jak wyjazdy czy obozy młodzieżowe, które już od lat organizujemy, ale także międzynarodowe zawody sportowe, jak Insulin On Board Cup czy Dia-Euro – międzynarodowy turniej piłki nożnej dla diabetyków. Systemy monitorowania glukozy w czasie rzeczywistym zrewolucjonizowały opiekę nad młodymi diabetykami. Dzięki tym innowacyjnym urządzeniom możemy na bieżąco kontrolować glikemię w sposób bardziej precyzyjny, jednocześnie bez poczucia ograniczania wolności młodych diabetyków, co przekłada się na lepsze dostosowanie naszych programów do ich indywidualnych potrzeb i zdecydowanie większe poczucie bezpieczeństwa. Od kilku lat nasi podopieczni w czasie obozów wakacyjnych i aktywności sportowych mają możliwość nieodpłatnego korzystania z rtCGM firmy Dexcom. To ogromne wsparcie, wszyscy jesteśmy bardzo za to wdzięczni.

Jakie plany ma Fundacja?

Naszym celem jest rozszerzenie zasięgu działalności, aby jeszcze większa liczba dzieci i młodzieży mogła korzystać z naszych programów. Chcemy, aby podopieczni Fundacji nie tylko w naszych programach uczestniczyli, ale także czuli się bardziej bezpieczni, wchodząc w dorosłość. Możliwość zapewnienia wszystkim osobom z cukrzycą dostępu do najnowszych rozwiązań obejmujących pełne spektrum nowoczesnych narzędzi nie tylko ułatwia zarządzanie chorobą, ale również zwiększa komfort i jakość życia młodych diabetyków na każdym etapie ich życia.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ZOFIA SZKARŁAT**

FUNDACJA DLA DZIECI Z CUKRZYCĄ

Monitorowanie to też leczenie

Rozmowa z **PROF. LESZKIEM CZUPRYNIAKIEM**, kierownikiem Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Monitorowanie glikemii to pierwszy i niezbędny krok do kontroli cukrzycy. Dlaczego?

Istotą cukrzycy jest utrzymywanie się podwyższonego stężenia glukozy we krwi chorego, co u osób nieleczonych albo źle leczonych grozi uszkodzeniem serca, naczyń krwionośnych i nerwów obwodowych, a w efekcie ciężkimi powikłaniami, jak np. problemy ze wzrokiem, zaburzenia funkcji nerek i przedwczesny zgon. Leki stosowane u pacjentów z cukrzycą mają więc za zadanie obniżać i stabilizować poziom cukru we krwi. Rzecz w tym, że lecząc się insuliną (którą pacjent sam sobie aplikuje), łatwo „przedobrzyć" – stężenie glukozy pod jej wpływem może spaść zbyt nisko, a to może nawet zagrozić życiu człowieka.

Poziom glukozy we krwi wzrasta po posiłku, ale także pod wpływem aktywności życiowych, chorób, gorączki, bolesnej miesiączki. Z drugiej strony np. szybkie podbiegnięcie do autobusu wiąże się ze spaleniem dużej porcji glukozy; dochodzi wtedy do niedocukrzenia. Organizm człowieka zdrowego doskonale radzi sobie z takimi sytuacjami – nagłym wyrzutem insuliny, a chorego na cukrzycę – nie. U pacjentów z cukrzycą wyrównanie glikemii mają regulować leki – tabletki, albo leki (jak analogi GLP-1 lub insulina) w zastrzykach. Zadaniem pacjenta jest wiedzieć – po otrzymaniu instrukcji od lekarza i pielęgniarki – ile ma wziąć insuliny przed posiłkiem albo pójściem na siłownię, basen, rower, imprezę z tańcami, czyli przed planowanym wysiłkiem. Powinien wówczas sprawdzić stężenie glukozy i jeśli jest ono zbyt niskie – coś zjeść (żeby go wyrównać). Monitorowanie glikemii jest kluczowym elementem prawidłowej terapii – dla nas, lekarzy jest potwierdzeniem, że pacjent jest leczony skutecznie, a pacjentowi daje poczucie bezpieczeństwa, że cukier nie spadnie u niego za bardzo.

Jaką rolę w kontrolowaniu glikemii odgrywają systemy do jej monitorowania? Czy pacjenci chętnie z nich korzystają?

Dzięki coraz szerszej refundacji systemów do monitorowania glikemii (CGM – ang. continuous glucose monitoring) rośnie liczba pacjentów, którzy mają możliwość lepiej zrozumieć swoją chorobę, zaangażować się w proces leczenia, ponieważ te systemy to także cenne narzędzie edukacyjne pozwalające na obserwację, jak konkretne zachowania (aktywność fizyczna, rodzaj spożytego pokarmu, napoju) wpływają na poziom cukru.

Systemy do monitorowania glikemii to nowoczesne narzędzia, które podnoszą efektywność kontaktów chorych i ich bliskich z lekarzami oraz pielęgniarkami, wspierają wzrost jakości opieki nad chorymi. Są cenne dla całego systemu opieki zdrowotnej.

Na czym polega istota ich działania?

Pierwsze systemy pojawiły się już 20 lat temu. Początkowo myśleliśmy, że

Dzięki systemom monitorowania glikemii można całkowicie wyeliminować ciężkie niedocukrzenia, które zawsze są bardzo szkodliwe dla pacjenta.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

będą służyć jedynie do badań naukowych, do pomiaru cukru w trakcie eksperymentów medycznych. Ale kiedy został wprowadzony kilka lat temu na rynek system FreeStyle Libre, okazało się, że jest to doskonałe narzędzie terapeutyczne. Dzisiaj mamy nową generację tego systemu FreeStyle Libre 2. Pacjent zakłada czujnik glikemii na tylną powierzchnię ramienia (z 3-milimetrową wypustką mierzącą cukier w płynie śródtkankowym), który wysyła co minutę na jego telefon informację o poziomie cukru we krwi. To działa całkowicie automatycznie. Co więcej, system alarmuje pacjenta, gdy poziom cukru jest zbyt wysoki albo zbyt niski, wówczas pacjent może odpowiednio zmodyfikować dawkę insuliny albo podjąć kroki zapobiegające niedocukrzeniu. Dzięki tym systemom można całkowicie wyeliminować ciężkie niedocukrzenia, które zawsze są bardzo szkodliwe dla pacjenta.

Urządzenie można uznać za rewolucyjne w diabetologii.

My, lekarze, jesteśmy tymi systemami zachwyceni. Używam porównania, że życie z cukrzycą jest jak jazda samochodem, a pomiar cukru glukometrem z palca cztery razy dziennie (to dużo, bo są pacjenci, którzy robią to najwyżej raz dziennie) to tak, jakby osoba z cukrzycą, prowadząc auto, otwierała oczy tylko cztery razy w trakcie podróży, podczas gdy mając podłączony system FreeStyle Libre, to tak, jakby miała oczy cały czas otwarte. Pacjenci też chętnie korzystają z tych systemów. Są bardzo wygodne w użytkowaniu – można się kąpać, chodzić na siłownię, na basen, normalnie funkcjonować.

Na rynku jest kilka systemów do monitorowania glikemii, ale akurat FreeStyle Libre jest najtańszy i najwygodniejszy do użytkowania dla pacjenta, i najłatwiejszy w refundacji.

Komu przysługuje refundacja systemu do monitorowania glukozy?

Wszystkim pacjentom, którzy przyjmują insulinę przynajmniej trzy razy dziennie, a od stycznia tego roku również wszystkim kobietom w ciąży z cukrzycą. Pacjent wydaje na użytkowanie systemu miesięcznie 150 zł, mając refundację, a bez refundacji – 560 zł. Lekarze, którzy stosują u pacjentów CGM, bardzo szybko słyszą od nich „nie wyobrażam sobie życia bez systemu stałego monitorowania glukozy". Namawiam każdego pacjenta z nowo rozpoznaną cukrzycą zarówno typu 1, jak i typu 2, żeby zaopatrzył się w CGM, zainwestował i przez miesiąc go nosił, ponieważ dzięki niemu błyskawicznie nauczy się, co mu pomaga, a co szkodzi, czyli co podwyższa, a co obniża stężenie glukozy. Dowiaduje się, jaki wpływ na stężenie glukozy ma to, co je, jak jest aktywny fizycznie, jaki jest wpływ stresu, snu...

Narastająca epidemia cukrzycy

W Polsce jest ok. 3,5 miliona osób chorych na cukrzycę, z czego ponad pół miliona nie wie, że choruje. Oznacza to, że co jedenasta osoba w naszym kraju cierpi na cukrzycę. Znaczący wzrost zachorowań na cukrzycę w ostatnich latach to efekt m.in. wzrostu liczby osób z nadwagą i otyłością, m.in. po epidemii COVID-19.

Liczba chorych na cukrzycę stale rośnie. Czy Pana zdaniem warto rozważyć zapewnienie dostępu do systemów monitorowania glikemii kolejnym grupom pacjentów?

Obecne zasady zakładają, że każdy pacjent przyjmujący insulinę szybko działającą do każdego posiłku i długo działającą na noc powinien używać systemu monitorowania glikemii. Ponadto dobrze by było, żeby każdy pacjent leczony insuliną – nawet jedną dawką dziennie insuliny długo działającej – również miał taki system, ponieważ każda insulinoterapia zwiększa ryzyko niedocukrzeń. Rzecz jasna, powinna z niego korzystać także każda kobieta w ciąży z cukrzycą ciążową. Optymalną byłaby taka sytuacja, gdyby CGM użytkowali wszyscy chorzy na cukrzycę. Dzięki temu każdy z nich bez kłucia się w palec wiedziałby, jaki ma poziom cukru we krwi, mógł modyfikować swoją dietę, a lekarze, mając pełny obraz glikemii pacjenta, mogliby podejmować trafniejsze decyzje dotyczące leczenia, zapobiegając tym samym również długoterminowym powikłaniom cukrzycy

Jakie to miałoby znaczenie?

Cukrzyca typu 2, na którą choruje 95 proc. pacjentów, polega na tym, że dochodzi do coraz większego wzrostu glukozy we krwi, ponieważ organizm chorego produkuje coraz mniej insuliny. Ten wzrost cukru jest powolny i bezbolesny, czyli bezobjawowy.

Uważam, że sytuacją optymalną byłoby, gdyby każdy pacjent z cukrzycą miał stały wgląd w poziom cukru we własnej krwi. Cukrzyca jest chorobą bezobjawową przez długi czas i dlatego jest tak niebezpieczna i nazywana cichym zabójcą. Dzięki użytkowaniu systemu stałego monitorowania glukozy pacjent i lekarz wiedzą, jak rośnie stężenie cukru we krwi u pacjenta; nie trzeba czekać na poważne objawy – jak np. pogorszenie wzroku. Można modyfikować leczenie w odpowiedzi na nawet niewielki wzrost stężenia glukozy, by zapobiec postępowi choroby.

Uważam, że wszyscy, którzy chcieliby wiedzieć, jaki mają poziom cukru, chcą się skutecznie leczyć, chcą modyfikować styl życia, powinni mieć możliwość korzystania z tego dobrodziejstwa techniki.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała AGNIESZKA FEDORCZYK

Prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak

– kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM, specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii. Jest autorem lub współautorem kilkuset prac naukowych, redagował lub współredagował 5 monografii poświęconych cukrzycy.

Dializa domowa: wygodna i bezpieczna

Rozmowa z **PROF. BEATĄ NAUMNIK**, kierownik I Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Na czym polegają i dla kogo są przeznaczone dializy otrzewnowe?

Dializa otrzewnowa – obok przeszczepienia nerki oraz hemodializy – jest jedną z trzech form leczenia nerkozastępczego pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek. Transplantacja jest bardzo dobrą metodą leczenia i może być przeprowadzona zarówno przed rozpoczęciem dializ, jak i w ich trakcie. Jest jednak stosunkowo rzadko stosowana ze względu na ograniczoną dostępność narządów i potencjalnych dawców. Drugą formą leczenia chorych z przewlekłą chorobą nerek (PChN) jest hemodializa – przeprowadza się ją w warunkach szpitalnych w stacji dializ. Podczas tej formy leczenia krew z ciała pacjenta przez specjalnie wytworzony dostęp naczyniowy wędruje do aparatu – tzw. sztucznej nerki, przechodzi przez dializator oczyszczający ją ze szkodliwych produktów przemiany materii i toksyn oraz usuwający nadmiar wody, a następnie powraca do pacjenta. Hemodializa trwa zwykle ok. 4 godzin i trzeba ją powtarzać co drugi dzień. I wreszcie dializa otrzewnowa – to jedyna forma leczenia nerkozastępczego, którą pacjent może prowadzać samodzielnie w domu, co jest jej ogromną i bynajmniej niejedyną zaletą.

Jak przebiega dializa otrzewnowa (domowa)?

Polega na oczyszczaniu krwi przy wykorzystaniu błony otrzewnowej, która wyścieła jamę brzuszną i dzięki obecnym w niej naczyniom i półprzepuszczalnym porom pełni funkcję filtra. Na początku pacjent ma założony przez chirurga do jamy otrzewnowej cewnik, który może służyć mu wiele lat. Przez cewnik do jamy otrzewnowej wpuszczany jest płyn dializacyjny, który opłukuje ją i oczyszcza. Płyn z toksynami jest wypuszczany na zewnątrz organizmu przez ten sam cewnik. Są dwie metody dializy otrzewnowej – ręczna i automatyczna.

Czym one się różnią?

Sposób ręczny jest najprostszą metodą dializy otrzewnowej. Chory przez wspomniany cewnik samodzielnie wpuszcza do jamy otrzewnowej roztwór dializacyjny, a następnie go wypuszcza. Zabieg powtarza cztery razy w ciągu dnia, a każdy proces trwa ok. 30 minut. To jest tylko pół godziny, a pacjent czas wymian płynu może dostosować do swoich obowiązków domowych i zawodowych.

Wygodniejszym sposobem jest domowa dializa automatyczna. Pacjent podłącza się wieczorem do urządzenia zwanego cyklerem, którego nazwa pochodzi od cyklicznych wpustów i wypustów płynu i który odpowiednio zaprogramowany wpuszcza i wypuszcza do i z jamy otrzewnowej płyn dializacyjny. Cały proces wymiany płynu odbywa się w nocy, podczas snu chorego – dializuje maszyna, pacjent tylko ją podłącza wieczorem i odłącza rano. Dzięki temu może w ciągu dnia normalnie funkcjonować, prowadzić życie rodzinne, zawodowe i towarzyskie. Codzienny rytm dializowania jest bardziej fizjologiczny od trzech sesji w ciągu tygodnia, jak to się dzieje w hemodializoterapii.

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE

Jest jeszcze jedna forma dializy automatycznej, tzw. monitorowana dializa automatyczna, wykonywana również przy użyciu cyklera. Do urządzenia podłącza się wówczas przystawkę z modemem zbierającym z cyklera informacje o przebiegu dializy, które są przesyłane drogą telefonii komórkowej oraz przez internet do ośrodka medycznego. Dzięki temu po każdym zabiegu dializy przeprowadzanej w domu możemy ocenić w klinice, czy pacjent dializował się zgodnie z programem, i wychwycić bardzo szybko wszelkie nieprawidłowości.

Czy automatyczna dializa otrzewnowa jest formą preferowaną przez chorych?

Pacjenci lubią zdalny nadzór, ponieważ czują się bezpiecznie. Lekarz, widząc na przykład, że ultrafiltracja jest za słaba albo że jest problem z wpływem lub wypływem płynu, czego pacjent nawet nie zauważy podczas snu, może szybko i zdalnie zareagować – przeprogramować cykler online. Dzięki temu pacjent nie musi przyjeżdżać do ośrodka odległego na przykład o 100 km od jego miejsca zamieszkania, nie musi w ogóle sobie tym głowy zaprzątać. To my informujemy go telefonicznie, że został zmieniony program dializy.

Pandemia pokazała, że jest to nie tylko wygodna, ale też bezpieczna dla pacjentów forma leczenia. Wśród pacjentów dializowanych otrzewnowo było bardzo niewiele osób zakażonych COVID-19 w porównaniu z chorymi hemodializowanymi. W populacji hemodializowanych śmiertelność podczas pandemii była 20-krotnie wyższa niż w populacji ogólnej.

Czy dializa otrzewnowa jest popularną metodą leczenia?

Na świecie tak, ale nie w Polsce. Niestety tylko 4 proc. naszych pacjentów jest dializowanych otrzewnowo, podczas gdy w innych krajach europejskich tę metodę stosuje się u 20 proc. lub jeszcze większej grupy pacjentów. Forma dializy otrzewnowej powinna być propagowana i rozpowszechniana jako bardziej fizjologiczna, wygodniejsza i bezpieczniejsza dla pacjenta, chroni go bowiem przed zbędnym kontaktem z innymi chorymi oraz nie wyklucza z jego ról społecznych i planów. Korzystają z niej także pacjenci starsi, którzy bez konieczności przyjazdu do stacji dializ za dnia mogą mieć kontakt z bliskimi, opiekować się wnukami. Młodsi pacjenci dzięki tej formie leczenia uczą się, pracują, podróżują, nie muszą zajmować się tylko chorobą. Zaletą dializy otrzewnowej jest także to, że jest bardziej przyjazna środowisku. Generuje ona znacznie mniejsze ilości odpadów, zużywa mniej wody i pozostawia znacznie mniejszy ślad węglowy.

Czy dializa otrzewnowa wymaga specjalnych umiejętności?

Pacjenci dializowani w domu przechodzą specjalne szkolenie z zakresu korzystania z urządzenia. Ale wiek nie jest ograniczeniem, gdyż cykler może obsługiwać ktoś ze współdomowników. Jest to dobra technika dializowania również dla osób mniej sprawnych, z demencją, niedowidzących, pod warunkiem że mają opiekuna, który może obsługiwać cykler lub robić wymiany ręczne. Pacjenci nie muszą być wtedy wożeni na kilkugodzinne dializy do szpitala. Idealnym rozwiązaniem w takich przypadkach byłby program asystowanej dializy otrzewnowej, który funkcjonuje w wielu krajach Europy Zachodniej, np. w Skandynawii oraz w Czechach, polegający na wspomaganiu pacjenta w przeprowadzaniu dializy domowej przez przeszkolone osoby, np. pielęgniarki środowiskowe lub opiekunów niebędących rodziną.

Pacjenci, którzy sami dializują się otrzewnowo, są jednak zazwyczaj bardziej samodzielni, dobrze współpracują z personelem Ambulatorium Dializy Otrzewnowej. Znacznie częściej też to oni są beneficjentami przeszczepienia nerki m.in. z tego względu, że sprawnie i skrupulatnie wykonują wszelkie badania kontrolne. Są to pacjenci aktywnie uczestniczący w leczeniu. Chorzy dializowani domowo z wykorzystaniem cyklera, monitorowani zdalnie, są bardzo dobrze prowadzeni, bo ośrodki, które śledzą działanie urządzenia online, pracują przez 24 godziny na dobę. W razie jakiegokolwiek problemu albo wątpliwości pacjenci mogą w każdej chwili skontaktować się z lekarzem dyżurnym lub pielęgniarką i uzyskać pomoc.

Firma, udostępniając sprzęt do dializ, ma podpisaną umowę ze szpitalem, a proces terapii jest całościowo refundowany przez NFZ, więc dla pacjenta jest to całkowicie bezkosztowe. Warto propagować tę wygodną, bezpieczną, tańszą i przyjazną dla środowiska formę leczenia nerkozastępczego zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **AGNIESZKA FEDORCZYK**

Przewlekła choroba nerek

jest trzecim po nadciśnieniu tętniczym i cukrzycy najczęstszym przewlekłym schorzeniem w Polsce. Dotyczy blisko 5 mln pacjentów, choruje co czwarty mężczyzna i co piąta kobieta, jednak dziewięć na dziesięć osób nie jest świadomych choroby. Choroby nerek są w Polsce wykrywane późno, ponieważ zbyt rzadko kontrolujemy funkcje tego narządu w ramach badań okresowych lub choćby w ramach programu 40 plus. Dlatego odsetek pacjentów, którzy zaraz po zdiagnozowaniu PChN wymagają leczenia nerkozastępczego, jest duży. Obecnie przewlekle dializowanych w naszym kraju jest ok. 20 tys. chorych.

Prof. dr hab. n. med. Beata Naumnik

– kierownik I Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, konsultant wojewódzka w dziedzinie neurologii.

Zamieniajmy pacjentom szpital na dom – VBHC w leczeniu nerkozastępczym

O odchodzeniu od leczenia szpitalnego do domowego w nefrologii mówi **PROF. DR HAB. N. MED. MARIUSZ KUSZTAL** z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, kierownik stacji dializ w Szpitalu św. Łukasza w Bolesławcu

Świat, w tym kraje bogatsze od Polski, dążą do dehospitalizacji, czyli redukcji pobytów szpitalnych na rzecz dobrze zaplanowanych jednodniowych pobytów diagnostyczno-terapeutycznych czy wprowadzania nadzorowanych terapii domowych. Niestety, my wciąż najchętniej leczymy w szpitalu. Należy dążyć do zmiany. Ten trend idealnie wpisuje się w opiekę zdrowotną opartą na wartości (ang. Value Based Healthcare, VBHC), w której poza aspektem kosztowo-efektywnym, ważnym dla płatnika, także pacjent zauważa korzyści, np. zmniejszenie liczby uciążliwych dojazdów, możliwość zarobkowania, obniżenie stresu związanego z pobytem w obcym miejscu czy ułatwienie dla osób z pogorszeniem sprawności, co jest szczególnie istotne dla osób starszych.

PACJENCI DIALIZOTERAPII

Najczęstszymi pacjentami w szpitalach, a także później w poradniach, są osoby starsze, powyżej 70 roku życia, z kombinacją różnych schorzeń. Drugą grupę pacjentów stanowią ludzie młodsi, w przedziale 40-65 lat, z chorobą nerek spowodowaną cukrzycą, ciężkim nadciśnieniem, torbielowatością nerek lub kłębuszkowymi zapaleniami nerek. Wszyscy oni wymagają w którymś momencie leczenia nerkozastępczego.

WYBÓR METODY LECZENIA

Leczenie takiego pacjenta powinno być planowane. Konieczna jest opieka kooordynowana. Trzeba w nią na początku zainwestować, określić plan dalszego życia pacjenta, możliwe do uzyskania cele terapeutyczne.

Rozważmy przykład typowego pacjenta z przewlekłą niewydolnością nerek. Wiadomo, że z roku na rok dysfunkcja nerek będzie u niego postępować. Należy się zastanowić, jaką metodę leczenia należy wybrać w kontekście oczekiwań pacjenta i ograniczeń środowiska domowego. Pacjent przy udziale rodziny powinien mieć wybór metody leczenia, o ile lekarz przekaże informację na ich temat. Jedną z dostępnych metod terapii jest przeszczepienie nerek – bardzo dobry sposób leczenia, jeśli tylko nie ma przeciwskazań do jego wykonania.

Dializa otrzewnowa jest natomiast jedyną metodą dializoterapii możliwą w Polsce do prowadzenia w domu, która mniej ingeruje w fizjologię człowieka niż hemodializa. Ta ostatnia jest metodą najbardziej dostępną i rozwiniętą w Polsce, przeprowadzaną w stacji dializ. Trwa ok. czterech godzin, a zabiegi należy powtarzać co 2-3 dni. Hemodializa jest bardziej kosztowna dla systemu opieki zdrowotnej (utrzymanie infrastruktury, sztuczne nerki, system uzdatniania wody i odwróconej osmozy, personel techniczny, pielęgniarski i lekarski), ale też bardziej obciąża pacjenta z powodu konieczności ciągłych dowożeń czy większego ryzyka zakażeń. Przypomnę, że podczas pandemii wśród osób dializowanych otrzewnowo (domowo) było najmniej zgonów z powodu COVID-19. Przy założeniu, że około 50 proc. kwalifikowanych do leczenia nerkozastępczego mogłaby mieć realny wybór: hemodializa

Regulacje w Finlandii i Norwegii nakazują zwiększenie liczby pacjentów dializowanych w domu do 30 proc.; u nas dializoterapia domowa dotyczy 4 proc. pacjentów.

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE

czy dializa otrzewnowa, w nurcie VBHC lepiej wypada dializa otrzewnowa.

Niestety, rzeczywistość jest taka, że w wielu miejscach w naszym kraju lekarze nie mówią o wszystkich dostępnych opcjach leczenia. Większość skupia się na tym, co mają na miejscu – hemodializoterapii, i niechętnie odsyła do ośrodka oferującego dializę otrzewnową. Co ciekawe, w opublikowanych badaniach ankietowych pacjenci częściej zaznaczali dializę otrzewnowa jako tę, którą by wybrali w razie konieczności.

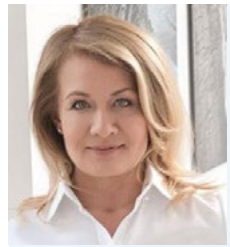
ASYSTA PILNIE POTRZEBNA

Podam przykład: starsza pacjentka z niewydolnością serca i nerek mieszka z zapracowanym synem i z powodu dekompensacji niewydolności serca cztery razy w roku trafia do szpitala, spędzając tam w sumie 45 dni. Podjęta jest decyzja o dializie otrzewnowej, którą poza leczeniem niewydolności nerek pozwala kontrolować niewydolność serca. W kolejnym roku co sześć tygodni stawia się na wizyty kontrolne, dializy otrzewnowe pomaga wykonywać w domu syn. Pacjentka tylko raz trafia do szpitala z powodu powikłania dializy otrzewnowej. Syn odmawia dalszej pomocy przy dializach. Ponieważ przejście na hemodializę w niewydolności serca jest kontrowersyjne, najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie nowego przeszkolonego w dializach asystenta (opiekuna), opłacanego przez płatnika w celu kontynuacji sprawdzonej terapii. Tak jest w większości krajów europejskich np. Francji, ale wciąż nie w Polsce.

Z powodu niedostatku asystowanej dializy otrzewnowej ta forma dializy jest w zbyt niskim odsetku proponowana chorym kwalifikowanym do terapii nerkozastępczej. Chyba już czas na bardziej formalne, standaryzowane wizyty, na których zapada decyzja o wyborze metody dializoterapii. Zwrócę uwagę, że regulacje w Finlandii i Norwegii nakazują zwiększenie liczby pacjentów dializowanych w domu do 30 proc., a u nas dializoterapia domowa dotyczy zaledwie 4 proc. pacjentów. Warto, żebyśmy brali przykład z krajów, gdzie występują podobne problemy jak w naszym systemie opieki (np. niedobór pielęgniarek dializacyjnych) i w których, wartość (dobro) wskazana przez pacjenta jest priorytetem.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Notowała: AGNIESZKA FEDORCZYK



Uwaga na rozrzutność w ochronie zdrowia

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, ekspert w dziedzinie farmakoekonomiki, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

Polski system ochrony zdrowia stoi przed wyzwaniami podyktowanymi przede wszystkim tempem starzenia się społeczeństwa i w związku z tym wzrostem liczby osób, które ze względu na wiek są bardziej narażone na ryzyko wielochorobowości. Wyzwania to niełatwe, biorąc pod uwagę fakt, że system ten boryka się z deficytami zarówno kadrowymi, jak i zasobów organizacyjnych oraz finansowych. Od lat znajdujemy się w czołówce tych państw, których wydatki na zdrowie oraz dostęp do lekarzy i pielęgniarek należą do najniższych w Europie. W konsekwencji kompetencje zdrowotne polskiego społeczeństwa są niskie. Jesteśmy zatem zmuszeni poszukiwać rozwiązań, które pozwolą nam zmniejszyć ryzyko rozwoju chorób cywilizacyjnych poprzez upowszechnienie profilaktyki. Istotną kwestią pozwalającą na redukcję kosztów chorób jest wczesna diagnostyka i włączanie procesu leczenia już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Dzisiaj polski system ochrony zdrowia należy do najbardziej rozrzutnych w Europie, mimo bardzo ograniczonych zasobów mamy wyjątkowo wysoki procent wydatków na opiekę zdrowotną udzielaną w formie hospitalizacji, których moglibyśmy uniknąć. Tymczasem większość problemów zdrowotnych może być zabezpieczona bez naruszenia bezpieczeństwa pacjenta, bez uszczerbku dla optymalnego leczenia w systemie pozaszpitalnym. Pacjenci mogą być leczeni w strukturze szpitala, ale nie na oddziale i łóżku szpitalnym, tylko w poradni przyszpitalnej przy wykorzystaniu formuły wizyty specjalistycznej bądź też procedury jednodniowej.

Nie jest tajemnicą, że bardzo często pacjenci są hospitalizowani nie ze względu na wskazania medyczne, nie dlatego że wymaga tego ich stan zdrowia. Udzielający świadczeń rachują, że jeżeli położą pacjenta do szpitala, to ich przychody z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) będą wyższe, bardziej optymalne w stosunku do ponoszonych kosztów. Jest to postępowanie racjonalne z punktu widzenia placówki, ale nie systemu i często samego pacjenta. Biorąc pod uwagę pełną analizę ekonomiczną, musimy patrzeć na takie decyzje zarówno przez pryzmat kosztów ponoszonych przez płatnika publicznego (NFZ), świadczeniodawcę, jak i pacjenta oraz systemu ubezpieczenia społecznego.

Każda procedura realizowana w trybie hospitalizacji kosztuje znacząco więcej niż alternatywny sposób postępowania realizowany ambulatoryjnie lub w trybie jednodniowym, szczególnie wówczas gdy nie ma uzasadnienia dla tego, by pacjenta kłaść na szpitalne łóżko. Przykładem są świadczenia w nefrologii (np. dializoterapia) czy opieka nad pacjentami wymagającymi leczenia w programach lekowych, które mogą być realizowane także w leczeniu domowym, chociażby przy udziale przeszkolonej pielęgniarki.

Dlaczego tak się nie dzieje? To wynik archaicznych mechanizmów finansowania systemu usług zdrowotnych i braku zaufania do świadczeniodawców. Jest to przestarzały sposób płacenia za świadczenia (fee for service), a nie plan opieki nad pacjentem powiązany z efektami (pay for performance, pay for value), tak jak ma to miejsce w krajach, gdzie postawiono na wzrost wartości zdrowotnej. Gdybyśmy wyceniali plan opieki nad chorym dotkniętym danym schorzeniem w oparciu o zdefiniowany standard diagnostyki i leczenia, to dla płatnika powinno być całkowicie obojętne, czy świadczeniodawca zrealizuje to w trybie ambulatoryjnym, czy szpitalnym. W systemie dążącym do równowagi liczy się efekt w relacji do kosztu, a nie tryb udzielania świadczenia bez względu na koszt, stąd znacznie mniejsza promocja lecznictwa stacjonarnego, a większy fokus na opiekę otwartą i domową.

Notowała: AGNIESZKA FEDORCZYK

Coraz lepiej leczymy choroby siatkówki

Rozmowa **Z PROF. MARKIEM RĘKASEM**, krajowym konsultantem w dziedzinie okulistyki

Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD) w krajach rozwiniętych jest pierwszą przyczyną utraty wzroku. W Polsce na AMD choruje ok. 1,5 mln osób, a na postać wysiękową AMD (nAMD) ok. 140 tys. Osoby z podejrzeniem nAMD powinny jak najszybciej trafić pod opiekę ośrodka zajmującego się leczeniem chorób siatkówki, pogorszenie stanu widzenia bez podjęcia odpowiedniego leczenia następuje szybko. Z kolei DME (cukrzycowy obrzęk plamki) jest powikłaniem cukrzycy. W Polsce bardzo dużo zmieniło się, jeśli chodzi o leczenie chorób siatkówki w ostatnich latach?

Mamy dziś połączony program B.70 leczenia AMD i DME: Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki. To największy program lekowy w Polsce, leczonych pacjentów z nAMD jest ponad 40 tys., a DME – ok. 9 tys., i pacjentów przybywa. Z niedawno przygotowanego przez nas raportu porównującego systemy opieki zdrowotnej Polski, Czech, Słowacji, Węgier, Litwy wynika, że okulistyka w Polsce może dla tych krajów świecić przykładem. Na pewno możemy pochwalić się programem leczenia AMD i DME: wszystkie leki są u nas bezpłatne, mamy też już opracowane i funkcjonujące wskaźniki jakości.

Problemem jednak jest wciąż późne diagnozowanie. Choroby siatkówki postępują szybko i często niezauważalnie, ponieważ zdrowe oko przejmuje funkcję chorego. Co można zrobić, by te choroby diagnozować na jak najwcześniejszym etapie?

W przypadku AMD najważniejsze jest to, żeby poprawiać świadomość pacjentów, żeby się badali, zwracali uwagę na to, czy dobrze widzą. AMD dość szybko manifestuje się w postaci pogorszenia widzenia, krzywienia się linii – to powinno być zauważane przez samych pacjentów. Jednak każda osoba po 40. roku życia powinna zbadać się okulistycznie. Dzięki badaniu można wcześnie wykryć objawy AMD czy np. jaskry, która również rozwija się w ukryciu. Konieczna jest też edukacja lekarzy innych specjalności, zwłaszcza lekarzy POZ, by wykonywali u pacjentów prosty test – test Amslera: można dzięki temu wychwycić każdą chorobę plamki i zalecić wizytę u okulisty. Bardzo ważne jest, żeby w przypadku pogorszenia widzenia jak najszybciej zgłosić się do okulisty. W przypadku AMD dzięki leczeniu nowoczesnymi lekami możemy zachować taką ostrość wzroku, jaką mamy w momencie rozpoznania.

Inną chorobą jest DME. Chorują zwykle młodsi pacjenci niż w przypadku AMD. DME długo nie daje objawów, a pacjenci nie bardzo wierzą, że cukrzyca może w ich przypadku dawać powikłania – dlatego są mniej systematyczni, jeśli chodzi o wizyty u lekarza. Ten problem jest nie tylko w Polsce, np. w USA są dopłaty dla pacjentów z cukrzycą, by przyszli do okulisty; ale i tak część z nich systematycznie tego nie robi.

W przypadku DME trudniej chorobę wykryć?

Problem polega na tym, że DME dotyka 10-14 proc. pacjentów z cukrzycą. Lekarz POZ nie jest w stanie rozpoznać problemu – choć gdyby używany był częściej test Amslera, to na pewno byłoby to prostsze. Wytyczne mówią, że pacjent z cukrzycą powinien być badany okulistycznie mniej więcej co rok. Nie jest jednak możliwe, by 3,5 mln pacjentów było co roku badanych przez okulistów. Są pewne rozwiązania teleinformatyczne – jak projekt Okobus, za pomocą którego przesyła się do okulisty zdjęcia dna oka. Takie badania mogliby wykonywać też optometryści lub lekarze POZ, jeśli mieliby odpowiednie narzędzia. Pamiętajmy, że 1 na 10 pacjentów z cukrzycą będzie miał DME, jednak 9 na 10 pacjentów nie zachoruje, dlatego w ich przypadku wizyty co roku u okulisty nie mają sensu. Trzeba znaleźć takie rozwiązania, które powodują, że nie wszyscy pacjenci będą odwiedzać okulistę.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

Pojawił się niedawno projekt rozporządzenia dotyczący wprowadzenia do systemu optometrystów.

Byłem orędownikiem tego, by optometryści weszli do systemu, zajmując się profilaktyką, doborem okularów, diagnostyką, by okuliści mogli zajmować się leczeniem chorych pacjentów. W okulistyce mamy obecnie okulistów, optometrystów i ortoptystów. Trzeba umiejętnie rozdzielić te zawody, by była między nimi współpraca.

Optometryści mogliby uczestniczyć w badaniach profilaktycznych, przesiewowych dotyczących AMD i DME?

Oczywiście, ponieważ podczas badania oceniają ostrość wzroku. Ich zadaniem jest odróżnienie od fizjologii patologicznych zmian, by skierować pacjenta do okulisty. Szkolimy też lekarzy POZ – bardzo ważne byłoby, gdyby w poczekalni u lekarza POZ był dostępny test Amslera, by pacjent, czekając na wizytę, sprawdził wzrok. Oczywiście może to też zaproponować lekarz. Bardzo efektywne jest też np. przebadanie całych regionów czy województw za pomocą narzędzi telemedycznych. Jest wiele sposobów, by poprawić diagnostykę.

Problemem jest jednak to, że pacjent wciąż czeka w kolejce do okulisty. Czy zniesienie skierowań poprawiłoby sytuację?

Na pewno tak, tylko wcześniej musimy wprowadzić do systemu optometrystów, a także wydzielić poradnię przyszpitalną z AOS. Gdyby dziś nie było skierowań do okulisty, wielu pacjentów wybierałoby poradnię przyszpitalną, a w niej powinni być leczeni głównie pacjenci oczekujący na pogłębioną diagnostykę, leczenie operacyjne. Nie powinno być natomiast skierowań do optometrysty, a później także do okulisty w AOS.

Czy jednym z powodów tego, że pacjenci zwlekają z wizytami u lekarzy, jest obawa przed iniekcjami doszklistkowymi?

W przypadku choroby leczenie jest konieczne. Medycyna idzie w kierunku minimalizowania liczby zastrzyków, pojawiają się leki, które działają coraz dłużej. Mamy już bardzo dobre leki długo działające. Oczywiście, dla pacjenta zastrzyk do oka jest czymś innym niż np. w pośladek, jednak w wielu krajach iniekcje doszklistkowe wykonują pielęgniarki, a nie lekarze okuliści chirurdzy. To musi się stać codziennością, takie jest leczenie tych chorób. Dla mnie jako chirurga zastrzyk do oka nie różni się od zastrzyku w pośladek: to moja codzienność. Pamiętajmy jednak, jak duży dokonał się postęp: gdy zaczynałem pracę okulisty, w ogóle nie leczyło się AMD, nie było leków. Pacjenci w ciągu trzech miesięcy tracili widzenie. Dziś są osoby leczone przez wiele lat i wciąż dobrze widzą. Ceną są tylko wizyty w celu wykonania zastrzyków – obecnie coraz rzadsze.

Gdy zaczynałem pracę okulisty, pacjenci z AMD w ciągu trzech miesięcy tracili widzenie. Dziś są osoby leczone przez wiele lat. Wciąż dobrze widzą; „ceną" są tylko wizyty w celu wykonania zastrzyków – obecnie coraz rzadsze.

Jak ocenia Pan obecne funkcjonowanie programu leczenia chorób siatkówki?

Jak wspominałem, działa on bardzo dobrze, coraz lepiej. Niedawno do programu wszedł nowy lek długo działający, pozwalający na wydłużenie okresu między podawaniem iniekcji: faricimab; zapewne będą pojawiać się kolejne leki długo działające. Chciałbym też, by program został rozszerzony o leczenie zakrzepu żyły środkowej siatkówki. Zbyt często w Polsce dochodzi do sytuacji, kiedy pacjenci są słabo leczeni, rozwija się jaskra neowaskularna. Choroba rozwija się bardzo szybko: po ok. 100 dniach od zakrzepu. Leczenie może zapobiec rozwojowi jaskry krwotocznej, która czasem kończy się nawet usunięciem oka. Będę chciał, by Ministerstwo Zdrowia włączyło do programu B.70 również leczenie zakrzepu żyły środkowej siatkówki, bo stosuje się te same leki, co w przypadku AMD i DME, czyli anty VEGF i steroidy.

Często podkreśla Pan, że bardzo ważne jest wprowadzanie wskaźników jakościowych do oceny tego, jak ośrodki realizują program.

Bardzo się cieszę, że jest ustawa o jakości, wskaźniki jakości w AMD były wprowadzone z mojej inicjatywy, a wolałbym, żeby były one usankcjonowane w systemie, by można było zbierać dane, co potrwa kilka lat, zanim zaczniemy oceniać ośrodki i różnicować finansowanie w zależności od osiąganych wskaźników. Elementy jakości są korzystne zarówno dla lekarzy, bo eliminują zaskarżanie przez pacjenta do sądu zwykłego powikłania. Są też potrzebne dla pacjentów, którzy będą wiedzieć, w którym ośrodku będą dobrze leczeni. Oczywiście, za tym musi pójść lepsze finansowanie ośrodków, które lepiej leczą. A te gorsze albo poprawią swoje funkcjonowanie, albo przestaną istnieć.

Ważna rzecz, którą trzeba podkreślić: leczenie w ramach programu w całości finansuje NFZ. Choć jest ono kosztowne, to uważam, że warto te pieniądze wydać. Dzięki temu wiele osób nie utraci wzroku.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Prof. dr hab. n. med. płk Marek Rękas

– konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki, kierownik Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego, zastępca dyrektora ds. naukowych.

Za dwa-trzy lata wyniki leczenia nowotworów w Polsce mogą się zmienić

Rozmowa z **PROF. PIOTREM RUTKOWSKIM**, przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Panie Profesorze, jak ocenia Pan dziś sytuację w polskiej onkologii?

Myślę, że wiele zmienia się na plus. Przyspieszyła realizacja Narodowej Strategii Onkologicznej, co jest dobrą wiadomością. Jeśli chodzi o Krajową Sieć Onkologiczną (KSO), to mamy rok na wprowadzenie rozwiązań, których do tej pory nie udało się wprowadzić, a są konieczne dla wdrożenia w całym kraju KSO. Niezbędne do tego jest wprowadzenie karty e-DILO, możliwości łatwego mierzenia wskaźników/mierników. Pozytywną rzeczą jest to, że już niedługo powinien ruszyć Narodowy Portal Onkologiczny – już około połowy roku.

Pozytywne jest też to, że w ramach Krajowego Ośrodka Monitorującego otrzymaliśmy w końcu fundusze na realizację adaptowania amerykańskich wytycznych NCCN. Do tej pory robiliśmy to, właściwie nie mając funduszy. Wydaje się, że w tym roku będziemy mieli zakończoną większość polskich wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych.

Bardzo ważne jest to, że przeszła już przez AOTMiT ocena testów HPV DNA. Teraz już tylko czekamy na ich wdrożenie jako badanie przesiewowe: wejście w życie jest zapowiadane na drugą połowę 2024 r. Mam nadzieję, że tak się stanie. Przyspieszyła też kampania dotycząca szczepień przeciw HPV, sądzę, że przełoży się to na większą liczbę szczepień. Są propozycje ministerstwa, by można było szczepić się przeciw HPV także w aptekach – to byłoby bardzo dobre rozwiązanie, jeśli pojawiłaby się taka możliwość.

Pracujemy też z Centrum e-Zdrowia, by aktywizować Internetowe Konto Pacjenta. Tak wiec myślę, że w tym roku sporo się zmieni; widać zielone światło. Bardzo zależałoby nam, żeby na Internetowym Koncie Pacjenta pojawiała się informacja, jakie badanie przesiewowe powinniśmy wykonać i gdzie możemy je wykonać. Przykładowo, żeby kobieta dostawała informację, że ostatni raz wykonała mammografię ponad 2 lata temu. Takie proaktywne rozwiązanie byłoby bardzo przydatne. Myślę, że nie jest to trudne do zrobienia: tak wynika z rozmów z Panią Minister.

Muszę powiedzieć, że czuje się nowy duch; jestem optymistą, że zmiany uda się wprowadzić. Narodowa Strategia Onkologiczna to wieloletni plan – trzeba go zrealizować.

Muszę powiedzieć, że czuje się nowy duch – zobaczymy, jak to będzie wyglądać, na razie jednak jestem optymistą. Narodowa Strategia Onkologiczna to wieloletni plan – trzeba go zrealizować.

Odłożenie wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej o rok – to było konieczne?

Ze względu na fakt, że nie mieliśmy dostępnych wszystkich narzędzi, szczególnie informatycznych – to sądzę, że niestety, to przesunięcie było niezbędne. Konieczna jest karta e-DILO, system do ściągania wskaźników, by nie obarczać tym lekarzy, system teleinformatyczny, który jest przygotowany, ale nie był jeszcze wdrożony. Dzięki niemu łatwiej będzie się porozumiewać się z ośrodkami

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

niższego rzędu. Wiem, że niedługo mają być opublikowane kryteria poziomu referencyjności – dla ośrodków SOLO 1, 2, 3. Dzięki temu ośrodki będą w stanie dopasować się do kryteriów. Z tego, co wiem, prace trwają.

Cały czas wyniki leczenia nowotworów w Polsce są gorsze niż w krajach zachodnich. Czy te wszystkie działania spowodują, że uda się osiągnąć najważniejszy cel, czyli zmianę statystyk i lepsze wyniki leczenia?

Oczywiście, że tak. Cieszę się też, że będzie położony większy nacisk na edukację prozdrowotną w szkołach. Myślę, że te niekorzystne statystyki mają szansę zmienić się w ciągu 2-3 lat. Dziś mamy naprawdę bardzo złe wskaźniki korzystania z profilaktyki – to jest niewytłumaczalne.

Powoli to jednak się zmienia. W profilaktykę coraz częściej angażują się lekarze rodzinni, szczególnie w ramach opieki skoordynowanej w POZ. 1/3 przychodni POZ jest już w koordynowanej opiece, tam jest szczególny nacisk na profilaktykę. Również lekarze medycyny pracy mogą bardziej włączać się w profilaktykę.

Na koniec 2025 r., a realnie na początku 2026 r. powinniśmy mieć pierwszą ocenę funkcjonowania Narodowej Strategii Onkologicznej. Dlatego wszystkie prace trzeba przyspieszyć.

A jak ocenia Pan dostęp do diagnostyki i najnowszych technologii lekowych?

Widać, że poprawia się dostępność do najnowszych technologii lekowych: lista refundacyjna za każdym razem wprowadza nowe technologie – na liście kwietniowej też pojawił się m.in. nowy lek w czerniaku.

Jest też coraz lepsza możliwość wykonywania badań diagnostycznych, genetycznych; jest już pozytywna opinia AOTMiT. Najważniejsze jest jednak, że w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej powinny to być certyfikowane ośrodki patomorfologiczne. Na razie jest jeszcze kolejka do certyfikacji – to pewien problem. Jakość wyniku patomorfologicznego w ośrodkach certyfikowanych, skorelowanego od razu z wynikiem molekularnym, jest znacznie lepsza.

Ważne, żeby te badania były wykonywane równocześnie?

Tak, jednak bez krajowej sieci to nie będzie możliwe. Ponieważ jednak widzę, jak duże jest obecnie zaangażowanie Ministerstwa Zdrowia, to jestem optymistą.

Za 2-3 lata wyniki leczenia nowotworów mogą się zmienić?

Jestem przekonany, że tak się stanie. Mimo że zachorowalność na nowotwory cały czas rośnie, to za 2-3 lata statystyki przeżywalności mogą już być zupełnie inne.

Kluczem jest jednak profilaktyka i to, żeby wszyscy pacjenci brali udział w badaniach profilaktycznych?

40 proc. kobiet zgłasza się na mammografię, mniej niż 40 proc. korzysta z cytologii. 15 proc. naszych obywateli wykonuje kolonoskopię. To musi się zmienić.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
– przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków NIO, przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, przewodniczący Rady Agencji Badań Medycznych.

Niemożliwe staje się możliwe

Rozmowa z **ALEKSANDRĄ WILK**, dyrektorem Sekcji Raka Płuca Fundacji „To Się Leczy"

Dlaczego zaangażowała się Pani w pomoc pacjentom z rakiem płuca?

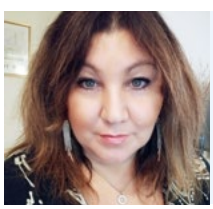
Osiem lat temu u mojego, wówczas 40-letniego męża, nigdy niepalącego, wykryto właśnie ten nowotwór. Czwarty stopień zaawansowania: przerzuty do opłucnej, do kręgosłupa, węzłów chłonnych śródpiersia, a później również do mózgu. Wtedy, w 2016 r. nie było zbyt wielu możliwości zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych – tylko chemioterapia i radioterapia. Zderzyliśmy się z tym, co spotyka na co dzień każdego pacjenta, który zachoruje na raka płuca. Zagubieni w systemie opieki zdrowotnej, zdezorientowani, bez dostępu do informacji, gdzie diagnozować i jakimi sposobami leczyć. Koordynowanie ścieżki leczenia mojego męża uświadomiło mi, że tę chorobę można leczyć i to na dodatek przewlekle. Pomimo bardzo niekorzystnych rokowań i informacji ze strony lekarza, który wprost powiedział, że zostało mężowi 3-6 miesięcy życia, udało się wydłużyć czas życia do 2,5 roku, dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii, wówczas możliwych tylko w ramach badań klinicznych.

Chciałam stworzyć miejsce, takie jak Sekcja Raka Płuca, które będzie służyło wiedzą, informacją i realnym wsparciem pacjentom z diagnozą raka płuca oraz wspierającym ich w tej chorobie bliskim osobom. Zdobywanie przeze mnie doświadczenia dotyczącego tej choroby trwało miesiącami i latami, i trwa nieustannie , ponieważ medycyna cały czas się rozwija i pojawiają się nowe opcje leczenia oraz nowe możliwości diagnostyczne, dlatego tak bardzo potrzebna jest pomoc chorym tu i teraz, gdyż w raku płuca zdecydowanie liczy się czas.

Pamiętajmy, że rak płuca dotyczy nie tylko osób palących papierosy. 10-15 proc. zachorowań może wynikać z predyspozycji genetycznych. Najmłodsi pacjenci, u których zdiagnozowano raka płuca i trafili pod skrzydła naszej Sekcji, mają... 24 lata.

Na wprowadzenie jakich rozwiązań czekają jeszcze pacjenci?

Pomimo wielu zmian nadal jest wiele do zrobienia. Ułatwienie i przyspieszenie ścieżki diagnostycznej, która trwa zdecydowanie zbyt długo pomimo karty DILO, a następnie szybkie przekierowanie do leczenia to największe wyzwanie. Rozwiązaniem tego problemu byłoby utworzenie w Polsce sieci ośrodków typu Lung Cancer Unit – placówek koordynowanej opieki nad chorymi z rakiem płuca. Obecnie lekarz wystawia skierowanie do patomorfologa, który odsyła zwrotnie wyniki do lekarza (pulmonologa lub torakochirurga), a ten wystawia kolejne skierowanie na diagnostykę genetyczną lub odsyła pacjenta do onkologa i dopiero on kieruje chorego na dalszą diagnostykę, przez co proces jest niepotrzebnie wydłużony. W skróceniu tego procesu mogłoby pomóc wystawienie jednego kaskadowego skierowania od lekarza zlecającego pogłębioną diagnostykę oraz pobranie zgód od pacjenta już na pierwszej wizycie na wykonanie wszystkich badań – najpierw badania patomorfologicznego, a następnie – w przypadku rozpoznania nowotworu i podtypu raka płuca – badań molekularnych. Diagnostyka molekularna jest dziś kluczowa w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjentów onkologicznych, szczególnie w raku płuca, który ma wiele rzadkich mutacji genetycznych. Zastosowanie innowacyjnych terapii w pierwszej linii leczenia u 70-80 proc. pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca, jak i pacjentów po operacji uzależnione jest, oprócz wykonania badań mutacji, od zbadania innych czynników predykcyjnych. Przez to tylko 40-50 proc. pacjentów z rakiem płuca jest leczonych, czego przyczyną jest zbyt długa ścieżka, a także niewystarczające finansowanie diagnostyki ekspresji białka



Aleksandra Wilk

– dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji „To Się Leczy", wolontariuszka działająca w obszarze nowotworów płuca. Od kilku lat aktywnie zdobywa i poszerza wiedzę poprzez udział w webinariach oraz konferencjach przeznaczonych dla lekarzy.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

PD-L1 – czynnika predykcyjnego niezbędnego do doboru terapii.

Wprowadzenie w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej możliwości diagnostyki bez hospitalizacji pacjenta, w tym także rozliczania biopsji płynnej również pozytywnie wpłynie na poprawę czasu diagnostyki. Czekamy na wprowadzenie odrębnego świadczenia gwarantowanego – kompleksowego profilowania genomowego wykonywanego metodą wysokoprzepustowego sekwencjonowania następnej generacji (NGS), pozytywnie zarekomendowanego przez Radę i Prezesa AOTMIT. Zastosowanie kompleksowego profilowania genomowego metodą CGP NGS pozwala poddać analizie nawet kilkaset genów jednocześnie, co zdecydowanie przyspiesza i uproszcza ścieżkę diagnostyczną, skraca całkowity czas oczekiwania na leczenie od momentu uzyskania diagnozy i pozwala na zastosowanie optymalnie dopasowanej terapii. Badanie to można wykonać nie tylko z materiału tkankowego, jak to było dotychczas, ale również stosując tzw. biopsję płynną (pobranie krwi). Dzięki tym badaniom wykrywamy coraz rzadsze mutacje u naszych pacjentów i liczymy na to, że na listach refundacyjnych pojawią się kolejne nowoczesne terapie celowane oraz terapie neoadjuwantowe, możliwe do zastosowania przed operacją chorego. Nie zapominajmy o profilaktyce, która jest podstawą do wczesnego wykrycia choroby, dlatego też liczymy na wprowadzenie świadczenia gwarantowanego badań profilaktycznych Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej.

Pojawiło się wiele nowoczesnych terapii. Możemy dziś powiedzieć, że rak płuca może być leczony jak choroba przewlekła?

Wiele się zmieniło, ostatnie kilka lat okazało się przełomowe zarówno pod kątem metod diagnostycznych, jak możliwości leczenia chorych na raka płuca w Polsce. Wprowadzenie zaawansowanego panelu badania mutacji metodą NGS, oznaczanie ekspresji białka PD-L1 pozwalają na zastosowanie części innowacyjnych terapii przynoszących niezwykłą korzyść terapeutyczną pacjentom. Aktualnie można leczyć przewlekle chorych nawet w zaawansowanym stadium nowotworu, stosując terapie celowane, immunoterapię czy immunochemioterapię. U osób nieoperacyjnych możemy zastosować leczenie radykalne z intencją wyleczenia (jednoczasowa radiochemioterapia z immunoterapią), jak również dzięki użyciu nowoczesnych metod adjuwantowych w leczeniu pooperacyjnym (leczenie celowane lub immunoterapia) można wydłużyć nawet o kilka lat czas wolny od progresji choroby. W zeszłym roku pacjenci dzięki pozytywnym decyzjom Ministerstwa Zdrowia uzyskali dostęp do refundowanych ok. 14 kolejnych nowoczesnych metod leczenia w programie lekowym B6, co zdecydowanie przybliża nas do europejskich standardów leczenia raka płuca. Niemożliwe staje się możliwe: zaczynamy wspólnie zmieniać w ochronie zdrowia rzeczywistość pacjentów chorych na raka płuca w Polsce.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

O badaniach molekularnych z reguły powinno się myśleć na samym początku

Prof. dr hab. n. med. PIOTR RUTKOWSKI, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

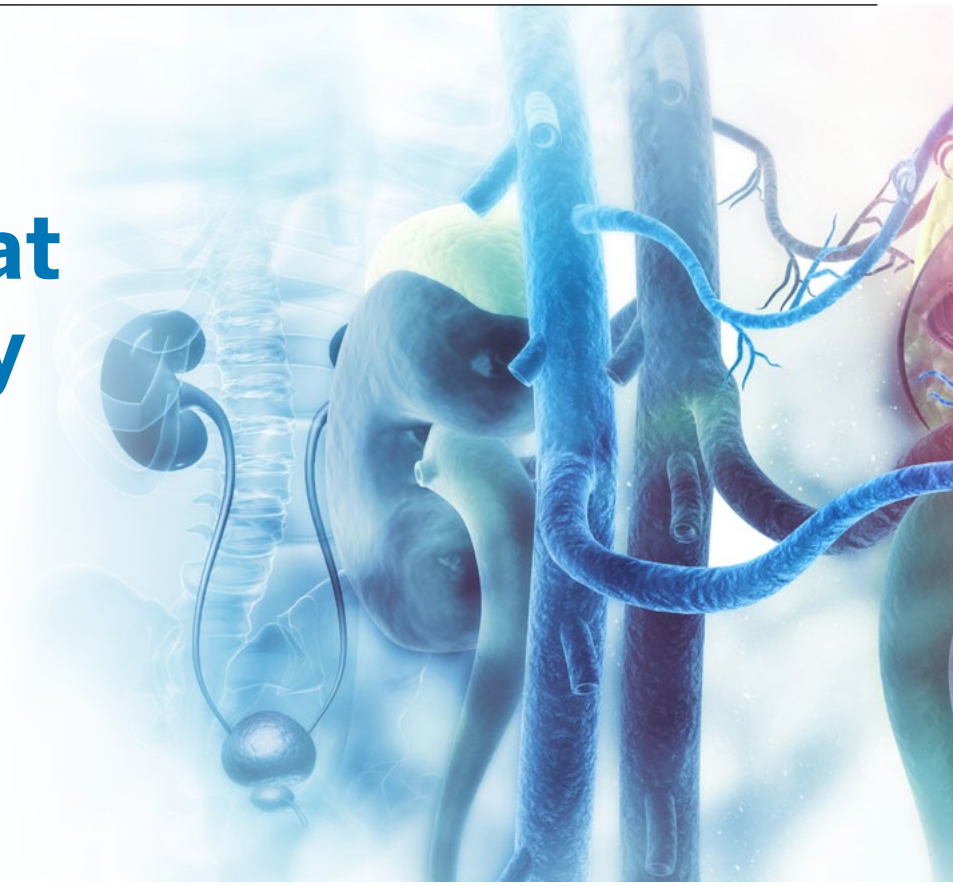
Polskie Towarzystwo Onkologiczne zabiega o rozszerzenie dostępności badań w wybranych wskazaniach. Aktualnie brakuje nam możliwości wykonania badań molekularnych w określonych sytuacjach klinicznych, m.in. w raku jajnika, w raku płuca – kiedy jest potrzebne oznaczenie wielu genów i w mniejszej objętości tkanki trudniej dostępnej, np. z tzw. płynnej biopsji, jak również w rzadkich nowotworach, chociażby w mięsakach.

To rozszerzenie badań molekularnych jest konieczne. Mamy dobrze w tej chwili finansowane i dobrze dostępne w dużych ośrodkach podstawowe badania molekularne. Polska w tym zakresie wcale nie wygląda źle na tle Europy. Problemem jest, że często te badania nie są, niestety, właściwie wykorzystywane, zlecane i stąd konieczność lepszego wdrażania systemu akredytowanej diagnostyki patomorfologicznej, bo ona wiąże od razu badania molekularne z badaniami patomorfologicznymi. Brakuje też niektórych rozwiązań administracyjnych, jak np. możliwości zlecania niektórych badań na poziomie ambulatoryjnym. Np. badanie w celu oceny zaburzeń BRCA powinno być zlecane na poziomie ambulatoryjnym – z krwi czy z tkanki – zależy, jaki to jest nowotwór. Niestety, tego nam brakuje. Nam zależy na tym, żeby diagnostyka była jak najszersza i – jeśli to możliwe – prowadzona niekoniecznie w trybie szpitalnym, żeby szerzej wykorzystywać tryb ambulatoryjny.

Badania molekularne stanowią podstawę diagnostyki, ale przede wszystkim podstawę doboru terapii. Dotyczy to już kilkudziesięciu nowotworów. Jako Polskie Towarzystwo Onkologiczne przygotowaliśmy przewodnik dla lekarzy, w jakich nowotworach jakie badania powinny być zlecone, w którym momencie i jak je rozliczyć (https://www.pto.med.pl/diagnostyka-molekularna-nowotworow-podejscie-praktyczne); obecnie pracujemy nad aplikacją na smartfony. Poza tym – myślę, że to się zaczyna sprawdzać, również dzięki temu, że rozmawiamy; że będzie konferencja „Wizjonerzy Zdrowia": badania molekularne coraz lepiej przebijają się do świadomości lekarzy jako coś naturalnego. To nie jest już nic niezwykłego, to element doboru diagnostyki terapii. Kiedyś o zrobieniu badań molekularnych myślało się na samym końcu. Teraz z reguły powinno myśleć się o tym na samym początku m.in. w raku piersi, raku płuca, raku jajnika, raku jelita grubego, raku gruczołu krokowego, czerniaku. W raku trzonu macicy badania molekularne – wykonane na wczesnym etapie – pozwalają określić, czy chora jest grupie wysokiego, czy niskiego ryzyka. One służą też ograniczaniu wskazań do niektórych terapii. Dzięki badaniom molekularnym wiemy więcej na temat biologii nowotworu i możemy lepiej personalizować leczenie chorego.

Rozmawiała ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Czekamy na schemat skojarzony



Rozmowa z **PROF. JAKUBEM KUCHARZEM** z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii

Rak nerki stanowi blisko 2 proc. rozpoznawanych nowotworów złośliwych. W Polsce notuje się około 5000 nowych przypadków rocznie; liczba zachorowań wzrasta każdego roku o 2-3 proc., a ten wzrost jest widoczny szczególnie u mężczyzn. Dlaczego mężczyźni chorują częściej?

Płeć jest niezależnym czynnikiem ryzyka zachorowania; mężczyźni chorują częściej. Czynnikami ryzyka jest są też m.in.: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, przyjmowanie niektórych leków przeciwbólowych, otyłość, nadciśnienie tętnicze. Są to jednak tylko czynniki ryzyka, zachorować może oczywiście także kobieta, która nie pali papierosów, nie pije alkoholu i jest szczupła. Na płeć nie mamy wpływu, warto jednak minimalizować modyfikowalne czynniki ryzyka, czyli np. palenie papierosów, picie alkoholu, otyłość, nadciśnienie tętnicze.

Warto też wspomnieć, że podłoże genetyczne w raku nerki to rzadkość: 97 proc. przypadków to zachorowania tzw. sporadyczne, czyli niezwiązane z obciążeniem genetycznym.

Nowotwór diagnozowany we wczesnym stadium to większa szansa na wyleczenie; co można zrobić, by raka nerki diagnozować wcześnie, kiedy nie ma jeszcze procesu zaawansowanego, z przerzutami?

Choroba przerzutowa jest wyjściowo rozpoznawana u 20-30 proc. pacjentów. U zdecydowanej większości w momencie rozpoznania nowotwór jest ograniczony do nerki. W ponad połowie przypadków jest rozpoznawany przypadkowo, w trakcie wykonywania badań obrazowych jamy brzusznej, najczęściej podczas USG. Na pewno warto od czasu do czasu wykonać takie badanie, szczególnie gdy pojawiają się niepokojące objawy ze strony jamy brzusznej, układu moczowego, a także wtedy, gdy lekarz POZ zaleci wykonanie USG jamy brzusznej.

Jak ocenia Pan obecne możliwości leczenia zaawansowanego raka nerki w Polsce? Jakie pozytywne zmiany zaszły w ostatnim czasie?

Od maja 2022 r. możliwości leczenia bardzo się poprawiły – od tego czasu dysponujemy nowym programem lekowym B.10. Umożliwia on w znakomitej większości realizację zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, które zostały przygotowane przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Polskie Towarzystwo Urologiczne. Program lekowy jest nowoczesny, w zaawansowanym raku nerki są dostępne trzy linie leczenia.

Od września 2023 r. dysponujemy również możliwością stosowania leczenia uzupełniającego – w przypadku raka nerki bez przerzutów lub choroby przerzutowej po radykalnym leczeniu miejscowym zmian przerzutowych. Brakuje nam jeszcze jednego elementu – skojarzenia immuno-

Skojarzenie leku antyangiogennego z immunokompetentnym daje najwyższy odsetek odpowiedzi obiektywnych; u największego odsetka pacjentów powoduje wyraźne zmniejszenie masy nowotworu.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, ELIZA KRAKÓWKA

terapii z inhibitorem wielokinazowym, czyli z lekiem antyangiogennym. Obecnie można stosować albo dwulekową immunoterapię, albo lek antyangiogenny. Brakuje nam możliwości stosowania u pacjentów połączenia leku antyangiogennego z immunoterapią.

Na czym polega przewaga leczenia skojarzonego, opartego na dwóch lekach o różnym mechanizmie działania? Jakie są korzyści kliniczne z takiego leczenia?

Tu nie tyle chodzi o przewagę takiego schematu leczenia, ile o możliwość personalizacji leczenia. Dla każdej grupy pacjentów będzie optymalna nieco inna opcja leczenia. Nie można powiedzieć, że skojarzenie leków opartych na dwóch różnych mechanizmach działania ma przewagę nad dwulekową immunoterapią. Powiedziałbym raczej, że jest to leczenie dla nieco innej populacji chorych.

Skojarzenie leku antyangiogennego z lekiem immunokompetentnym daje najwyższy odsetek odpowiedzi obiektywnych; u największego odsetka pacjentów powoduje wyraźne zmniejszenie masy nowotworu. Ta kombinacja leków zaczyna działać bardzo szybko. Immunoterapia dwulekowa często potrzebuje więcej czasu, by można było zobaczyć efekt leczenia. U pacjentów, którzy mają nasilone objawy choroby, większą masę guza, ogromne znaczenie ma czas; dlatego u nich chętniej zastosowalibyśmy właśnie skojarzenie leku immunokompetentnego z inhibitorem wielokinazowym. W przypadku takiej opcji wydaje się, że występuje pewien synergizm działania.

Taki schemat byłby dla części pacjentów bardziej korzystny?

Pojawienie się takiej możliwości leczenia skojarzonego byłoby kolejnym krokiem do dalszej indywidualizacji leczenia. U pacjentów, u których chcemy uzyskać szybko odpowiedź na leczenie, gdyż mają dużą masę guza, chętniej wybieramy dziś w monoterapii lek antyangiogenny; chcielibyśmy mieć jednak możliwość zastosowania leczenia dwulekowego, w skojarzeniu.

Efekt biologiczny działania immunoterapii pojawia się później niż efekt leku antyangiogennego; lek antyangiogenny potencjalnie wpływa na mikrośrodowisko guza i powoduje, że limfocyty mogą efektywniej działać na nowotwór. W pewien sposób lek antyangiogenny niejako „toruje" drogę układowi odpornościowemu.

Czy leczenie skojarzone może się wiązać z większymi działaniami niepożądanymi?

Niekoniecznie. Oczywiście, mogą się pojawić działania niepożądane zarówno leku antyangiogennego, jak i immunoterapii. Każda z tych form leczenia ma pewne charakterystyczne działania niepożądane, ale są też działania niepożądane wspólne dla obu grup. Może to być np. biegunka. Pojawia się wtedy dylemat, który lek spowodował biegunkę, gdyż inaczej leczy się biegunkę po lekach antyangiogennych, a inaczej po immunoterapii. Dlatego na pewno zastosowanie leczenia skojarzonego wymaga doświadczenia i wprawy w radzeniu sobie z terapiami łączonymi.

Jak wyglądają w tej mierze rekomendacje międzynarodowych towarzystw naukowych: Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, ESMO, NCCN, jak również Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej?

Skojarzenie leku antyangiogennego z immunoterapią znajduje się we wszystkich wytycznych międzynarodowych, jak również polskich wytycznych – Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiego Towarzystwa Urologicznego. W polskich wytycznych zastosowanie tego schematu jest ograniczone do grupy chorych o rokowaniu pośrednim i niekorzystnym; w wytycznych europejskich ESMO jest ono zalecane dla wszystkich grup pacjentów. W polskich wytycznych zdecydowaliśmy się na takie rozwiązanie, ponieważ nie wykazano do tej pory w żadnym badaniu, aby skojarzenie dwóch leków o innym mechanizmie działania u chorych o korzystnym rokowaniu dawało dłuższy czas całkowitego przeżycia niż zastosowanie tych leków pojedynczo, tj. sekwencyjnie (co oczywiście możemy już od dawna w Polsce robić). Wydaje się więc, że nie ma uzasadnienia, by chorych z grupy o korzystnym rokowaniu leczyć aż tak intensywnie, bo efekt jest taki sam, a jest ryzyko jednak większych skutków ubocznych.

Na pewno jednak w Polsce brakuje nam obecnie możliwości zastosowania u chorych o rokowaniu pośrednim i niekorzystnym leków o dwóch odmiennych mechanizmach działania. W zaleceniach międzynarodowych są trzy takie kombinacje. Na razie do żadnego z tych schematów nie ma w Polsce dostępu i bardzo na niego czekamy.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Dr hab. n. med. Jakub Kucharz

– specjalista onkologii klinicznej, pracuje w Oddziale Zachowawczym Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii. Członek zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Polskiej Grupy Raka Nerki; współautor zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach układu moczowo-płciowego PTOK i PTU.

Czekamy na optymalną drugą linię

Rozmowa z **PROF. DOMINIKIEM DYTFELDEM** z Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezesem Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego

Coraz więcej pojawia się nowych leków i schematów w leczeniu szpiczaka, każdy rok przynosi informacje o kolejnych przełomach, które są szansą dla pacjentów. Bardzo zmieniły się też możliwości leczenia szpiczaka w Polsce. Po styczniowej decyzji refundacyjnej rozszerzyły się znacznie możliwości leczenia w pierwszej linii. Czy w drugiej linii możliwości leczenia są również optymalne – w przypadku pacjentów z opornością na lenalidomid i bortezomib, stosowane już wcześniej?

To bardzo dobrze, że możemy obecnie stosować lenalidomid w pierwszej linii właściwie u wszystkich pacjentów. Możliwości leczenia szpiczaka w pierwszej linii są obecnie bardzo dobre – mamy dostępną dobrą terapię czterolekową dla chorych kwalifikujących się do transplantacji, później możemy zastosować lenalidomid w leczeniu podtrzymującym. U chorych niekwalifikowanych do transplantacji możemy stosować lenalidomid w bardzo dobrym połączeniu trójlekowym. Na dziś jest to bardzo dobre rozwiązanie w pierwszej linii.

Zdecydowana większość chorych w momencie progresji szpiczaka będzie jednak oporna na lenalidomid lub nie będzie mogła go stosować z powodu nietolerancji. U tych chorych nie będziemy mogli zastosować w drugiej i kolejnych liniach schematów zawierających lenalidomid. To problem istotny klinicznie, ponieważ takich pacjentów może być wielu; optymalny wybór terapii dla nich nie jest więc łatwy. Obecnie możemy im zaproponować jedynie suboptymalne schematy: karfilzomib plus deksametazon (Kd) lub pomalidomid, bortezomib i deksametazon (PVd). To schematy drugiego wyboru. Wyborem numer 1 dla tej grupy chorych jest terapia trójlekowa: karfilzomib, deksametazon oraz przeciwciało anty CD38, czyli daratumumab lub izatuksimab.

Dlaczego wybór trójlekowego schematu byłby zdecydowanie lepszy od schematu Kd dla tej grupy pacjentów?

Schematy trójlekowe są skuteczniejsze – mamy na to dowody z randomizowanych badań klinicznych. Schemat KdD, czyli karfilzomib, daratumumab i deksametazon został zarejestrowany na podstawie badania CANDOR. W ośrodku, w którym pracuję, braliśmy udział w tym badaniu klinicznym; wykazało ono, że mediana czasu wolnego od progresji choroby wydłużyła się z 15 miesięcy (dla pacjentów, którzy otrzymywali schemat Kd) do 28 miesięcy w ramieniu trójlekowym. Było to więc prawie podwojenie czasu wolnego od progresji.

W Polsce w tej grupie pacjentów możemy stosować schemat Kd; nie możemy stosować łącznie dwóch bardzo dobrych leków: karfilzomibu razem z daratumumabem. Nie możemy więc optymalnie wykorzystać potencjału obydwu tych leków.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

W przypadku szpiczaka druga linia to często niemal początek leczenia. To pacjenci w dobrym stanie ogólnym?

Wielu pacjentów jest w dobrym stanie fizycznym. W przypadku drugiej linii wydłużenie czasu do progresji choroby dzięki zastosowaniu schematu trójlekowego było bardzo duże, dlatego chcielibyśmy móc takie leczenie stosować.

Jeśli chodzi o największe potrzeby chorych na szpiczaka, to schemat trójlekowy KdD byłby dziś tym najbardziej oczekiwanym?

W miarę rozwoju naszej wiedzy o szpiczaku, w miarę rozwoju medycyny, a także poprawiania się sytuacji refundacyjnej naszych pacjentów, potrzeby rosną. To, że w pierwszej linii pojawił się lenalidomid, a bardzo dobre terapie przeszły z drugiej i trzeciej do pierwszej linii, spowodowało pojawienie się próżni w drugiej i trzeciej linii.

Stąd pierwszą potrzebą jest dziś zapewnienie potrzeb pacjentów opornych na lenalidomid. To jest potrzeba numer jeden, choć tych potrzeb w szpiczaku jest więcej, gdyż również chorzy w trzeciej i czwartej linii nie mają dostępu do najbardziej nowoczesnych terapii. Tu też jest ogromna potrzeba poprawienia ich leczenia.

Leczenie powinno być najbardziej optymalne już od najwcześniejszych linii?

Musimy proponować pacjentom najlepszą terapię na każdym etapie choroby. Jeśli na którymś etapie nie podamy optymalnej terapii, to w ogólnym rozrachunku pacjent straci. Mówimy już od wielu lat o tym, że terapie trójlekowe są skuteczniejsze niż dwulekowe. Inne efekty będą z łącznego zastosowania terapii trójlekowej, a inne z zastosowana tych trzech leków po kolei. Szpiczak wymaga optymalnego leczenia, jeśli chcemy mieć jak najlepsze efekty.

Czy ma Pan pacjentów, którzy powinni otrzymać schemat trójlekowy z karfilzomibem i deratumumabem, a dziś nie jest to możliwe?

Jak najbardziej; ze względu na to, że nasz ośrodek brał udział w badaniu klinicznym, mam bardzo dobre doświadczenia ze stosowaniem tego schematu. Karfilzomib jest inhibitorem proteasomu drugiej generacji, jest skuteczniejszy niż bortezomib, pozbawiony jego toksyczności neurologicznej (bortezomib często powodował neuropatię). Karfilzomib jej nie powoduje: jest silniejszym i bezpieczniejszym inhibitorem proteasomu. Dodanie do niego daratumumabu praktycznie nie zmienia profilu bezpieczeństwa, a zwiększa potencjał leczenia. To jakby nowa generacja terapii.

Schematy, do których mamy dostęp w pierwszej linii, są na poziomie europejskim. Konsekwencją jest to, że musimy poprawić leczenie drugiej linii dla pacjentów, u których pojawiła się oporność na terapie pierwszej linii.

Dzięki tym kolejnym liniom leczenia – coraz bardziej optymalnym – szpiczak staje się coraz częściej chorobą przewlekłą?

Idziemy w tę stronę, przynajmniej w przypadku części chorych. Jest to jednak możliwe tylko dzięki optymalizacji leczenia. Jeśli na każdym etapie będziemy stosować optymalne schematy leczenia, to efekt będzie najlepszy. Oznacza to, że nie możemy odpuszczać na żadnym etapie.

Jakie dziś widać przełomy w leczeniu szpiczaka, które warto byłoby zastosować?

Po pierwsze to immunoterapia. Szpiczak z czasem nabiera odporności na stosowane leczenie – nawet bardzo dobre leki immunomodulujące (talidomid, lenalidomid, pomalidomid), inhibitory proteasomów (czyli bortezomib, iksazomib, karfilzomib), przeciwciała monoklonalne (daratumumab, elotuzumab, izatuksimab). W pewnym momencie wystąpi oporność na te trzy grupy leków – mechanizmy, które wykorzystujemy w leczeniu, przestaną być skuteczne. Dlatego chcemy wykorzystać układ immunologiczny do walki ze szpiczakiem. Mamy tu dwa rodzaje leczenia: przeciwciała bispecyficzne oraz terapia CAR-T.

Druga rzecz to optymalne łączenie leków, o których wiemy, że są skuteczne – np. daratumumab jest skuteczny, karfilzomib też, ale ich połączenie z dodaniem deksametazonu jest jeszcze bardziej skuteczne. Dlatego tak ważne jest łączenie terapii w ramach schematów trójlekowych. Kolejny trend to terapie czterolekowe – już wiemy, że to będzie przyszłość. Już dziś w pierwszej linii możemy stosować terapię czterolekową; sądzę, że w przyszłości takich schematów będzie więcej. Może to jeszcze bardziej zwiększyć skuteczność leczenia.

Pacjenci mają nadzieję, że te nowe, coraz skuteczniejsze schematy, będą pojawiać się także w Polsce?

Często mówimy, że z nowoczesnym leczeniem jest w Polsce problem, jednak muszę powiedzieć, że jestem bardzo zadowolony z możliwości, jakie dziś mamy w pierwszej linii leczenia szpiczaka. Schematy, do których mamy dostęp, są naprawdę na poziomie europejskim. Konsekwencją jest to, że musimy poprawić leczenie drugiej linii dla pacjentów, u których pojawiła się oporność na terapie pierwszej linii.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Dr hab. n. med. Dominik Dytfeld

– internista, hematolog. W 2013 r. wspólnie z naukowcami zajmującymi się szpiczakiem mnogim założył Polskie Konsorcjum Szpiczaka, którego celem jest prowadzenie prospektywnych badań klinicznych i translacyjnych dotyczących szpiczaka mnogiego.

Musimy szukać słabych punktów nowotworu

Rozmowa z **PROF. TOMASZEM WRÓBLEM**, kierownikiem Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

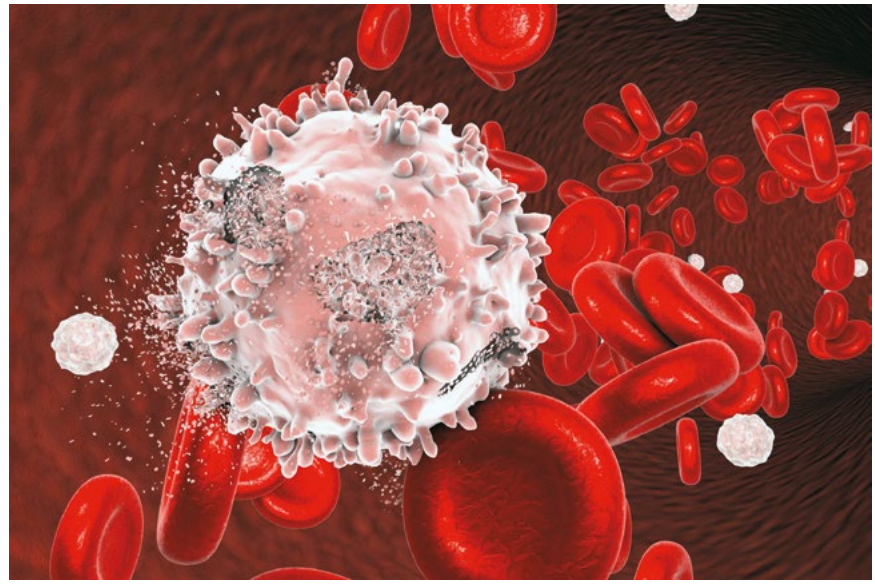
Jakie widzi Pan największe wyzwania, jeśli chodzi o leczenie szpiczaka?

Można powiedzieć, że jesteśmy trochę ofiarami własnego sukcesu. Mamy możliwości nowoczesnego leczenia pacjentów w pierwszej linii, co jest bardzo dobre. Najnowsze metody leczenia z daratumumabem w pierwszej linii takie, jak schematy DaraVTd czy DaraRD, powodują, że wielu pacjentów uzyskuje długotrwałe remisje choroby. Nie jest to jednak równoznaczne z wyleczeniem, dlatego musimy liczyć się z tym, że pojawi się populacja pacjentów oporna na najbardziej skuteczne leki, takie jak daratumumab, lenalidomid, czy inhibitory proteasomów, jak bortezomib. Możliwości leczenia tych pacjentów w ramach obecnego programu lekowego są dosyć ograniczone.

Jak sądzę, dzięki bardzo dobremu leczeniu pierwszej linii będzie mniej nawrotów choroby i będą one występowały później. Jeśli jednak pojawi się nawrót lub oporność na leczenie, to ci pacjenci będą dla nas stanowić większe wyzwanie niż do tej pory. Schematy, które mamy dziś, nie są w pełni adekwatne do leczenia pacjentów opornych na lenalidomid, w mniejszym stopniu na bortezomib czy na przeciwciało anty CD38 (daratumumab).

Są już pacjenci właśnie w takiej sytuacji: oporni na lenalidomid, bortezomib?

Tak, i będzie ich coraz więcej, gdy najnowocześniejsze terapie są stosowane w pierwszej linii. Oczywiście to bardzo dobrze, że mamy obecnie już w pierwszej linii dostępne bardzo efektywne schematy leczenia, bo dzięki temu mamy nadzieję na dalsze wydłużenie życia naszych chorych. Jednak ci, u których dojdzie do wznowy choroby, będą w większości oporni na te leki.



Co to właściwie znaczy: oporność na leczenie? Jeśli pacjent miał stosowany lenalidomid czy bortezomib w jakimś schemacie, to ten sam lek zastosowany w innym schemacie będzie nieskuteczny?

Będzie mało skuteczny. Dane pokazują, że dojdzie do progresji choroby czy wznowy w czasie trwania leczenia lenalidomidem czy w ciągu 60 dni od zakończenia leczenia – to takiego pacjenta musimy uznać za opornego na ten lek. Szansa na to, że lek będzie skuteczny w kolejnej linii leczenia jest niewielka. Lenalidomid stosujemy obecnie do progresji albo do nietolerancji – dlatego w obydwu wariantach zastosowanie tego leku w kolejnej linii jest mocno problematyczne.

Tak więc dziś problemem numer 1 jest to, jak leczyć pacjentów opornych lub z nietolerancją na lenalidomid, a w mniejszym stopniu na bortezomib czy daratumumab.

Dla jakich pacjentów rozwiązaniem problemu byłaby terapia trójlekowa z izatuksymabem?

Izatuksymab w schemacie z pomalidomidem i deksametazonem jest dostępny w Polsce, ale tylko dla ograniczonej populacji chorych po dwóch uprzednich liniach leczenia, którzy mają cechy niewydolności nerek. Schemat ten jest skuteczny także u pacjentów z zachowaną funkcją nerek. Mamy też wyniki badań wskazujące na dobry efekt połączenia izatuksymabu z innymi lekami. Oczekiwanym wskazaniem refundacyjnym byłoby połączenie izatuksymabu z karfilzomibem i deksametazonem (ten schemat ma rejestrację europejską), podobnie jak daratumumabu z karfilzomibem i deksametazonem. To naturalny następny krok leczenia pacjentów chorych na szpiczaka w nawrocie, u których lenalidomid już nie działa lub nie jest możliwy do zastosowania z powodu złej tolerancji.

ZDJĘCIA: 123RF, MATERIAŁY PRASOWE

Gdyby dziś zadać sobie pytanie, co jest najbardziej pilne, to chyba należałoby wskazać na tego rodzaju schematy trójlekowe, jak izatuksymab z karfilzomibem i deksametazonem, daratumumab z karfilzomibem i deksametazonem czy rozszerzenie dostępu izatuksymabu z pomalidomidem i deksametazonem dla chorych z zachowaną funkcją nerek. Na tym oczywiście lista oczekiwań się nie kończy, a to dlatego, że wiedza o chorobie i leczenie szpiczaka wciąż się zmienia. Schemat leczenia będący dziś standardem zostanie zastąpiony przez innowacyjne terapie w kolejnych latach. Przynosi to wymierne skutki w postaci wieloletniej kontroli choroby u wielu osób, które są przywracane do normalnego lub prawie normalnego życia. Szpiczak jest chorobą niejednorodną, wymagającą indywidualnego podejścia i szerokiego wachlarza terapii o różnym mechanizmie działania.

Jakim lekiem jest izatuksymab?

Jest to przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko antygenowi CD38 obecnemu na komórkach szpiczakowych. W wielu badaniach klinicznych izatuksymab wykazał skuteczność w leczeniu pacjentów nawrotowych i opornych. Był testowany w różnych wariantach, m.in. w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem, a także z karfilzomibem i deksametazonem, w których udowodniono jego skuteczność. Bardzo obiecujące wyniki uzyskano z zastosowaniem tego leku u chorych na szpiczaka wysokiego ryzyka. Toczą się także badania z tym lekiem w pierwszej linii terapii. Z pewnością dostęp do niego w Polsce jest jeszcze mocno ograniczony.

Pacjenci oporni i nawrotowi to trudni pacjenci? Komórki szpiczakowe są już mocno zmienione, skoro uodporniły się na działanie leków?

Gdy pacjent trafia z rozpoznaniem choroby, to ma określoną ilość komórek nowotworowych, które niszczymy pierwszą linią leczenia. Na dziś dane mówią, że nie jesteśmy w stanie wyleczyć szpiczaka. Po pewnym czasie – obecnie coraz dłuższym, bo często nawet po kilku latach – dochodzi jednak do wznowy choroby. Rozwija się ona z klonu opornego, czyli z tych komórek, które nie zginęły w czasie leczenia pierwszej linii. To są komórki, które przetrwały; można powiedzieć: „najgroźniejsi wojownicy". Zwykle w kolejnych liniach leczenia staramy się podać pacjentom leki o innym mechanizmie działania – po to, by komórki, które przetrwały pierwszą linię leczenia, mogły być zniszczone w kolejnej linii.

Szpiczak jest chorobą niejednorodną, wymagającą indywidualnego podejścia i szerokiego wachlarza terapii o różnym mechanizmie działania.

To taka – można powiedzieć – gra: po każdej linii leczenia przeciwnik wraca nieco silniejszy, a my szukamy innych narzędzi, by go niszczyć. Niekoniecznie są one silniejsze w kontekście intensyfikowania leczenia. Działamy na żywym organizmie człowieka, dlatego musimy zwracać uwagę także na toksyczność terapii, by leczenie było tolerowalne. Bardzo często na szpiczaka chorują starsi pacjenci, którzy mogą mieć też choroby współistniejące. Na przykład wspominany dziś izatuksymab może być stosowany u pacjentów z niewydolnością nerek. To ważne, by lek był skuteczny, a jednocześnie dobrze tolerowany przez pacjenta.

Często gdy mówi się o trzeciej linii leczenia, myśli się o pacjentach mocno schorowanych, w złym stanie. Chorzy w trzeciej linii leczenia to już osoby mocno schorowane? Czy niekoniecznie?

Pacjent w trzeciej linii leczenia nie musi być pacjentem w złym stanie ogólnym, bo przebieg tej choroby może być bardzo różny, również stan biologiczny pacjentów bywa bardzo różny. Wiele zależy od ogólnego stanu zdrowia. Na pewno pacjenci w trzeciej linii to nie są pacjenci „straceni". Często gdy słyszymy, że choroba jest nieuleczalna, to wydaje się, że już wszystko jest przegrane i pojawia się kwestia, czy warto poświęcać siły na leczenie choroby, która jest nieuleczalna. Słowo „nieuleczalna" w hematologii jest nieco mylne. To, że choroba jest nieuleczalna, nie oznacza, że nie możemy znacząco przedłużyć życia pacjenta i sprawić, że może on dobrze funkcjonować. W chorobach hematologicznych remisje są możliwe do osiągnięcia i mogą trwać przez znaczący czas, nawet liczony w latach. W trzeciej linii leczenia, w dobrym stanie ogólnym, przy dobrych lekach ta choroba jest możliwa do kontrolowania. Nawet przez wiele lat; dlatego tak zależy nam na skutecznych schematach leczenia.

Jednak w żadnej innej chorobie hematologicznej w ostatnich latach nie pojawiło się aż tak wiele nowych leków jak w przypadku szpiczaka...

Hematologia jest fascynująca właśnie dlatego, że ciągle pojawiają się nowe koncepcje leczenia, a tym samym leki o nowych, niespotykanych mechanizmach działaniach. W przewlekłej białaczce limfocytowej, w ostrej białaczce szpikowej, w chłoniakach pojawiło się w ostatnim czasie wiele nowych terapii, bardzo innowacyjnych, ale też bardzo skutecznie działających w sytuacjach trudnych czy wręcz beznadziejnych. Znaczny odsetek pacjentów można dzięki nim jeśli nie wyleczyć, to doprowadzić do całkowitej lub częściowej remisji choroby i znaczącego wydłużenia życia w dobrym komforcie. Widać duży postęp w wielu chorobach hematologicznych, jednak muszę powiedzieć, że w szpiczaku jest on chyba najbardziej spektakularny.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wróbel

– specjalista chorób wewnętrznych, hematologii i transplantologii klinicznej. Członek wielu towarzystw naukowych i grup badawczych. Autorem/współautor wielu publikacji m.in. w Annals of Oncology, Lancet Haematology, Leukemia & Lymphoma i American Journal of Hematology.

Tu szczególnie liczy się doświadczenie

O diagnozowaniu i leczeniu chłoniaków skóry i współpracy między dermatologiem i hematologiem mówią **PROF. JOANNA CZUWARA** (dermatolog) i **DR N. MED. JOANNA DROZD-SOKOŁOWSKA** (hematolog)

Chłoniaki skórne to choroby dermatologiczne czy hematologiczne?

Chłoniaki skóry to choroby, którymi zajmują się dermatolodzy i hematolodzy. Pozostają w ścisłej współpracy, lecząc pacjentów. Ale od początku: chłoniak to nowotwór złośliwy komórek układu chłonnego. Ich najczęstszą lokalizacją są węzły chłonne, czasami zajmują inne narządy układu limfatycznego, np. migdałki lub śledzionę. U niektórych pacjentów chłoniaki mogą pierwotnie zajmować inne narządy. Mówimy wtedy, że są to chłoniaki pierwotnie pozawęzłowe. Zajęcie lokalizacji pozawęzłowych może dotyczyć również pacjentów, u których równocześnie stwierdzamy zajęcie węzłów chłonnych. Wtedy wszystko zależy od tego, gdzie najpierw pojawiła się choroba. Chłoniaki pozawęzłowe mogą zajmować różne narządy, między innymi żołądek, ośrodkowy układ nerwowy, tarczycę czy właśnie skórę.

Pierwotne chłoniaki skóry są rzadkimi nowotworami; rocznie w Polsce zachoruje na takiego chłoniaka mniej więcej 1 osoba na 100 tys. w populacji. Chłoniaki pierwotnie skórne dzielimy na dwa główne typy, tj. T i B, rzadziej NK, w zależności od tego, jakie limfocyty je tworzą. Częściej występują chłoniaki wywodzące się z limfocytów T (ok. 75 proc.), rzadziej z limfocytów B (25 proc.) Jest to odwrotna sytuacja niż w przypadku wszystkich chłoniaków, w których chłoniaki B-komórkowe stanowią większość.

W przypadku pierwotnych chłoniaków skóry oprócz zajęcia skóry może dochodzić w miarę czasu trwania choroby do zajęcia węzłów chłonnych, krwi obwodowej, szpiku i innych narządów wewnętrznych. Jednak przez wiele lat najczęstszy chłoniak skóry T-komórkowy (tzw. ziarniniak grzybiasty) prezentuje się wyłącznie na skórze; poza nią nie zajmie innych narządów i nie można stwierdzić jego obecności w badaniach laboratoryjnych czy obrazowych. W związku z tym chłoniaki pierwotnie skórne nie będą diagnozowane przez internistów czy hematologów, częściej będą leczone przez dermatologów, wymagając specjalistycznej diagnostyki dermatologicznej opartej na analizie wycinków skóry. Zmiany skórne w chłoniakach pierwotnie skórnych mają określoną lokalizację i wygląd, a ich diagnostyka odbywa się w ośrodkach, które dysponują wykwalifikowanym zapleczem diagnostycznym. Rozpoznanie chłoniaka skórnego w najwcześniejszym okresie, tj. dwa-trzy lata od początku choroby, i wdrożenie odpowiedniego leczenia dermatologicznego przeciwchłoniakowego jest największym sukcesem współczesnej medycyny. Wczesne wykrycie chłoniaka skórnego i jego odpowiednie leczenie jest w stanie nie tylko zahamować przebieg choroby, ale może wprowadzić pacjenta w wieloletnią remisję. To bardzo ważne, ponieważ na chłoniaki skórne chorują często młodzi dorośli, ok. 50 r.ż. W przypadku późnej diagnozy istnieje większe ryzyko progresji choroby i zajęcia węzłów chłonnych, krwi i innych narządów wewnętrznych, co pogarsza rokowanie. Do oceny stopnia zaawansowania chłoniaka uwzględnia się informacje o zajęciu innych struktur poza skórą. Rokowanie pogarsza się wraz ze stopniem zaawansowania choroby.

Najczęstszym pierwotnymi chłoniakami skóry są ziarniniak grzybiasty i zespół Sezary'ego.

Nie jest łatwo rozpoznać chłoniaki skórne?

Rozpoznanie jest często trudne, a proces diagnostyczny długi. Objawy są niespecyficzne i na początku mogą być interpretowane

Dr hab. n. med. Joanna Czuwara
– dermatolog, pierwsza w Polsce dermatopatolog, certyfikowana egzaminem europejskim UEMS; pracuje w Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

jako objawy innych przewlekłych chorób skóry. Nie każdy ośrodek dermatologiczny dysponuje zapleczem diagnostycznym. Pewne jest, że w przypadku pacjenta z uporczywymi i nasilającymi się zmianami skórnymi, które są czerwone, łuszczą się, swędzą i zajmują zasłonięte okolice ciała, tj. pośladki, piersi czy boczne powierzchnie tułowia, należy pobrać wycinki skóry na badanie patologiczne. Początkowe zmiany skórne w przebiegu chłoniaka skóry T-komórkowego, jakim jest ziarniniak grzybiasty, mogą imitować zmiany alergiczne o typie wyprysku, atopowego zapalenia skóry (AZS), łuszczycy, twardziny skórnej ograniczonej czy odczynów polekowych. W miarę nasilania się zmian plamy przechodzą w spoiste nacieki czy guzki, którym często towarzyszy uporczywy świąd skóry. Najtrudniejsze do rozpoznania i różnicowania są chłoniaki skórne powstające na podłożu wcześniej istniejących przewlekłych zapalnych chorób skóry. A jedna z teorii patogenezy chłoniaków skórnych mówi, że zezłośliwienie limfocytów pozostaje w związku z przewlekłym drażnieniem skóry i stymulacją układu odpornościowego z nią związanego. U pacjentów z przewlekłymi zmianami skórnymi wywiad chorobowy, wygląd zmian, czas ich trwania determinują konieczność pobrania wycinków z podejrzanych zmian. Do ich oceny mikroskopowej potrzebna jest znajomość odmienności obrazów mikroskopowych dermatoz zapalnych i chłoniaków skóry przez konsultującego wycinek patologa czy dermatopatologa.

Najczęściej występującym pierwotnym chłoniakiem skórnym T-komórkowym jest ziarniniak grzybiasty (ok. 60 proc.); drugi, rzadszy, to zespół Sezary'ego, charakteryzujący się od początku triadą objawów: uogólnionym stanem zapalnym skóry z zajęciem >80 proc. powierzchni skóry (erytrodermia), powiększeniem węzłów chłonnych, zajęciem krwi obwodowej. W związku z zajęciem krwi obwodowej od początku choroby zespół Sezary'ego w najnowszej klasyfikacji WHO został włączony do białaczek z dojrzałych limfocytów T.

Czas przeżycia pacjenta zależy od zaawansowania choroby w momencie rozpoznania i waha się od 1-2 lat do kilkudziesięciu lat. Z kolei zespół Sezary'ego rozwija się szybko i charakteryzuje się zdecydowanie krótszym czasem przeżycia. Mediana czasu przeżycia to 2-5 lat.

Jak potwierdza się, że przyczyną zmian jest chłoniak skórny?

Rozpoznanie pierwotnego chłoniaka skóry T-komórkowego jest stawiane na podstawie korelacji obrazu klinicznego z badaniem histopatologicznym wycinka skóry z wykorzystaniem barwień immunohistochemicznych na markery limfocytów T. Czasami konieczne jest wykonanie kilku biopsji, zanim zostanie postawione rozpoznanie. Diagnostyka powinna się odbywać w ośrodkach referencyjnych dermatologicznych, mających doświadczenie w takiej diagnostyce, ponieważ różnicowanie przewlekłych dermatoz zapalnych, odczynów polekowych lub tzw. stanów rzekomochłoniakowych z chłoniakiem skóry ma większy związek z doświadczeniem konsultującego patologa niż wynikiem barwień immunohistochemicznych. Co więcej, liszajowate odczyny zapalne, które występują w różnych chorobach dermatologicznych i odczynach polekowych w barwieniach immunohistochemicznych mogą dać wynik fałszywy, wysoce sugerujący ziarniniaka grzybiastego, którego pacjent nie ma.

Czy to ma znaczenie? Ogromne. W odczynach polekowych rzekomochłoniakowych wystarczy odstawić lek odpowiedzialny za ich powstawanie i pacjent będzie zdrowy. Inny przykład: pacjent z ciężkim atopowym zapaleniem skóry: skierować go na nowoczesną terapię lekiem biologicznym dupilumabem czy na terapię lekiem przeciwchłoniakowym, bo może po 20 latach rozwinął (na podłożu wyprysku atopowego) chłoniaka T-komórkowego, a jeżeli tak, to jakiego.

Jak można ocenić możliwości leczenia w Polsce chłoniaków skórnych? Co powinno się zmienić?

Ostatnie lata przyniosły poprawę możliwości leczenia pierwotnych chłoniaków skóry. W przypadkach zaawansowanych od niedawna jest możliwość stosowania brentuksymabu vedotin dla pacjentów chorych na ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek i obecnością antygenu CD30 na limfocytach T. Jednak medycyna się rozwija, pojawiają się nowe możliwości terapii. Niektórych możliwości leczenia jeszcze w Polsce nie mamy; dotyczy to zwłaszcza leków celowanych i immunoterapii.

Jednym z leków, na które czekamy, jest przeciwciało anty CCR4 – mogamulizumab, który został w 2018 r. zarejestrowany przez FDA u dorosłych pacjentów z nawrotową lub oporną na leczenie postacią ziarniaka grzybiastego lub z zespołem Sezary'ego. Lek ten jest również zarejestrowany w Europie. W wielu ośrodkach na świecie lek ten jest coraz częściej stosowany, w Polsce jest dostępny jedynie w ramach procedury Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych, której zastosowanie jest możliwe dopiero po wyczerpaniu wszystkich dostępnych opcji, nawet jeżeli wiadomo o nich, że nie są optymalną opcją leczenia dla danego pacjenta. Mogamulizumab jest skuteczny. W badaniu rejestracyjnym jego zastosowanie wiązało się z uzyskaniem wyższego odsetka odpowiedzi i wydłużeniem tzw. czasu wolnego od progresji, będącego jednym z podstawowych parametrów ocenianych w badaniach klinicznych w hematoonkologii. Co istotne, poprawie ulega też funkcjonowanie pacjenta. Mogamulizumab znacznie zmniejsza nasilenie choroby w obrębie skóry i krwi obwodowej, zmniejsza istotnie nasilenie świądu, poprawia istotnie jakość życia, która w przypadku pierwotnych chłoniaków skóry jest bardzo zła. Jako środowisko chcielibyśmy mieć możliwość stosowania tego leku nie tylko w ramach procedury RDTL.

Mimo postępu, jaki się dokonuje w zakresie skutecznych terapii w leczeniu chłoniaków skóry, dostęp pacjentów do nowych terapii w Polsce pozostaje ograniczony.

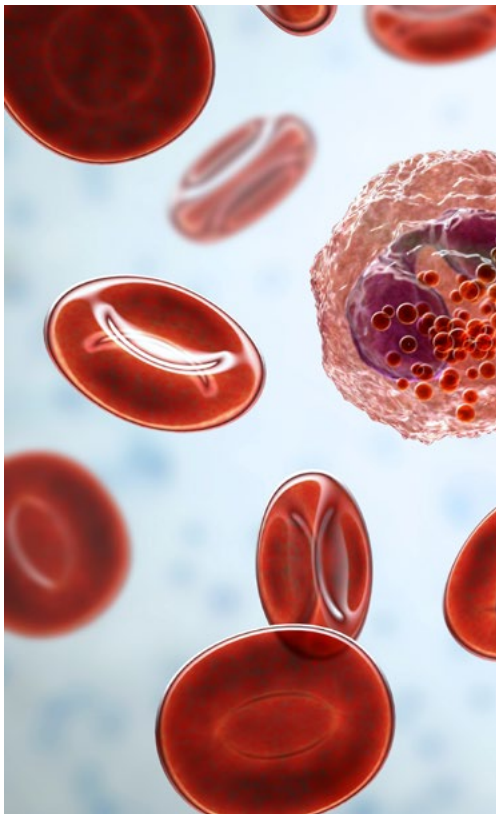
© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Dr n. med. Joanna Drozd-Sokołowska

– hematolog i transplantolog, pracuje w Klinice Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Skutki nierozpoznanych chorób to odyseje diagnostyczne



Rozmowa z **PROF. KARINĄ JAHNZ-RÓŻYK**, konsultantem krajowym w dziedzinie alergologii

Pani Profesor, dlaczego tak niewiele mówi się o eozynofilach?

Eozynofile to komórki układu immunologicznego, które w szczególnych warunkach mogą być toksyczne dla naszego organizmu i powodować uszkodzenia wielonarządowe, a tym samym uczestniczyć w patomechanizmie różnych chorób, czasami rzadkich. W przestrzeni publicznej mówimy raczej o chorobach lub zespołach chorobowych w kontekście diagnostyki i leczenia.

Tymczasem eozynofilie są powiązane z wieloma schorzeniami...

Wśród nich można wymienić między innymi zakażenia pasożytnicze, choroby alergiczne (astma, atopowe zapalenie skóry), reakcje polekowe, choroby gastroenterologiczne (eozynofilowe zapalenie przełyku, celiakia), choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy), choroby układu oddechowego (ostre i przewlekłe eozynofilowe zapalenie płuc, alergiczna aspergiloza oskrzelowo-płucna), choroby układowe (eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (EGPA). Eozynofilie stwierdza się też w niektórych chorobach nowotworowych (chłoniaki, białaczki), ale także mogą występować eozynofilie idiopatyczne, które rozpoznaje się po wykluczeniu innych przyczyn.

Czym charakteryzują się choroby rzadkie, do których zaliczane są eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (EGPA) i zespół hipereozynofilowy (HES)? Do jakich uszkodzeń w organizmie doprowadzają?

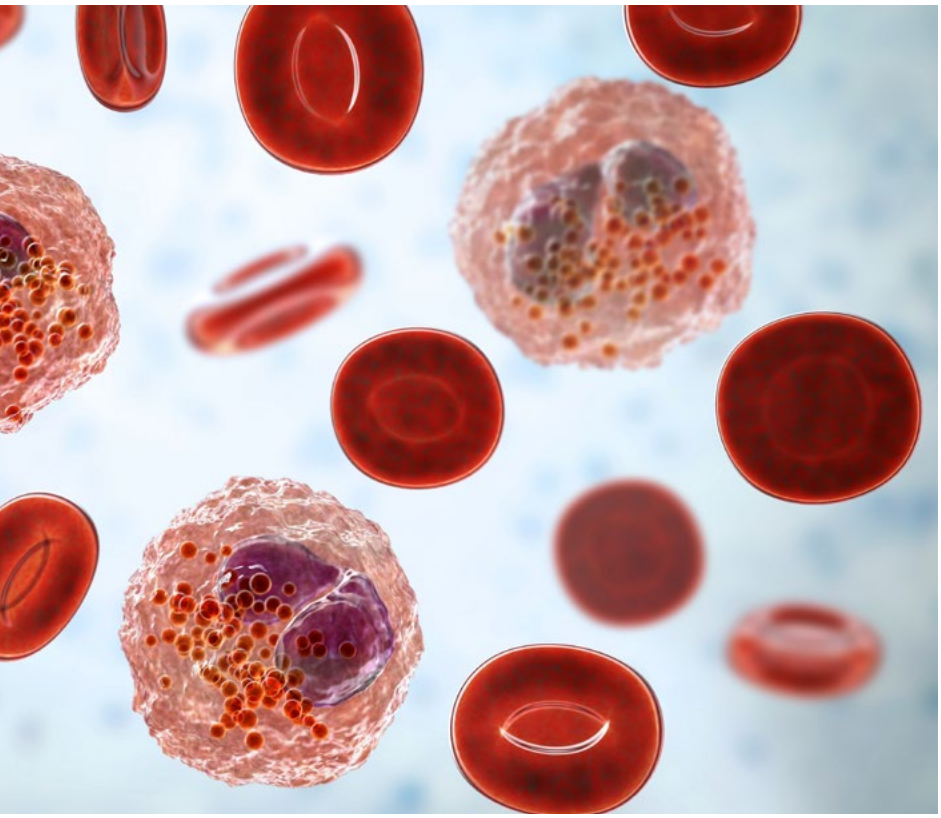
Eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń to wielonarządowe schorzenie, dla którego charakterystyczne jest występowanie astmy i alergicznego nieżytu nosa, obwodowej i tkankowej eozynofilii (zespół Loefflera w przypadku eozynofilii płucnej, przewlekłe eozynofilowe zapalenie płuc lub eozynofilowe zapalenie żołądka i jelit) oraz zapalenie małych i średnich naczyń z zajęciem jednego z następujących narządów: serca (zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia, niewydolność krążenia), obwodowego układu nerwowego (neuropatia), nerek, węzłów chłonnych, zatok przynosowych, mięśni i skóry. Często zmianom narządowym towarzyszą objawy ogólne, takie jak gorączka, bóle mięśni i stawów oraz utrata masy ciała. Patogeneza choroby nie została jak dotąd wyjaśniona. U 40-60 proc. pacjentów stwierdza się przeciwciała ANCA (antineutrophil cytoplasmic antibodies), ale nie wiadomo, czy mają one znaczenie patogenetyczne, czy też są jedną z manifestacji schorzenia, w którym występuje wiele innych nieprawidłowości immunologicznych.

Wiedza na temat chorób rzadkich często jest niewystarczająca do postawienia właściwego rozpoznania. Liczba chorób rzadkich wynosi 5-8 tys.

Ponieważ do objawów chorobowych dochodzi w kilku mechanizmach: zapalenia alergicznego, nacieków eozynofilowych i zapalenia naczyń, leczeniem z wyboru pozostają podawane w dużych dawkach systemowe GKS, do których – w zależności od ciężkości choroby i odpowiedzi na leczenie – dołączane są inne preparaty, w tym przede wszystkim leki immunosupresyjne. Niemniej poznanie ścieżek odpowiedzi immunologicznej biorących udział w patogenezie schorzenia powoduje, że znaczenie zaczynają mieć również leki biologiczne, w tym przede wszystkich hamujące ścieżkę eozynofilową, na przykład mepolizumab, ale też działające na limfocyty B, na przykład rytuksymab.

Z jakimi objawami borykają się pacjenci cierpiący na choroby rzadkie? Jakie są szczególnie niebezpieczne?

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, ARCHIWUM PRYWATNE



Aktualnie liczba różnych chorób rzadkich wynosi 5-8 tys., dotyka 6-8 proc. populacji, co oznacza dla Europy 27-36 mln osób chorych. Większość to choroby występujące 1 na 100 000 populacji. 80 proc. chorób rzadkich ma podłoże genetyczne i w 3-4 proc. ujawnia się tuż po urodzeniu. Pozostałe to choroby degeneracyjne i nowotworowe. Objawy, które występują po urodzeniu i we wczesnym dzieciństwie, to na przykład zanik rdzeniowy mięśni (FAP), zaburzenia spichrzania lizosomalnego i mukowiscydoza. Ponad 50 proc. ujawnia się u dorosłych – na przykład rak nerki, ostra białaczka szpikowa, glejak.

Jakie skutki przynosi niewykrycie w porę rzadkiej choroby?

Wiedza na temat chorób rzadkich w większości jest niewystarczająca do postawienia właściwego rozpoznania, choć w piśmiennictwie światowym spotykamy opisanych pięć nowych chorób tygodniowo. Należy dążyć do poprawy rozpoznawania tych chorób, a być może niektóre z nich przestaną spełniać kryteria chorób rzadkich. Skutki nierozpoznanych chorób rzadkich to odyseje diagnostyczne, obniżona jakość życia, niepełnosprawność, izolacja społeczna i zgony.

Wracając do chorób rzadkich, o których wspominałam – eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (EGPA) i zespół hiperozynofilowy (HES) – bardzo trudno jest je rozróżnić, ale podobnie się leczy. Jak wyglądało leczenie takich pacjentów jeszcze do niedawna i z jakich terapii mogą korzystać obecnie? Są skuteczne i bezpieczne?

Leczenie w programach lekowych umożliwia dostępność do kosztownych terapii, sprawia, że pacjent jest zaopiekowany. Programy lekowe nie załatwiają jednak wielu problemów, z jakimi w życiu codziennym borykają się pacjenci i ich rodziny.

Jakie objawy mogą jeszcze się pojawiać? Czy uskarżający się na nie pacjenci też mogą liczyć na włączenie do programów lekowych?

Na stronie Ministerstwa Zdrowia widnieje 217 chorób z kodem ORPHA lub OMIM, a każda z nich ma inną symptomatologię i wymaga innego podejścia terapeutycznego, często wielospecjalistycznego. Pacjenci powinni być rozpoznawani i leczeni w specjalistycznych ośrodkach.

Jak Pani zdaniem radzimy sobie w Polsce z leczeniem chorób rzadkich?

Brakuje realizacji programu Planu dla Chorób Rzadkich. Szanse na polepszenie istniejącego stanu rzeczy pojawiły się, w mojej ocenie, dzięki zainteresowaniu się tym problemem Pani Minister Zdrowia.

Czy rozpoznanie chorób EGPA i HES nadal stanowi problem? Dlaczego? Czy jest szansa, by się to zmieniło?

Rozpoznawanie tych chorób jest trudne, wymaga wiedzy specjalistycznej i występują duże trudności w diagnostyce różnicowej. Dokonuje się postęp w rozpoznawaniu i leczeniu chorób eozynofilowych wraz z postępem wiedzy medycznej (EBM). Postęp też jest związany z nowymi terapiami przeciwciałami monoklonalnymi, ukierunkowanymi na IL-5 (cytokina wytwarzana przez eozynofile).

Każdy z nas powinien sam zadbać o to, by raz w roku wybrać się na badanie morfologii krwi z rozmazem?

Wykonanie morfologii z rozmazem nie rozwiązuje problemu, ale może być dobrym początkiem ścieżki diagnostycznej.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk

– kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej w WIM-PIB, konsultant krajowy w dziedzinie alergologii.

Niedokrwistość przed operacją

Rozmowa z **PROF. JUSTYNĄ TELIGĄ-CZAJKOWSKĄ** z II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Niedobór żelaza stosunkowo często występuje u seniorów. Z czego wynika i dlaczego jest niebezpieczny?

Niedokrwistość, dość często diagnozowana u osób starszych, jest kluczowym wskaźnikiem różnych stanów chorobowych. Częstość występowania niedokrwistości w starszym wieku wzrasta; etiologia jest złożona i waha się od zespołów niewydolności szpiku kostnego po przewlekłą chorobę nerek, od niedoborów żywieniowych po procesy zapalne. W mniejszej liczbie przypadków nie zidentyfikowano jednoznacznej etiologii. W innych przypadkach stwierdza się mutacje somatyczne w leukocytach, ale kryteria diagnostyczne dla MDS (zespołu mielodysplastycznego) lub innych chorób hematologicznych nie są spełnione, co określa się mianem cytopenii klonalnej o nieustalonym znaczeniu.

Od jakich czynników jest uzależnione leczenie niedokrwistości u osób w starszym wieku?

Od nasilenia niedokrwistości, choroby podstawowej (chorób podstawowych) oraz czynników związanych z pacjentem, w tym chorób współistniejących. Nawet łagodna niedokrwistość może znacząco wpływać na zdolności fizyczne i poznawcze oraz jakość życia. Niedocenianym aspektem jest to, że ze względu na zmiany związane z wiekiem funkcje narządów, jak produkcja erytropoetyny w nerkach, mogą stać się nieoptymalne. Postępowanie i leczenie niedokrwistości u starszych pacjentów często wymaga wielodyscyplinarnego podejścia i szczegółowych badań funkcji narządów.

Wciąż jednak niewiele mówi się o tym problemie w kontekście niewydolności serca. Dlaczego?

Niedokrwistość i niedobór żelaza są ważnymi i częstymi chorobami współistniejącymi u pacjentów z niewydolnością serca. Oba stany są związane ze złym stanem klinicznym i gorszymi wynikami. Nie jest do końca jasne, czy niedokrwistość i niedobór żelaza są jedynie markerami nasilenia niewydolności serca, czy też pośredniczą w progresji niewydolności serca i wynikach leczenia, a zatem powinny być leczone. Leczenie niedokrwistości u pacjentów z niewydolnością serca za pomocą czynników stymulujących erytropoezę było intensywnie oceniane w ostatnich kilku latach. Niestety, leki te nie poprawiły wyników leczenia, wiązały się z wyższym ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

Niedobór żelaza u pacjentów z niewydolnością serca może być bezwzględny, gdy całkowite żelazo w organizmie jest zmniejszone, lub funkcjonalny, gdy jest prawidłowe lub zwiększone, ale niewystarczające do zaspokojenia potrzeb tkanek docelowych. Podczas gdy substytucja żelaza jest odpowiednia u pacjentów z niedokrwistością wynikającą z bezwzględnego niedoboru żelaza, nie było jasne, czy i jak należy leczyć bezwzględny lub czynnościowy niedobór żelaza u pacjentów bez niedokrwistości z niewydolnością serca. Niedawno małe badania wykazały, że dożylne podawanie żelaza pacjentom z niewydolnością serca i bezwzględnym lub czynnościowym niedoborem żelaza z niedokrwistością lub bez niedokrwistości poprawia objawy i wydolność wysiłkową, ale długoterminowe wyniki i dane dotyczące bezpieczeństwa nie są jeszcze dostępne.

Osoby z niedoborem żelaza nie mogą przystąpić do planowanego zabiegu operacyjnego. Co oznacza to w praktyce?

Efekt operacji zależy nie tylko od dokładności zabiegu chirurgicznego, ale także od kondycji przedoperacyjnej i opieki pooperacyjnej. Prehabilitacja wstępna zmniejsza reakcję na stres chirurgiczny i zwiększa gotowość pacjenta do poddania się planowanemu zabiegowi chirurgicznemu. Przedoperacyjnie ćwiczenia mięśni odddechowych, program sprawności krążeniowo-oddechowej i zaplanowany program ćwiczeń mięśni kończyn, pleców, brzucha, głowy i szyi pozwalają na podniesienie fizjologicznej zdolności pacjenta do lepszego radzenia sobie ze stresem chirurgicznym. Coraz więcej dowodów wskazuje na poprawę w zakresie skrócenia pobytu, zmniejszenia bólu pooperacyjnego i powikłań. Programy prehabilitacji stają się coraz bardziej powszechne.

Częścią kompleksowego programu prehabilitacji wstępnej jest m.in. leczenie niedokrwistości.

Niedokrwistość przedoperacyjna jest powszechna u pacjentów poddawanych poważnym zabiegom chirurgicznym. Nawet łagodna niedokrwistość może upośledzać sprawność funkcjonalną i zwiększać ryzyko

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

okołooperacyjnej transfuzji krwi, zachorowalności i śmiertelności pooperacyjnej. Diagnostyka i leczenie przyczyny niedokrwistości stanowią priorytety postępowania, a planowa operacja powinna zostać opóźniona, jeśli to tylko możliwe. Opcje terapeutyczne obejmują suplementację żelaza – żelazo pozajelitowe jest opcją, gdy preparaty doustne są nieskuteczne, nietolerowane lub wymagane jest osiągnięcie szybkiego efektu. Transfuzja krwi powinna być zarezerwowana dla pacjentów z niestabilnością serca lub zagrożonych jej wystąpieniem.

Wciąż słyszymy, że brakuje krwi. Jak można oszczędzić preparaty krwi dla chorych, którzy mogą być leczeni tylko przez transfuzje?

Niedobór żelaza (ID) jest najczęstszą przyczyną niedokrwistości u chirurgicznych pacjentów i może być korygowany przedoperacyjnie. Może występować w postaci bezwzględnego ID (tj. prawdziwego braku zmagazynowanego żelaza) lub funkcjonalnego ID (stanu patofizjologicznego charakteryzującego się stanem zapalnym wstrzymującym odpowiednie zapasy żelaza z osocza). Oba stany prowadzą do niedokrwistości, a leczenie powinno polegać na suplementacji żelaza. Dożylna suplementacja żelaza jest preferowana w porównaniu z doustną ze względu na mniejszą liczbę działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego i lepszą dostępność biochemiczną w ogólnoustrojowych stanach zapalnych, które często występują u pacjentów chirurgicznych. Ponadto w przeciwieństwie do doustnej suplementacji żelaza IVIS podaje się w pojedynczej dawce, co optymalizuje terapię. Warto zauważyć, że ID może występować z niedokrwistością (IDA) lub bez współistniejącej niedokrwistości. W obu przypadkach wskazana jest suplementacja żelaza, ponieważ niedokrwistość jest końcową fazą wyczerpania zapasów żelaza. Wiele badań wykazało pozytywne skutki przedoperacyjnej suplementacji żelaza u pacjentów chirurgicznych ze zwiększonym poziomem hemoglobiny (Hb) skutkującym mniejszą liczbą pooperacyjnych transfuzji RBC i niższymi wskaźnikami zachorowalności.

Czym jest nowoczesny preparat żelaza dożylnego i jakie są zalety związane zzastosowaniem takiego leczenia, szczególnie przed zabiegiem operacyjnym?

Nowoczesny preparat żelaza dożylnego należy do III generacji, z długim czasem półtrwania i brakiem reaktywności in vitro z przeciwciałami antydekstranowymi. Taki preparat może być stosowany w prehabilitacji w celu promowania optymalizacji przedoperacyjnej hemoglobiny, co ma na celu zminimalizowanie wykorzystania allogenicznych składników krwi i poprawę wyników klinicznych, przy niższych kosztach.

Indywidualne zapotrzebowanie na żelazo w celu uzupełnienia jego niedoboru za pomocą nowoczesnego preparatu dożylnego III generacji (np. karboksymaltozy żelazowej) określa się na podstawie masy ciała pacjenta oraz stężenia hemoglobiny. Do uzupełnienia całkowitego zapotrzebowania na żelazo mogą być wymagane dwie dawki.

Jeśli całkowite zapotrzebowanie na żelazo jest większe niż maksymalna dawka, to podanie dodatkowej dawki powinno nastąpić w odstępie minimum 7 dni od podania pierwszej. Powinno się dokonać ponownej oceny niedokrwistości. Ponowną ocenę stężenia Hb należy przeprowadzić nie wcześniej niż 4 tygodnie od ostatniego podania żelaza dożylnego, aby zapewnić wystarczający czas na erytropoezę i wykorzystanie żelaza w organizmie. Jeśli pacjent wymaga dalszego uzupełniania niedoboru żelaza, należy ponownie obliczyć zapotrzebowanie na żelazo.

W celu zminimalizowania stosowania produktów krwiopochodnych, a także zmniejszenia ryzyka związanego z transfuzją, opracowano strategie optymalizacji wykorzystania krwi allogenicznej. Zarządzanie krwią pacjenta to multidyscyplinarne podejście, które optymalizuje własną masę krwinek czerwonych, minimalizując utratę krwi oraz wykorzystując i optymalizując rezerwę niedokrwistości specyficzną dla pacjenta. Takie zarządzanie zmniejsza liczbę transfuzji składników krwi oraz zmniejsza zachorowalność i śmiertelność, przy lepszych wynikach klinicznych i niższych kosztach szpitalnych.

Nawet łagodna niedokrwistość może zwiększać ryzyko okołooperacyjnej transfuzji krwi, zachorowalności i śmiertelności pooperacyjnej.

Ok. 30 proc. pacjentów chirurgicznych ma niedokrwistość przedoperacyjną, a liczba ta może osiągnąć 75 proc. u pacjentów z patologią jelita grubego. Zarządzanie krwią może być stosowane w okresie przedoperacyjnym, śródoperacyjnym i pooperacyjnym, zmniejszając zapotrzebowanie na transfuzje preparatów krwi w operacjach kardiologicznych lub ortopedycznych nawet o około 55 proc. Wczesne wykrycie, ocena i leczenie niedokrwistości mają bezpośredni wpływ na rokowanie chirurgiczne.

Czy taki preparat należy podać również po zabiegu?

W razie konieczności można podać ponownie preparat dożylnego żelaza po zabiegu. Ogólna zasada: jeżeli konieczne jest natychmiastowe wyrównanie niedokrwistości – przetacza się masę erytrocytarną – wskazania życiowe (przetoczone krwinki ulegną rozkładowi i po ok. 3 tygodniach znowu będzie niedokrwistość). Jeśli mamy czas, podajemy żelazo, najlepiej dożylne – wystarcza zwykle jedna dawka i nie ma skutków ubocznych z przewodu pokarmowego.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała AGNIESZKA NIESŁUCHOWSKA

Dr hab. n. med. Justyna Teliga-Czajkowska
– ginekolog-położnik, pracuje w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej przy ul. Karowej w Warszawie.

Powikłania zagrażają życiu

Rozmowa z **DR MARIĄ RELL-BAKALARSKĄ**, reumatologiem

Osteoporoza nie boli, o chorobie pacjenci najczęściej dowiadują się, gdy dojdzie już do złamania. Jak diagnozować osteoporozę? Kto powinien sprawdzić stan swoich kości?

Istnieje łacińskie powiedzenie: „Medice, cura te ipsum", czyli „lekarzu, lecz się sam". Od wielu lat zamiast tego mówię do moich pacjentów po polsku: „Pacjencie, myśl o sobie! Jesteś najważniejszy!". Szczególne w chorobie, której długo „nie widać". Osteoporoza to choroba kości, azści i pogarsza ich jakość, w wyniku czego nawet minimalny uraz, np. upadek z wysokości ciała, może spowodować złamanie kości. Jest to niestety późny objaw choroby. Wszystkie złamania są ważne, ale trzeba pamiętać, że te po 50. roku życia, będące objawem osteoporozy, są zawsze początkiem kaskady złamań. A złamanie szyjki kości udowej u 30 proc. pacjentów w ciągu roku doprowadza do zgonu. Oznacza to, że w Polsce z tego powodu rocznie umiera pięć razy więcej osób niż w wypadkach komunikacyjnych.

Kto powinien przede wszystkim myśleć o wcześniejszej diagnozie, zanim dojdzie do złamań?

Stan swoich kości powinny przede wszystkim sprawdzić osoby, u których w rodzinie wystąpiło złamanie szyjki kości udowej, osoby palące papierosy, osoby z przewlekłymi chorobami przewodu pokarmowego, które mogą prowadzić do zaburzeń wchłaniania, osoby z przewlekłymi chorobami zapalnymi stawów lub leczone glikokortykosteroidami („sterydami"), a także osoby, u których z różnych przyczyn dochodzi do częstych upadków. Warto pamiętać, że na osteoporozę chorują również mężczyźni, chociaż u nich choroba z zasady rozpoznawana jest później, po 70. roku życia.

Diagnoza osteoporozy to przede wszystkim badanie gęstości mineralnej kości, czyli densytometria, w której tzw. wskaźnik T-score wynosi mniej lub równa się -2,5. Ale tu bardzo ważna uwaga: jeśli w densytometrii stwierdzana jest niska gęstość mineralna, czyli osteopenia będąca zapowiedzią osteoporozy, a doszło do złamana niskoenergetycznego, to jest osteoporoza!

Jeszcze jedna podpowiedź, kiedy wykonać densytometrię: jeśli doszło do obniżenia wysokości ciała o 4 cm w porównaniu do wieku z młodości. Przyczyną może być obniżenie wysokości kręgów, czyli tak naprawdę ich złamanie. Warto wtedy wykonać również za pomocą densytometru badanie morfometryczne (VFA), które uwidoczni złamane kręgi. To ważne, bo o złamaniu możemy nie wiedzieć: ponad 50 proc. złamań kręgów nie boli.

Czym się różni osteoporoza od osteoporozy bardzo wysokiego ryzyka?

Na stan naszych kości pracujemy całe życie, dlatego tak ważna jest profilaktyka.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MTERIAŁY PRASOWE

Szansa na uzyskanie właściwego poziomu witaminy D w naszych warunkach klimatycznych jest niewielka, dlatego zalecenia mówią o konieczności suplementacji, najlepiej dopasowanej do poziomu niedoboru. Natomiast spożywanie pokarmów zawierających wapń zazwyczaj zapewnia około 50 proc. dobowego zapotrzebowania, dlatego większość pacjentów powinna dodatkowo przyjmować wapń w tabletkach. Ale zaznaczam, że jako lekarz zdecydowanie proponuję stosowanie leków, a nie suplementów diety.

Po rozpoznaniu osteoporozy oprócz witaminy D i wapnia powinno stosować się leki wpływające na stan kości (trzeba pamiętać, że kość zmienia się w ciągu całego życia), czyli hamujące ich resorpcję (niszczenie) lub wspomagające kościotworzenie. Każda forma osteoporozy jest zagrożeniem wymagającym farmakoterapii. Leczenie jest z zasady długie, wieloletnie, z pewnością pacjent sam nigdy nie powinien podejmować decyzji o jego przerwaniu.

Pacjenci z wysokim ryzykiem złamań powinni być grupą szczególnej opieki i zainteresowania lekarza, najczęściej reumatologa. Konsekwencje kolejnych złamań u tych pacjentów mogą być – i prawie zawsze są – bardzo poważne. Leki kościotwórcze działające stymulująco na kość są zalecane do terapii osteoporozy u pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem złamań. Te leki jeszcze do niedawna nie były dostępne w Polsce. Z tego, co wiem, obecnie trwają starania o refundację jednego z nich dla polskich pacjentek po menopauzie z bardzo wysokim ryzykiem złamań. Prawdopodobnie do procesu refundacyjnego będzie przymierzany jeszcze jeden lek.

Jakie są objawy, które jednoznacznie wskazują na osteoporozę wysokiego ryzyka złamań?

Bardzo ważna jest informacja, które lokalizacje złamań są najważniejsze, to tzw. lokalizacje główne. To są złamania szyjki kości udowej, kręgosłupa, miednicy, kości ramiennej i kości przedramienia („złamanie nadgarstka").

Pacjenci wysokiego ryzyka złamań to osoby, u których w ciągu ostatniego roku doszło do złamania w lokalizacji głównej, a w badaniu densytometrycznym mają osteopenię; miały dwa lub więcej złamań głównych; u których doszło do złamania w trakcie przyjmowania pewnych leków, w tym glikokortykosteroidów; mające niską wartość badania DXA (T-score mniejsze lub równe -3,0); u których stwierdzono wysokie ryzyko złamań na podstawie specjalnego internetowego kalkulatora ryzyka złamań FRAX.

50 proc. złamań kręgów nie boli! Po złamaniu szyjki kości udowej jedynie 30 proc. osób wraca do pełnej sprawności. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w ciągu roku umiera 10 tys. pacjentów po złamaniu szyjki kości udowej.

Dane z 2022 r. wskazują, że na osteoporozę w Polsce choruje ok. 2,1 mln osób, w tym 1,7 mln to kobiety. A jak dużo osób ma osteoporozę wysokiego ryzyka?

Niestety, nie mamy takich danych. Ale to nie powinno uspokajać. Jeśli ktoś dostrzega cechy wysokiego ryzyka złamań, to nie wolno czekać. Każdy pacjent powinien być leczony! Zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi, ale również z zaleceniami polskimi, leki powinny być dobrane do stopnia ryzyka złamań. W sytuacji, w której leki kościotwórcze nie są dostępne, ale mamy nadzieję, że wkrótce będą, należy stosować leki najsilniejsze z dostępnych – nowoczesny denosumab, podawany raz na pół roku, lub starszy, ale również skuteczny zoledronian (niestety z utrudnioną dostępnością w Polsce), podawany dożylnie raz na rok.

Jakie są konsekwencje złamań bardzo wysokiego ryzyka osteoporozy?

Bardzo poważne, to kaskada złamań. Jedna z moich pacjentek doznała złamań pięciu kręgów w ciągu roku. Ważna informacja: 50 proc. złamań kręgów nie boli! Konsekwencja niepełnosprawności – po złamaniu szyjki kości udowej jedynie 30 proc. wraca do pełnej sprawności. I wreszcie najgorsze – zgon. Według danych NFZ w ciągu roku umiera 10 tys. pacjentów.

Niestety, leczonych jest zaledwie kilka procent pacjentów, w tym jeszcze mniej zgodnie z aktualnymi zaleceniami, czyli lekiem dopasowanym do oceny ryzyka stopnia złamań.

Jak powinno się leczyć osteoporozę wysokiego ryzyka? Czy takie leczenie jest dostępne w Polsce?

Wszyscy czekamy na refundację nowoczesnego leku kościotwórczego – romosozumabu, który łączy komponentę kościotwórczą z antyresorpcyjną. To lek dla kobiet po menopauzie. Stosowany jest tylko przez rok, następnie dla przedłużenia efektu powinien być stosowany lek antyresorpcyjny (czyli jest to terapia sekwencyjna).

Ilu pacjentów obejmie refundacja? Których pacjentów będzie dotyczyć? Nie wiem, trudno powiedzieć. Jestem umiarkowaną optymistką. Wiem, że tych pacjentów nie wolno przegapić, i powtórzę: „Pacjencie, myśl o sobie sam i podejmuj decyzję wspólnie z lekarzem".

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ANNA ROGALA**

Dr n. med. Maria Rell-Bakalarska
– reumatolog. Pracuje w Specjalistycznym Centrum Reumatologii i Osteoporozy Rheuma Medicus w Warszawie, dyrektor naukowy Interdyscyplinarnej Akademii Medycyny Praktycznej IAMP.

Półpasiec powoduje, że zasadnicza choroba postępuje

Rozmowa z **DR N. MED. GRAŻYNĄ CHOLEWIŃSKĄ**, ordynator w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie

Czy w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym są hospitalizowane osoby chore na półpasiec?

Oczywiście, bardzo często. Półpasiec to choroba wirusowa, powoduje ją wirus *Varicella zoster*, który wywołuje dwie jednostki chorobowe. Przy pierwszym zetknięciu wirus wywołuje ospę wietrzną. Po przechorowaniu organizm nie pozbywa się wirusa, potrafi on przetrwać w zwojach czuciowych nerwów nawet przez wiele dziesiątków lat. Osoby dorosłe, szczególnie starsze lub z deficytem immunologicznym, są narażone na to, że wirus „budzi się", namnaża się i powoduje chorobę zwaną półpaścem. Sama nazwa „półpasiec" pochodzi od tego, że pęcherzyki i zmiany na skórze występują po jednej stronie ciała.

Półpasiec to nie jest błaha choroba, skoro chorzy trafiają do szpitala?

To bardzo bolesna choroba skóry i tkanki podskórnej zarówno w okresie ostrym, kiedy pokazują się wykwity na skórze, jak i po wygojeniu zmian skórnych. Ból nerwowy (neuropatyczny) pozostaje przez wiele tygodni, miesięcy, a nawet lat. Ten ból wymaga interwencji za pomocą silnie działających leków przeciwbólowych; czasem są to leki narkotyzujące, opiatowe. Konsekwencją jest niestety przyzwyczajenie do tych leków, zwłaszcza przez osoby starsze. Pacjenci często są kierowani do poradni leczenia bólu, gdzie mają specjalne zabiegi, zastrzyki podawane do nerwu, by uśmierzyć ból. Jest on tak silny, ponieważ choroba przebiega wzdłuż nerwów. Pod skórą przebiegają włókna nerwowe, które są zmienione zapalnie, uszkodzone przez proces chorobowy. Przewlekły ból to najczęstsze powikłanie, ale niejedyne, bo jest to wirus neurogenny: może spowodować m.in. zapalenie opon mózgowych i mózgu, wirusowe zapalenie płuc u osób starszych, a u młodszych – zapalenie nosa, gardła, zatok.

Dla kogo choroba jest szczególnie niebezpieczna?

Dla osób starszych, a także tzw. immunoniekompetentnych, czyli takich, które mają obniżoną odporność. Są to szczególnie pacjenci hematoonkologiczni, tzn. z białaczką, chłoniakiem, ziarnicą złośliwą, a także osoby z nowotworami, po przeszczepach narządów, po usunięciu śledziony, HIV-dodatni, w okresie pełnoobjawowego AIDS, z reumatoidalnym zapaleniem stawów, toczniem układowym, autoimmunologiczną chorobą tarczycy Hasihmoto. Kiedy niewydolność układu immunologicznego jest wyraźna i istotna, wirus to wykorzystuje, zaczyna się namnażać i powoduje wysiew na skórze w postaci pęcherzyków.

To bardzo bolesna choroba skóry i tkanki podskórnej. Ból nerwowy pozostaje przez wiele tygodni, miesięcy, a nawet lat. Wymaga interwencji za pomocą silnie działających leków przeciwbólowych.

Część pacjentów ma tak poważne objawy, że musi być leczona w szpitalu?

Większość osób z deficytem immunologicznym w przebiegu swojej choroby podstawowej ma ciężki przebieg półpaśca. Często są kierowane do szpitala zakaźnego. W większości przypadków charakterystyczny jest początek choroby: od 3 do 5 dni przed pojawieniem się wykwitów na skórze pacjent ma ogólne objawy infekcyjne: osłabienie, ból głowy, stan podgorączkowy. W niektórych miejscach może się pojawić mrowienie, drętwienie, swędzenie czy ból: to zapowiedź, że za chwilę pokażą się na skórze pęcherzyki z płynem surowiczym. Znajduje się w nim aktywny wirus, który się namnaża. W zależności od lokalizacji zmian półpaścowych możemy mieć do czynienia z półpaścem głowy (zmiany występują wzdłuż unerwienia nerwu twarzowego), piersiowym, lędźwiowym (najczęściej występującym). Bywa też uszkodzenie nerwów czaszkowych, zespół Ramsaya Hunta (tzw. półpasiec uszny; dochodzi do zajęcia zwoju kolanka nerwu twarzowego, pojawia się ból w uchu, wysypka pęcherzykowa w okolicy małżowiny usznej, osłabienie słuchu lub zaburzenia równowagi, często z porażeniem nerwu twarzowego – przyp. red.).

Muzyk Justin Bieber pokazał w internecie swoje zdjęcia, na których było widać, że miał uszkodzenia nerwu słuchowego i porażenie połowy twarzy. Nie mógł śpiewać, powieka mu się nie domykała, usta się nie domykały, płyny wylewały mu się z ust. To nie jest banalna choroba.

Znam pacjentów, którzy zachorowali na półpasiec podczas terapii onkologicznej, a zwłaszcza radioterapii, która działa na skórę. Musieli mieć przerwane leczenie, gdyż ostra choroba zakaźna jest przeciwwskazaniem kontynuowania leczenia onkologicznego czy radioterapii.

W szpitalu są też osoby starsze, które zachowały na półpasiec. Wystarczy długotrwały stres, depresja np. po śmierci małżonka, aby rozwinęła się ciężka postać półpaśca. Ryzyko rośnie wraz z wiekiem. Od 50. roku życia zaczynają się procesy degradacyjne układu immunologicznego. Im osoba starsza, tym większe ryzyko, że pojawi się półpasiec, a ból neuropatyczny będzie

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK, MATERIAŁY PRASOWE

silniejszy i większy. Prosimy pacjenta, by na 10-stopniowej skali zaznaczył swój ból: zwykle pacjenci z półpaścem zaznaczają 9 lub 10. Ból nie daje spać, powoduje depresję.

Są badania naukowe, które dowodzą, że osoby po przebyciu ostrej fazy półpaśca mają zwiększone ryzyko zmian w naczyniach krwionośnych, większe ryzyko udaru mózgu czy zawału, ponieważ procesy immunologiczne wyzwalają cytokiny, które powodują odkładanie się skrzeplin w małych naczyniach krwionośnych. To nie jest banalna choroba.

Komu zaleciłaby Pani zaszczepienie się przeciw półpaścowi?

Najskuteczniejszą metodą zapobiegania chorobie i jej powikłaniom są szczepienia ochronne. Szczepionka przeciw półpaścowi jest dwudawkowa. W Charakterystyce Produktu Leczniczego mowa jest o profilaktyce półpaśca szczepieniem u dwóch kategorii osób. Po pierwsze u wszystkich osób powyżej 50 lat, a po drugie u osób od 18. roku życia o wysokim ryzyku zachorowania na półpasiec, czyli u osób, które mają choroby towarzyszące. Skuteczność szczepienia wynosi ponad 90 proc. w populacjach wysokiego ryzyka. Szczepionka jest dobrze przebadana. Szczepienia zaleca CDC i szereg towarzystw naukowych, m.in. Polskie Towarzystwo Wakcynologii, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Polskie Towarzystwo Badania Bólu.

Od niedawna szczepionka w Polsce jest refundowana w 50 proc. dla pacjentów 65 plus mających choroby współistniejące. Optymalnie byłoby, gdyby dla tej grupy było to szczepienie bezpłatne?

Na pewno tak, dziś 50- czy 60-latek musi zaszczepić się pełnopłatnie. Jednak to bardzo dobrze, że tak szybko pojawiła się refundacja, przynajmniej dla części osób. To początek, być może refundacja zostanie rozszerzona, podobnie jak to było ze szczepionką przeciw grypie. Na pewno bardzo ważne jest to, żeby miały możliwość zaszczepienia się wszystkie osoby starsze, a dla nich bariera finansowa jest poważnym problemem. Ważne jest też to, żeby zaszczepiły się osoby młodsze mające obniżoną odporność. Zaszczepić można się równocześnie przeciw innym chorobom, m.in. grypie, pneumokokom, tężcowi, kształcowi.

Widząc pacjentów u siebie w klinice, poleciłaby Pani szczepionkę?

Zdecydowanie tak. Gdy pytam pacjentkę, dlaczego nie zaszczepiła się mimo dużych obciążeń chorobowych, które stanowią ryzyko ciężkiego przebiegu półpaśca, to mówi, że nie wiedziała, że jest szczepionka, że gdyby wiedziała, to by się zaszczepiła. O tej chorobie trzeba mówić. Niedawno był „Tydzień świadomości półpaśca", wiele materiałów pojawiło się w mediach, wiele osób usłyszało o chorobie i o szczepieniu. Ważne, aby lekarze rodzinni przypominali o szczepieniu.

Półpasiec powoduje, że zasadnicza choroba pacjenta postępuje. Jeden z moich pacjentów miał raka pęcherza moczowego, był po operacji, miał naświetlania. Po dwóch cyklach musiał przyjść do szpitala zakaźnego, bo zachorował na rozsiany półpasiec. Przerwano leczenie onkologiczne na kilka miesięcy, bo cały czas utrzymywał się ból. W tym czasie pojawił się przerzut do płuca.

Jeszcze jedna kwestia: leki przeciwbólowe stosowane w leczeniu neuralgii popółpaścowej są bardzo silne. Znam starsze osoby, które po trzech tygodniach przyjmowania leków opiatowych były od nich uzależnione. Mimo że większość ludzi choruje tylko raz w życiu na półpasiec, to 6-8 proc. osób choruje kilka razy w życiu. Znam pacjentów, którzy nawet trzykrotnie chorowali na półpasiec. Nikt z nas nie wie, czy za kilka lat nie zachoruje na chorobę onkologiczną, nie będzie potrzebował przeszczepienia nerki, podawania leków immunosupresyjnych, co zniszczy odporność organizmu. Wtedy można znaleźć się w tej grupie 6-8 proc. pacjentów, którzy zachorują kolejny raz. Nie warto ryzykować.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała KATARZYNA PINKOSZ

Dr n. med. Grażyna Cholewińska
– ordynator w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, konsultant wojewódzka w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa mazowieckiego.

20 lat innowacji: wyzwania i szanse

Rozmowa z **KRISZTIÁNEM SZABOLCS TOKĄ**, dyrektorem generalnym Amgen w Polsce

W tym roku Amgen obchodzi 20-lecie swojej obecności w Polsce. Na jakich obszarach obecnie się Państwo skupiają?

Amgen niezmiennie koncentruje się na pomocy pacjentom. Opracowujemy innowacyjne terapie stosowane w leczeniu schorzeń będących wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Do tej pory skupialiśmy się przede wszystkim na chorobach cywilizacyjnych, takich jak osteoporoza, choroby kardiologiczne, nowotwory czy schorzenia hematologiczne. Teraz wchodzimy w nowy obszar – chorób rzadkich. W Polsce zmaga się z nimi niemal 3 mln osób. A zatem mimo swojej definicji choroby rzadkie wcale nie są takie rzadkie i pozostają wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. A problemy zaczynają się już na poziomie diagnostyki.

Poruszył Pan ważny temat – diagnostyki. Jakie priorytety widzi Pan w tym zakresie?

Po pierwsze, zapobieganie jest zdecydowanie lepsze niż naprawianie skutków. Chodzi przede wszystkim o pacjentów, ale także o system ochrony zdrowia. Wśród ogółu społeczeństwa należy więc promować edukacyjne programy przesiewowe, dzięki którym możemy wykryć chorobę na wczesnym etapie i zmniejszyć ryzyko jej rozwoju i konsekwencji. Dobrym przykładem jest osteoporoza. Jednym z jej objawów może być ubytek wzrostu będący efektem złamiania kręgosłupa. Można to wychwycić za pomocą bardzo prostego badania: pomiaru wzrostu. Kolejnym jest densytometria, czyli badanie gęstości kości – powinno ono być wykonywane u każdego pacjenta powyżej 60. roku życia, u którego doszło do złamania niskoenergetycznego.

Na leczenie skutków osteoporozy, z którą zmaga się ponad 2 mln Polaków,

ZDJĘCIA: MATRIAŁY PRASOWE

wydaje się rocznie w Polsce 500 mln zł, podczas gdy zapobieganie tej chorobie byłoby znacznie tańsze. Tymczasem ponad 90 proc. chorych nie rozpoczyna leczenia w odpowiednim czasie, czyli na wczesnym etapie choroby. Bardzo wysokie ryzyko wystąpienia złamań osteoporotycznych może prowadzić do ciężkiej w przebiegu osteoporozy, skutkującej niepełnosprawnością lub zagrażającej życiu pacjenta. Śmiertelność w pierwszym roku po złamaniu bliższego końca szyjki kości udowej wynosi ponad 20 proc.

Co zatem należy zrobić, by zmienić te niepokojące statystyki?

Konieczne jest usprawnienie systemu ochrony zdrowia w taki sposób, by dostępność do diagnostyki i leczenia nie napotykała barier, bowiem koszt społeczny braku interwencji jest ogromny. Dziś właściwie trudno wyobrazić sobie obszar terapeutyczny, w którym wczesna diagnostyka nie byłaby ważna. Weźmy choćby choroby układu krążenia. Jednym z czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak zawał czy udar, jest wysoki poziom cholesterolu LDL. Może on być wynikiem hipercholesterolemii rodzinnej, która jest chorobą o podłożu genetycznym, związaną zwykle z mutacją jednego z trzech genów odpowiadających za metabolizm cholesterolu LDL. Rozróżniamy dwie postaci rodzinnej hipercholesterolemii – heterozygotyczną, występującą u jednej na 250 osób, oraz homozygotyczną, która jest chorobą rzadką.

Wykrywalność hipercholesterolemii rodzinnej w Polsce szacuje się na ok. 3 proc. Tymczasem według badań względne ryzyko śmiertelnego incydentu wieńcowego u kobiet z hipercholesterolemią rodzinną w wieku od 20 do 39 lat mimo leczenia wzrasta 125-krotnie, a u chorych mężczyzn w wieku od 20 do 39 lat prawie 50-krotnie, w porównaniu z populacją ogólną. Pacjenci z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną doświadczają średnio niemal cztery razy więcej zdarzeń sercowo-naczyniowych w porównaniu z pacjentami o podobnym profilu ryzyka bez obciążenia genetycznego. Z kolei w przypadku hipercholesterolemii homozygotycznej niezastosowanie skutecznego leczenia powoduje, że pacjent z tą postacią na ogół nie dożywa 30. roku życia.

Wystąpienie hipercholesterolemii rodzinnej u jednego z rodziców powoduje 50-proc. prawdopodobieństwa przekazania jej dzieciom. Jeśli dodać do tego niską wykrywalność choroby w Polsce i zagrożenia, jakie ona niesie, konieczne wydaje się wprowadzenie w Polsce skriningu wśród dzieci, czyli wykonanie lipidogramu, choćby w trakcie bilansu sześciolatka.

A jak wygląda kwestia dostępu do nowoczesnej diagnostyki w chorobach onkologicznych?

Tutaj również można by ten proces usprawnić. Ważne byłoby przyspieszenie ścieżki diagnostycznej. Brakuje prostego rozwiązania, na przykład skierowania kaskadowego, które umożliwiłoby patomorfologom przekazanie materiału na diagnostykę molekularną. Obecnie diagnostyka raka płuca od momentu pojawienia się pacjenta w systemie do włączenia leczenia trwa średnio 4,5 miesiąca. Kluczowe jest podjęcie działań, które pomogą szybciej rozpocząć optymalne leczenie. Wydaje się, że jest to problem stosunkowo łatwy do rozwiązania – wystarczyłoby od razu pozyskiwać zgodę pacjenta na diagnostykę molekularną oraz wydawać skierowanie kaskadowe, przyspieszające proces diagnostyczny.

Brzmi rzeczywiście bardzo optymistycznie, tylko jak wprowadzić te zmiany?

Wdrażanie wszelkich rozwiązań wymaga oczywiście koordynacji z różnymi interesariuszami i zaimplementowania zrównoważonego planu wydatków. Jako Amgen jesteśmy otwarci na współpracę ze wszystkimi interesariuszami systemu ochrony zdrowia, aby na potrzeby pacjentów odpowiadać z jeszcze większą skutecznością. Model partnerstwa środowiska farmaceutycznego z rządem powinien bazować na budowaniu dialogu z decydentami, który prowadziłby m.in. do poszukiwania rozwiązań problemów w dostępie do terapii, skrócenia okresu od rejestracji do refundacji oraz od refundacyjnej decyzji administracyjnej ministra zdrowia do faktycznego udostępnienia leku pacjentowi. Istotne jest również tworzenie dobrego, przewidywalnego ekosystemu prawnego, tak ważnego w tym wysoce regulowanym środowisku biznesowym. Trzeba pamiętać, że na końcu tych wszystkich działań jest pacjent. A właściwie jest on na samym początku. Dlatego nieustannie pracujemy nad wyrównaniem szans polskich pacjentów w dostępie do innowacyjnych terapii zgodnie z wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiał **BARTOSZ UCHAŃSKI**

Model partnerstwa środowiska farmaceutycznego z rządem powinien bazować na budowaniu dialogu z decydentami, który prowadziłby m.in. do poszukiwania rozwiązań problemów w dostępie do terapii i skrócenia okresu od rejestracji do refundacji.

Krisztián Szabolcs Toka

– dyrektor generalny Amgen w Polsce. Urodził się na Węgrzech, ukończył studia medyczne na Uniwersytecie w Debreczynie w 2004 r. Ma prawie 20-letnie doświadczenie w branży farmaceutycznej, poprzednio pełnił funkcję dyrektora generalnego Amgen na Węgrzech oraz członka zarządu Amerykańskiej Izby Handlowej (AmCham Hungary), Stowarzyszenia Innowacyjnych Producentów (Association of Innovative Manufacturers) oraz Stowarzyszenia Handlowego VÉDETTSÉG.

Polscy geniusze światowej medycyny

„Wprost" stara się od kilku lat wyróżniać tytułem wizjonerów wybitnych lekarzy i naukowców, którzy zmieniają polską i światową medycynę. Mają oni wspaniałe wzory Polaków, bez których trudno byłoby wyobrazić sobie światową medycynę

Tekst: **ANNA ROGALA**

Zafascynowani nauką, zaangażowani w swoją pracę, ratowali życie wielu ludzi, często narażając własne. Ich życie może być inspiracją dla pokoleń.

PIERWSZĄ SZCZEPIONKĘ WYPILIŚMY TECHNIK I JA, ALE TRZEBA BYĆ FAIR...

O Hilarym Koprowskim (1916-2013) mówi się, że był człowiekiem renesansu, jego pasją była nie tylko medycyna, ale też muzyka, literatura i sztuka. Wybitny lekarz, immunolog i wirusolog przede wszystkim wsławił się jako twórca pierwszej na świecie doustnej szczepionki przeciw wirusowi polio wywołującemu chorobę Heinego-Medina.

Medycynę studiował na Uniwersytecie Warszawskim. Wkrótce po wybuchu II wojny światowej wraz z żoną opuścił Polskę. Początkowo przebywali we Włoszech, następnie w Brazylii, a w 1944 r. osiedlili się w Stanach Zjednoczonych. Koprowski zatrudnił się w firmie farmaceutycznej i – zainspirowany odkryciami Maxa Theilera, który opracował szczepionkę przeciwko żółtej febrze – rozpoczął badania nad szczepionką przeciw wirusowi polio. W tym czasie na całym świecie rozprzestrzeniała się epidemia polio, wirusowej choroby zakaźnej, która może prowadzić do śmierci lub kalectwa na skutek wiotkiego porażenia mięśni.

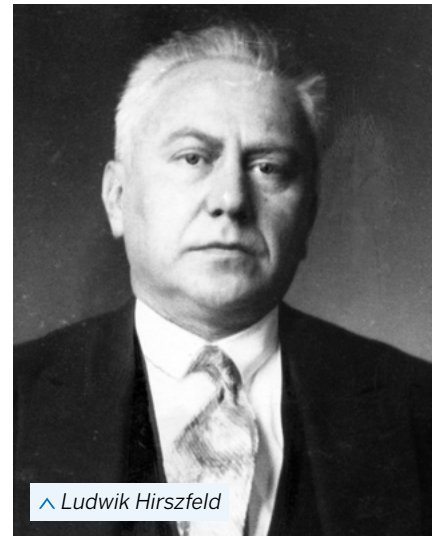
Hilary Koprowski

Udało mu się wytypować odpowiedniego dla wirusa gospodarza (szczur bawełniany), który sam nie ulegał zakażeniu, natomiast namnażający się w jego organizmie wirus osłabiał się. Wyniki pierwszych testów okazały się obiecujące. Aby jednak dobrać odpowiednie stężenie szczepionki, naukowiec testował ją na sobie i swoich asystentach. Po dwóch latach badań klinicznych, w 1950 r., szczepionkę podano 20 dzieciom w Letchworth Village (USA). Żadne z nich nie zachorowało na polio, w ich organizmach wytworzyły się skuteczne przeciwciała.

Dzięki prof. Koprowskiemu Polska w 1959 r. otrzymała za darmo 9 mln dawek szczepionki przeciw polio. Rozpoczęto szczepienia na szeroką skalę. Cztery lata później choroba Heinego-Medina w Polsce została prawie wyeliminowana. Zespół prof. Koprowskiego opracował również szczepionki przeciw różyczce, wściekliźnie. Angażował się w prace nad wykorzystaniem roślin do produkcji szczepionek i surowic.

DOBRY BADACZ KOCHA SIĘ W SWOIM TEMACIE

Twórcą polskiej szkoły immunologicznej, a także nowej dziedziny nauki seroantropologii (nauki zajmującej się badaniem różnic serologicznych między ludźmi) był Ludwik Hirszfeld (1884-1954), lekarz, bakteriolog, immunolog. Jego najważniejszym



Ludwik Hirszfeld

Hilary Koprowski wsławił się jako twórca pierwszej na świecie doustnej szczepionki przeciw wirusowi polio wywołującemu chorobę Heinego-Medina.

osiągnięciem naukowym była praca nad grupami krwi. W latach 1907-1911 wraz z Emilem von Dungernem odkrył prawa dziedziczenia grupy krwi (zastosował je do dochodzenia ojcostwa) i wprowadził oznaczenie grup krwi jako 0, A, B i AB. Te zasady zostały przyjęte na całym świecie w 1928 r. Oznaczył również czynnik Rh i odkrył przyczynę konfliktu serologicznego, co uratowało życie wielu noworodkom.

Urodził się w Warszawie w zasymilowanej rodzinie żydowskiej. Medycynę studiował w Niemczech. Doktorat poświęcił zagadnieniu aglutynacji, natomiast pracę habilitacyjną – związkom zjawisk odpornościowych i krzepliwości krwi. W czasie I wojny światowej przebywał w Serbii, gdzie pomagał w zwalczaniu epidemii tyfusu plamistego (w uznaniu dla jego zasług w 2017 r. w Belgradzie odsłonięto popiersie prof. Hirszfelda, rok później jego podobizna znalazła się na znaczku poczty serbskiej z okazji 100-lecia wielkiej wojny).

Po powrocie do Polski od 1920 r. pracował w Państwowym Zakładzie Badania Surowic w Warszawie, który później został włączony do współtworzonego przez niego Państwowego Zakładu Higieny (PZH).

We wrześniu 1939 r. podczas obrony Warszawy Hirszfeld rzucił się w wir pracy i pomocy innym. Zorganizował ośrodek krwiodawstwa: sam również oddał krew, a przez radio wzywał mieszkańców miasta do oddawania krwi dla rannych. W getcie warszawskim prowadził wykłady, a także leczył chorych na tyfus plamisty. W lipcu 1942 r. udało mu się uciec z getta. Dwa lata później w Lublinie wziął udział w tworzeniu Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Następnie przeniósł się do Wrocławia, gdzie utworzył Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN. We Wrocławiu zorganizował również Ośrodek Badań Patologii Ciąży.

Prof. Hirszfeld był nominowany do Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny (1950) za wyjaśnienie konfliktu serologicznego między matką a płodem. Nobla nie dostał...

NIGDZIE NIE MA TAK WSPANIAŁYCH WSZY, JAK WE LWOWIE

Uratował miliony ludzi na całym świecie. Rudolf Weigl (1883-1957) opracował pierwszą na świecie skuteczną szczepionkę

Rudolf Weigl

przeciw tyfusowi plamistemu, był prekursorem zastosowania owadów, głównie wszy, jako zwierząt laboratoryjnych do hodowli bakterii wywołującej tyfus.

Urodził się w rodzinie austriackiej. Po śmierci ojca jego matka powtórnie wyszła za mąż, za Polaka. Rudolf nauczył się polskiego, gdy miał kilka lat. Ojczym wychowywał chłopca w polskiej tradycji kulturowej. Weigl tak bardzo zidentyfikował się z Polską, że do końca życia podkreślał, że jest Polakiem.

Gdy w czasie I wojny światowej powołano go do armii austro-węgierskiej, miał zająć się parazytologią, ale poza obowiązkami rozpoczął badania nad tyfusem plamistym. Epidemia tej choroby w czasie I wojny światowej zabiła około 3 mln ludzi. Po wojnie prof. Weigl założył we Lwowie Instytut Badań nad Tyfusem Plamistym i Wirusami. Dzięki badaniom francuskiego lekarza Charlesa Nicolle'a Weigl wiedział, że bakterie wywołujące tyfus są przenoszone przez wszy. Do opracowania szczepionki wykorzystał wszy. W 1920 r. po wielu badaniach wynalazł skuteczną szczepionkę przeciw tyfusowi.

Po zajęciu Lwowa Nikita Chruszczow zaproponował prof. Weiglowi przeprowadzkę do Moskwy i członkostwo w Rosyjskiej Akademii Nauk. Profesor odmówił mu: „Panie sekretarzu, nigdzie nie ma tak wspaniałych wszy jak we Lwowie, dlatego go nie opuszczę".

Do przygotowania szczepionki dla jednej osoby potrzebnych było 120 wszy. Im więcej było tzw. karmicieli wszy, tym więcej dawek szczepionki można było wyprodukować.

W Instytucie Weigla w czasie okupacji niemieckiej jako karmiciele wszy byli zatrudniani ludzie nauki i kultury narażeni na represje okupantów. Zatrudnienie w Instytucie wiązało się nie tylko z dodatkowymi przydziałami żywności czy możliwością swobodnego poruszania się po mieście, ale przede wszystkim z gwarancją bezpieczeństwa. Karmicielami wszy byli m.in.: prof. Weigl i jego żona, Stefan Banach (matematyk), Jerzy Broszkiewicz (autor fantastyki naukowej), Zbigniew Herbert (poeta).

Prof. Weigl nigdy nie wyparł się Polski. Przeciwstawił się żądaniom Niemców, aby złożył wniosek o wpisanie na niemiecką listę narodowościową. Nie zmienił zdania, nawet gdy Fritz Katzmann, dowódca SS, zaproponował mu pomoc, by mógł otrzymać Nagrodę Nobla. Kandydatura Weigla była wielokrotnie zgłaszana do Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny, ale nigdy mu jej nie przyznano.

Weigl zasłynął z akcji szczepień przeciw durowi plamistemu w katolickich misjach belgijskich w Chinach, która uratowała wielu misjonarzy i Chińczyków. Został za to uhonorowany Orderem Św. Grzegorza Wielkiego i Orderem Leopolda. Prof. Weigl uratował około 5 tys. osób, przedstawicieli lwowskiego środowiska naukowego (m.in. żydowskich naukowców), bojowników ruchu oporu. W 2003 r. został pośmiertnie odznaczony medalem Sprawiedliwy Wśród Narodów Świata.

Prof. Hirszfeld był nominowany do Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny za wyjaśnienie konfliktu serologicznego między matką a płodem. Nobla nie dostał...

ZDJĘCIA: PAP/PAWEŁ KULA, NARODOWE ARCHIWUM CYFROWE (2)

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Nie ma czasu, by zwlekać

Pomagają oswoić się z diagnozą, edukują, często doradzają, jak uzyskać pomoc i gdzie się leczyć. Jako pacjenci znają system od środka, dążą do wprowadzenia w nim zmian. Są to zarówno małe organizacje działające dla chorych z konkretnym schorzeniem, jak i organizacje „parasolowe", grupujące inne stowarzyszenia i fundacje. Głos pacjentów jest coraz bardziej słyszalny. Co chcieliby zmienić w systemie ochrony zdrowia?

Małgorzata Piekarska,
prezes zarządu Polskiego Stowarzyszenia Osób z Nadciśnieniem Płucnym i Ich Przyjaciół

Tak zdrowo wyglądamy i mamy zdrowe nogi

Mamy kilka postulatów na ten rok. Po pierwsze: edukacja lekarzy. Często mają oni problem z rozpoznaniem nadciśnienia płucnego. Późne rozpoznanie oznacza nieodwracalne zmiany. Czekamy na rejestrację nowego leku i jak najszybsze wprowadzenie – z badań klinicznych wynika, że jest to lek, który może zmienić nasze życie.

Osoba, której nagle zawali się świat; rodzic, którego dziecko umiera – a tak bywa w przypadku nadciśnienia płucnego – pozostaje dziś bez pomocy specjalisty. Psycholog powinien być też dostępny online, gdyż niektórzy chorzy nie są w stanie dojechać na wizytę. Problemem jest też dostęp do rehabilitacji – powinna być w POZ, blisko pacjenta.

Kolejna rzecz to koncentratory tlenu – nie mamy możliwości wypożyczenia ich z darmowej poradni; o otrzymaniu koncentratora decyduje pulmonolog, a nie nasz lekarz – kardiolog. Walczymy też o lek dla osób z zatorowością płucną, niestety nie jest on refundowany dla wszystkich pacjentów z nadciśnieniem płucnym.

Lekarze orzecznicy ZUS i zespołów orzekania o niepełnosprawności powinni brać udział w obowiązkowych szkoleniach lub powinien być np. w ZUS orzecznik, który szkoli się z naszej choroby. Chorzy z nadciśnieniem płucnym często nie otrzymują renty, gdyż orzecznicy nie znają naszej choroby. Nie otrzymujemy karty parkingowej, bo przecież „tak zdrowo wyglądamy i mamy zdrowe nogi" (to cytat wypowiedzi jednego z orzeczników).

Kamila Anna Dratkowicz,
prezes Fundacji „HypoGenek"

Pacjenci z chorobami rzadkimi potrzebują zauważenia

Osoby chorujące na choroby rzadkie borykają się z problemami każdego dnia. Czasami jest nam trudno wstać z łóżka, a czasami w ogóle nie widać choroby rzadkiej, tylko my mamy świadomość jej występowania. Pacjenci z chorobami rzadkimi tak naprawdę potrzebują zauważenia.

Ważne jest to, aby pacjenci z chorobami rzadkimi mieli koordynowaną opiekę medyczną, aby były ośrodki sprawujące opiekę medyczną dostosowaną dla pacjentów z chorobami rzadkimi, żeby każdy miał możliwość skorzystania z dostępnych terapii lekowych. Musimy także pamiętać, że choroba rzadka to nie jest choroba tylko jednego pacjenta, ale całej rodziny. Dlatego członkowie rodziny również powinni zostać objęci opieką lekarzy specjalistów.

Dorota Korycińska,
prezes zarządu Stowarzyszenia Neurofibromatozy Polska

Nie spoczywamy na laurach

Sześć ośrodków pediatrycznych dla neurofibromatoz w ramach pilotażu będzie sprawować opiekę koordynowaną nad pacjentami do końca 2024 r. Będziemy się starali o wpisanie na stałe do systemu ochrony zdrowia tej formuły opieki nad dziećmi. Odysei diagnostycznej ciągle doświadczają dorośli. Chciałabym, żeby byli objęci taką opieką, jak pediatryczni pacjenci z NF. Organizacja koordynowanej opieki nad dorosłymi chorymi obciążonymi neurofibromatosis to kolejne zadanie na najbliższy rok.

Niezauważane w systemie są kobiety obciążone NF1, które mają wyższe ryzyko zachorowania na raka piersi niż przeciętna populacja. Wydaje się konieczne, by były objęte specjalną profilaktyką jako grupa podwyższonego ryzyka. Jest to szczególnie ważne, gdyż łagodne guzki NF-owe mogą być mylone ze złośliwymi zmianami w piersiach na ich początkowym etapie.

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE, WOJCIECH GRABOWSKI

Kolejne wyzwanie to organizacja opieki medycznej nad pacjentami z drugim typem neurofibromatozy. Ujawnia się zazwyczaj w trzeciej dekadzie życia, a początkowym objawem na ogół jest pogarszający się słuch (nowotwory nerwów słuchowych). NF2 występuje dużo rzadziej niż NF1, co powoduje nie tylko odyseję diagnostyczną, ale też bardzo późne rozpoznanie.

Stanisław Maćkowiak,
prezes Federacji Pacjentów Polskich

Liczymy na Plan i jego wdrażanie

Plan dla Chorób Rzadkich przyjęty uchwałą Rady Ministrów w 2021 r. zakończył ważność z końcem 2023 r. Oznacza to, że obecnie jesteśmy bez planu. Dla pacjentów z chorobami rzadkimi ważny jest czas. Pani Minister zapewniła o przyjęciu uchwały KPRM dotyczącej Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich w drugim kwartale tego roku. W ciągu ostatnich 19 miesięcy zostało opracowanych przez grono wybitnych specjalistów wiele kluczowych rozwiązań dotyczących zadań z Narodowego Planu, jednak samo ich przygotowanie nie jest tak istotne, jak ich wdrożenie. Z punktu widzenia pacjentów najważniejsze jest to, byśmy mieli możliwość uzyskania kompleksowych i koordynowanych świadczeń w potrzebnym czasie.

Chodzi przede wszystkim o utworzenie polskiej sieci ośrodków eksperckich, należącej do sieci europejskiej. Polskie placówki już spełniają ku temu warunki, jednak powinny mieć zapewnione stosowne finansowanie. Deklaracja Pani Minister z 29 lutego daje nadzieję na szybkie rozwiązania legislacyjne zapewniające stosowne finansowanie działalności ośrodków eksperckich. Potrzebne jest również rozszerzenie dostępności oraz refundacji wielu leków dla chorych na choroby rzadkie. Podobnie jest z diagnostyką, w tym z badaniami genetycznymi. Należy też postawić na edukację lekarzy.

Pacjenci z chorobami rzadkimi nie oczekują na specjalne traktowanie, ale jedynie na wyrównanie szans i stosowną kompleksową opiekę.

Anna Kupiecka, prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej

Potrzeba jest reforma polskiej onkologii

Systemem opieki onkologicznej w ostatnich tygodniach wstrząsnęła dyskusja dotycząca przyszłości Krajowej Sieci Onkologicznej oraz jej znaczenia dla otrzymania środków z Krajowego Planu Odbudowy. Widzimy, że nie bez powodu przez kilkanaście miesięcy raport komitetu sterującego do oceny pilotażu był utajniony, a parlamentarzyści – głosując nad wdrożeniem ustawy – tak naprawdę nie znali prawdziwych wyników próby wprowadzenia tego rozwiązania w ograniczonym zakresie. Jednocześnie resort zdrowia wskazuje, że Komisja Europejska nie zgadza się na wycofanie KSO jako kamienia milowego, bez czego otrzymanie 10 mld zł na dofinansowanie ośrodków onkologicznych nie będzie możliwe.

W najbliższym czasie trzeba pilnie wymyślić plan reformy onkologii. Mam nadzieję, że nie zabraknie pomysłu na profilaktykę. Potrzebujemy niezwłocznie podniesienia odsetka kobiet korzystających z publicznego systemu badań przesiewowych. W przypadku cytologii liczymy na refundację testów HPV DNA.

Podstawowym problemem systemu opieki onkologicznej pozostaje późna i niekompletna diagnostyka. Musimy zwiększyć odsetek diagnostyki realizowanej w czasie przewidzianym pakietem onkologicznym. Być może nadejdzie czas finalizacji prac nad wyłonieniem „czwartego koszyka" dla diagnostyki genetycznej i molekularnej. Inaczej będziemy leczyć pacjentów onkologicznych, nie mając kompletu informacji i narażając chorych na utratę zdrowia.

Agnieszka Wołczenko, prezes Stowarzyszenia „EcoSerce"

Wszystko zaczyna się i kończy na sercu

Biorąc pod uwagę skalę schorzeń serca i układu krążenia, priorytetem jest konieczność stworzenia takiej polityki zdrowotnej, aby przede wszystkim pamiętać o sercu. Potrzebujemy szybszej ścieżki wdrażania nowoczesnych terapii (lekowych i nielekowych). Koniecznością jest stworzenie osobnej ścieżki dla osób z hipercholesterolemią; badania genetyczne pod kątem chorób kardiologicznych, edukacja zdrowotna od wczesnych lat.

Nasze postulaty to: 1. Standardy i dostęp do diagnostyki: badania genetyczne w kardiologii – hipercholesterolemia rodzinna, kardiomiopatie. 2. Rozszerzenie dostępu, zmiana kryteriów do refundowanych terapii (flozyny). 3. Realizacja programów wczesnego wykrywania chorób układu krążenia. 4. Koordynowana opieka z przeniesieniem pacjentów stabilnych pod opiekę POZ, co spowoduje zmniejszenie kolejek, odciążenie AOS, specjalistów, zmniejszenie liczby hospitalizacji.

Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

W onkologii wyzwań jest wiele

Koalicja rozpoczęła ten rok startem kampanii „PrzeŻYJMY to jeszcze raz". W niej jak w soczewce skupiają się problemy,

z którymi boryka się pacjent onkologiczny. W ramach kampanii wspieramy prof. Annę Latos-Bieleńską we wprowadzaniu zmian w diagnostyce genetycznej. Nie może być tak, że mamy w refundacji rekordową liczbę nowych terapii, a nie można ich podawać pacjentom, bo nie ma możliwości wykonania badań genetycznych i molekularnych.

Zachęcamy do korzystania ze szczepień – zarówno przeciwko HPV, jak i przeciwko innym chorobom, które dla nas, pacjentów onkologicznych, są szczególnie groźne. Popieramy wprowadzenie do systemu nowoczesnych badań przesiewowych w onkologii, takich jak HPV DNA czy test FIT w raku jelita grubego. Nie przestaniemy wywierać nacisków na decydentów, by godzina dla zdrowia znalazła miejsce w programie szkolnym. Zależy nam też na rozwoju opieki koordynowanej i komunikacji między koordynatorami onkologicznymi i koordynatorami POZ. Dostęp do badań radiologicznych, do radioterapii, prehabilitacja i oncofertility to obszary, w których mamy nadzieję na zmiany w tym roku. Wyzwań jest dużo, ale działając wspólnie, łatwiej osiągać cele.

Elżbieta Kozik, prezes zarządu Polskie Amazonki Ruch Społeczny

Prowadzimy pacjentów przez ścieżki leczenia

Priorytety dla chorych onkologicznie to dziś szybki dostęp do profesjonalnej diagnostyki, diagnostyki molekularnej, leczenia celowanego. Kolejna rzecz to pilne uregulowanie kompetencji i obowiązków koordynatora pacjenta oraz otoczenie każdego chorego opieką koordynatora.

Najpilniejszą i najważniejszą sprawą w systemie ochrony zdrowia moim zdaniem jest komunikacja na każdym odcinku ścieżki chorego, poczynając od POZ. Elektronika i sztuczna inteligencja to niezbędne narzędzia do usprawnienia komunikacji.

Z naszych ankiet wynika, że pacjentom najbardziej potrzebna jest wiedza o chorobie, prawdziwe, wiarygodne, aktualne informacje o danym nowotworze. Stąd nasze działanie i stworzenie profesjonalnej platformy, która daje taką wiedzę choremu i prowadzi przez wszystkie etapy leczenia. Mamy już 12 ścieżek konkretnych nowotworów i zakładamy, że do końca 2025 r. uda nam się objąć w centrumkryzysowe.org.pl wszystkie nowotwory. Codziennie między godz. 17.00 a 19.00 czynna jest nasza infolinia: 22 105 55 30.

Monika Kaczmarek, prezes zarządu głównego Polskiego Stowarzyszenie Diabetyków

Bijemy rekordy amputacji z powodu zespołu stopy cukrzycowej

Środowisko pacjentów diabetologicznych docenia pozytywne zmiany wprowadzone przez decydentów na rzecz osób z cukrzycą. Szczególnie doceniamy zmiany, takie jak rozszerzona refundacja nowoczesnych leków, dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii – także dla osób dorosłych na intensywnej insulinoterapii.

Niestety, mimo rozszerzonego dostępu do nowoczesnych leków i technologii istnieją grupy pacjentów, które nie spełniają kryteriów refundacji. W szczególności powinny być zniesione przestarzałe ograniczenia w refundacji długo działających analogów insulin dla pacjentów z cukrzycą typu 2. Dużym problemem pozostaje zespół stopy cukrzycowej, a niestety w Polsce bijemy niechlubne rekordy w liczbie amputacji kończyn; to ok. 4,5 tys. dużych amputacji rocznie. Kolejnym wyzwaniem jest refundacja pomp insulinowych po 26. roku życia.Jest dużo do zrobienia w kwestii profilaktyki i diagnostyki cukrzycy typu 2. W Polsce 0,5-1 mln osób nie wie o tym, że choruje. Edukację zdrowotną w zakresie prewencji nadwagi, otyłości i cukrzycy typu 2 powinniśmy zaczynać od najmłodszych lat.

Prof. Rajmund Michalski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki

Choroby nerek nie muszą zabijać

Misją naszego stowarzyszenia (www.moje-nerki.pl) jest uświadomienie, jak ważna jest profilaktyka, działania związane z nefroprotekcją, zdrowy tryb życia i właściwa dieta, które mogą zapobiec chorobie lub opóźnić jej rozwój o wiele lat. Kluczowe jest wczesne wykrycie, a w tym wielką rolę odgrywa program „Profilaktyka 40 Plus", którego świadomość wśród pacjentów i lekarzy POZ jest wciąż zbyt niska. Konieczne jest budowanie świadomości na temat chorób nerek wśród lekarzy i społeczeństwa.

Liczymy na szerszy dostęp do leków, które pomagają w leczeniu objawów choroby, a nawet hamują progresję PChN. Kolejna rzecz to poprawa jakości usług w zakresie dializoterapii; informowanie pacjentów o zaletach i ograniczeniach hemodializy i dializ domowych (otrzewnowych). Przy obecnej, zwiększonej, ale nadal bardzo niskiej na tle innych państw Europy wycenie dializ pacjenci obawiają się, że będą zamykane kolejne stacje dializ.

Konieczne jest też przyśpieszenie wykonania badań do kwalifikacji do przeszczepienia nerki. Aż 15 miesięcy zajmuje średnio pacjentowi zrobienie badań, by uzyskał status „aktywnie" oczekującego na przeszczepienie. Część z nich przedawnia się i trzeba je robić jeszcze raz.

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE

© Wszelkie prawa zastrzeżone

All.Can to międzynarodowa inicjatywa powstała w 2016 roku.

W jej skład wchodzą eksperci medyczni, systemu opiekizdrowotnej, przedstawiciele organizacji pacjentów orazinnowacyjnej branży farmaceutycznej.

Celem All.Can Polska jest poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej poprzez efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów finansowych.

All.Can
Razem na rzecz onkologii

www.all-can.pl www.facebook.com/allcanPL twitter.com/allpolska

pl.linkedin.com/company/all-can-poland

Sponsor główny

Bristol Myers Squibb™

oraz

AMGEN Lilly Takeda

Inicjatywa All.Can w Polsce działa dzięki wsparciu finansowemu firm Bristol Myers Squibb (sponsor główny) oraz Amgen, Eli Lilly i Takeda.

porozmawiajmy
szczerze
o otyłości

Otyłość

zmień spojrzenie