



Prof. Wojciech Fendler Będą Nobla w polskiej nauce



Prof. Piotr Rutkowski Najbliższe miesiące to ofensywa w onkologii



Gen. prof. Grzegorz Gielerak Bezpieczeństwo medyczne Polski w dobie wojny w Ukrainie

wprost newsmed

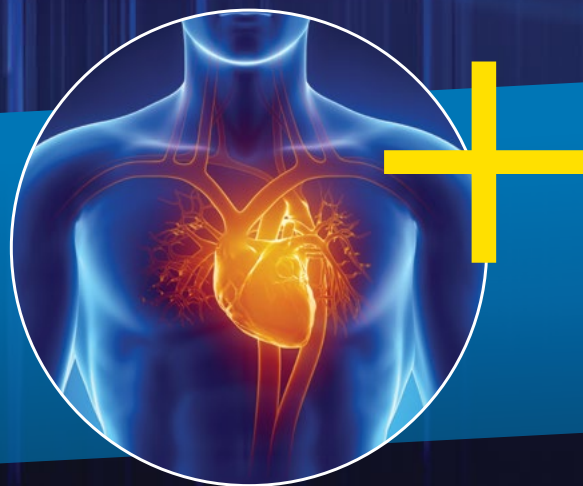
WYDANIE NR 8
WRZESIEŃ 2024

O ZDROWIU



EKSPERCI O WYZWANIACH W ZDROWIU

- profilaktyka ■ koordynacja
- polityka lekowa



Nerki, serce, metabolizm: CRM, czyli nowe wyzwanie zdrowia publicznego

Otyłość to dziś walka z czasem

Diler nie pyta o dowód osobisty

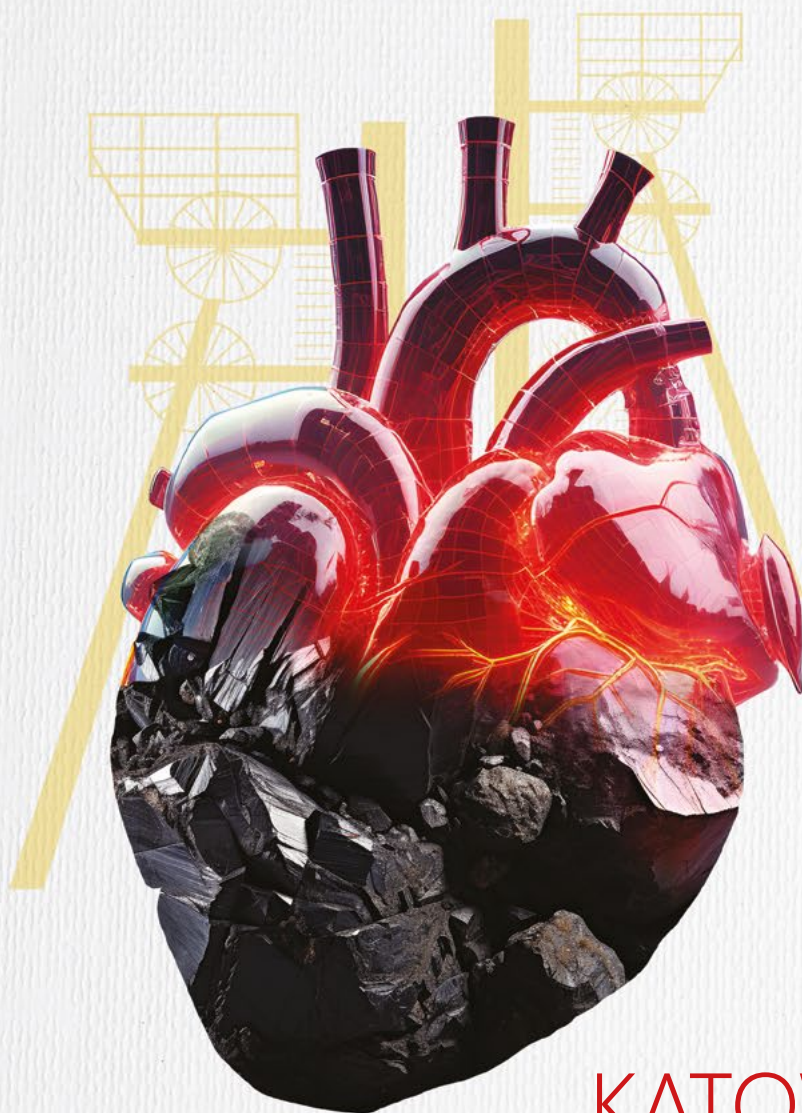
System oczami pacjentów: potrzebne zmiany



XXVIII

Międzynarodowy Kongres

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



KATOWICE

19-21 WRZEŚNIA 2024

kongres2024.ptkardio.pl

Partnerzy organizacyjni:



NEWSMED, czyli nowoczesna medycyna w Polsce

Polscy lekarze są cenieni i doceniani na świecie, tymczasem pacjent, który w Polsce słyszy diagnozę raka lub dowiaduje się, że musi mieć operację, jest kompletnie zagubiony, dokąd iść. Podobnie, gdy po odyssey diagnostycznej wreszcie dowiaduje się, że cierpi na rzadką chorobę. Nic dziwnego, że system ochrony zdrowia jest niekorzystnie oceniany przez pacjentów, którzy widzą go przez pryzmat kolejek, długiego oczekiwania na TK czy rezonans, jeszcze dłuższego na ich opis i braku czasu lekarza w gabinecie, zajętego zmaganiem się w komputerze z wypełnieniem dokumentacji medycznej.

A jednak medycyna w Polsce wyraźnie się zmienia. Coraz częściej mamy dostęp do nowych metod diagnostycznych i nowoczesnych leków. Dzięki temu powoli wyniki leczenia w Polsce jednak się poprawiają. Coraz więcej nowotworów staje się chorobami przewlekłymi, co jeszcze 10 lat temu byłoby niewyobrażalne. Coraz lepiej




Katarzyna Pinkosz
redaktor prowadząca „Wprost o Zdrowiu”

leczymy zarówno choroby cywilizacyjne, jak i rzadkie.

Czego brakuje? O tym mówią (niemal) jednym głosem w tym wydaniu lekarze, eksperci i pacjenci: skutecznej profilaktyki, dobrej organizacji leczenia, odwrócenia piramidy świadczeń. Czasu dla pacjenta. Czasem też zwykłej empatii. A w dzisiejszych czasach: także poczucia bezpieczeństwa.

Chcemy pokazywać, jak zmienia się polska medycyna, system ochrony zdrowia, ale też jak wiele jeszcze trzeba zrobić i co każdy z nas może zrobić dla swojego zdrowia. Dlatego tworzymy we „Wprost” ekspercki portal o medycynie i systemie ochrony zdrowia: NEWSMED. Adresowany do wszystkich, którzy chcą wiedzieć, jak

leczy się w Polsce, ale też gdzie pacjent zagubiony w systemie ochrony zdrowia znajdzie pomoc. Są już z nami znakomici eksperci; zapraszamy do współtworzenia serwisu kolejnych ekspertów, lekarzy, pacjentów. NEWSMED jest dla Was. 

© 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

PARTNERZY WYDANIA



Spis treści

3 **NA POCZĄTEK** – Newsmed, czyli Nowoczesna Medycyna

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

4 **TRUDNE WYZWANIA NA WYJĄTKOWE CZASY** – eksperci o prioryterach

10 **BĄDŹMY BEZPIECZNI, BO PRZYGOTOWANI** – gen. broni prof. Grzegorz Gielerak

57 **NIC O NAS BEZ NAS** – system ochrony zdrowia oczyma pacjentów

ZDROWIE POLAKÓW 2024

12 **JAK DŁUGO ŻYJEMY** – i czy dogonimy średnią UE

14 **DEALER NIE PYTA O DOWÓD** – uzależnienia młodzieży

CHOROBY CYWILIZACYJNE

16 **NAJBLIŻSZE MIESIĄCE TO OFENSywa W ONKOLOGII** – prof. Piotr Rutkowski

18 **LECZENIE PRZED OPERACJĄ** – prof. Dariusz M. Kowalski o raku płuca

20 **NIE MYŚLIMY O ZDROWIU... DO CZASU** – prof. Robert Gil o chorobach układu krążenia

22 **CZAS WYZWAŃ** – prof. Przemysław Mitkowski o kardiologii

24 **TO JEST WALKA Z CZASEM** – otyłość wymaga strategii

26 **CRM: NOWE WYZWANIE ZDROWIA PUBLICZNEGO** – związki serca, nerek i zespołu metabolicznego

34 **POTRZEBNY JEST DIALOG** – Dorota Bieniek

CHOROBY RZADKIE

36 **TERAPIE ENZYMATYCZNE SĄ PRZEŁOMEM W LECZENIU HPP I LAL-D** – prof. Jolanta Sykut-Cegielska

38 **JEDEN Z NAJLEPSZYCH PROGRAMÓW LEKOWYCH NA ŚWIECIE** – SMA

41 **MAMY TO! JEST PLAN DLA CHORÓB RZADKICH**

FARMACJA

42 **MAMMOGRAFIA: PROSTY TEST, WIELKA OCHRONA** – Monique Clua Braun, Novartis Poland

44 **RAK NIE MA GRANIC, MY TEŻ ICH NIE MAMY** – Marek Smela, BeiGene Poland

46 **KOORDYNACJA TO KLUCZ W OPIECE NAD PACJENTEM** – Michal Čuha, Boehringer Ingelheim

48 **POTRZEBNY JEST LEPSZY DOSTĘP DO PRZEŁOMOWYCH TERAPII** – Arkadiusz Budziński, Ipsen Poland

NAUKA DLA MEDYCYNY

50 **NOBLE SIĘ POJAWIA** – zapewnia prof. Wojciech Fendler, prezes ABM

53 **POTRZEBNA KROPKA NAD I** – prof. Paweł Łęgosz

55 **NICIEŃ TO MALUTKI MODEL CZŁOWIEKA** – dr Krzysztof Drabikowski

Trudne wyzwania na wyjątkowe czasy

Pieniądzy przeznaczonych na ochronę zdrowia jest coraz więcej, czy jednak przekłada się to na zdrowie Polaków? Czy dobrze alokujemy pieniądze? Co zmienić, co poprawić, które dziedziny medycyny najbardziej dziś potrzebują zmian?

Wyzwania są w każdej dziedzinie medycyny i zawsze będą, bo nauka się rozwija, wciąż pojawiają się terapie, które zmieniają życie wielu pacjentów. Oprócz wyzwań lekowych nie mniej ważne są wyzwania organizacyjne: często od dobrej organizacji ścieżki diagnostyczno-leczniczej zależy, czy pacjent szybko trafi do właściwego lekarza, uzyska diagnozę. Żyjemy w trudnych czasach, co stwarza kolejne wyzwania i pytania o bezpieczeństwo leków i medyczne.

Co możemy w naszym systemie poprawić, by zyskać efekt w postaci wydłużenia życia, poprawy jego jakości, wydłużenia życia w zdrowiu? O najważniejsze priorytety pytamy w tym wydaniu „Wprost o Zdrowiu” lekarzy, ekspertów systemu ochrony zdrowia i pacjentów.

Wiele procedur wykonywanych w szpitalach powinno być odpowiednio wycenionych i wykonywanych w ramach AOS. Zaoszczędzilibyśmy środki.



Mniej leczenia w szpitalu, więcej w poradniach



Prof. Marek Rękas, konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki

Udało się w ciągu ostatnich lat zlikwidować kolejki do operacji zaćmy, a program leczenia AMD (zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem) i DME (cukrzycowego obrzęku plamki) jest uznawany za jeden z najlepszych w Europie. Najpilniejsze wyzwania na najbliższy okres to:

1. ODWRACANIE PIRAMIDY ŚWIADCZEŃ

Można powiedzieć, że robimy to już od kilku lat: wiele procedur, które były wykonywane w trakcie hospitalizacji, przekierowaliśmy do wykonywania w ramach procedur jednodniowych oraz w AOS. Uważam, że ten proces trzeba kontynuować. Nadal wiele procedur, realizowanych obecnie podczas pobytów w szpitalu, powinno być odpowiednio wycenionych i przesuniętych do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ramach hospitalizacji powinny być wykonywane najpoważniejsze zabiegi, np. jaskry, witrektomia, powikłania zaćmy, leczenie nowotworów, zespolenia nosowo-łzowe, duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka.

Podobny proces musi zająć w okulistyce dziecięcej: odwrócenie piramidy świadczeń i przesunięcie wykonywania wielu procedur ze szpitali do AOS. Najważniejsze byłoby zdefiniowanie, które zabiegi powinny być wykonywane w trakcie hospitalizacji.

2. UPORZĄDKOWANIE PROCEDUR WYKONYWANYCH W AOS

Obecnie mamy już zarządzenie wprowadzające do systemu ochrony zdrowia optometrystów. Teraz należy zastanowić się nad relacjami i podziałem kompetencji między lekarzem okulistą a optometrystą. Ważna jest wycena usługi optometrystry i jej relacja do usługi okulistycznej. Trzeba to zrobić tak, by optometryści podejmowali pracę w sektorze publicznym, a nie prywatnym, a także zróżnicować zakres zadań: optometryści powinni zajmować się badaniem wzroku, profilaktyką, doбором okularów. W przypadku AOS trzeba zróżnicować, leczenie których chorób musi być traktowane ryczałtowo, a które rozliczane za wizytę. Choroby przewlekłe powinny być finansowane ryczałtowo, by nie dochodziło do sytuacji, gdy pacjent z chorobą przewlekłą czy w przypadku konieczności pilnej wizyty nie może dostać się do okulisty. Gdy uda się nam „poukładać” zakres zadań optometrystów i okulistów pracujących w AOS, to skrócą się kolejki, a pacjenci wymagający hospitalizacji będą mogli szybciej dostać się do szpitala. Założenie jest też takie, że do optometrystry pacjent będzie mógł przyjść bez skierowania. Docełowo również nie powinno być skierowań do okulistów w ramach AOS, ale dziś jest na to jeszcze za wcześnie. Obecnie pacjenci bardzo często wciąż są kierowani do szpitala na diagnostykę. Tak nie powinno być: diagnostyka w większości przypadków powinna odbywać się w ramach AOS, a nie pobytu w szpitalu.

3. DALSZY ROZWÓJ PROGRAMÓW LEKOWYCH

Mam na myśli przede wszystkim dwa programy. Pierwszy dotyczy zakrzepu żyły siatkówki – to duży problem, często dotyczący również młodych osób; leczenie jest podobne jak w przypadku AMD i DME (zastrzyki wewnątrzgałkowe). Powikłaniem nieleczzonego zakrzepu może być trudna do leczenia jaskra krwotoczna, utrata widzenia, a nawet usunięcie oka. Drugi zaproponowany przeze mnie program dotyczy zespołu

Lebera. Już wcześniej firma proponowała stworzenie takiego programu, w którym jednak leczenie miało pojawiać się dopiero na późnym etapie choroby; byłem temu przeciwny, uważając, że należy leczyć wcześniej, jak najszybciej po rozpoznaniu. Obecnie są już doniesienia naukowe potwierdzające moje założenia. Uważam, że jest sens leczenia chorych z rzadkimi chorobami, na które mamy leczenie, jednak trzeba dokładnie opisać, w jakich sytuacjach podejmować leczenie i kiedy, by efekt był jak najlepszy. Chcielibyśmy leczenie zespołu Lebera wprowadzić w ramach rozszerzania programu leczenia chorób siatkówki.

4. OKREŚLENIE MINIMALNYCH WYMAGAŃ, JAKIE MUSI SPEŁNIAĆ ODDZIAŁ OKULISTYCZNY

Obecnie leczenie okulistyczne jest bardzo rozproszone. Niedawno rozmawiałem z właścicielką jednej z prywatnych klinik; mówiła, że jest u nich wykonywanych 400-500 operacji zaćmy rocznie, ale brakuje lekarzy. Problem w tym, że 500 operacji zaćmy rocznie jak na ośrodek to za mało, w takim przypadku nie będzie żadnego okulisty na etacie, lekarz tylko wykona operację i pojedzie do innej pracy. A co w przypadku pojawienia się powikłań u pacjenta; jaką pomoc uzyskać? Uważam, że należy określić, że np. podstawowy oddział okulistyczny musi wykonywać 1000 operacji zaćmy rocznie, 500 iniekcji w programie AMD i DME, oddziały o wyższej referencyjności powinny wykonywać oprócz działalności podstawowej przynajmniej 300 wtrektomii, 100-200 operacji jaskry. Należałoby się zastanowić, czy oddział okulistyczny musi pełnić 24-godzinny dyżur (moim zdaniem, trzeba to określić, bo nie zawsze jest to konieczne) i czy mniejsze oddziały, które wykonują mniej operacji, mają w ogóle rację bytu.

5. PŁACENIE ZA JAKOŚĆ LECZENIA

Cieszę się, że te wskaźniki jakości operacji zaćmy, które wcześniej wypracowaliśmy, weszły obecnie do oceny szpitali i będą bra-

ne pod uwagę przy ocenie jakości. Po raz pierwszy wskaźniki jakości zostały umiejscowione w systemie: szpitale będą stymulowane publikacją wyników. Jestem jednak za tym, by w przyszłości te wskaźniki były uwzględniane przy kontraktach, by szpitale dostawały więcej pieniędzy za lepszą jakość.

Profilaktyka jak podstawa wellbeingu



Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

Na system ochrony zdrowia trzeba patrzeć szeroko, a przede wszystkim zwracać uwagę na to, jak osiągnąć efekt w postaci dłuższego życia w zdrowiu. Według mnie priorytety na obecne czasy to:

1. PROMOCJA PROFILAKTYKI

Liczę na to, że 2025 rok będzie – zgodnie z zapowiedzią wielu polityków – rokiem promocji profilaktyki; a wszyscy, w tym Ministerstwo Zdrowia, podejmiemy zmasowany wysiłek, by zachęcić Polaków do profilaktyki, a przede wszystkim przekonania ich, że to nie jest otworzenie puszkii Pandory z problemami zdrowotnymi, tylko droga do zachowania dobrostanu. Ostatnio usłyszałam szokującą dla mnie opinię przedstawicielki młodego pokolenia, która powiedziała, że dla jej rówieśników badania profilaktyczne są czymś przerażającym. Nie postrzegają profilaktyki jako dbanie o zdrowie, tylko

Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas

– konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki, kierownik Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, zastępca dyrektora ds. naukowych WIM-PIB, wiceprzewodniczący Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich.

jako początek kłębka problemów, wpadnięcie w pętlę chodzenia od lekarza do lekarza. Młodzi ludzie nie chcą dotykać tego tematu. Dla mnie ta wypowiedź była wręcz wstrząsająca; jeśli taką postawę, opartą na lęku przed następstwami badania profilaktycznego, a nie konsekwencjami jego zaniechania, reprezentuje najmłodsze pokolenie, to nie możemy się dziwić, że gdy mają dzieci, to boją się je szczepić, a sami nie chcą korzystać z badań profilaktycznych.

Musimy zacząć promować profilaktykę jako coś, co jest elementem dobrostanu. Tak jak zmieniliśmy podejście do mówienia o nowotworach, że nie „walczymy z rakiem”, tylko „leczymy chorobę nowotworową”; tak jak został wypromowany work life balance, jako sposób na równowagę w życiu prywatnym i zawodowym, tak czas na wypromowanie profilaktyki jako źródła dobrostanu, powszechnie dzisiaj określanym wellbeingiem. To powinien być priorytet nie tylko Ministerstwa Zdrowia, ale całego rządu tworzącego warunki sprzyjające zachowaniu dobrego zdrowia.

Elementem profilaktyki jest zapobieganie otyłości, która jest jednym z największych zagrożeń, jakie dziś dotyczą polską populację. Trzeba podjąć międzysektorowe działania na rzecz profilaktyki otyłości, by zapobiec wielu chorobom cywilizacyjnym, których przyczyną jest otyłość.

2. SUKCESYWNE ODWRACANIE PIRAMIDY ŚWIADCZEŃ

Musimy doprecyzować, jakimi wskaźnikami będziemy mierzyć postęp tego procesu. Dla mnie taką miarą będzie np. sukcesywne zwiększanie udziału Podstawowej Opieki Zdrowotnej w opiece koordynowanej. Miarą postępu będzie nie tylko liczba kolejnych placówek POZ, które podpiszą umowę z NFZ, ale odsetek pacjentów, których objęto skoordynowanym, kompleksowym planem leczenia, w podziale na poszczególne ścieżki, tj. diabetologiczną, kardiologiczną, pulmonologiczną, nefrologiczną. Drugim wskaźnikiem będzie sys-

Tak jak został wypromowany work life balance, jako sposób na równowagę w życiu prywatnym i zawodowym, tak czas na wypromowanie profilaktyki.

tematyczne zwiększanie dostępności do AOS – dla pacjentów pierwszorazowych. Na razie słabo nam wychodzi ambulatoryzowanie systemu opieki zdrowotnej – owszem, wydajemy coraz więcej pieniędzy na świadczenia ambulatoryjne, jednak dostępność do świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych nie rośnie zgodnie z oczekiwaniami, a to przekłada się na wydłużenie kolejek do specjalistów.

3. WDRAŻANIE REFORMY SZPITALNICTWA

Pani minister Izabela Leszczyńska zaproponowała nowe podejście do kwalifikacji szpitali do sieci podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, co będzie sprzyjać restrukturyzacji szpitali i dostosowaniu ich profilu działalności, nie do wymagań sieci, ale rzeczywistych potrzeb zdrowotnych oraz uwarunkowań lokalnego lub regionalnego rynku. Jednym z innowacyjnych rozwiązań będzie tworzenie konsorcjów samorządowych, które wspólnie odpowiedzialne byłyby za zabezpieczenie zdrowotne populacji na szerszym terenie niż dotychczas. Pozostaje kibicować, by rok 2025 był rokiem, w którym wdrożenie zapowiadanych rozwiązań, wsparte środkami z KPO, zaowocuje stworzeniem fundamentów do sukcesywnej poprawy efektywności systemu, mierzonej zarówno w warstwie zasobów, procesów, ale także wyników leczenia. Życzymy sobie, żeby środki z KPO posłużyły realnej transformacji systemu ochrony zdrowia, zdynamizowaniu procesu przemodelowania struktury sektora świadczeń szpitalnych, mając jednak świadomość, że proces ten wymaga wielu lat.

Dzisiaj mamy ogromne pokłady nieefektywności – zarówno jeśli chodzi o wykorzystanie

zasobów ludzkich, sprzętowych, a także finansowych. Musimy zaproponować Polakom skuteczniejszą, przyjaźniejszą opiekę zdrowotną, a środki z KPO mogłyby pomóc wielu podmiotom przejść przez proces niezbędnych zmian.

Neurologia czeka na kropłówkę



Prof. Konrad Rejdak, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Choroby układu nerwowego są coraz większym wyzwaniem w Polsce, również ze względów demograficznych. Niestety, brakuje lekarzy neurologów, zwłaszcza pracujących w szpitalach. Sytuacja oddziałów neurologicznych jest obecnie bardzo zła, oddziały mają ogromne problemy kadrowe i finansowe, gdy robią wszystko, by pomóc pacjentom. Niektóre niestety musiały być zlikwidowane, z powodu braków kadrowych. Nasze priorytety na dziś to:

1. SFINALIZOWANIE PRZEZ AOTMIT WYCENY PROCEDUR SZPITALNYCH DLA NEUROLOGII

To taka „kropłówka” z życiodajnym lekiem, który może uzdrowić sytuację w polskiej

Dr n. ekonom. Małgorzata Gałązka-Sobotka

– dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, autorka i współautorka wielu raportów na temat systemu ochrony zdrowia.

neurologii. Pacjenci na oddziałach neurologicznych bardzo często mają wielochorobowość, wymagają szerokiej diagnozy, w związku z licznymi współistniejącymi chorobami, a objawy neurologiczne są często skutkiem tych zaburzeń. Oddziały muszą ponosić ogromne koszty związane z szukaniem przyczyn chorób, a często także ze skomplikowanym leczeniem. Obecnie trwają prace nad zbieraniem kosztorysów związanych z funkcjonowaniem oddziałów; mamy nadzieję na istotne przekalkulowanie kosztów w poszczególnych grupach JPG, które były niezmienniane od ponad 20 lat.

2. NOWE POTRZEBY REFUNDACYJNE

Dotyczące modyfikowania czy też udoskonalania programów lekowych już istniejących, np. w stwardnieniu rozsianym poprawa dostępu do leczenia nowymi postaciami istniejących leków, jak formy podskórne. Konieczna jest modyfikacja programu leczenia spastyczności, z zastosowaniem toksyny botulinowej. Obecnie trwają prace nad tym, by ujednoczyć i zunifikować program leczenia spastyczności, niezależnie od etiologii, by móc objawowo pomagać pacjentom, również w celu zapewnienia ciągłości dla dzieci które osiągają wiek dorosły. Duże wyzwania pojawiają się również w leczeniu chorób rzadkich – m.in. mastenii gravis – poszerzenie programu o kolejne leki. Liczymy też na nowe terapie np. w ataksji Friedricha, pojawiły się nowe opcje terapii w stwardnieniu zanikowym bocznym u pacjentów z mutacją genetyczną. W neurologii dokonuje się postęp, chcielibyśmy, by chorzy mogli z niego korzystać. Ogromny sukces odniósł program lekowy w SMA ale kosztem wielkiego poświęcenia środowiska neurologów. Wiadomo jednak, że musimy teraz modyfikować program, ułatwić jego realizację. Wyzwaniem jest łatwiejsze

W Polsce powinny istnieć również poradnie neurologiczne profilowane na konkretne grupy schorzeń, np. SM, padaczkę, udary.

prowadzenie programów przez lekarzy; często koszty terapii są bardzo wysokie, za to środki przeznaczone na realizację programu nie są wystarczające, przez co programy nie są atrakcyjne dla oddziałów szpitalnych, które podpisały kontrakt na realizację. Pracuję w klinice, która prowadzi wszystkie dostępne programy lekowe, finansowane przez NFZ. Programów lekowych bardzo przybywa – ostatnio pojawił się nowy program leczenia padaczki lekoopornej i zespołów padaczkowych, dlatego lekarzom przybywa obowiązków, ale liczba lekarzy się nie zwiększa.

3. TWORZENIE PORADNI PROFILOWANYCH NA KONKRETNE GRUPY CHOROBY

To ważne, by pacjenci mogli uzyskać profesjonalną pomoc, kierowani z poradni neurologicznych ogólnych. W Polsce mamy wiele poradni neurologicznych ogólnych, są one podstawą, często znajdują się blisko POZ. Powinny jednak istnieć również poradnie neurologiczne profilowane na konkretne grupy schorzeń, jak stwardnienie rozsiane, padaczka, choroby rzadkie, udary, choroby nerwowo-mięśniowe, choroby neurozwyrodnieniowe, np. choroba Parkinsona czy Alzheimer. Stworzenie takich poradni odciążałoby szpitale, do których dziś chorzy są kierowani w celu diagnostyki. Tymczasem w znakomitej większości przypadków pacjenci mogliby mieć wykonywane badania diagnostyczne w przychodni, co spowodowałoby skrócenie kolejek, przyspieszenie diagnostyki i obniżenie kosztów.

Te zmiany w neurologii są konieczne, by system lepiej funkcjonował.

Systemem ochrony zdrowia należy zarządzać jak dużą, skomplikowaną firmą



Prof. Marcin Czech,
prezes Polskiego Towarzystwa
Farmakoeconomicznego

Nowoczesny rząd pracuje już ponad 8 miesięcy; zarówno pani minister, jak wice ministrowie zdrowia na pewno zdążyli zorientować się, co „odziedziczyli”, jakie są główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia, w jakim kierunku należy go zmieniać. Wymienię kilka priorytetów, które wydają mi się ważne.

1. RACJONALIZACJA WYDATKÓW

Wydatki na system ochrony zdrowia są coraz większe; a skoro rząd przeznacza na zdrowie coraz więcej środków, to znaczy, że system ochrony zdrowia jest dziś priorytetem. Z drugiej strony nie mamy skokowego przyrostu nawet liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych, a przecież wcale nie są one dobrym miernikiem skuteczności działania systemu. Nie chodzi przecież o lic-

Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak

– prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii UM w Lublinie. Prowadzi wiele projektów naukowych w Polsce i za granicą, m.in. wspólnie z naukowcami z innych krajów opracowywał standardy wczesnej diagnostyki chorób otępiennych, był kierownikiem grupy badawczej w międzynarodowym konsorcjum tworzącym robotę dla pacjentów z zaburzeniami otępiennymi w ramach grantu Horizon 2020 (RAMCIP). Obecnie realizuje kolejny grant międzynarodowy w ramach Horizon Europe: zapobieganie chorobom otępiennym oraz grant ABM leczenia mastenii gravis.

bę świadczeń, tylko o długość życia, jakość życia, długość życia w zdrowiu. Jeśli w AOS pacjenci coraz dłużej czekają w kolejkach, zwłaszcza mając skierowania na „cito”, to znaczy, że system źle funkcjonuje, gdyż nie dostarcza pomocy na czas. Pacjenci trafiają do szpitala, a przecież hospitalizacja jest najdroższą formą leczenia. Powinniśmy już widzieć – mniej lub bardziej ryzykowne z urzędniczego punktu widzenia – decyzje, podejmowane w Ministerstwie Zdrowia, których celem jest to, żeby za pieniądze, które wydajemy, „kupować” jak najwięcej zdrowia.

Priorytet to dążenie do efektywnego systemu ochrony zdrowia. Ważna jest m.in. kwestia, jak skrócić kolejki w AOS; ich przyczyn jest wiele, np. odpływ kadr do lecznictwa prywatnego. A to oznacza, że społeczeństwo zaczyna się dzielić: są osoby, które stać na to, by sięgnąć po pomoc medyczną, innych nie, więc mogą na czas nie otrzymać pomocy.

2. WYZWANIA LEKOWE

W chorobach rzadkich, nowotworach coraz częściej będą pojawiać się tzw. terapie

celem powinno być „kupowanie zdrowia”, a nie samej terapii zaawansowanej, czy „najdroższego leku na świecie”. Owszem, jesteśmy na tyle bogatym krajem, że zaczyna nas być stać na to, żeby zapłacić za drogie terapie, jednak po co wydawać pieniądze na coś, co może okazać się nieskuteczne? Na razie jest niewiele terapii zaawansowanych, niektóre (na dzień dzisiejszy), tak jak w SMA, dostarczają dowodów na swoją skuteczność ale kolejne czekają „za rogiem”. Musimy mieć w ustawie refundacyjnej mechanizmy, które przygotowują nas do oceny wartości danej terapii; inaczej będziemy wydawać pieniądze nierozsądnie.


Polityka lekowa, obszar farmacji i refundacji wydaje mi się i tak najlepiej zarządzanym obszarem, gdzie wiemy, na co wydajemy pieniądze, gdyż nowa terapia najpierw jest analizowana w AOTMiT, następnie przechodzi proces negocjacji cen leku przez komisję ekonomiczną, prace Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ, a dopiero potem minister podejmuje ostateczną decyzję, w oparciu o konkretne dane. Są negocjowane

przekonany, że dziś każda złotówka wydana na państwowy system ochrony zdrowia jest dobrze wydana. Wyjątkiem jest polityka lekowa; oczywiście, można jeszcze znaleźć obszary poprawy efektywności, ale sądzę, że jest to doskonale rozumiane przez Departament Polityki Lekowej i Farmacji, gdyż ma on już prawie 15-letnią historię poprawiania systemu, który ewoluował w dobrym kierunku i miał dobrych liderów.

3. SZCZEPIENIA OCHRONNE

Nie powinno być takiej sytuacji, że leki np. onkologiczne w programie lekowym są bezpłatne, a osoby starsze muszą płacić np. za szczepionkę przeciw półpaścowi połowę ceny. Dobrze, że połowę, ale dlaczego nie jest ona bezpłatna, jak preparaty przeciw grypie? Dlaczego kolejne szczepionki nie wchodziły do refundacji, a tylko 20 proc. młodych osób szczepi się przeciw HPV? Widzimy pozytywną zmianę: zapowiedź szczepień przeciw HPV w szkołach, jednak generalnie ścieżka decyzyjna dotycząca szczepień wymaga zmian. Z tego oraz rozważań nad poziomem finansowania szczepionek uczyniłbym priorytet rozważań ministerstwa.

4. SZTUCZNA INTELIGENCJA

Dzięki zdolności do analizowania ogromnych ilości danych, rozpoznawania wzorców i podejmowania decyzji w oparciu o złożone algorytmy, AI oferuje liczne korzyści, które mogą zrewolucjonizować opiekę zdrowotną. Jak każda technologia, niesie zarówno możliwości rozwoju, jak potencjalne zagrożenia. Zastosowania sztucznej inteligencji w zdrowiu są bardzo szerokie. To np. diagnostyka medyczna, analizy zdjęć RTG, TK, rezonansu magnetycznego. Druga rzecz to personalizowana medycyna. W miarę jak SI staje się bardziej zaawansowana, można oczekiwać dalszego jej rozwoju. Oczywiście, należy wziąć pod uwagę potencjalne zagrożenia związane z AI w zdrowiu i odpowiedzieć zawczasu odpowiednimi regulacjami i ograniczeniami. sztuczna O tym trzeba pomyśleć już dzisiaj, aby spać spokojniej jutro. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Naszym celem powinno być kupowanie zdrowia, a nie kupowanie najdroższej terapii świata. Po co wydawać pieniądze na coś, co może okazać się nieskuteczne?

zaawansowane – np. genowe, komórkowe, często kosztowne. Już dziś widać, że niektóre z nich są bardziej, a inne mniej skuteczne; na niektóre dobrze wydajemy pieniądze, a na niektóre – mniej racjonalnie (jest wiele przyczyn). „Plusem” jest dobre funkcjonowanie Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji MZ; widzę tu kontinuum, nakreślony kierunek, korzystanie z badań RWE (Real-World Evidence), do czego bardzo zachęcam. To ważny priorytet: korzystanie z danych, które są w systemie i interpretowanie ich w odpowiedni sposób. Trzeba rozumieć, jak działa system; „wiedzieć, jak szumią pieniądze” – jak mówiła moja nauczycielka ekonomiki zdrowia z UW, dr Katarzyna Tymowska. Jeśli nie wiadomo, jak „szumią pieniądze w zdrowiu”, to można system reformować, ale nie będzie więcej zdrowia dla obywateli.

Jeśli rozważamy refundację kosztownej terapii zaawansowanej, to trzeba mieć zabezpieczenie, które przeniesie częściowo ryzyko na producenta, ponieważ naszym

celem mamy instrumenty dzielenia ryzyka. Takiego mechanizmu nie ma w „kupowaniu” świadczeń np. w szpitalu powiatowym, który ma 100 porodów rocznie, co jest groźne dla kobiet, które rodzą tu dziecko, gdyż lekarze mają za małe doświadczenie w odbieraniu skomplikowanych porodów. Przykłady nierozsądnego wydawania pieniędzy można mnożyć – np. leczenie raka w ośrodkach, które leczą kilka nowotworów rocznie stanowi zagrożenie dla pacjenta, bo leczyć powinny ośrodki mające w tym kliniczną biegłość.

Systemem ochrony zdrowia należy zarządzać jak dużą, skomplikowaną firmą. Dzięki temu zaoszczędzilibyśmy pieniądze, moglibyśmy kupić dużo więcej zdrowia. Nie jestem

Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech

– specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych Instytutu Matki i Dziecka, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, wiceminister zdrowia w latach 2017-2019.

W sytuacji geopolitycznej, w jakiej jesteśmy, trwającej od ponad 2 lat wojny w Ukrainie, nie ma osoby, która nie zadaje sobie pytania: czy możemy czuć się bezpieczni? Jak to wygląda pod kątem bezpieczeństwa medycznego?

Istotne są dwa zagadnienia. Pierwszym jest bezpieczeństwo lekowe. Pandemia pokazała, jak poważne problemy mogą dotknąć Europę, w tym Polskę, w związku z uzależnieniem od substancji czynnych i leków dostarczanych z Chin, stosowanych w leczeniu chorób cywilizacyjnych, jak nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa czy cukrzyca.

Polska jako jedno z większych i silniejszych gospodarczo państw Europy Środkowej powinna dążyć do odbudowy zdolności produkcyjnych przemysłu farmaceutycznego. Potencjalne przerwanie łańcuchów dostaw z Chin czy Indii może prowadzić do poważnych zagrożeń dla bezpieczeństwa zdrowotnego kraju. Obserwowaliśmy to podczas pandemii, a może się to zdarzyć przy każdym innym kryzysie, w tym również w przypadku konfliktu zbrojnego.

Kryzys pandemiczny wyraźnie pokazał, że od samego magazynowania środków ważniejsza jest umiejętność zarządzania nimi oraz utrzymania sprawności gospodarki. Państwo musi mieć też sprawne i skuteczne narzędzia, żeby realnie wzmacniać bezpieczeństwo obywateli.

Druga kwestia: od momentu rozpoczęcia konfliktu zbrojnego na Ukrainie powinniśmy przyspieszyć działania mające na celu zbudowanie systemu bezpieczeństwa medycznego państwa. W sytuacji kryzysu lub konfliktu militarnego za bezpieczeństwo medyczne odpowiada cały system ochrony zdrowia, a nie tylko jego część. Wiele osób jest zaskoczonych informacją, że w czasie konfliktu zbrojnego to nie wojskowa służba zdrowia przejmie odpowiedzialność za zabezpieczenie medyczne wojska i społeczeństwa. Przykład Ukrainy dobitnie pokazuje, że jest to wysiłek całego państwa, w tym systemu ochrony zdrowia; aby był on skuteczny, musi być właściwie przygotowany.

Jak to przygotowanie systemu powinno wyglądać?

Przede wszystkim należy określić potrzeby, które powinny być adekwatne do zagrożeń, jakie możemy zdefiniować, biorąc pod uwagę prognozę dotyczącą charakteru oraz intensywności działań militarnych, z jakimi



Bądźmy bezpieczni, bo przygotowani

Rozmowa z gen. broni **PROF. GRZEGORZEM GIELERAKIEM**, dyrektorem Wojskowego Instytutu Medycznego-PIB

możemy mieć do czynienia w poszczególnych częściach kraju. Potrzeby medyczne będą różne w miejscach działania pododdziałów zmechanizowanych i pancernych, a inne tam, gdzie operuje lekka piechota. Konieczne jest doprecyzowanie wymagań w zakresie sił i środków, które powinny być wydzielone przez system ochrony zdrowia. Kluczowym elementem jest zdefiniowanie oczekiwań z punktu widzenia organizacji systemu obrony, kryjących się w terminie „system bezpieczeństwa medycznego”. To sieć funkcjonalnie połączonych, współdziałających ze sobą szpitali. Każdy z nich ma ściśle określoną rolę. Właściwa organizacja i przygotowanie sieci umożliwiają efektywne zarządzanie zasobami medycznymi w sytuacjach zagrożenia.

Jeśli planujemy organizację trzech rubieży obrony kraju, licząc od granicy wschodniej, to w odpowiedniej odległości od nich powinny być wyznaczone specjalistyczne podmioty lecznicze z przypisanymi im zadaniami. Muszą one być przystosowane do skali i rodzaju spodziewanych strat sanitarnych. Konieczna jest ścisła współpraca zapewniająca zabezpieczenie medyczne

zarówno wojsk operacyjnych, jak ludności cywilnej. Kluczowe jest również odpowiednie przeszkolenie personelu medycznego.

Druga kwestia to wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt i materiały medyczne, dostosowane do leczenia obrażeń charakterystycznych dla pola walki. Ważne jest zgranie tych działań poprzez regularne ćwiczenia z udziałem wybranych mobilnych oraz stacjonarnych komponentów wojskowego i cywilnego sektora systemu ochrony zdrowia.

Co trzeba zrobić już dziś?

W programie „Tarcza Wschód” kluczowe jest uwzględnienie aspektów medycznych. Musimy być gotowi do udzielania wsparcia poszkodowanym już w pierwszych godzinach po zaistnieniu sytuacji kryzysowej. Wymaga to organizacji specjalistycznych jednostek medycznych oraz zespołów ratunkowych, a także zgromadzenia odpowiednich ilości i rodzajów materiałów medycznych mających zastosowanie w warunkach konfliktu zbrojnego. Niezbędne jest opracowanie i wdrożenie procedur umożliwiających właściwe reagowanie na tego typu sytuacje.

Kolejna kwestia, o której na szczęście zaczęliśmy ostatnio poważnie i odpowiedzialnie rozmawiać: niektóre szpitale – w tym wojskowe i MSWiA – powinny dysponować zapleczem w postaci chronionych miejsc udzielania pomocy medycznej. Każdy nowy szpital powinien posiadać pomieszczenia w części podziemnej, które umożliwiłyby udzielanie świadczeń medycznych i byłyby

większość współczesnych konfliktów ma charakter niekinetyczny. To, co obecnie dzieje się na naszej wschodniej granicy, wyraźnie pokazuje, że mamy do czynienia z nowoczesnym konfliktem zbrojnym w jego początkowej, niekinetycznej fazie. Pytanie, czy kryzys ten zakończy się na tym etapie, czy przejdzie w kolejną fazę, dynamiczną fazę? Niezależnie od tego, jaką formę będzie miał

na jedynym szlaku łączącym Azję z Europą zawsze byliśmy i będziemy narażeni na ryzyko pojawienia się sporów lub konfliktów interesów, które mogą eskalować. Jeśli chcemy utrzymać to strategiczne położenie na mapie świata, musimy jako państwo i naród być tego świadomi i dobrze przygotowani.

Mam wrażenie, że tego rodzaju świadomość społeczna jest już dobrze rozwinięta, chociaż wiele osób wciąż unika dyskusji na ten temat ze względu na złożoność sytuacji, która może budzić niepewność i obawy. Jestem jednak przekonany, że dzięki odpowiedniemu wykorzystaniu doświadczeń innych krajów, zwłaszcza Ukrainy, możemy stworzyć system o wysokiej skuteczności przy minimalnych nakładach i kosztach. Jest to niezbędne, aby zapobiec sytuacji, gdy jako państwo i społeczeństwo po raz kolejny w historii moglibyśmy ponieść nieproporcjonalnie wysokie koszty ludzkie i materialne z powodu braku przygotowania.

Trzeba precyzyjnie wyznaczyć miejsca udzielania pomocy medycznej i zintegrować je w funkcjonalny system bezpieczeństwa medycznego państwa.

chronione żelbetowymi stropami odpornymi na uderzenia pionowe.

Konieczna jest też adaptacja istniejących obiektów, które mogą służyć jako schrony medyczne, jak np. podziemne parkingi. W Izraelu większość szpitali opiera swoje bezpieczeństwo na zaadaptowanej infrastrukturze. Przykład Ukrainy, gdzie Rosjanie całkowicie zniszczyli już ponad 200 szpitali, pokazuje, że jeśli chcemy utrzymać zdolność udzielania pomocy medycznej, to musimy dysponować odpowiednio przygotowaną i chronioną infrastrukturą.

Najważniejsze są: ludzie, sprzęt, materiały oraz infrastruktura, ale kluczowym zadaniem na dziś jest opracowanie solidnego programu działań. Minister Zdrowia oraz Minister Obrony Narodowej powinni, opierając się na planach obrony, precyzyjnie wyznaczyć miejsca udzielania pomocy medycznej i zintegrować je w funkcjonalny system bezpieczeństwa medycznego państwa. W ten sposób możliwe będzie stworzenie spójnej i efektywnej sieci punktów pomocy medycznej, która zapewni odpowiednie wsparcie w sytuacjach kryzysowych zarówno dla ludności cywilnej, jak sił zbrojnych.

W sytuacji, z jaką zmagają się nasz system ochrony zdrowia; niedoinwestowania, kolejek do specjalistów: czy stać nas, by tworzyć system na potencjalny konflikt, do którego – na co każdy ma nadzieję – może nie dojść?


Nie mówię o budowie systemu obejmującego cały kraj i wszystkie jego elementy; sugeruję, że w pierwszej kolejności powinniśmy skupić się na regionach, które mogą zostać wciągnięte w kryzys. Zdecydowana

kryzys, system ochrony zdrowia musi być na każdą z tych okoliczności odpowiednio przygotowany.

Pandemia koronawirusa wyraźnie pokazała, że państwo musi dysponować zdolnościami reagowania na różne zdarzenia kryzysowe, co wymaga dobrze opracowanych planów, procedur oraz efektywnego współdziałania struktur państwa. Czy to wiąże się z dużymi kosztami? Niekoniecznie. Kluczowe znaczenie ma posiadanie wykwalifikowanej kadry medycznej, zgromadzenie odpowiednich zasobów materiałowych i sprzętowych w starannie wybranych oraz przygotowanych lokalizacjach. Mimo że większość tych zasobów mamy dziś w bazach i składnicach, to w wielu przypadkach nie znajdują się one w lokalizacjach, gdzie mogłyby być znacznie skuteczniej i efektywniej wykorzystane w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej.

To nie jest kwestia wielkich nakładów, zwłaszcza w zestawieniu z programem „Tarcza Wschód”. Mówimy o organizacji i przystosowaniu systemu ochrony zdrowia oraz zdolności do reagowania na różnego rodzaju zdarzenia kryzysowe. Czy Polska musi być na to przygotowana? Zdecydowanie tak. Wynika to nie tyle z mojego pesymizmu, czy chęci wzbudzenia emocji, ile ze świadomości szans oraz zagrożeń związanych z położeniem geograficznym Polski i aktualnej sytuacji geopolitycznej. Jako państwo usytuowane

Pandemia pokazała, że do kryzysów, które mogą się wydarzyć, trzeba przygotowywać się wcześniej, a nie reagować dopiero, gdy się wydarzą?

Brak odpowiedniego przygotowania prowadzi nie tylko do znacznie wyższych kosztów, ale przede wszystkim do większej liczby niepotrzebnych ofiar, co potwierdza pandemia. Jak trafnie zauważył Clausewitz ponad 200 lat temu, przygotowanie do wojny opiera się na trzech kluczowych elementach. Pierwszym jest państwo i jego strategia obrony. Drugim armia i jej zdolności, co można też rozszerzyć na system bezpieczeństwa medycznego państwa. Trzecim, wola działania i walki. Aby zapewnić bezpieczeństwo jako naród i państwo, musimy spełnić każdy z tych warunków. Clausewitz zauważył również: „Wojna jest próbą sił moralnych i fizycznych za pośrednictwem tych ostatnich”, co sugeruje, że sukces w starciu militarnym zależy nie tylko od zdolności ofensywnych armii, ale także od umiejętności ochrony i obrony ludzi. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Gen. broni prof. dr hab. Grzegorz Gielerak

– specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii, MBA, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego-PIB w Warszawie

Jak długo żyjemy



Od kilku dekad średnia długość życia Polaków się wydłuża. Jednak **WCIAŻ JEST ONA ZNACZNIE KRÓTSZA NIŻ ŚREDNIA EUROPEJSKA**. Jeśli możemy śmiało powiedzieć, że gonimy Europę w wymiarze ekonomicznym, to w aspekcie długowieczności ona cały czas nam ucieka.

Tekst: **ADRIAN DĄBEK**

Polki żyją krócej średnio o prawie siedem lat niż Hiszpanki, natomiast polscy mężczyźni umierają ponad 10 lat wcześniej niż europejscy rekordziści – Szwajcarzy, Islandczycy i Norwegowie. W ostatnich latach ogromne żniwo zebrała pandemia koronawirusa, jednak od lat główną przyczyną skracania życia Polaków są choroby sercowo-naczyniowe.

POLACY ŻYJĄ CORAZ DŁUŻEJ, ALE...

Trwający od długiego czasu proces wydłużania się średniej długości życia Polaków został brutalnie zatrzymany w czasie pandemii, ale odwrócenie się tego trendu było obserwowane już wcześniej. Jak czytamy w raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” (2022), opracowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB, w latach 2014-2019 nastąpiło „zasadnicze spowolnienie wzrostu długości życia mężczyzn,

natomiast w przypadku kobiet w latach 2016-2019 długość życia miała niewielki trend spadkowy”. Potem przyszyły dwa lata naznaczone koronawirusem i „niespotykane w okresie powojennym skrócenie długości życia ludności Polski”.

W porównaniu z rokiem 2019 długość życia w 2021 r. była krótsza o 2,3 roku u mężczyzn i 2,1 roku u kobiet.

Na szczęście ostatnie dwa lata przyniosły ponowny wzrost długości życia. Jak wynika z opublikowanego rok temu raportu Głównego Urzędu Statystycznego „Trwanie

życia w 2022 roku”, średnia długość życia mężczyzn w Polsce wynosiła 73,4 roku, a kobiet 81,1 roku. To odpowiednio dłużej o 1,6 roku i 1,4 roku w porównaniu z rokiem 2021 oraz dłużej o 7,2 roku i 5,9 roku niż w 1990 r.

ŻYJEMY KRÓCEJ NIŻ ŚREDNIA EUROPEJSKA

Na tle krajów europejskich wciąż wypadamy błodo. Jak czytamy we wspomnianym raporcie GUS, pod względem przeciętnego trwania życia mężczyzn w 2021 r. Polska zajmowała dopiero 25. miejsce spośród 34 krajów Europy uwzględnionych w analizie, a w przypadku długości życia kobiet byliśmy na miejscu 24.

W roku 2021 mężczyźni żyli najdłużej w Szwajcarii (81,8 roku), Islandii (81,8 roku) i Norwegii (81,7 roku). Polscy mężczyźni ze średnią 71,6 roku żyli zatem o ponad 10 lat krócej niż liderzy tego zestawienia. Wśród kobiet na czele tabeli znalazły się Hiszpanki (86,2 roku), Szwajcarki (85,8) i Francuzki (85,5 roku). Średnia długość życia Polek wynosiła wtedy 79,6 roku, czyli była krótsza o średniej z Hiszpanii o „jedynie” 6,6 roku.

Podobne dane zawiera publikowany corocznie raport „Health at a Glance” Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). W zestawieniu znalazło się 49 państw, dane pochodzą z roku 2021 lub 2022. Polska ze średnią długością życia 75,5 roku (71,6 roku wśród mężczyzn i 79,6 roku wśród kobiet) znalazła się znacznie poniżej średniej wynoszącej 80,3 roku. Najdłuższej z grupy państw OECD żyją mieszkańcy Japonii (84,5 roku), Szwajcarii, Korei Południowej, Australii i Hiszpanii.

POLKI ŻYJĄ ZNACZNIE DŁUŻEJ NIŻ POLACY

Średnia długość życia w Polsce podlega różnym cyklom i zmianom, ale jeden element jest niezmienny. Kobiety żyją znacznie dłużej niż mężczyźni, choć ta różnica nieznacznie się zmniejsza. Najnowsze dane – z 2022 r., mówią o różnicy wynoszącej 7,7 roku (81,1 wobec 73,4). Rok wcześniej różnica wynosiła 7,5 roku, a w 1991 r. 9,2 roku.

„Od wielu lat występuje w Polsce niekorzystne zjawisko dużej nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet i w konsekwencji znacznie krótsza długość ich dalszego życia niezależnie od wieku. Niestety, pierwszy rok pandemii spowodował dalsze pogorszenie tej sytuacji ze względu na większe skrócenie długości życia mężczyzn

niż kobiet” – pisali autorzy raportu NIZP PZH-PIB.

Wg ich szacunków w roku 2019, ostatnim przed pandemią, 68,3 proc. różnicy długości życia mężczyzn i kobiet wynikało z wyższej umieralności mężczyzn w wieku 40-74 lata, natomiast w 2021 r. odsetek ten zwiększył się do ponad 70 proc.

Polska, gdzie kobiety żyją znacznie dłużej niż mężczyźni, wpisuje się w europejski trend, zgodnie z którym największe różnice występują w krajach, w których ogólna średnia długość życia jest niższa. „Kraje, w których rozpiętość ta była największa to: Łotwa (9,8 roku), Litwa (9,3 roku), Estonia (8,7 roku) oraz Polska (8 lat), a najmniejsza to: Islandia (2,8 roku), Norwegia (3 lata) oraz Holandia (3,3 roku)” – czytamy w raporcie „Trwanie życia w 2022 roku”.

GŁÓWNI ZABÓJCY POLAKÓW

W Polsce niezmiennie najczęstszą przyczyną śmierci pozostają choroby układu krążenia, choć ich procentowy udział w ogólnej liczbie zgonów z roku na rok się zmniejsza. Jak pokazują dane GUS, odsetek schorzeń

Opieka kardiologiczna w Polsce w ostatnich latach znacznie się poprawiała, jednak eksperci wskazują, że wciąż dużo pozostaje do zrobienia w kwestii organizacji leczenia. – Polskie Towarzystwo Kardiologiczne w ostatnim czasie przeprowadziło pewne analizy. Najważniejsze jest wykorzystanie obecnych zasobów, a to wymaga synergii wszystkich części tego systemu. Niestety, dzisiaj zbyt dużo i zbyt łatwo kierujemy pacjentów do szpitali, które przejmują diagnostykę i leczenie również w przypadkach niewymagających hospitalizacji – mówił prof. Robert Gil, prezes PTK podczas otwarcia marcowej konferencji „Wizjonerzy Zdrowia. Reformatorzy”.

Na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów w Polsce znajdują się choroby nowotworowe. W 2021 r. odpowiadały za niemal 20 proc. przypadków śmiertelnych. W ostatnich latach rocznie z tego powodu umiera około 100 tys. osób w naszym kraju.

Co można zrobić, aby poprawić te statystyki? – Zaczęłbym od profilaktyki, ponieważ jest czymś wspólnym dla kardio-

Polscy mężczyźni ze średnią 71,6 roku żyją o ponad 10 lat krócej niż Szwajcarzy (81,8 roku), Islandczycy (81,8 roku) i Norwegowie (81,7 roku).


sercowo-naczyniowych wśród przyczyn śmierci spadał z 52 proc. w roku 1991 do 35 proc. w 2021 r. Wśród przyczyn takiej zmiany wymienia się najczęściej: obniżanie średniego poziomu cholesterolu we krwi, zmniejszenie się populacji palących mężczyzn, spadek średnich wartości ciśnienia tętniczego wśród kobiet, a także postęp w zakresie terapii kardiologicznej.

Z powodu chorób układu krążenia w Polsce znacznie częściej umierają mężczyźni niż kobiety, co może tłumaczyć w jakimś stopniu tak znaczną różnicę w średniej długości życia. Analitycy GUS zaznaczają, że w 2021 r. współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 lat był blisko 3,5 razy wyższy niż wśród kobiet w tym wieku. Podobnie ta relacja kształtowała się w grupie osób w wieku 45-59 lat, przy czym wartość tego współczynnika była kilkanaście razy wyższa niż wśród osób młodszych.

logii, onkologii, pulmonologii, diabetologii – mówił prof. Piotr Rutkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, podczas konferencji „Wizjonerzy Zdrowia. Reformatorzy”. Jego zdaniem do wysokiej śmiertelności z przyczyn nowotworowych przyczyniają się m.in. palenie tytoniu, epidemia otyłości i zanieczyszczenie powietrza.

Trzecie miejsce zajmują choroby układu oddechowego. W 2021 r. były przyczyną niemal 6 proc. zgonów.

Na dalszych miejscach znalazły się choroby układu trawiennego, zaburzenia wydzielania wewnętrznego, choroby układu nerwowego i choroby układu moczowo-płciowego.

Trzeba jednak pamiętać, że w ostatnich kilku latach ta statystyka została zaburzona, ponieważ wysokie miejsce zajmowały zgony spowodowane chorobą COVID-19, w 2021 r. było to nawet 18 proc. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Dealer nie pyta o dowód

Rozmowa z **BOGUSIEM JANISZEWSKIM**,
pisarzem,
nauczycielem

Jak Pańskim zdaniem powinniśmy rozmawiać z nastolatkami na temat fentanylu, żeby nie straszyć, ale edukować i tłumaczyć zagrożenia?

Nie mam przekonania, czy straszenie w kontekście substancji psychoaktywnych jest pożądane i zasadne, ale akurat w tym przypadku zrobiłbym pewien wyjątek, bo fentanyl rzeczywiście jest śmiertelny.

Rozmawiając, w ramach uzgadniania kontraktu z młodym człowiekiem, wprowadziłbym fentanyl na listę rzeczy zakazanych.

Kontrakt?

Dziecko powinno się zobowiązać, że nigdy tego nie dotknie ani nigdy nie będzie próbowało. Powinno mieć świadomość, że to absolutnie nie ma sensu.

Rodzice muszą mieć jakieś argumenty, żeby móc przystąpić do pertraktacji z dzieckiem i móc taki „kontrakt” spisać.

Najważniejszym argumentem, na którym można budować, jest wcześniejsza inwestycja w kształtowanie porozumienia i świadomości. Nie mam wątpliwości, że nasz nastolatek prędzej czy później czegoś spróbuje, przynajmniej statystycznie rzecz ujmując, i z tym się powinniśmy pogodzić. Spróbuje alkoholu, zapewne sięgnie po e-papierosy oraz po bardziej ryzykowne substancje.

To jest dla mnie w ogóle punkt wyjścia, żebyśmy podeszli do nastolatka ze świadomością, że taka sytuacja w jego życiu się wydarzy i tym samym na taką sytuację trzeba nastolatka przygotować. Zresztą siebie też musimy przygotować.

Skąd ta pewność, że „się wydarzy”?

Ze statystyk. Ponad 60 proc. ludzi w wieku 15-18 lat sięga po e-papierosy. W tej grupie zdecydowana większość już na pewno ma za sobą inicjację alkoholową. Wiemy, że prawie



połowa mogła mieć kontakt z marihuaną. Naprawdę tu nie ma się co czarować. Natomiast odpowiedź na pytanie, kiedy zacząć rozmawiać, nie jest łatwa. Jako rodzic chciałbym, żeby ten temat był wprowadzany do mainstreamu.

Trzecioklasiści wiedzą o istnieniu kokainy?

Tak. Bo to słowo pojawia się w internecie, w filmach, pojawia się też u starszego rodzeństwa. Zatem dzieci już wiedzą, że takie substancje istnieją, wiedzą, w jaki sposób one działają, że wpływają na zmiany świadomości.

A jest jakiś próg wieku, kiedy należy zacząć wprowadzać tematy związane z narkotykami?

Tu z kolei powołałam się na obserwacje toksykologów. Toksykologia to oddział, na który trafia dzieciak albo skrajnie pobudzony, nad którym nie można zapanować, bo wziął jakiś psychostymulant, albo w stanie obniżonej pracy serca, kłopotów z oddychaniem, utraty przytomności.

Mówimy o trzynastolatkach. Zatem dla mnie rozmowa z 12-13-latkami to konieczność. To jest ważne o tyle, że nale-

ży zacząć rozmawiać z dzieckiem, zanim ono podejmie pierwsze próby, sięgnie po narkotyki. Chodzi o to, by na ten kontakt z substancją czy w ogóle z sytuacją, kiedy w jego środowisku pojawi się substancja, dziecko przygotować.

Zastanawiam się, czy publikacje na temat fentanylu, ostrzeżenia policji nie robią czasem mu reklamy.

Pyta pani o narrację. Odpowiem, że nie ma narracji bez relacji. Jeżeli jesteśmy w dialogu z dzieckiem, jeżeli dziecko nam ufa, stanowimy dla niego wsparcie, nie negujemy jego różnych, czasami głupkowatych, zachowań, tylko podchodzimy do nich ze zrozumieniem, to jest szansa, że z nami poważnie o pewnych rzeczach porozmawia.

To ważne, bo nastolatek naturalnie odcina się od rodziców. To wynika z jego fazy rozwojowej, bo szuka swojego miejsca w swojej nowej społeczności, w stadzie rówieśników. Trzeba po prostu zabiegać o to, żeby być w relacji z dzieckiem, już wcześniej. Ale to nie jest zadanie na 5 minut. To jest tak naprawdę bardzo długi, złożony proces wychowawczy czy w ogóle pomysł na wychowanie.

Relacja z dzieckiem to jedno, ale chyba rodzice też muszą poszerzać swoje kompetencje.

Gdybym miał jeszcze nastolatki w domu, to po prostu zaprosiłbym je do rozmowy, czyli zapytałbym: „Słuchajcie, a co wy wiecie o fentanylu, co to jest w ogóle, co to za badziew?”, bo pewnie dzieciaki już wiedzą, jak to działa. Niech one nam powiedzą o tym, co wiedzą o substancjach. To może być zaproszenie do rozmowy.

Natomiast w kontekście budowania relacji należałoby odsłonić przyłbicę i trochę opowiedzieć o swoich doświadczeniach. Czy i kiedy próbowałem, jak to się skończyło, jakie miałem nieprzyjemne przygody z substancjami. W ten sposób zapraszamy dziecko do wymiany spostrzeżeń, zachęcamy, by zechciało nam opowiadać.

Nie bądźmy jako dorośli hipokrytami, bo hipokryzja i stosowanie innych miar do naszych dzieci niż do nas samych na pewno źle się komunikacyjnie i relacyjnie skończy.

Ale też trzeba wyraźnie komunikować, że sytuacje typu „dawanie w żyłę” albo sięganie po substancje wziewne, które pozornie tylko są subtelne, ale tak naprawdę bardzo mocno wyniszczają mózg, są skrajnie niebezpieczne. Nastolatki muszą wiedzieć, co grozi za posiadanie nielegalnych substancji, że wiele historii kończy się traumami młodych ludzi. Wizyta na policji, kurator, poinformowanie szkoły, ryzyko jakichś dalszych działań, sprawy sądowej, przeszukanie domu przez policję... To zawsze będzie miało wpływ na życie dorastającego człowieka. I on musi mieć


A pan infiltrował jakoś to środowisko, jak dzieci trafiają na dilerów, gdzie dochodzi do transakcji? Bo chyba nie tylko w klubach i ciemnych zakamarkach.

Substancje są niestety wszechobecne. Parę miesięcy temu na Pomorzu zlikwidowano nielegalną wytwórnę klefedronu. Znalaziono tam 4 tony gotowej substancji, co oznacza, że znaleziono mniej więcej od kilkanastu do dwudziestu milionów gotowych porcji. Te liczby pokazują skalę zjawiska. To są czasami małe pastyleczki, czasami dzieciak może powiedzieć, że to jest jakiś lek na receptę, substancja, która poprawia jego zdolności percepcji, dzięki czemu lepiej się uczy... Dziś to wszystko jest bardzo proste. Na to nakłada się też ogromne ryzyko związane z substancjami, które są mniej czy bardziej dostępne w aptekach, zazwyczaj na receptę, ale dzisiaj zdobycie recepty nie jest przecież wielkim problemem.

Jest jeszcze coś. My, dorośli, panikujemy, bo czujemy zapach marihuany, a z drugiej strony nie reagujemy w sytuacji, kiedy dzieciak zaczyna być jeszcze bardziej odcięty, przymulony, jeszcze bardziej zamyka się, śpi godzinami i nie wiemy, o co chodzi.

Do niedawna substancje kojarzyły się z czymś o charakterze przede wszystkim rozrywkowym i doznaniowym, były brane, żeby trochę podkręcić energię, wejść do innego świata, rozluźnić się, ale dzisiaj młodzi ludzie coraz częściej biorą substancje po to, żeby nie czuć.

Nie czuć?

W tym sensie, że przeżywają różnego rodzaju nieprzyjemne doświadczenia, traumy, stresy, związane chociażby z sytuacją szkolną, i nagle uczą się, że jakaś niewielka pastylka powoduje, że ten stres znika. A potem bardzo łatwo wpadają w uzależnienie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **PAULINA SOCHA-JAKUBOWSKA**

Do niedawna substancje brano, żeby podkręcić energię, wejść do innego świata, rozluźnić się, ale dziś młodzi ludzie coraz częściej biorą substancje po to, by nie czuć.

Słyszałam wielokrotnie o innych pomysłach wychowawczych. Wielu rodziców uważa, że najlepiej, by dziecko spróbowało alkoholu bądź substancji psychoaktywnych w ich towarzystwie, pod opieką.

Sam mam takie doświadczenie ze swoimi dziećmi i też wyszedłem z założenia, że lepiej, żeby wypili kieliszek szampana w wieku 16 lat z rodzicami i żeby doświadczyły chociażby wstępnie działania substancji psychoaktywnej, niż żeby zaczynały z kolegami. W domu kontrolujemy sytuację, mamy na to wpływ, to też w jakiś sposób otwiera naszą relację z dzieckiem, ale co pragnę podkreślić, nie wyobrażam sobie, żeby to była jakakolwiek zachęta dla dziecka. To nie może być sytuacja w stylu: „Zobacz, jak fajnie jest po marihuanie”. Bo w tym kontaktowaniu się z dzieckiem trzeba stawiać wyraźne granice.

Jest jeszcze jeden wątek. W większości domów alkoholem celebrowane są różne sytuacje, dziecko tą sytuacją w jakimś sensie przesiąka. Ono już ma zapisane, że alkohol służy rozrywce, zabawie, a czasami przeżywaniu jakiegoś domowego smutku. Prawdopodobieństwo, że sięgnie po tę substancję radykalnie wzrasta w tym momencie.

tego świadomość. Nie mówiąc o kłopotach, jakie spadają wtedy na rodziców.

Wie pani, o co jeszcze powinniśmy walczyć?

O co?

Że jeśli naszym dzieciom przytrafi się sytuacja trudna, na przykład wezmą jakąś substancję, a ona zadziała tak, że zaczną panikować, dostaną palpacji serca, albo włączą się w jakąś problematyczną historię, w takim momencie będą mieć odwagę, gotowość, by zadzwonić do rodziców.

Jeżeli będą w relacji pod tytułem: „nie wolno, zakazuję ci”, to nie zadzwonią. I rodzi się pytanie, co się wtedy z nimi stanie.

Zatem zastanawiając się, w jaki sposób chcemy rozmawiać z dzieckiem na ten temat, musimy brać pod uwagę też to, co zyskujemy, a co tracimy.



Boguś Janiszewski

– pisarz, nauczyciel, ekspert związany ze środowiskiem edukacji niepublicznej. Autor stworzonych wspólnie z ilustratorem Maksem Skorwiderem popularnonaukowych książek dla dzieci, m.in. „Kosmos”, „Sztuczna Inteligencja”, „Klimat”, „Sex”, „Bóg”, „Mury” i „Wojny”. Ostatnio wydał „Książkę o narkotykach”.

Wyniki leczenia nowotworów w Polsce, mimo poprawy, wciąż są słabsze niż w krajach Europy Zachodniej. Co trzeba zrobić, by to zmienić?

Wyniki w Polsce są słabsze, ale się poprawiają. Jestem przeciwny temu, żeby mówić, że jest źle i nic się nie zmienia, bo nie jest to prawdą.

Dużo się zmienia w polskiej onkologii?

Jest coraz lepszy dostęp do terapii i coraz lepsza organizacja leczenia. Obecnie mamy dostęp do wszystkich najważniejszych terapii we wszystkich często występujących nowotworach. Mamy też bardzo dobre możliwości profilaktyki – oczywiście, problemem jest to, że z niej nie korzystamy tak, jak moglibyśmy.

Najbliższe miesiące to będzie duża ofensywa w onkologii, m.in. związana ze wprowadzaniem Krajowej Sieci Onkologicznej. Obecnie testujemy kartę e-DILO, niedługo będziemy testować e-Konsylium. Wkrótce zostaną obwieszczone podstawowe wskaźniki jakości opieki onkologicznej. Jako Narodowy Instytut Onkologii ściśle współpracujemy z NFZ w zakresie oceny funkcjonowania systemu onkologicznego. Mamy już zdefiniowane ośrodki SOLO na wszystkich poziomach. Podczas VI Kongresu Onkologii Polskiej odbędzie się prezentacja testowej wersji Narodowego Portalu Onkologicznego. Przygotowaliśmy kurs/szkolenie dla koordynatorów pacjentów.

Jesteśmy też bardzo zaawansowani, jeśli chodzi o tworzenie wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych: opracowaliśmy już wytyczne dla 15 nowotworów, w opracowaniu jest kolejnych 8, a niektóre są aktualizowane. Tak więc już w 2024 r. będziemy mieć wytyczne we wszystkich najważniejszych nowotworach. Część wytycznych po ocenie przez Krajową Radę Onkologii została przekazana do AOTMiT.

Ministerstwo Zdrowia deklaruje, że jesteśmy już na ostatniej prostej z utworzeniem Lung Cancer Unitów. To konieczne, gdyż nie uda się poprawić efektywności leczenia raka płuca, jeśli nie zostanie stworzona szybka, skoordynowana ścieżka dla chorych na raka płuca. Widać, że dzięki utworzeniu Breast Cancer Unitów bardzo poprawiła się opieka nad chorymi na raka piersi. Poprawia się też sytuacja w diagnostyce patomorfologicznej, mamy nieza-



Najbliższe miesiące to będzie duża ofensywa w onkologii

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

leżną wycenę, system JGPato. Nie zawsze jeszcze wszystko funkcjonuje, jeśli jednak diagnostyka patomorfologiczna zostanie od razu sprzężona z diagnostyką molekularną, będzie to duża korzyść dla pacjentów.

Wracając do profilaktyki: jak tłumaczyłby Pan fakt, że Polacy do tej pory niezbyt chętnie z niej korzystają?

Myślę, że to kwestia edukacji – już w szkołach konieczne jest wpajanie młodym ludziom, że profilaktyka to normalna

rzecz, nie nadzwyczajnego, czego trzeba się obawiać. Badań profilaktycznych w onkologii nie jest wiele, ale w ważnych nowotworach wczesne wykrycie wiele zmienia. Rak płuca to największy zabójca mężczyzn i kobiet (od przyszłego roku będzie dostępne badania profilaktyczne za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej). Rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet; rak jelita grubego zajmuje drugie miejsce, jeśli chodzi o liczbę zgonów. Z kolei rak szyjki macicy stawia Polskę w nieko-

Widzę wyraźną poprawę wskaźników prozdrowotnych. Mamy dostęp do wszystkich najważniejszych terapii we wszystkich często występujących nowotworach.

rzystnym światło na mapie świata, jeśli chodzi o liczbę zachorowań i zgonów. Profilaktyką możemy wiele zmienić. Popatrzmy choćby na Danię: wykonywanie badań profilaktycznych jest czymś oczywistym: Duńczycy wiedzą, że dzięki temu będą żyli dłużej. Polacy często nie wykonują badań, a później, gdy słyszą diagnozę raka, chcą jak najszybciej dostać leczenie. A przecież czasu nie da się cofnąć. Wczesne wykrycie nowotworu to szansa na proste leczenie i wyleczenie.

Są planowane ważne zmiany w profilaktyce: pierwsza dotyczy szczepień przeciw HPV: mają być realizowane nie tylko w POZ, ale też w aptekach. Pani minister Leszczyna mówi o szczepieniu w szkołach – uważam, że byłby to bardzo potrzebny krok. Na przełomie roku ma być też wdrożony program HPV DNA.

Kolejna rzecz to indywidualny kontakt z obywatelem poprzez IKP w celu promocji profilaktyki – jest szansa, że zostanie to niedługo wprowadzone. IKP to powinna być nasza „elektroniczna książeczka zdrowia”. Mocno ruszyły też prace, by zaangażować lekarzy medycyny pracy w realizację badań profilaktycznych, gdyż wszystkie osoby w wieku produkcyjnym mają kontakt z medycyną pracy.

Konieczne są też działania edukacyjne – nie możemy odpuszczać problemu palenia tytoniu i nowych sposobów uzależniania od nikotyny, czyli wszystkich e-systemów. Piękna nazwa, która ma budzić przyjemne skojarzenia, a stanowi szeroką furtkę do uzależniania dla wielu osób.

E-systemy wydają się nowoczesne, kojarzą się z nowoczesną technologią...

To superchwył marketingowy, jednak WHO już ostrzega przed tymi systemami. Również Ministerstwo Zdrowia bardzo aktywnie działa, mam duży szacunek dla pani minister Leszczyny w tej kwestii, bo lobby jest bardzo silne.

W Polsce wciąż pali papierosy ponad 30 proc. osób. Jak ich zniechęcić?

Działania muszą być kilkutorowe: edukacja, informacja, ale też cena. Papierosy są za tanie. Takie same działania muszą być też podejmowane w stosunku do wyrobów zastępczych, które u części osób – zwłaszcza młodych – prowadzą do uzależnień.

Oprócz testu HPV DNA mamy szansę na nowoczesne metody profilaktyki?

Mam nadzieję, że w 2025 lub 2026 r. uda się wprowadzić test FIT do diagnostyki raka jelita grubego. Kraje, które stosują system FIT, odniosły dużo większe sukcesy w profilaktyce raka jelita grubego; to są badania, które można wykonać w domu. Ważne jednak, żeby to był właściwy test FIT – nowoczesnej generacji, wysokiej czułości.

Muszę powiedzieć, że wdrażanie wielu zmian w onkologii bardzo przyspieszyło w ostatnim czasie. W Ministerstwie Zdrowia został utworzony nowy Departament Opieki Koordynowanej kierowany przez dyr. Konrada Korbińskiego. Wyodrębnienie tego departamentu pokazuje, że opieka koordynowana jest ważnym priorytetem.

Będzie to wręcz przełomowy rok dla polskiej onkologii?

Myślę, że tak. O tym wszystkim mówiliśmy od dawna, teraz czas wdrożenia. Widzę wyraźną poprawę wskaźników prozdrowotnych.

Liczba chorych na nowotwory rośnie, pacjenci są leczeni coraz dłużej dzięki nowym opcjom, tymczasem onkologów brakuje i niestety studenci nie zawsze wybierają onkologię...


W przyszłym roku razem z kolegami z USA szykujemy Cancer Week, podczas

którego chcemy przedstawić studentom z całej Polski, że jest to specjalizacja, która np. w USA jest wybierana jako jedna z pierwszych, trudno się na nią dostać. Koledzy ze Stanów nie rozumieją, dlaczego w Polsce studenci nie dostrzegają tego, jak ważna, ciekawa, nowoczesna i dająca szansę rozwoju jest specjalizacja onkologiczna, Cieszę się na wizytę kolegów z FDA w 2025 r. I mam nadzieję, że onkologia będzie wybierana coraz częściej przez studentów.

Wspomniał Pan o tym, że w Polsce mamy dostępne coraz bardziej nowoczesne metody leczenia raka. A jak to wygląda w czerniaku?

Efektywność leczenia widać po poprawie przeżyć – w ciągu 8-9 lat przeżycia w Polsce poprawiły się o ponad 20 proc. To duży skok, który udało się osiągnąć dzięki temu, że czerniak jest wykrywany coraz wcześniej (jest coraz lepsza świadomość), ale również dzięki nowoczesnym terapiom, które są dostępne w 35 ośrodkach w Polsce. W Polsce mamy dziś dostępne wszystkie opcje rekomendowane przez NCCN. Niedawno zakończyliśmy rekrutację do badania klinicznego spersonalizowanej szczepionki opartej na mRNA, która ma na celu zapobieganie nawrotom czerniaka. W przyszłym roku spodziewamy się pierwszych wyników. To bardzo ciekawa koncepcja leczenia, która może się przełożyć na wszystkie nowotwory lite. Druga rzecz to zastosowanie immunoterapii u części chorych przed operacją – jako Polskie Towarzystwo Onkologiczne złożyliśmy wniosek do Ministerstwa Zdrowia, by ten sposób leczenia był refundowany, gdyż jest tańszy i skuteczniejszy.

Coraz częściej w nowotworach stosuje się leczenie przedoperacyjne?

Tak, gdyż jest ono coraz skuteczniejsze, co pokazują wyniki badań. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

– kierownik Kliniki Nowotworów Tkanki Miękkich, Kości i Czerniaków, pełnomocnik Dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii – PIB w Warszawie, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Leczenie przed operacją

Rozmowa z **PROF. DARIUSZEM M. KOWALSKIM**, kierownikiem Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii-PIB w Warszawie, sekretarzem generalnym Polskiej Grupy Raka Płuca

Rak płuca to jeden z najtrudniejszych nowotworów, ale w jego leczeniu w ostatnich latach widać ogromny przełom. Chodzi m.in. o leczenie okołoperacyjne (przed- i pooperacyjne) stosowane u chorych, którzy mogą być leczeni radykalnie operacyjnie, czyli mają szansę na wyleczenie raka...

Do leczenia operacyjnego jest kwalifikowanych ok. 15 proc. chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca: to dość mała populacja chorych. Jednak leczenie wyłącznie chirurgiczne okazuje się niewystarczające: ryzyko wznowy miejscowej, jak również przerzutów odległych jest dość wysokie i zależy od szeregu czynników, w tym głównie od stopnia zaawansowania pooperacyjnego. Nawet w pierwszym stopniu zaawansowania pooperacyjnego, czyli bardzo niskim, ryzyko wznowy wynosi 10-20 proc. U chorych w trzecim stopniu zaawansowania pooperacyjnego przekracza nawet 70-80 proc., czyli jest bardzo wysokie.

Czyli jeśli nowotwór płuca zostanie całkowicie usunięty, to też istnieje ryzyko wznowy?

Tak; dlatego do niedawna rutynowo stosowana była po leczeniu chirurgicznym tzw. chemioterapia uzupełniająca. Zmniejszyła ona ryzyko wznowy o ok. 4,5 proc.

4,5 proc. to niewiele...

Niewiele. Była też koncepcja stosowania chemioterapii poprzedzającej radykalny zabieg operacyjny, czyli chemioterapii wstępnej (neoadiuwantowej), jednak wyniki nie były znamienne lepsze od chemioterapii uzupełniającej. Generalnie nie poprawiały skuteczności leczenia.

Dopiero niedawno opublikowane zostały badania dotyczące połączenia chemioterapii z immunoterapią – w różnych kombinacjach. Wyniki badań pokazują, że możemy dziś mówić o dużym postępie w le-



czeniu dzięki zastosowaniu tzw. leczenia okołoperacyjnego. Mamy tu kilka różnych schematów – a mówimy tylko o leczeniu z wykorzystaniem immunoterapii.

Jeden ze schematów to stosowanie leczenia uzupełniającego nie klasyczną chemioterapią, tylko uzupełniającą immunoterapią przez 12 miesięcy (ale oczywiście po chemioterapii uzupełniającej). Możemy również stosować chemioterapię w połączeniu z immunoterapią przed zabiegiem operacyjnym, później zastosować leczenie operacyjne i prowadzić dalszą obserwację albo podać chemioterapię uzupełniającą. Jeszcze inną opcją jest pełne leczenie okołoperacyjne, czyli tzw. kanapka: chory dostaje przed leczeniem operacyjnym immunoterapię i chemioterapię, następnie jest wykonywany zabieg operacyjny, a po zabiegu – kontynuowana jest immunoterapia albo chemioimmunoterapia. Tak

więc mamy trzy różne metody tzw. leczenia okołoperacyjnego.

W jaki sposób leczenie przedoperacyjne poprawia wyniki leczenia?

Wszystkie badania, które zostały opublikowane z różnymi lekami z zakresu immunoterapii, wykazały znamienne większy odsetek przeżyć 1-roczych i 2-letnich oraz tzw. okresu wolnego od wszelkich zdarzeń wobec klasycznej chemioterapii wstępnej. Najważniejsze jest to, że zastosowanie immunochemioterapii przedoperacyjnej indukuje znamienne wyższy odsetek odpowiedzi patomorfologicznych. To znaczy, że większy odsetek komórek nowotworowych ginie po tego typu leczeniu; w materiale pooperacyjnym mamy duży odsetek braku nowotworu albo – kolokwialnie można powiedzieć – „martwego” nowotworu.

Są dwie bardzo ważne cechy: pierwsza to całkowita odpowiedź patomorfologiczna (pCR), kiedy w materiale pooperacyjnym nie stwierdzamy komórek nowotworowych, druga to tzw. *major pathological response* (MPR), czyli bardzo duża odpowiedź na zastosowanie leczenia wstępnego. Te czynniki, a w szczególności pCR, czyli całkowita odpowiedź patomorfologiczna, są niezależnymi czynnikami, jeśli chodzi o czas ca-

przed operacją konieczne jest pobranie wycinka guza; na jego podstawie musi zostać oceniony typ nowotworu, a dodatkowo w przypadku raka gruczołowego konieczne jest wykonanie badań molekularnych, gdyż pacjenci z wariantami patogennymi w genach *EGFR*, *ALK*, *ROS-1* nie kwalifikują się do immunoterapii, gdyż nie odpowiadają na jej zastosowanie. Konieczne jest też ocenienie statusu białka PD-L1. Tak więc niezbędną

terapię pacjentów. Robimy wszystko, by zaproponować chorym optymalny sposób postępowania. Na pewno immunochemioterapia przedoperacyjna jest takim sposobem postępowania, który należy rozważać w wybranych populacjach chorych.

Takie leczenie może się nie udać, jeśli nie powstaną Ośrodki Kompetencji Raka Płuca (Lung Cancer Units)?

Ze względu na specyfikę leczenia, trudności logistyczne, konieczność tworzenia zespołów wielodyscyplinarnych jest to metoda leczenia optymalna do prowadzenia w ośrodkach dedykowanych nowotworom płuca, opieki koordynowanej, Lung Cancer Unitach.

Leczenie okołoperacyjne to nowa koncepcja w leczeniu radykalnym raka płuca. Bardzo chcemy je stosować, bo poprawia szansę na wyleczenie.

kowitego przeżycia. Gdy pacjent po takim leczeniu uzyska pCR – a szansa uzyskania go po immunochemioterapii jest (w różnych badaniach) 5-, 10-, 15-krotnie wyższa niż po chemioterapii, to szansa wyleczenia rośnie w sposób logarytmiczny.

Leczenie okołoperacyjne, w tym przedoperacyjne, to ogromny przełom, jeśli chodzi o leczenie radykalne?

To całkowicie nowa metoda, nowa koncepcja. Bardzo chcemy takie leczenie stosować, choć jego prowadzenie jest trudne ze względów logistycznych.

Jakie są dziś możliwości stosowania takiego leczenia u pacjentów w Polsce?

Od lipca mamy zmodernizowany program leczenia raka płuca w Polsce. Umożliwia on zastosowanie immunochemioterapii jako leczenia przedoperacyjnego (chemioterapia i immunoterapia z zastosowaniem niwolumabu). Leczenie polega na stosowaniu trzech cykli chemioterapii w połączeniu z niwolumabem; następnie pacjent jest operowany. Dalsze postępowanie zależy od wyniku badania materiału pooperacyjnego.

Oczywiście, trzeba pamiętać, że takie leczenie może być zastosowane tylko u niektórych chorych, w dobrym stanie ogólnym, w określonych stopniach zaawansowania klinicznego. Powinno być prowadzone w bardzo wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach, które mają onkologię kliniczną, radioterapię, torakochirurgię. Jest ono trudne logistycznie, gdyż pacjent musi kwalifikować się do operacji (być w drugim lub trzecim stopniu zaawansowania), jednak

jest dobra współpraca: torakochirurg – onkolog kliniczny – radioterapeuta – patomorfolog – biolog molekularny.

Nie zawsze więc w przypadku wykrycia raka płuca we wczesnym stadium leczenie zaczyna się od operacji?


Konieczne jest wykonanie badań przed rozpoczęciem leczenia, wielodyscyplinarne konsylia z udziałem specjalistów, co najmniej torakochirurga, radioterapeuty, onkologa klinicznego.

Program lekowy obowiązuje od lipca; czy takie leczenie jest już prowadzone?

Dopiero od miesiąca mamy program lekowy, a – jak wspominałem – leczenie jest trudne logistycznie do zorganizowania. Wiele ośrodków jest jednak zainteresowanych takim leczeniem. Podczas kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej zostaną zaprezentowane rekomendacje zespołu ekspertów dotyczące leczenia okołoperacyjnego.

Leczenie okołoperacyjne na pewno nie będzie dotyczyło dużych populacji chorych. Musimy ustalić „ścieżkę” diagnostyczno-te-

Jakie są najważniejsze działania, by rak płuca był wcześniej diagnozowany?

Konieczna jest współpraca z lekarzami POZ; to oni mają największą wiedzę dotyczącą palenia papierosów u pacjentów, a jest to główny czynnik ryzyka raka płuca. Ważne, żeby nie lekceważyli objawów przewlekłego kaszlu u palaczy, tylko kierowali na badania. Lekarze POZ mogą dziś wystawiać skierowania nie tylko na klasyczny RTG klatki piersiowej, ale też na tomografię komputerową klatki piersiowej. Nie można lekceważyć objawów, zapisując kolejne antybiotyki, trzeba kierować pacjentów na diagnostykę, do pneumonologa, torakochirurga. A przede wszystkim szeroko informować pacjentów o programie badań przesiewowych z zastosowaniem niskodawkowej tomografii komputerowej. Ma on za zadanie wykrywać raka płuca we wczesnym stadium. Zwiększa wykrycie niskich stopni zaawansowania raka płuca, kiedy możemy kwalifikować pacjentów do tak skutecznego leczenia, jakim jest leczenie operacyjne, zwłaszcza w połączeniu z leczeniem okołoperacyjnym. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ-**



Prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski

– specjalista onkologii klinicznej, specjalista radioterapii onkologicznej, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, sekretarz generalny Polskiej Grupy Raka Płuca.

Żyjemy krócej niż mieszkańcy Europy, umieramy za wcześnie, przedwcześnie. Jak na to patrzy kardiolog, skoro to choroby serca i naczyń krwionośnych są w Polsce pierwszą przyczyną zgonów, także tych przedwczesnych?

Główną przyczyną śmiertelności są choroby sercowo-naczyniowe i dlatego kardiolodzy muszą sobie zdawać sprawę z ważnej roli, którą powinni odgrywać, tj. chodzi między innymi o krzewienie świadomości zdrowotnej. Jednak drugą bardzo ważną przyczyną zgonów są nowotwory, tak więc za przedwczesne zgony można „obwinić” nie tylko choroby sercowo-naczyniowe i nie należy zapominać o zadaniach dla onkologów.

Wiemy jednak z wielu badań epidemiologicznych, oceniających dziesiątki tysięcy ludzi, że skuteczność prewencji pierwotnej u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi jest bardzo wysoka i istotnie przedłuża im życie. W chorobach nowotworowych jest trudniej, bo w wielu przypadkach zaawansowanej choroby wciąż sukcesem jest wydłużenie życia o kilka miesięcy.

Kardiolog wie, że najczęstszą przyczyną śmierci Polaków są choroby układu krążenia. Wie też, że można byłoby to zmienić, ale trzeba mieć plan na lata, by zainwestować w prawdziwą profilaktykę już od dziecka. Problem polega na tym, że niestety Polak nie myśli o swoim zdrowiu do czasu pierwszego epizodu chorobowego.

Niemiec, Francuz, Szwed o tym myśli?

Spędziłem sporo czasu na Zachodzie; nie mogę wypowiadać się o przeciętnym mieszkańcu tych krajów, jeśli jednak porównam osoby, z którymi ja się kontaktowałem – tzw. klasa średnia, osoby wykształcone – to ich spojrzenie na tzw. ekologię, zdrowie, produkty spożywcze, które kupują w sklepach, jest inne niż nasze. Powiedziałbym, że oni wolą „mniej i drożej”, a nas wciąż myślimy kategorią „więcej i taniej”. Wiąże się to z poczuciem spełnienia społeczeństwa i chęcią skorzystania z dobrobytu. Żyjąc w obozie krajów demokracji ludowej, mieliśmy swoje marzenia, punkty odniesienia, do czego dążymy, czego byśmy chcieli i co nas uczyni szczęśliwymi. Trochę więcej pieniędzy, chęć doświadczenia dobrobytu,

Nie myślimy o zdrowiu... do czasu

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



powoduje, że gdzieś zatracamy się w codzienności. Według doniesień prasowych pracujemy najciężej w Europie: Polacy biorą najwięcej nadgodzin, wiele dodatkowych prac, żeby dorobić. Nie mamy czasu, żeby zadbać o siebie. I to wszystko prawdopodobnie z chęci zarobienia większej ilości pieniędzy i szybszej realizacji swoich celów...

Czyli: chęć poprawy życia paradoksalnie jest jedną z przyczyn tego, że... żyjemy krócej. Gubi nas życie na dorobku?

A jednocześnie dzieci, młodzież nie mają od pierwszych dni życia wzorców, co jest zdrowe. Często widzą w domu, jak rodzice palą papierosy, jedzą nie do końca zdrowe

jedzenie, piją alkohol. Brakuje wzorców aktywności fizycznej.

Proszę popatrzeć, jak słabo wypadliśmy na igrzyskach olimpijskich: 10 medali, w tym jeden złoty. To niewiele jak na prawie 40-milionowy kraj i wydane 4 mld zł na sport. Są pojedyncze osoby, talenty, które ćwiczymy i wykorzystujemy ich umiejętności, ale gdy przestają zdobywać medale i kończą karierę, to nie mają następców, bo nie ma systemu szkoleń.

I dobrych wzorców... Ale jednak, szczególnie w dużych miastach, wiele osób np. jeździ na rowerze, biega.

Tak, jednak dojrzałe społeczeństwo jest dojrzałe nie tylko mądrością i możliwościami

elit, ale też przeciętnego obywatela. A poza tym nie ma u nas jednej wizji, a Polacy już od czasów zaborów nauczyli się radzić sobie samemu. Radzimy sobie z dnia na dzień, jednak w tym wszystkim gdzieś gubi się zdrowie. Polak często budzi się z letargu, gdy coś mu się stanie albo gdy stanie się coś komuś z bliskiej rodziny. Wydaje nam się, że choroba może wszystkich dotyczyć, tylko nie nas. A jeśli coś się stanie, to jakoś damy radę...

regularne pomiary nadciśnienia tętniczego, cholesterolu, EKG, echo serca, spotkania z psychologiem, dietetykiem, rehabilitantem, z lekarzem prowadzącym, uczą się postaw prozdrowotnych. Program trwa rok, ale pacjenci stosują się również później do większości zaleceń. Zwłaszcza gdy są pod opieką mądrego lekarza rodzinnego, który kontynuuje opiekę w ramach koordynowanej opieki kardiologicznej. To najlepszy

jemy wiedzą i umiejętnościami. Najnowsze technologie wchodzą u nas wolniej, ale jak już się pojawiają, to są szeroko stosowane. Problemem jest to, że wiele nowych metod diagnostycznych, nieinwazyjnych, nie jest dostępnych w warunkach ambulatoryjnych, pacjenci są kierowani na diagnostykę do szpitala, co w wielu przypadkach nie jest potrzebne. Dzięki skoordynowanej opiece kardiologicznej u lekarzy POZ zaczyna to się zmieniać, wciąż jednak mamy niewykorzystane możliwości AOS (ambulatoryjna opieka specjalistyczna).

Pracujemy najciężej w Europie: Polacy biorą najwięcej nadgodzin, wiele dodatkowych prac, żeby dorobić. Nie mamy czasu, żeby zadbać o siebie.

To pewnie trudne pytanie do kardiologa, ale – co zrobić, by to zmienić? Trzeba zmiany pokoleniowej?

Pomysłów, jak to zmienić, jest wiele, ale wszystkie mają wspólny mianownik: trzeba zacząć od dzieci. Kwestia prozdrowotnej postawy społeczeństwa nie powinna być domeną Ministerstwa Zdrowia, ale też Ministerstwa Edukacji, Ministerstwa Sportu, a minister finansów musi przeznaczyć na to w budżecie odpowiednie środki.

Lekarze zajmują się leczeniem chorób. Tu też wiele można zrobić, ale mówimy wtedy o prewencji wtórnej, a nie pierwotnej. Poza tym lekarze muszą być wspomagani przez inne osoby działające na rzecz zdrowia publicznego, np. przez medycynę pracy, osoby pracujące w stacjach sanitarno-epidemiologicznych, specjalistów zdrowia publicznego. A lekarze kardiologów muszą skupić się na swojej codziennej pracy, czyli na zapobieganiu kolejnym epizodom sercowo-naczyniowych u pacjentów, którzy przyszli do nich do gabinetu.

Przeprowadza Pan skomplikowane operacje i zabiegi u pacjentów, ratujące życie. Czy po takich zabiegach oni chcą zmienić styl życia, lepiej stosować leki, by nie dopuścić do rozwoju choroby?

Pokazuje to sukces programu KOS Zawał. To bardzo prosty program, pacjenci są objęci opieką przez 12 miesięcy po zawale, uczą się pozbywać strachu przed wysiłkiem fizycznym, zaczynają wierzyć, że mogą wrócić do formy sprzed zawału. Są nadzorowani nie tylko pod kątem zrealizowania recept, ale też efektu stosowanego leczenia, mają

dowód na to, że pacjent odpowiednio poprowadzony jest w stanie w dużym stopniu wrócić do normalnego funkcjonowania. Podobnie dziecko, które od początku będzie miało wiedzę, jak żyć zdrowo, przeniesie te nawyki w dorosłość.

Oczywiście, nie zawsze zachorowanie zależy od stylu życia. Diagnostyka genetyczna w niedalekiej przyszłości będzie mogła wiele powiedzieć o potencjalnych słabościach organizmu, skłonności do pewnych chorób. Patrząc na rozwój biotechnologii, widzimy, że być może będziemy mogli stosować nie tylko leczenie objawowe, ale też przyczynowe. Profilowanie pacjenta jest bardzo ważne: dziś musimy oprzeć się na prostych czynnikach ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, otyłość, cholesterol, palenie papierosów; na tej podstawie możemy określać ryzyko zgonu w najbliższych 10 latach i myśleć, co powinniśmy korygować. W przyszłości (niedalekiej) będziemy mogli dodatkowo wesprzeć się diagnostyką genetyczną.


Czy dziś ma Pan wszystkie „narzędzia”, by pomóc pacjentowi z chorobą serca, który przychodzi do gabinetu?

W wielu obszarach mamy podobne możliwości leczenia pacjentów jak nasi koledzy z Europy Zachodniej. Na pewno nie odsta-

Jakie procedury mogłyby być wykonywane w ramach AOS, zamiast szpitalu?

Są to np.: skanery umożliwiające badanie serca metodą rezonansu magnetycznego, tomografy komputerowe, które z odpowiednim oprzyrządowaniem są w stanie wykonać „nieinwazyjną koronarografię” czy aparaty diagnozujące zaburzenia rytmu serca i przewodzenia wewnątrzsercowego. W efekcie kwalifikację do zabiegów revascularizacyjnych czy elektrofizjologicznych można by wykonywać ambulatoryjnie, a do szpitali kierować tylko pacjentów z ostrymi zachorowaniami oraz już do zabiegów inwazyjnych. Na przykładzie niewydolności serca widać, że mądre prowadzenie i skuteczne leczenie ambulatoryjne powoduje znaczące zmniejszenie hospitalizacji. Ważne byłoby, żeby można było takie postępowanie zastosować nie tylko w niewydolności serca, ale też w innych chorobach kardiologicznych. To prawda coraz bardziej przybijająca się do decydentów, że wielu procedur nie musimy wykonywać w szpitalu.

Odwrocenie piramidy świadczeń jest bardzo potrzebne w kardiologii?

Oczywiście – jest to tańsze, a jednocześnie pozwala zaoszczędzić środki, by wydać je na zastosowanie w szpitalu nowoczesnych technologii ratujących życie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

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

– prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2023-2025, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie. Specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii, intensywnej terapii.



Czas wyzwań

Rozmowa z **PROF. PRZEMYSŁAWEM MITKOWSKIM**,
prezesem PTK w latach 2021-2023

Wciąż jesteśmy w tyle w stosunku do krajów Europy Zachodniej, jeśli chodzi o długość życia, za co w głównej mierze odpowiadają choroby sercowo-naczyniowe. Co powinno się zmienić w Polsce i w polskiej kardiologii?

W Polsce długość życia w ostatnich 25 latach wzrosła, jednak wciąż główną przyczyną zgonów osób w wieku produkcyjnym (poniżej 65. roku życia) są choroby układu sercowo-naczyniowego. Jesteśmy krajem wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Jak to zmienić?

Wiele jest do zrobienia. Pierwsza rzecz to profilaktyka: zapobieganie i wczesne leczenie czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy hipercholesterolemia, którą ma ponad 20 mln Polaków – to najczęściej występujący pojedynczy czynnik ryzyka. Konieczne jest zwiększenie aktywności fizycznej, dbanie o prawidłową masę ciała, nieuleganie nałogom – przede wszystkim palenia papierosów, a także papierosów elektronicznych czy stosowania podgrzewaczy nikotyny.

Co jest ważne poza profilaktyką?

Udostępnienie terapii, które są skuteczne w leczeniu czynników ryzyka: np. w nadciśnieniu tętniczym mamy obecnie dostępne i refundowane wszystkie ważne opcje terapeutyczne, ale w przypadku hipercholesterolemii – już nie do końca. Również w leczeniu cukrzycy nie u wszystkich pacjentów możemy zastosować wszystkie najnowsze terapie.

Ważna jest też dostępność do skutecznego leczenia niewydolności serca, do której prowadzą różne schorzenia, jak nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna, wady zastawkowe, zapalenie mięśnia sercowego, kardiomiopatie. Kolejna rzecz to choroby rzadkie – uczymy się coraz lepiej je rozpoznawać, wiemy, że u niektórych pacjentów mamy już skuteczne leczenie hamujące postęp tych chorób lub nawet powodujące cofnięcie się niektórych objawów.

W Polsce mamy „epidemię” chorób układu sercowo-naczyniowego. Szczególnie często występuje choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, zaburzenia rytmu, w tym migotanie przedsionków (AF), które ma ponad 20 proc. osób powyżej 65. roku życia. W tym roku pojawiły się leki generyczne tzw. nowych doustnych antykoagulantów (bezpośrednich inhibitorów czynników krzepnięcia); może wreszcie doczekamy się ich refundacji u chorych z AF. Są też nowe technologie w leczeniu wad zastawkowych, mniej inwazyjne. Dzięki nim można zaoferować skuteczne leczenie pacjentom, których do tej pory nie mieliśmy czym leczyć. Przeszkórne wszczepienie zastawki aortalnej, czyli TAVI, przeszskórne leczenie niedomykalności zastawki mitralnej metodą brzeg do brzegu były już wcześniej refundowane w ramach procedur wysokospecjalistycznych, a od stycznia 2024 r. weszła do refundacji procedura naprawy zastawki trójdzielnej

dziania serca do skurczu. Chciałbym, żebyśmy wszyscy się tej technologii uczyli, by zaoferować pacjentom lepsze życie.

Musimy też walczyć z *fake newsami*, pojawiającymi się w internecie, które nie mają nic wspólnego z nauką. To jest poważne wyzwanie dla całego środowiska kardiologicznego, ale także dla NFZ, Ministerstwa Zdrowia.

Wiele zmian organizacyjnych czeka wkrótce polską kardiologię?

W ramach Krajowej Rady ds. Kardiologii bardzo intensywnie pracujemy nad ustawą dotyczącą Krajowej Sieci Kardiologicznej; jest ona jednym z kamieni milowych, by uzyskać finansowanie w ramach Krajowego Planu Odbudowy. Będą tworzone ścieżki postępowania, ma być zapewniony dostęp do najnowszych technologii i oferowanie tych, które wydłużają życie, poprawiają jego komfort. Celem jest to, żeby pacjent w chorobie był jak najdłużej samodzielny, uczestniczył w ży-

pacjentów z chorobami układu krążenia i dążyli do tego, by średnia długość życia Polaków nie odbiegała od średniej wieku w krajach zachodnich. Pracy przed nami dużo, ale mamy ogromny zapal. Chcemy, by pacjenci korzystali z wielu zdobyczy współczesnej medycyny. Przykładem jest modyfikacja programu B.101 (leczenie hipercholesterolemii); daje to szansę na osiągnięcie celów terapeutycznych u pacjentów po zawale serca. Uważamy, że należy dalej liberalizować kryteria włączenia do programu, ale też edukować lekarzy i pacjentów o konieczności osiągnięcia celów terapeutycznych i możliwościach dostępu do najnowszych technologii.

Jeśli to wszystko się uda: jest szansa, że za 10-20 lat średnia długość życia Polaków nie będzie odbiegać od europejskiej średniej?

Jestem przekonany, że tak, ale to się nie uda bez edukacji, rozpoczętej już od przedszkola i szkoły podstawowej. Dzieci mają ogromny wpływ na rodziców, wnuki na dziadków. Słowa: „Dziadku, nie pał, bo chcę z Tobą pograć w piłkę”, „Tato, czy sprawdziłeś sobie cholesterol?” mogą wiele zmienić. Musi być realizowany pakiet badań profilaktycznych, pakiet szczepień ochronnych – to bardzo ważne u osób wysokiego ryzyka, u których infekcja dróg oddechowych ze względu na chorobę układu krążenia może doprowadzić do zgonu lub istotnego pogorszenia stanu zdrowia. Po zachorowaniu na gripę, infekcję pneumokokową zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe utrzymuje się nawet ponad 10 lat. Są różne ważne wydatki w życiu, jednak najważniejsze są inwestycje w zdrowie. A regulator rynku usług zdrowotnych powinien udostępniać wszystkie sprawdzone, znane nauce sposoby, by pacjenci mogli z nich korzystać. 📌

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Musi być realizowany pakiet badań profilaktycznych, pakiet szczepień ochronnych. Po zachorowaniu na gripę, infekcję pneumokokową zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe utrzymuje się nawet 10 lat.

metodą brzeg do brzegu. Sukcesem, na który ciężko pracowaliśmy jako środowisko, była też refundacja mechanicznego wspomaganie krążenia – tzw. sztucznego serca, sztucznej komory (LVAD); nie tylko w przypadku chorych oczekujących na transplantację, ale także u pacjentów, którzy mają z pewnych względów przeciwwskazania do transplantacji, a ta terapia będzie u nich leczeniem docelowym. Mamy najnowsze wyniki badań, że w tej grupie pacjentów śmiertelność wynosiła ponad 50 proc. w ciągu roku, a dzięki stosowaniu LVAD śmiertelność wynosi też 50 proc., ale nie w ciągu roku, a w ciągu 5 lat. Sądzę, że wkrótce będą dostępne kolejne generacje tej technologii; urządzenie będzie całkowicie wszczepialne. To jest perspektywa najbliższych 5-10 lat. Poza stymulacją bezelektrodową mamy nowoczesne metody stymulacji, które zapewniają bardziej fizjologiczne pobu-

ciu rodzinnym, społecznym, zawodowym.

Pracujemy też nad wykorzystaniem środków z Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia; to 270 mln zł rocznie przez okres 10 lat. Chcemy położyć duży nacisk na edukację personelu medycznego, edukację pacjentów, programy profilaktyczne, a także na innowacyjność polskiej kardiologii. Musimy wdrożyć nie tylko nowoczesne rozwiązania systemowe, ale także zwiększyć dostęp do innowacyjnych technik diagnostycznych, leków i wyrobów medycznych. To wszystko będzie powodowało, że będziemy poprawiali rokowanie

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski

– kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2021-23. Specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii i hipertensjologii

Otyłość to jedno z wyzwań zdrowotnych XXI wieku, które dotyka miliony osób na całym świecie. To nie tylko indywidualny problem? Faktycznie konieczna jest zmiana polityki państwa i stworzenie Krajowej strategii profilaktyki i leczenia otyłości?

W Polsce obowiązują dwa dokumenty: „Zdrowa przyszłość” i Narodowy program zdrowia na lata 2021-25. Otyłość jest bardzo poważnym wyzwaniem zdrowotnym – w Narodowym programie zdrowia uznano ją za chorobę cywilizacyjną, a jej leczenie za jeden z priorytetów. Podejmowane są różne działania pozaresortowe jednostek samorządu czy organizacji pozarządowych. Brakuje jednak skoordynowanych działań, strategii krajowej, wymiany doświadczeń, skutecznej komunikacji, a także finansowania. Potrzebne są mierniki jakości oraz efektywności tych działań. Do tej pory działania Polski w zakresie redukcji otyłości były silosowe i punktowe, czyli dotyczyły danej grupy społecznej albo regionu administracyjnego. Podobne doświadczenia miały takie kraje, jak Francja, Dania, Hiszpania, Wielka Brytania, Włochy. Gdy zorientowały się, że działania punktowe, często bardzo kosztowne, nie przynoszą oczekiwanych efektów, zaczęły wdrażać kompleksowe, międzysektorowe rozwiązania nakierowane na politykę zdrowotną i społeczną na poziomie ogólnokrajowym i regionalnym.

Jest pani współautorką raportu „Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje”, przygotowanego przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Duża część tego dokumentu poświęcona jest doświadczeniom innych krajów. Jak poradziły sobie z epidemią otyłości? Które państwa mogą być dla nas wzorem?

By wyłonić najefektywniejsze dla Polski wzorce, dokonaliśmy benchmarku najlepszych praktyk 13 różnych krajów. Pod uwagę wzięliśmy cztery domeny: problemy zdrowotne (odsetek osób z otyłością w różnych przedziałach wiekowych), politykę zdrowotną, diagnostykę i leczenie oraz mechanizmy finansowania. Za wzorcowe dla Polski uznaliśmy doświadczenia czterech krajów, tj. Francji, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Portugalii, ale także pewne rozwiązania z Danii i Czech.



To jest walka z czasem

Krajowa strategia profilaktyki i leczenia otyłości powinna być priorytetem i mieć rangę planu krajowego, który będzie koordynowany przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów – mówi **MARTA PAWŁOWSKA**, dyrektor prezydium Partnerstwa na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

Te kraje od 20 lat budują swoje plany narodowe, regionalne i podejmują działania międzysektorowe. Ogromną rolę odgrywają tam edukacja i aktywizacja szkolna, edukacja i aktywizacja konsumencka, refundacja leków i refundacja bariatryi, refundacja porad dietetyka i psychoterapeuty, a także ubezpieczenia prywatne. Podkreśla się też znaczenie wsparcia polityczno-rządowego, partnerstwa publiczno-prywatnego oraz długoterminowe działania profilaktyczne. Oczywiście niezbędna jest również ewaluacja i monitoring.

Postanowiliśmy z dr Małgorzatą Gałązką-Sobotką budować założenia do planu strategicznego redukcji otyłości dla Polski na tych sprawdzonych rozwiązaniach. W dużej mierze wzorowaliśmy się na modelu strategii hiszpańskiej.

Narodowy plan strategiczny redukcji otyłości dzieci na lata 2022-2030, ogłoszony przez premiera Hiszpanii, został podpisany przez 15 ministrów z różnych resortów, 18 towarzystw naukowych, 13 organizacji społecznych, 25 organizacji z sektora przemysłowego. Wyznaczono 50 priorytetów i aż 200 konkretnych

działań – do każdego z nich przypisano odpowiedzialny resort. Imponujący zasięg i inspirująca wielosektorowość!

Jak wygląda strategia redukcji otyłości w Polsce? Jakie są warunki sukcesu wdrożenia Krajowej strategii profilaktyki i leczenia otyłości?

Redukcja otyłości polega na połączeniu dwóch równoważnych, koniecznych do równoczesowego wdrażania obszarów. Pierwszy z nich to skuteczna

Doświadczenia innych krajów pokazują, że w przypadku otyłości ważne jest systemowe podejście. Dlaczego w przypadku tego typu działań konieczna jest międzysektorowa współpraca?


Współpraca międzysektorowa jest niezbędna. Już widzimy, że Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwo Sportu i Turystyki łączą siły. Podczas konferencji prezentującej raport „Otyłość. Ska-

O wielu chorobach mówimy, że lepiej im zapobiegać, niż leczyć. A jak jest w przypadku otyłości?

30 lat temu można było powiedzieć, że lepiej zapobiegać otyłości, niż leczyć. Dziś tylko jedna trzecia Polaków ma właściwą masę ciała, jedna trzecia ma nadwagę, jedna trzecia – otyłość. Leczy się zaledwie ok. 10 proc. osób chorych na otyłość. Nie możemy dopuścić, żeby z nadwagi rozwinęła się otyłość, a jednocześnie musimy dbać o tych, którzy nie mają jeszcze nadwagi. Musimy intensywnie zapobiegać i intensywnie, skutecznie leczyć. To jest walka z czasem. Dziś już wiemy, że otyłość jest „matką” wielu chorób, m.in. cukrzycy typu 2 i układu krążenia.

Nie możemy dopuścić, żeby z nadwagi rozwinęła się otyłość, a jednocześnie musimy dbać o tych, którzy nie mają jeszcze nadwagi. Musimy intensywnie zapobiegać i intensywnie, skutecznie leczyć. To walka z czasem. Wiemy, że otyłość to „matka” wielu chorób.

W Raporcie „Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje” wybrzmiewa pojęcie ekosystemu społecznego STOP OTYŁOŚCI. Co obejmuje ten model i na co jest ukierunkowany?

Ekosystemem społecznym STOP OTYŁOŚCI ma służyć rozwojowi zdrowego stylu życia i redukcji otyłości. To „mapa” stylu życia człowieka z uwzględnieniem wszystkich środowisk, takich jak rodzina, edukacja, zdrowie, sport i odpoczynek, media i kultura, biznes i praca oraz infrastruktura. Nasza koncepcja strategiczna postuluje taki rozwój każdego z tych obszarów, by ograniczać elementy sprzyjające otyłości, rozwijać u nas wszystkich kompetencje profilaktyki otyłości oraz diagnozować i skutecznie leczyć chorobę otyłościową po to, by zdrowe wybory stawały się łatwiejsze, automatyczne. Zaproponowaliśmy w tym celu ponad 50 działań i interwencji, które mają zapewnić sprawną, mierzalną i rozłożoną na dekady modyfikację środowisk, w których żyjemy, właśnie w tym kierunku. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ANNA ROGALA**

i strategicznie zaplanowana profilaktyka, drugi – dostępna diagnostyka i kompleksowe leczenie. Nasz plan jest szerszy niż hiszpański, ponieważ obejmuje profilaktykę, diagnostykę i leczenie, a dotyczy całej populacji. Strategia zakłada działania interesariuszy na czterech poziomach: administracji, nauki, sektora społecznego i biznesu. Chcemy wyznaczyć mapę drogową działań na najbliższe 30 lat. Warunkiem sukcesu jest zbudowanie partnerstwa międzysektorowego, które pozwoliłoby na efektywną współpracę między różnymi resortami administracji publicznej a sektorem nauki, przedsiębiorstwami i sektorem społecznym. W naszej koncepcji Krajowa strategia profilaktyki i redukcji otyłości powinna być priorytetem i mieć rangę planu krajowego, który będzie koordynowany przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów (KPRM).

W strategii wskazaliśmy pięć kluczowych mechanizmów realizacji: badania i innowacje; jasna komunikacja i podnoszenie świadomości; finansowanie (np. fundusze krajowe, regionalne, unijne, partnerstwo publiczno-prywatne); koordynacja z innymi strategiami krajowymi oraz współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, czyli koordynacja w ramach polityki lokalnej.

la zjawiska i konsekwencje” odbyła się pierwsza w Polsce wielosektorowa debata z udziałem klinicystów, naukowców, a także przedstawicieli resortów: zdrowia, edukacji, sportu, finansów i rolnictwa. Głos w dyskusji zabrali parlamentarzyści, przedstawiciele Rzecznika Praw Dziecka, organizacji pacjenckich, stowarzyszeń biznesowych oraz mediów.

Jak wskazują doświadczenia innych państw, sama edukacja w szkołach jest niewystarczająca. Dlatego musimy się zmobilizować i połączyć siły różnych resortów, którym czasem wydaje się, że niewiele mają wspólnego z otyłością. Żyjemy w środowisku sprzyjającym otyłości. Reklama i promocja żywności jest wszechobecna, niezdrowe przekąski są dostępne na wyciągnięcie ręki, a aktywność fizyczna nie jest wystarczająco popularyzowana.



Marta Pawłowska

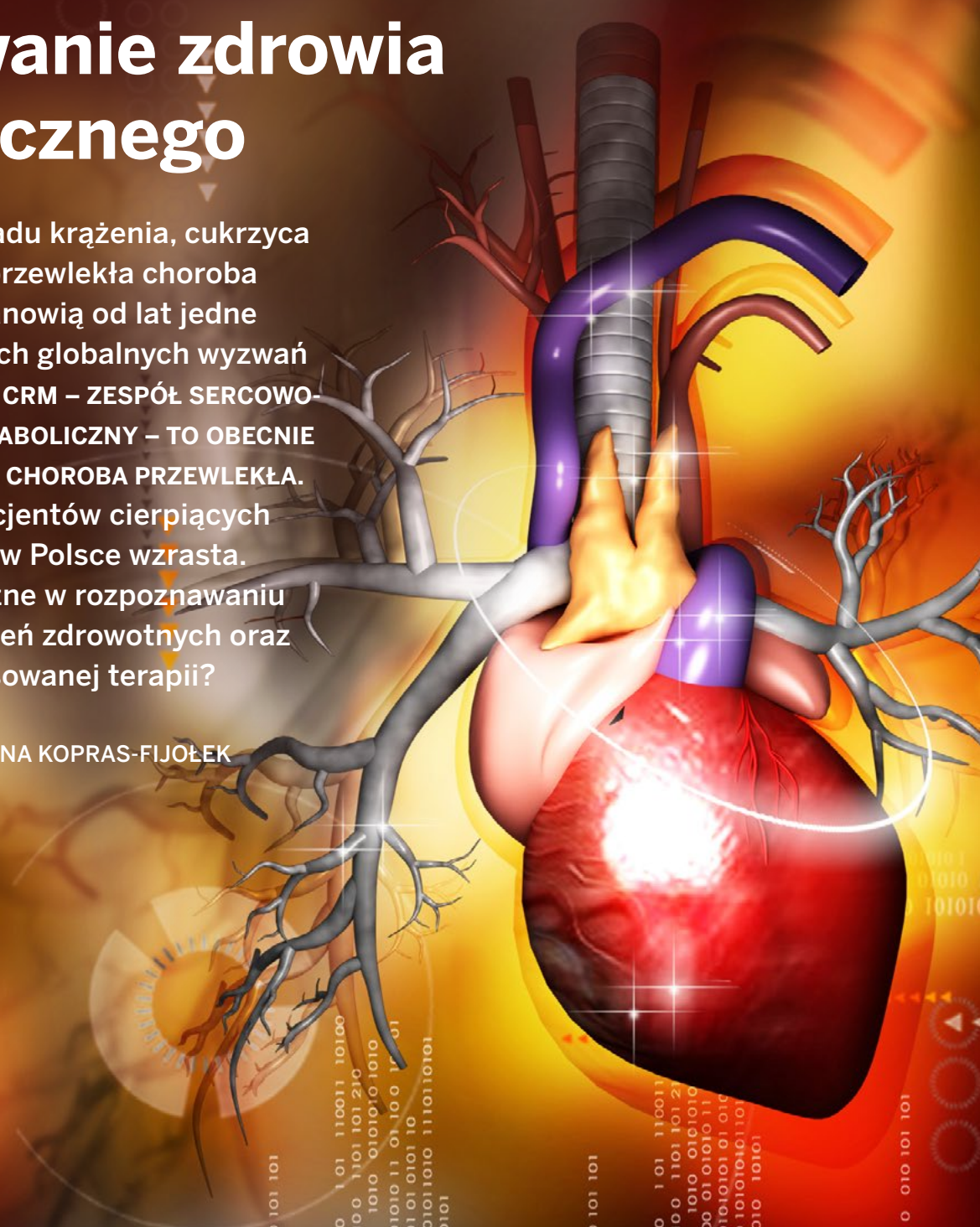
– specjalista żywienia człowieka, diet & life coach, trener zdrowia rodziny. Zajmuje się zarządzaniem profilaktyką chorób i promocją zdrowia, w szczególności prewencją otyłości dzieci i młodzieży oraz edukacją i komunikacją o zdrowiu. Ukończyła EMBA Zarządzanie w Ochronie Zdrowia. Współtwórca i kierowniki autorskiego kierunku studiów podyplomowych Zarządzanie Promocją Zdrowia i Profilaktyką Chorób w Uczelni Łazarskiego.

CRM: nowe wyzwanie zdrowia publicznego

Choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2 i przewlekła choroba nerek stanowią od lat jedne z największych globalnych wyzwań zdrowotnych. CRM – ZESPÓŁ SERCOWO-NERKOWO-METABOLICZNY – TO OBECNIE NAJCZĘSTSZA CHOROBA PRZEWLEKŁA.

Liczba pacjentów cierpiących na CRM w Polsce wzrasta. Co jest ważne w rozpoznawaniu tych zaburzeń zdrowotnych oraz w stosowanej terapii?

Tekst: ANNA KOPRAS-FIJOŁEK



CRM

(cardio-renal-metabolic syndrome) czasem funkcjonuje również pod określeniem cardiovascular-kidney-metabolic syndrome (CKM) lub cardiometabolic renal syndrome (CMR). To zaburzenie zdrowotne wynikające z powiązań między chorobami serca, chorobami nerek i zaburzeniami metabolicznymi (cukrzycą i otyłością). Prowadzą one do dysfunkcji wielu narządów i wysokiego odsetka powikłań sercowo-naczyniowych.

Zespół ten dotyczy zarówno osób zagrożonych rozwojem choroby sercowo-naczyniowej ze względu na obecność metabolicznych czynników ryzyka, przewlekłej choroby nerek lub obu tych czynników jednocześnie, jak również osób z już istniejącą chorobą sercowo-naczyniową, która jest potencjalnie powiązana z metabolicznymi czynnikami ryzyka lub przewlekłą chorobą nerek.

W ramach CRM wyróżnia się 5 stadiów zaawansowania. Stopień 0 oznacza brak czynników ryzyka rozwoju CRM, stopień 4 – najwyższy stopień zaawansowania zespołu, w którym obecna jest kliniczna manifestacja choroby sercowo-naczyniowej wraz z otyłością lub obecnością innych metabolicznych czynników ryzyka oraz niewydolnością nerek. Wszystkie te choroby są ze sobą powiązane, a występowanie jednej z nich zwiększa ryzyko rozwoju pozostałych.

CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU CRM

Badania naukowe i dane epidemiologiczne potwierdzają istnienie silnego wzajemnego powiązania między chorobami sercowo-nerkowo-metabolicznymi. Nadwaga i otyłość prowadzą do rozwoju CRM, a mecha-

wiele wspólnych czynników ryzyka. Należą do nich: nieprawidłowa dieta, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu. Wskazuje się też społeczne determinanty: niedostateczną edukację w zakresie prawidłowego żywienia, niski status ekonomiczny oraz środowisko (zanieczyszczenie, hałas).

Spektrum chorób sercowo-metaboliczno-nerkowych ma najczęściej swoje podłoże w nadmiarze i/ lub dysfunkcji tkanki tłuszczowej. Dysfunkcyjna tkanka tłuszczowa charakteryzuje się obecnością przewlekłego stanu zapalnego oraz nasilonego stresu oksydacyjnego, który jest przyczyną rozwoju wielu chorób, w tym nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 i miażdżycy. Zwiększony stres oksydacyjny jest między innymi wynikiem podwyższonego poziomu wolnych kwasów tłuszczowych i glukozy w tkance tłuszczowej, które nasilają wydzielanie reaktywnych form tlenu, co w konsekwencji prowadzi do uszkodzenia śródbłonna w naczyniach i aktywacji kaskady prozapalnej.

Do czynników ryzyka progresji CRM należą m.in.: przewlekły stan zapalny, przynależność do grupy demograficznej wysokiego ryzyka, obciążenie społecznymi determinantami zdrowia, zaburzenia zdrowia psychicznego (depresja, lęk) i snu, czynniki specyficzne dla płci (np. przedwczesna menopauza), podwyższone stężenie białka C-reaktywnego oraz niewydolność nerek i/lub cukrzyca w wywiadzie rodzinnym.

GLOBALNE WYZWANIA ZDROWOTNE

Choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2 i przewlekła choroba nerek stanowią od lat jedno z największych globalnych wyzwań

Spektrum chorób sercowo-metaboliczno-nerkowych ma najczęściej swoje podłoże w nadmiarze i/lub dysfunkcji tkanki tłuszczowej.

nizmy rozwoju poszczególnych jednostek chorobowych wchodzących w skład CRM wzajemnie się napędzają.

Poszczególne schorzenia w CRM: nadwaga i otyłość, cukrzyca typu 2, choroba sercowo-naczyniowa i choroby nerek mają

zdrowotnych. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) szacuje, że 537 mln dorosłych (w wieku 20-79 lat) ma cukrzycę, czyli 1 na 10 osób w tej populacji. Przewiduje się, że liczba ta wzrośnie do 643 mln do 2030 r. i 783 mln do 2045 r.

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK

Jeśli chcemy poprawić wyniki leczenia CRM, konieczny jest rozwój i dostępność leków o kompleksowym działaniu metabolicznym, nerkowym i sercowo-naczyniowym

Szacunkowa liczba osób z niewydolnością nerek sięgała już w 2017 r. 700 mln na świecie. Obecnie – z uwagi na wieloletnie trendy – jest zapewne od kilku do kilkunastu procent wyższa.

Liczba osób z chorobami układu krążenia niemal się podwoiła: z 271 mln w 1990 r. do 523 mln w 2019 r., a liczba zgonów z powodu tych chorób wyniosła w 2021 r. 19,4 mln.

W 2021 r. na świecie odnotowano ponad 19 mln zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia. Choroby te stanowią pierwszą co do częstości przyczynę zgonów. Z powodu cukrzycy i choroby nerek odnotowano na świecie w 2021 r. ponad 3 mln zgonów. Te schorzenia są na piątym miejscu, jeśli chodzi o częstość zgonów, za chorobami układu krążenia, infekcjami dróg oddechowych (z uwzględnieniem infekcji COVID-19), nowotworami i przewlekłymi chorobami układu oddechowego.

WZAJEMNE UKŁADY

Badania epidemiologiczne potwierdzają istnienie silnych wzajemnych powiązań pomiędzy cukrzycą, chorobami układu krążenia i chorobami nerek. W 2023 r. w Polsce liczba osób z rozpoznaniem cukrzycy wyniosła 3,26 mln. U ponad 450 tys. osób diagnozę cukrzycy postawiono w 2023 r. po raz pierwszy.

Liczba osób z przewlekłą chorobą nerek (chorobowość rejestrowana) sięgała według danych NFZ w roku 2022 prawie 700 tys. Od kilkunastu lat (z wyjątkiem roku 2020) rozpoznanie przewlekłej choroby nerek stawiane jest u 110-120 tys. osób rocznie.

Wśród pacjentów z cukrzycą u 29 proc. chorych zdiagnozowane zostały również powikłania sercowo-naczyniowe, a u 3 proc. – powikłania nerkowe.

PROFILAKTYKA JAK NAJWCZEŚNIEJ

CRM w zaawansowanych stadiach przyczynia się do skrócenia długości życia

oraz obniżenia jego jakości. Kluczowe jest prowadzenie działań profilaktycznych, mających na celu utrzymywanie zdrowego stylu życia od jak najmłodszych lat. Dotyczy to prawidłowej diety, aktywności fizycznej i kontroli masy ciała w celu uniknięcia rozwoju CRM w przyszłości.

Ekspertsi podkreślają, że niezbędne są też regularnie prowadzone badania przesiewowe. Można je podzielić na dwie kategorie: pod kątem biologicznych oraz społecznych czynników ryzyka. Pierwsza kategoria obejmuje badania przesiewowe w kierunku metabolicznych czynników ryzyka i ocenę czynności nerek, a w wybranych przypadkach klinicznych także badania pod kątem subklinicznej miażdżycy i dysfunkcji serca. Wykrycie tych czynników ryzyka bezpośrednio wpływa na wybór i intensywność interwencji. Druga kategoria, czyli diagnostyka ukierunkowana na społeczne czynniki ryzyka, ma na celu zidentyfikowanie barier społecznych i strukturalnych utrudniających zdrowy tryb życia, samoopiekę oraz dostęp do opieki zdrowotnej.

Istotne jest, aby testy przesiewowe były dokładne, powtarzalne i łatwo dostępne, a uzyskane wyniki przekładały się na właściwe podejście opieki zdrowotnej.

ZALECENIA AHA

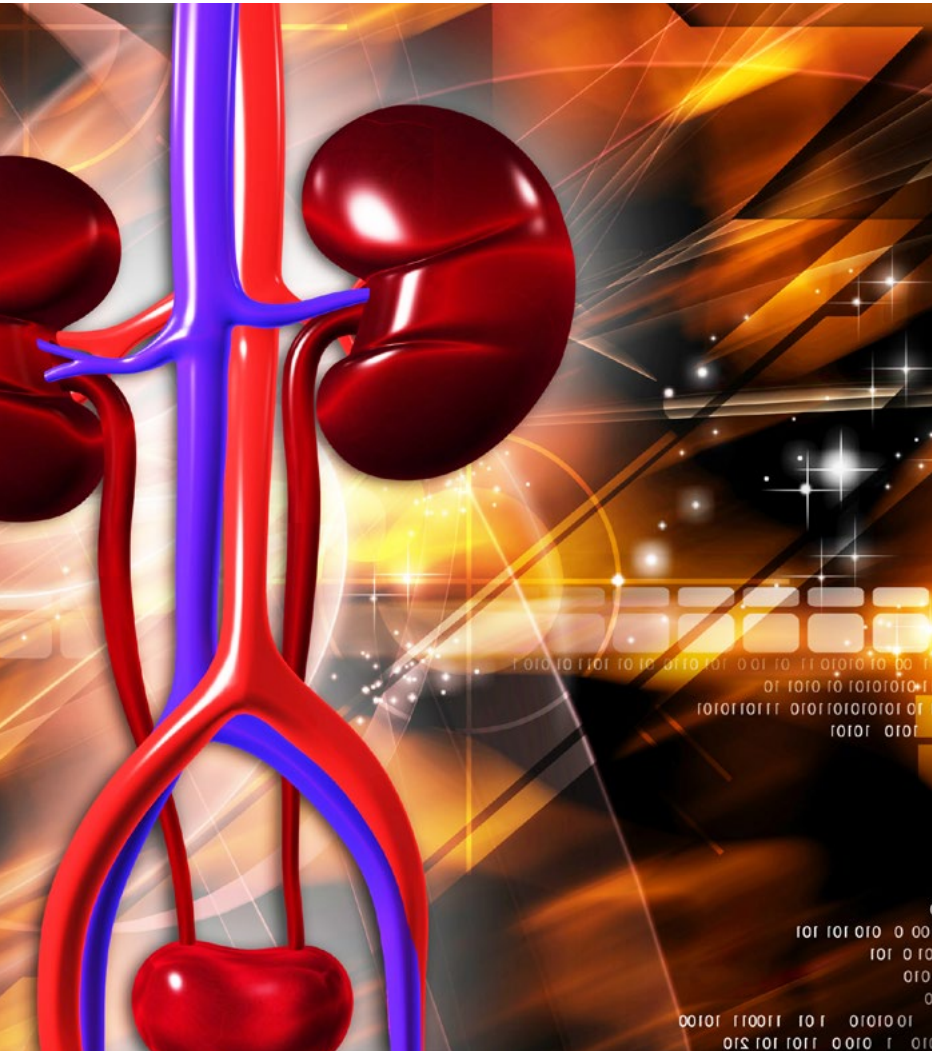
Amerykańskie Towarzystwo ds. Leczenia Chorób Serca (AHA) opracowało zalecenia dotyczące prowadzenia badań przesiewowych dla populacji dorosłych i pediatrycznej w celu zapobiegania i wczesnego wykrywania CRM. Zalecane są m.in.: coroczne badania pod kątem nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej, ocena ciśnienia krwi oraz badanie w kierunku społecznych czynników ryzyka. U starszych dzieci (między 9. a 11. i 17. a 21. r.ż.) zaleca się jednorazowe badania profilu lipidowego oraz ocena glikemii. U dorosłych zaleca się coroczny pomiar BMI i obwodu talii w celu identyfikacji bezobjawowych czynników ryzyka CRM. U osób z metabolicznymi czynnikami ryzyka i/ lub zespołem metabolicznym (MetS) należy



regularnie oceniać ciśnienie krwi, poziom trójglicerydów, cholesterolu HDL, glikemii oraz przeprowadzać badania przesiewowe w kierunku *choroby* tłuszczocieniowej *wątroby związanej z dysfunkcją metaboliczną*.

CRM jest schorzeniem obejmującym wiele różnych układów i narządów. Niezbędne jest wprowadzenie usprawnień systemowych umożliwiających efektywną organizację ścieżek leczenia pacjentów oraz stosowanie leków o kompleksowych mechanizmach działania, oddziałujących na wiele narządów jednocześnie, minimalizując konieczność stosowania skomplikowanych schematów wielolekowych oraz ryzyko interakcji między lekami.

Dla poprawy wyników leczenia pacjentów konieczne są: wprowadzenie lepszej



koordynacji świadczeń zdrowotnych oraz rozwój i dostępność leków o kompleksowym działaniu metabolicznym, nerkowym i sercowo-naczyniowym.

WYMAGANA KOMPLEKSOWA OPIEKA

Zalecenia podkreślają również konieczność zintegrowanego podejścia do CRM. Pacjenci z grupy ryzyka rozwoju CRM lub z już istniejącym zespołem wymagają kompleksowej opieki ze strony różnych

specjalistów (m.in. diabetologii, kardiologii, nefrologii), którzy będą ze sobą ściśle współpracować, dobierając metody terapeutyczne dostosowane do indywidualnych pacjentów. Wdrożenie takiego systemu nakłada konieczność wprowadzenia modyfikacji w systemie ochrony zdrowia w zakresie edukacji personelu medycznego i społeczeństwa, poprawy dostępu do specjalistycznych terapii.


Sugerowane jest również włączenie koordynatorów leczenia do opieki nad

pacjentem. Ich zadaniem powinna być pomoc w umawianiu wizyt u różnych osób tworzących zespół opieki zdrowotnej. Wykorzystanie telemedycyny, a także pomoc koordynatora ułatwią dostęp do specjalistów oraz pozwolą skrócić czas oczekiwania na poradę.

Kluczowa jest odpowiednia edukacja w zakresie CRM, skierowana zarówno do pracowników służby zdrowia, jak do pacjentów. Chodzi o łatwiejsze identyfikowanie i prognozowanie ryzyka wystąpienia CRM i jego progresji. Wśród działań edukacyjnych i profilaktycznych priorytetem pozostają działania związane z zapobieganiem i leczeniem otyłości jako głównego czynnika napędzającego rozwój CRM.

KONIECZNOŚĆ WIELODyscyPLINARNEJ OPIEKI

W ostatnich latach w Polsce wprowadzono wiele programów zarówno w zakresie profilaktyki (Narodowy Program Zdrowia, Program Profilaktyka 40+, Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia), jak koordynowanego leczenia (KOS-zawał, Opieka Koordynowana w POZ), a także kompleksowej opieki farmaceutycznej. Realizowane są regionalne programy promujące zdrowe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną. Działania te są kluczowe w prewencji CRM. Ważnym elementem tych inicjatyw są również programy badań przesiewowych oraz koordynowane ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne, które mają umożliwić pacjentom szybszą diagnostykę, krótszy czas oczekiwania na wizyty u specjalistów, a także kompleksową opiekę terapeutyczną i rehabilitację, co powinno znacząco wpłynąć na zmniejszenie zachorowalności oraz poprawę wyników leczenia CRM.

Eksperti podkreślają, że konieczne jest prowadzenie działań profilaktycznych, mających na celu utrzymywanie zdrowego stylu życia (prawidłowa dieta, aktywność fizyczna oraz kontrola masy ciała) na jak najwcześniejszym etapie życia, aby uniknąć rozwoju CRM w przyszłości. Skuteczne leczenie pacjentów z CRM wymaga wdrożenia modelu opieki, który usprawniłby komunikację między klinicystami i umożliwił wspólne podejmowanie decyzji. 

Badania epidemiologiczne potwierdzają istnienie silnych wzajemnych powiązań pomiędzy cukrzycą, chorobami układu krążenia i chorobami nerek.

To groźna choroba, skraca życie o kilkanaście lat



Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert, nefrolog, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii

O tym, że serce i nerki chorują razem, przekonaliśmy się już ponad 25 lat temu, kiedy opublikowano pierwsze wyniki badań czynności nerek u pacjentów w populacji miasteczka Framingham. Gdy wszystko już właściwie przebadano, nagle okazało się, że choroby serca powiązane są z chorobami nerek. Od tego czasu mówiliśmy o zespole sercowo-nerkowym. Wyróżniono pięć postaci tego zespołu, m.in. ostry, przewlekły. Wiadomo też było, że choroby serca są powiązane z zaburzeniami metabolicznymi, z otyłością. Mówiliśmy o zespole metabolicznym, do którego zaliczana też była otyłość, ale okazało się, że w zespole metabolicznym często występuje też niewydolność nerek. Po pewnym czasie zaczęto mówić o zespole sercowo-nerkowo-metabolicznym i właściwie zaakceptowano ten termin ostatecznie w ubiegłym roku.

SILNE ZWIĄZKI

CRM nie jest nową chorobą, to nazwa jest nowa. Udowodniono, że związki między

trzema sytuacjami klinicznymi: zaburzeniami metabolicznymi, chorobami serca i chorobami nerek są niezwykle silne i wzajemnie się napędzające. Wiemy, że choroba serca może spowodować chorobę nerek, ale nie ma choroby nerek bez choroby serca. Nerki chronią serce przed niewydolnością. Dopóki są wydolne, serce daje sobie świetnie radę. Niestety, znaczne uszkodzenie nerek, do którego również choroba nerek może doprowadzić, kończy się zawsze smutno.

Otyłość powoduje zwiększoną częstość zachorowania na choroby nerek. Zwłaszcza na przewlekłą chorobę nerek, która jest następstwem wielu innych chorób, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroby układułowe czy inne choroby nerek. Choroby nerek sprzyjają też otyłości, głównie dlatego że powodują hiperinsulinizm. Nerka jest bowiem bardzo aktywnym narządem metabolizującym insulinę. Gdy nerki źle pracują, jest nadmierne stężenie insuliny, a to sprzyja otyłości. Kółko się zamyka. Mamy otyłość, cukrzycę, uszkodzenie nerek, hiperinsulinizm, chorobę serca. Ocenia się, że w 2040 r. przewlekła choroba nerek będzie trzecią co do częstości przyczyną zgonów z powodów nieinfekcyjnych i nieurazowych. To jest potworna choroba, obarczona ogromną śmiertelnością. Śmiertelnością sercowo-naczyniową, bo chorują nerki, ale przestają chronić serce, zatem serce zaczyna być niewydolne i ludzie umierają na zawał, udar oraz jeszcze kilka innych chorób.

CRM: TO JEST ZADANIE RÓWNIEŻ DLA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

To tam przede wszystkim trzeba wykrywać przewlekłą chorobę nerek i zespół sercowo-nerkowo-metaboliczny. Im wcześniej zaczniemy leczyć, tym łatwiej można zapobiec progresji choroby, przede wszystkim progresji choroby nerek. Mamy znakomite leki, które potrafią zatrzymać postępek choroby, a zatem utrzymać maksymalną ochronę serca. Leki te są refundowane i dostępne. Jest więc ratunek i tylko od

nas zależy, czy zatroszczymy się o to, żeby rozpoznać jedną z najczęstszych chorób w Polsce – cierpi na nią obecnie 4,7 mln dorosłych po 40. roku życia.

Rozpoznanie i leczenie CRM mogą się zajmować wszyscy lekarze, bo naprawdę to nie jest *rocket science*. Pacjent musi się odpowiednio odżywiać, musi zainteresować się swoim zdrowiem, nie może spożywać nadmiernej ilości białka, musi pić odpowiednią ilość płynów.

Kardiolog, diabetolog i lekarze rodzinni powinni tę chorobę rozpoznawać jak najwcześniej. Są wytyczne, są leki. W pierwszym rzędzie to jest zadanie dla lekarza rodzinnego, a dopiero jak niewydolność nerek jest już nasiloną albo rozpoznaje się chorobę kłębuszków nerkowych lub cewek nerkowych, wtedy należy skierować pacjenta do nefrologa.

CRM to jest groźna choroba. Skraca życie o kilkanaście lat! Można o nie zaważyć.

Liczba pacjentów właściwie leczonych i jak najwcześniej leczonych powinna rosnać szybciej



Prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Ocenia się, że w 2040 r. przewlekła choroba nerek będzie trzecią co do częstości przyczyną zgonów z powodów nieinfekcyjnych i nieurazowych.

Skala problemu jest duża – samych pacjentów z cukrzycą mamy bowiem ponad 3 mln. Zaburzenia metaboliczne – także otyłość, ale przede wszystkim cukrzyca – prowadzą do uszkodzenia niemal wszystkich narządów, w tym tych najbardziej kluczowych, czyli serca i nerek. Z drugiej strony uszkodzone serce uszkadza nerki, a uszkodzone nerki szkoda sercu.

Charakterystyczną cechą zaburzeń czynności nerek i metabolizmu jest to, że przez długi czas przebiegają one bez dolegliwości bólowych. Serce zwykle boli i tym się wszyscy przejmują. Mówienie o zespole sercowo-nerkowo-metabolicznym spełnia więc również rolę edukacyjną.

Powiązanie tych trzech chorób w jedną koncepcję patofizjologiczną i terapeutyczną nie jest rewolucją. To po prostu nowe ujęcie – człowiek choruje cały, ale któreś z dolegliwości „wybijają się” na pierwszy plan. Albo większym problemem jest cukrzyca, albo przewlekła choroba nerek, czyli niewydolność nerek, albo choroby serca: pacjent chodzi częściej do jednego z trzech specjalistów. Obecnie mamy możliwości oddziaływania farmakoterapią na wszystkie te trzy obszary. „Uczula się” więc kardiologów, żeby patrzyli bardziej na czynność nerek, kwestie metaboliczne, nadwagi, a przede wszystkim cukrzycy. Nefrologów – na to, by spojrzeli na pracę serca, na ryzyko już obecnych chorób serca albo ewentualnie na podwyższony poziom cukru lub na niekontrolowaną cukrzycę (diabetologdy, jak wiadomo, patrzą na serce i nerki, bo powikłania cukrzycy dotyczą serca i nerek w największym stopniu). W ten sposób będziemy skuteczniej i efektywniej wychwytywali pacjentów z tą grupą zaburzeń.

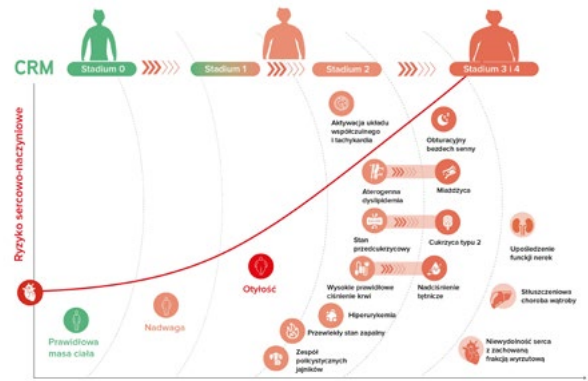
Mamy leki – przede wszystkim inhibitory SGLT2, czyli flozyny – które poprawiają wydolność mięśnia sercowego, poprawiają czynność nerek i obniżają cukier. Jednocześnie zmniejszają też nasilenie tłuszczoceniowej choroby wątroby, sprzyjają redukcji – zwykle nadmiernej – masy ciała. Pacjent, który ma problemy zdrowotne w tych trzech obszarach, ma trzy wskazania do przyjmowania inhibitorów SGLT2. I tak jako lekarze obecnie działamy. Od ubiegłego roku dwie wiodące flozyny, które są na rynku, empagliflozyna i dapagliflozyna, mają refundację w tych

CRM

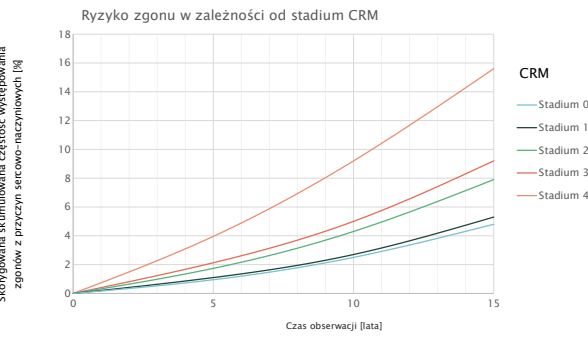
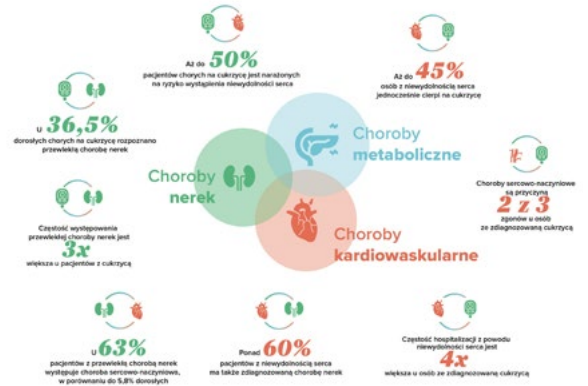
–zaburzenia metaboliczne (otyłość, cukrzyca), choroby układu krążenia i choroby nerek mają wspólne czynniki ryzyka i przyczyniają się do wzajemnego rozwoju i postępu.

Rozwój CRM prowadzi do wielochorobowości, która przyczynia się do pogorszenia jakości życia i konieczności zastosowania leczenia wielospecjalistycznego, a także zwiększa częstość hospitalizacji.

Rozwój CRM jest związany z wyższym ryzykiem zgonu



Na podstawie: Dobrowolski i wsp. (2022). Zespół metaboliczny – nowa definicja i postępowanie w praktyce. *Stawisko PTiD, PTLD, PTL, PTH, PTM, PTM2, sekcji Prewencji i Epidemiologii PTiK, Klubu 30' PTiK oraz sekcji Choroby Metabolicznej i Barionycznej TCiP*. 8. 1-26.



Claudel et al. (2024). Prevalence and Cumulative Incidence of Mortality Associated with Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome in the United States. *medRxiv* 2024.05.01.24303636. doi: <https://doi.org/10.1101/2024.05.01.24303636>

trzech wskazaniach: w niewydolności serca, niewydolności nerek i w cukrzycy typu 2. Wszystkie te problemy rozwiązujemy – w mniejszym lub większym stopniu – jednym lekiem. Nigdy wcześniej takiej sytuacji

nie mieliśmy w farmakoterapii tych chorób. Pacjent, który ma jedną z tych trzech chorób: niewydolność serca, przewlekłą chorobę nerek, cukrzycę, ma wskazania do flozyn, a my, lejąc jedno zaburzenie,

wpływamy korzystnie na pozostałe dwa, leczymy je i zmniejszamy ryzyko postępu każdej z tych chorób. Pacjent więc dłużej utrzymuje lepszy stan zdrowia i dłużej żyje – mamy na to dowody z bardzo rzetelnie przeprowadzonych badań naukowych. Jak można by więc pacjentom odmawiać czy nie przepisywać takiego leczenia?

Nadal jednak stosujemy floszyny zbyt rzadko – obecnie nie więcej niż 20 proc. osób z cukrzycą typu 2 przyjmuje te leki, a wskazania ma niemal każda. Floszyny w praktyce można stosować na każdym etapie choroby. Skupiamy się zatem w tej chwili na tym, by leki te były stosowane jak najszerzej i jak najwcześniej, aby nie czekać, aż pacjent będzie miał niewydolność nerek, niewydolność serca czy chorobę wieńcową. U osób, które już mają uszkodzone serce, nerki, powinny to być leki pierwszego rzutu; powinny być stosowane w tej grupie pacjentów bez względu na to, czy chorują na cukrzycę, czy nie – podobne korzyści odnoszą bowiem wszyscy. Barierą jest refundacja; w cukrzycy floszyny mogą być refundowane, dopiero gdy pacjent jest leczony innymi dwoma lekami. Ponadto musi być niewyrównany metabolicznie, musi mieć wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe. Z takimi wskazaniem te leki weszły do refundacji już pięć lat temu. W świetle badań, które się od tego czasu ukazały, widzimy, że te ograniczenia są szkodliwe. Powodują, że lekarz sięga po floszynę nie wtedy, gdy już powinien, a dla części pacjentów są one za drogie bez refundacji. Tymczasem powinny być stosowane od momentu rozpoznania cukrzycy. Nie mamy co do tego wątpliwości: wyrównują cukrzycę, pomagają zmniejszyć masę ciała, co jest korzystne oraz dobrze działają na serce i nerki.

Liczba pacjentów właściwie leczonych i jak najwcześniej leczonych rośnie, ale powinna rosnąć szybciej. Konieczna jest też wczesna diagnostyka, zwłaszcza tych chorób, które przebiegają bez dolegliwości bólowych – czyli trzeba regularnie wykonywać badania moczu w celu sprawdzenia, czy nie pojawił się białkomocz, oznaczać

stężenie kreatyniny we krwi, mierzyć cukier. Jeśli tego się nie robi, to pacjent zbyt późno dowiaduje się, że jest chory: gdy ma już zaawansowaną niewydolność nerek albo rozwinięte powikłania cukrzycy.

Pacjenci z CRM wymagają kompleksowej opieki



Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2021-23

Kardiologowie od dawna doskonale zdają sobie sprawę z powiązań między otyłością, cukrzycą typu 2, zespołem metabolicznym, chorobami sercowo-naczyniowymi i chorobami nerek. Jednak dopiero przed rokiem American Heart Association (AHA) zaproponowało wprowadzenie do terminologii medycznej pojęcia zespołu sercowo-nerkowo-metabolicznego (cardiovascular-kidney-metabolic syndrome – CKM, cardio-renal-metabolic syndrome – CRM, cardiometabolic renal syndrome – CMR.

Można powiedzieć, że jest to dziś najczęściej występująca choroba przewlekła.

Otyłość, cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, choroby nerek – wszystkie te choroby są ze sobą powiązane, a występowanie jednej z nich zwiększa ryzyko rozwoju pozostałych. Mają wspólne czynniki ryzyka i przyczyniają się do wzajemnego rozwoju i postępu. Zespół sercowo-nerkowo-metaboliczny to nie jest nowa choroba, ale zidentyfikowanie wzajemnych połączeń, zależności, przenikania się czynników ryzyka i często wspólnych metod leczenia powoduje, że możemy skutecznie opiekować się naszymi chorymi.

Pacjenci z grupy ryzyka rozwoju lub istniejącym zespołem sercowo-nerkowo-metabolicznym wymagają kompleksowej opieki ze strony różnych specjalistów (m.in. diabetologii, kardiologii, nefrologii), którzy będą ze sobą współpracować, dobierając metody terapeutyczne dostosowane konkretnego pacjenta (profilowanie).

CRM to ogromne obciążenie populacyjne. Potrzebny jest zintegrowany system opieki zdrowotnej



Magdalena Władysiuk, prezes Stowarzyszenia CEESTAHC, wiceprezes firmy HTA Consulting

CRM to ogromne obciążenie populacyjne: w Polsce na cukrzycę choruje ponad 3 mln osób i szacować

Stosujemy floszyny zbyt rzadko – obecnie nie więcej niż 20 proc. osób z cukrzycą typu 2 przyjmuje te leki, a wskazania ma niemal każda. Floszyny w praktyce można stosować na każdym etapie choroby.

można, że podobnej populacji dotyczy rozpoznanie stanu przedcukrzycowego. Ponad 10 mln Polaków ma nadciśnienie, blisko 1 mln cierpi na niewydolność serca, ponad 2 mln – na chorobę niedokrwinną serca. Przewlekła choroba nerek dotyka w Polsce według ekspertów z kolei ponad 4 mln osób. Proste zestawienie tych liczb wskazuje, że zespół CRM dotyczy więc kilkunastu milionów osób w Polsce, a dodatkowo u wielu osób bez zespołu CRM występują czynniki ryzyka jego rozwoju. Opieka zdrowotna nad tak olbrzymią populacją jest więc w sposób oczywisty poważnym obciążeniem systemowym i wiąże się z ogromnymi kosztami. Świadczenia związane bezpośrednio ze schorzeniami ze spektrum CRM odpowiadały za 12-13 proc. wszystkich hospitalizacji z katalogu jednorodnych grup pacjentów (JGP). Blisko jedna trzecia kwoty refundacji leków aptecznych w Polsce dotyczy leków refundowanych w chorobach sercowo-naczyniowych i takich, które stosowane są w leczeniu chorób przewodu pokarmowego i metabolizmu (z których zdecydowana większość dotyczy leczenia cukrzycy i stanu przedcukrzycowego) – to ponad 3 mld zł. Na 3 mld zł szacowane są całkowite koszty leczenia cukrzycy, a ok. 1,5 mld zł kosztuje leczenie niewydolności serca. Łączna wartość kontraktów na dializoterapię w roku 2024 to ponad 1,9 mld zł – a zaznaczyć należy, że jest to świadczenie skierowane do relatywnie wąskiej populacji. Najbardziej oczywistym i bezpośrednim wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia jest więc sam wolumen świadczeń i niezbędnych kosztów. Jednocześnie w kontekście przewlekłego charakteru zespołu CRM i samonapędzającej się patogenezy poszczególnych powikłań w ramach tego zespołu jako kluczowy problem jawi się także fragmentaryzacja systemu zdrowia. W ramach modelu opieki, w którym świadczenia nie są odpowiednio skoordynowane, trudno zadbać o najlepszą jakość opieki – zarówno w zakresie wyboru najskuteczniejszej terapii, jak i optymalnego zużycia zasobów, ograniczone są ponadto możliwości zbudowanie solidnego środowiska wsparcia dla pacjentów i ich bliskich.

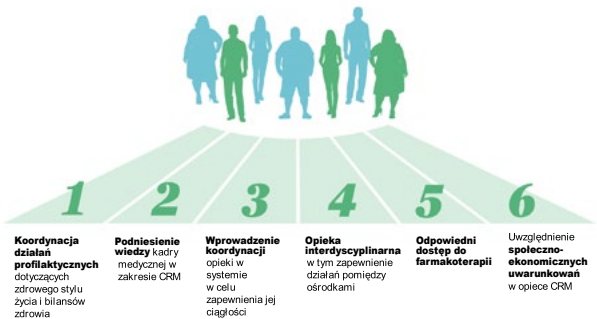
W celu optymalizacji opieki nad pacjentem z CRM potrzebne jest wprowadzenie zintegrowanego systemu opieki

Zespół CRM dotyczy kilkunastu milionów osób w Polsce, a dodatkowo u wielu osób bez zespołu CRM występują czynniki ryzyka jego rozwoju.

Konsekwencje CRM na poziomie kraju



Model opieki zorientowany na pacjencie z CRM



Na podstawie: Ndumele CE et al. (2023) Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. Circulation 148(20):1606-1633

zdrowotnej, który umożliwi płynną współpracę między różnymi poziomami opieki (POZ, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka szpitalna). Tylko system oparty na interdyscyplinarnej współpracy, koordynacji opieki oraz nowoczesnych narzędziach telemedycznych pozwala zapewnić ciągłość i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych. Konieczne jest zatem wypracowanie i wprowadzenie zasad współpracy pomiędzy ośrodkami podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

w celu zapewnienia ciągłości opieki, w tym opracowanie protokołów postępowania klinicznego opartych na wytycznych dla chorób z zakresu zespołu CRM. Co istotne, nie powinniśmy ograniczać się do działań ukierunkowanych na zatrzymanie postępu rozwoju CRM - nie mniej ważne jest wdrożenie planowych strategii profilaktyki, w tym na wprowadzenie aktywnych programów bilansowych, by ograniczyć ryzyko wystąpienia CRM, a nie tylko jego progresji. **W**

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Potrzebny jest dialog

Rozmowa z **DOROTĄ BIENIEK**, prezes Institute for Health

Od lat tworzy Pani kampanie edukacyjne, prowadzi dialog z interesariuszami w ochronie zdrowia. Skąd pomysł na stworzenie think tanku?

Przez lata pracy dla branży farmaceutycznej i medycznej zajmowałam się tworzeniem i realizacją kampanii, współpracując z firmami i podmiotami publicznymi. Dziś sami obywatele chętniej niż kiedyś biorą udział w stanowieniu o ważnych kwestiach systemowych. Wyrazem tego jest głos między innymi organizacji pacjenckich, medycznych, ekonomicznych i wszystkich, których perspektywą jest istotna dla zmian systemowych, co daje możliwość pozytywnych zmian. Mamy świetnych, zaangażowanych liderów zmian. Chcemy prowadzić dialog i przyczyniać się do przemian, bo w naszej filozofii to człowiek, w tym przypadku pacjent, jest najważniejszy. Dlatego od września działamy pod nową nazwą Institute for Health: koncentrujemy działania wielu grup dla poprawy zdrowia Polaków i dialogu opartego na filozofii evidence based approach.

Na czym w praktyce to miałyby polegać? Czym Institute for Health chce się wyróżnić?

Nasze działania opieramy na dowodach i danych, które pozyskujemy m.in. z autorskich badań społecznych, co odróżnia nas od podobnych organizacji. Mamy interdyscyplinarny zespół ekspertów, bo na system trzeba patrzeć całościowo. Nasze wieloletnie relacje z organizacjami pacjenczkimi, lekarskimi, farmakoekonomistami, pozwalają na konsolidację tych grup w konkretnych działaniach. Łatwiej przekonać decydentów do zmian, kiedy wiele organizacji mówi jednym głosem. Realizujemy też współpracę z nową, ważną dla komunikacji zdrowia grupą medfluencerów, funkcjonujących w social mediach, komunikujących o zdrowiu do milionów Polaków. Relacje są filarem do zrozumienia i współpracy. Dzięki oparciu działań na badaniach, zostaliśmy partnerem instytucjonalnym Forum Ekonomicznego.



W Polsce jest już wiele instytucji, debatuje na temat systemu ochrony zdrowia, podkreślając, że pacjent jest najważniejszy, ale system ochrony zdrowia w Polsce przez pacjentów jest cały czas oceniany nie najlepiej. Jak zmienić tę sytuację?

System ma służyć obywatelom, dlatego oprócz głosu ekspertów musimy słuchać głosu beneficjentów systemu, stąd potrzeba badań i analiz. Efektem końcowym ma być rekomendacja działań oraz ich realizacja. Nie zawsze jest to proste, bo każda grupa ma swoje interesy do zrealizowania. To system zależności i jedni bez drugich nie mogą wprowadzać zmian. Mamy know-how, jak skłonić ich do kompromisu i współpracy, a na koniec skutecznie dotrzeć do decydentów.

Jakie konkretne działania podejmujecie?


Prowadzimy autorskie projekty, np. Nasza w tym Głowa – kampania o zdrowiu psychicznym. Zorganizowaliśmy serię webinarów z udziałem specjalistów, w których wzięło udział kilkuset internautów. Prowadzimy portal www.naszawtyglowa.pl z informacjami o zdrowiu psychicznym. Zadbaliśmy o zdrowie psychiczne kobiet

oraz pracowników w kolejnych odsłonach kampanii.

Wydaliśmy kilka raportów systemowych, m.in. na temat chorych z niewydolnością serca czy cukrzycą typu 2, co przełożyło się na pozytywne zmiany w opiece nad nimi. Dotarliśmy z wiedzą na temat zdrowia psychicznego do kilkuset tysięcy odbiorców, bo tyle osób odwiedziło nasz portal w pierwszych miesiącach działania.

W radzie Institute for Health są znawcy lekarze, farmakoekonomiści, badacze, eksperci komunikacji, socjolodzy, prawnicy, innowatorzy. Wspólnie na podstawie badań wybraliśmy cztery obszary wymagające pilnych działań: choroby rzadkie, onkologia, zdrowie psychiczne i kardiologia. Bardzo zwracamy uwagę na poprawę zdrowia kobiet na każdym etapie życia. Startujemy jesienią. W pierwszej kolejności weźmiemy na warsztat zdrowie Polek. Z badania, które przeprowadziliśmy w czerwcu tego roku, wynika, że 53 proc. respondentek uważa, że polski system ochrony zdrowia nie jest dostosowany do potrzeb współczesnych kobiet¹.

Co to w praktyce oznacza?

Kobiety często chorują inaczej niż mężczyźni, nawet w przypadku tych samych schorzeń. Mimo to rozwiązania systemowe tego nie uwzględniają. Historycznie system ochrony zdrowia był tworzony przez mężczyzn. Dostęp do studiów medycznych dla kobiet w Polsce był możliwy dopiero w 1896 r. Konsekwencją tego była dysproporcja kobiet i mężczyzn w medycynie, a to przełożyło się na każdą dziedzinę medycyny. Ta perspektywa kobiet nie była wystarczająco reprezentowana, co widać np. w leczeniu endometriozy, gdzie właściwie działa garstka specjalistów. Kobiety żyją statystycznie dłużej niż mężczyźni i to często one opiekują się mężem w razie choroby, a po jego śmierci zostają same. Nie każda z nich może liczyć na rodzinę, a system nie zapewnia odpowiedniej opieki socjalnej czy lekarskiej np. w geriatric. Trzeba to zmienić. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

¹ Badanie „Zdrowie kobiet” zrealizowane przez SW Research na zlecenie Institute for Health na grupie 1104 Polek w wieku 16+, metoda CAWI czerwiec 2024.








INSTITUTE FOR HEALTH

Niezależny think tank dla zdrowia

Szukasz doświadczonego
partnera w realizacji
złożonych projektów
w systemie ochrony zdrowia?

Poznaj **zespół ekspertów** działających na rzecz poprawy
opieki medycznej w Polsce. Stawiamy na **Evidence-Based Approach**
i **własne badania społeczne** oraz skuteczny dialog ze wszystkimi
uczestnikami systemu ochrony zdrowia.
Realizujemy autorskie kampanie prozdrowotne.

Zapewniamy kompleksowe, nowoczesne i dopasowane do potrzeb działania:

-  Badania i raporty systemowe
-  Debaty eksperckie i konferencje
-  Relacje i współpraca z interesariuszami systemu ochrony zdrowia
(administracja publiczna, KOL, PAG)
-  Pozycjonowanie eksperckie
-  Szkolenia i warsztaty dla HCP
-  Współpraca z medinfluencerami
-  Tworzenie strategii i realizacja kampanii edukacyjnych

Zapraszamy do dialogu

| www.insitutforhealth.pl
| office@instituteforhealth.pl
| tel. 501792105
| [in](#) [f](#) [X](#)



Institute for Health
Partner Instytucjonalny
Forum Ekonomicznego
w Karpaczu

Polscy pacjenci z chorobami rzadkimi przez całe lata pozostawali na marginesie naszego systemu ochrony zdrowia – i to nie tylko ze względu na brak dostępu do terapii stosowanych w innych krajach, ale także na brak świadomości, odpowiedniej wiedzy, niestety również wśród lekarzy. Dotyczy to zwłaszcza chorób ultrazadkowych, jak np. hipofosfatazji (HPP) i niedoboru kwaśnej lipazy lizosomalnej (LAL-D). Te choroby, choć przecież różne, obecnie są nieraz wymieniane równocześnie. Dlaczego właśnie przy nich stawia się wspólny mianownik?

Oczywiście, wspólny dla nich jest już sam fakt, że są ultrazadkowe. Trudno nawet w miarę dokładnie określić, jak wygląda zachorowalność, gdyż choroby te są niedorozpoznawane, o niespecyficznym i niejednoznacznym obrazie klinicznym. Wiedza wśród lekarzy na ich temat jest bardzo ograniczona, i dotyczy to nie tylko lekarzy POZ, ale i specjalistów. Dlatego od wielu lat ja i mój zespół wraz z innymi specjalistami pediatrii metabolicznej staramy się poszerzać tę wiedzę w innych ośrodkach. W Polsce mamy obecnie ok. 30 zdiagnozowanych pacjentów z HPP i podobną liczbę z LAL-D. Jak bardzo rzadkie są to jednostki, może świadczyć fakt, że szacowana częstość w Europie ciężkiej postaci hipofosfatazji to jedno na 300 tys. urodzeń.

To, co łączy te dwie choroby, to blok enzymatyczny, tzn. deficyt lub brak specyficznego enzymu. Dla HPP jest to enzym o nazwie fosfataza alkaliczna, dla LAL-D – lizosomalna kwaśna lipaza. Bez tych enzymów organizm nie może normalnie funkcjonować, pacjent zaczyna chorować. Obie te choroby należą do wrodzonych wad metabolizmu.

Różne enzymy, a więc i różne objawy wywołane ich brakiem. A ponieważ są to choroby niespecyficzne, zapewne i objawy są na tyle mało charakterystyczne, że można je przypisać innym schorzeniom. Zaś od tego tylko krok od niewłaściwego leczenia. Jedno z dzieci chorych na HPP leczono dużymi dawkami witaminy D, gdyż lekarz uznał, że deformacja kości była spowodowana niedoborem tej witaminy. Jakie objawy powinny zwrócić uwagę lekarza, że może mieć do czynienia z HPP lub LAL-D?



Terapie enzymatyczne: przełom w leczeniu

Rozmowa z **PROF. JOLANTĄ SYKUT-CEGIELSKĄ**, konsultantem krajowym w dziedzinie pediatrii metabolicznej, kierownikiem Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

Hipofosfatazja jest również nazywana chorobą kruchych kości, co już wiele wyjaśnia. Fosfataza alkaliczna jest odpowiedzialna za mineralizację kości. Kiedy tego enzymu brakuje lub jego aktywność jest znikoma, dochodzi do zmian przypominających nasiloną krzywicę, prowadzących do deformacji kości, nawracających patologicznych złamań nawet bez widocznych urazów, osłabienia mięśni. Jeśli lekarz postawi błędne rozpoznanie krzywicy z niedoboru witaminy D i zaleci stosowanie dużych jej dawek, może to skutkować ciężką hiperkalcemią i nefrokalcynozą, a w kon-

sekwencji niewydolnością nerek. Dzieci przedwcześnie tracą zęby, już te mleczne, które same wypadają. Jeśli choroba ujawnia się w okresie niemowlęcym, pojawiają się problemy z osiąganiem przez dziecko kolejnych etapów rozwoju – z siedzeniem, wstawianiem, chodzeniem. Dzieci z HPP często są uważane za leniwe, bo wolą leżeć, niż chodzić, co przy tym schorzeniu jest zrozumiałe, gdyż każdy ruch powoduje silny ból i przewlekłe zmęczenie. Na hipofosfatazję chorują niemowlęta, dzieci i dorośli, ale wyróżnia się też postać prenatalną, zaliczaną do najcięższych, przebiegającą z deformacją

całego szkieletu i niewydolnością oddechową. Ta ostatnia jest najczęstszą przyczyną śmierci w pierwszym roku życia pacjentów z perinatalną i niemowlęcą postacią HPP, a zaledwie 1/3 pacjentów przeżywa do piątego roku życia.

W przypadku LAL-D, wywołanej niedoborem kwaśnej lipazy lizosomalnej, wyróżnia się dwa odrębne fenotypy – postać wczesną, występującą w wieku niemowlęcym, o bardzo ciężkim przebiegu, co wynika z głębokiego niedoboru kwaśnej lipazy lizosomalnej lub całkowitego braku aktywności enzymu, i postać późną, określaną jako chorobę spichrzania estrów cholesterolu, z zachowaną resztkową aktywnością enzymu. Ta postać zwykle występuje u starszych dzieci i dorosłych, ma łagodniejszy przebieg.

W postaci wczesnej objawy pojawiają się już w pierwszych tygodniach życia noworodka – to intensywne wymioty, powiększenie wątroby i śledziony, niedokrwistość, biegunki tłuszczowe, zwapnienia nadnerczy, zahamowanie wzrostu. Dochodzą do tego zaburzenia krzepnięcia, cholestaza, wysoka aktywność transaminaz, podwyższone stężenie triglicerydów. Większość pacjentów nie dożywa 3. miesiąca życia. Splenomegalia, hepatomegalia ze stłuszczeniem wątroby, z czasem włóknieniem postępującym aż do marskości, zaburzenia wchłaniania oraz przedwczesne procesy miażdżycowe spowodowane hipercholesterolemią i hipertriglicerydemią to częste objawy w późniejszej postaci LAL-D.

Jak wygląda diagnostyka tych chorób, gdy lekarz już podejrzewa, że to może być któraś z nich? Jakie testy, jakie badania wówczas zleca?

Podstawą rozpoznania hipofosfatazji jest oznaczanie poziomu fosfatazy alkalicznej. Nie jest to badanie skomplikowane, wykonuje się je z krwi obwodowej. Problem może jednak stanowić interpretacja wyniku. Dolna granica dla tego enzymu różni się w zależności od wieku czy płci pacjenta i jest znacznie wyższa u dzieci w porównaniu z dorosłymi.

W przypadku LAL-D wykonuje się badania aktywności kwaśnej lipazy lizosomalnej w leukocytach krwi lub fibroblastach skóry. Diagnostykę można wykonywać także z wykorzystaniem metody suchej kropli krwi. Coraz powszechniejsza staje się analiza molekularna z zastosowaniem metody

sekwencjonowania następnej generacji, szczególnie w wątpliwych przypadkach i kiedy choroba ma przebieg skąpoobjawowy.

Leczenie chorób rzadkich, a tym bardziej ultrarazadkich, to wielki problem, nie tylko w naszym kraju. W przypadku blisko 90 proc. tych chorób nie opracowano dotąd terapii. Ostatnie lata jednak i w chorobach sierocych przyniosły wiele nowego, co odczuwają i polscy pacjenci. Jak to wygląda w przypadku hipofosfatazji i LAL-D?

Istotnie; to, co przedtem mogliśmy zaproponować chorym, to leczenie objawowe, tylko w niewielkim stopniu poprawiające stan pacjenta. Innego leczenia nie było. Po prostu nie mieliśmy innej alternatywy. Sytuacja się zmieniła wraz z pojawieniem się nowych technologii lekowych, np. za-

pełnianie brakujących enzymów, a więc sytuacja wygląda inaczej. Co prawda, spotykam się z nazywaniem zastępczej terapii enzymatycznej leczeniem przyczynowym, ale sądzę, że wynika to z samej skuteczności leczenia enzymatycznego.

Terapie enzymatyczne są stosowane na tyle długo, że znany jest ich profil skuteczności i bezpieczeństwa. W przypadku HPP klinicyści mówią wręcz o spektakularnych efektach terapii. Jednak nie jest ona refundowana dla polskich pacjentów, podobnie jak terapia enzymatyczna LAL-D. Dlaczego?

My ze swej strony opinujemy zasadność tych refundacji, apelujemy, prosimy, tłumaczymy, jak ważne jest wykorzystanie zastępczej terapii enzymatycznej, pokazujemy, jak dobrze funkcjonują programy lekowe,

Leczenie enzymatyczne, polegające na wprowadzeniu do organizmu brakującego, wyprodukowanego sztucznie enzymu, okazało się przełomem. **Diametralnie zmienia ono przebieg choroby i rokowania chorych.**


stępczej terapii enzymatycznej. Leczenie enzymatyczne, polegające na wprowadzeniu do organizmu brakującego, wyprodukowanego sztucznie enzymu, okazało się przełomem. Diametralnie zmienia ono przebieg choroby i rokowania chorych. Na dziś jest to jedyna forma leczenia, która okazała się tak skuteczna w przypadku HPP i LAL-D. Jeśli zostanie podana odpowiednio wcześnie, wielu pacjentów dzięki niej będzie mogło prowadzić prawie normalne życie – pracować, spełniać się w różnych rolach. Chcielibyśmy, by pacjenci w Polsce mieli dostęp do takiego leczenia; dziś zaledwie kilkoro dzieci z HPP i kilkoro młodych pacjentów z LAL-D otrzymuje terapię w ramach leczenia charytatywnego.

Czy terapie enzymatyczne można określić jako przyczynowe w przeciwieństwie do leczenia objawowego?

To niezupełnie tak jest. Terapie przyczynowe ukierunkowane są na określone geny, ich kopie są wprowadzane z wykorzystaniem wektorów wirusowych. Natomiast w tych chorobach rzadkich chodzi o uzu-

które powinny być uruchomione również dla pacjentów z hipofosfatazją i LAL-D. Zwłaszcza że dla tych dwóch chorób nie ma alternatywnych technologii.

Decydenci, którzy podejmują ostateczne decyzje refundacyjne, powinni brać pod uwagę nie tylko te koszty bezpośrednie, ale także te odległe, generowane przez chorobę w dalszej perspektywie. Wczesne wprowadzenie leczenia zapobiegnie rozwojowi tych chorób. Przykładowo wczesne wprowadzenie terapii enzymatycznej u dzieci pozwoli im na dalszy rozwój w takim tempie, jak rozwijają się ich rówieśnicy, na zachowanie normalnego dzieciństwa, a w przyszłości na rozwój osobisty, zawodowy i aktywny udział w życiu społecznym.

Dlatego zarówno my, jak i pacjenci oraz ich rodziny zabiegamy o to, by jak najszybciej doszło do refundacji terapii dla tych pacjentów, którzy najbardziej takiego leczenia potrzebują, kwalifikują się do niego i najbardziej na nim skorzystają. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **BOŻENA STASIAK**

Jeden z najlepszych programów lekowych na świecie

Program lekowy SMA stawia Polskę w światowej czołówce: **MAMY WSZYSTKIE DOSTĘPNE NA ŚWIECIE TERAPIE I PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH, DZIĘKI KTÓREMU PACJENCI MOGĄ SZYBKO ROZPOCZĄĆ LECZENIE.** Wieloletnie obserwacje z rzeczywistej praktyki klinicznej (RWE) pokazują, że leczenie jest skuteczne. Potwierdzają to sami pacjenci.

Tekst: **BOŻENA STASIAK**

Oliwka Rabczuk urodziła się jako zdrowe dziecko, otrzymała 10 punktów w skali Apgar. Nic nie wskazywało na to, że może być chora, zwłaszcza na jedną z rzadkich chorób. Co prawda nieco później niż jej rówieśnicy zaczęła rączkować, siadać, ale pediatra uspokajał, że nie ma podstaw do niepokoju, bo przecież dzieci rozwijają się w różnym tempie.

– Ja jednak miałam gdzieś z tyłu głowy jakiś niepokój, może pewne przeczucie, że coś jest nie tak. Córeczka zaczęła jednak siadać, rączkować, więc przestałam się stresować. Niestety, nie na długo – mówi pani Jagoda Rabczuk, mama Oliwki

Około 10. miesiąca życia Oliwka zaczęła tracić umiejętności ruchowe, które wcześniej nabyła, i wyraźnie stawała się coraz słabsza. Fizjoterapeutka polecona przez lekarza stwierdziła obniżone napięcie mięśniowe i poradziła konsultacje u neurologa. – Pojechaliliśmy do Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie. Tam usłyszeliśmy, że z dużym prawdopodobieństwem jest to SMA – rdzeniowy zanik mięśni, genetycznie uwarunkowana postępująca rzadka choroba, charakteryzująca się przedwczesnym obumieraniem komórek rdzenia kręgowego. Szok, choć jeszcze tliła się w nas nadzieja, że może jednak to nie to. A jednak. Diagnostyka, trwająca kilka tygodni, potwierdziła, że to SMA – zaznacza mama dziewczynki.

Dzisiaj Oliwka ma sześć lat, jest niezwykle ruchliwą dziewczynką. Potrafi chodzić samodzielnie lub przytrzymując się poręczy,



^ Leczeniem objęto wszystkich pacjentów z SMA – bez względu na wiek, typ choroby czy stopień jej zaawansowania

jest radosna i wszędzie jej pełno. Wykonuje te wszystkie czynności, z którymi jeszcze niedawno nie mogłaby sobie poradzić, bo wymagała pomocy bliskich nawet przy tak, wydawałoby się, prozaicznych czynnościach, jak mycie zębów, picie czy jedzenie, gdyż sama nie mogła sięgnąć po szklankę. – Oboje z mężem musimy mieć teraz oczy dookoła głowy, bo Oliwka nie może usiedzieć na miejscu – śmieje się mama Oliwki. – Od kiedy bierze ten rewelacyjny lek, a pierwszą dawkę otrzymała w czerwcu 2019 r., mając półtora roku, nagle nastąpił przełom. Zaczęła odzyskiwać utracone w wyniku choroby umiejętności i nabywać nowe. Choroba w cudowny sposób odpuściła – podkreśla pani Rabczuk.

PRZEŁOMEM TERAPII CELUJĄCE W PRZYCZYNĘ CHOROBY

Ostatnie lata całkowicie zmieniły w Polsce obraz rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) – podkreślają eksperci. Dzięki nowym, dostępnym i dla polskich pacjentów terapiom oraz rosnącemu poziomowi opieki wydłuża się i poprawia długość oraz jakość życia chorych.

Jeszcze do niedawna to, co można było zaproponować chorym, to była rehabilitacja. Przełomem stały się terapie przyczynowe, z których pierwsza została zarejestrowana przez Europejską Agencję Leków (EMA) w maju 2017 r., a już od stycznia 2019 r. zaczęła być refundowana w naszym kraju w ramach programu lekowego B.102 „Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni”. Co bardzo ważne: leczeniem zostali objęci wszyscy pacjenci bez względu na wiek, typ SMA czy stopień zaawansowania choroby. Jeszcze w tym samym roku liczba pacjentów nim objętych przekroczyła 400 osób. Ten pierwszy przełomowy lek to nusinersen, oligonukleotyd antysensowny, wpływający na produkcję białka SMN przez gen SMN2. W 2022 r. refundacją objęto kolejne dwa leki na SMA w ramach tego samego programu lekowego. To rysdyplam i onasemnogen abeparawek (terapia genowa).

BADANIA PRZESIEWOWE DLA NOWORODKÓW

Od 2021 r. Ministerstwo Zdrowia finansuje przesiewowe badania genetyczne w kierunku SMA w ramach Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce. Od



^ Agnelika Chrapkiewicz-Gądek. Dzięki leczeniu pacjenci mają szansę na lepsze życie

28 marca 2022 r. każde dziecko urodzone w Polsce ma wykonane genetyczne badanie przesiewowe w kierunku SMA.

– Dzieci są diagnozowane już w pierwszych dniach życia, w 2-3 dobie życia, najczęściej w szpitalu, w którym nastąpił poród, dzięki czemu można wykryć SMA przed wystąpieniem objawów i rozpocząć jak najwcześniejsze leczenie. Opracowany system badań przesiewowych obejmuje wykonanie badania, jego weryfikację i dalsze badania monitorujące w przypadku wrodzonych zaburzeń – mówi prof. Katarzyna Kotulska-Józwiak, kierownik Kliniki Neurologii i Epileptologii w ICZD w Warszawie. – Dzieci leczone przedobjawowo rozwijają się podobnie do zdrowych rówieśników. Zaś te leczone już po wystąpieniu objawów, ale bardzo wcześnie, unikają najcięższych powikłań, jak niewydolność oddechowca i głęboka niepełnosprawność.

ZNAKOMITE WYNIKI I U DOROSŁYCH

Liczną grupę chorych stanowią również dorośli, to prawie 50 proc. całej popula-

cji chorującej na SMA. – U nich leczenie prowadzi do stabilizacji choroby, a w ponad 90 proc. do widocznej poprawy stanu funkcjonalnego – podkreśla prof. Anna Kostera-Pruszczyk, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – Dzięki dostępowi do nowych terapii obserwujemy znakomite wyniki u naszych pacjentów w pełnym przekroju wiekowym. Nie tylko powstrzymany zostaje postęp choroby, ale poprawia się wiele funkcji ruchowych. Poprawa jest tym większa, im dłużej prowadzone jest leczenie. Rozwiązania programu leczenia SMA stawiają nas w światowej czołówce leczenia SMA – zaznacza prof. Kotulska-Józwiak.

Rejestracja nusinersenu do leczenia SMA została podjęta po badaniach klinicznych, przeprowadzonych w populacji pediatrycznej. Wspólny mechanizm genetyczny wszystkich postaci SMA pozwalał jednocześnie prognozować skuteczność farmakoterapii w szerokiej populacji, dlatego leczeniem objęto wszystkich pacjentów – co było wówczas ewenementem na świecie.


U dorosłych chorujących na SMA leczenie prowadzi do stabilizacji choroby, a w ponad 90 proc. do widocznej poprawy stanu funkcjonalnego

EFEKTY LECZENIA SMA W POLSCE: NOWA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW I ICH OPIEKUNÓW

To, jak bardzo zmieniła się jakość życia pacjentów z SMA, pokazuje raport prezentowany niedawno podczas konferencji prasowej, a opracowany przez firmę PEX: „Doświadczenia pacjentów z SMA z leczenia nusinersenem. Satysfakcja z leczenia i poprawa jakości życia pacjentów”. Raport powstał na podstawie badania przeprowadzonego wśród polskich pacjentów: dorosłych i pediatrycznych.

Ponad 90 proc. pacjentów pediatrycznych i ok. 70 proc. pacjentów dorosłych stwierdziło, że terapia nusinersenem spełnia ich oczekiwania, dając im zwiększenie samodzielności, większą radość z życia, ustąpienie niepokoju o przyszłość i powrót nadziei na tę przyszłość, większą motywację do działania. Wysoki odsetek zadowolonych z leczenia pacjentów pokazuje, że terapia nusinersenem to nie tylko obiektywna poprawa funkcji motorycznych, ale w dużej mierze poprawa jakości życia w wielu obszarach. 12 proc. pacjentów pediatrycznych oraz 10 proc. pacjentów dorosłych zauważa, że efekty terapii przerosły ich oczekiwania, zwłaszcza w takich kategoriach jak funkcje ruchowe, siła i wytrzymałość, poprawa funkcji rąk, oddychanie oraz zwykłe czynności życia codziennego.

Ekspertki chwalą program leczenia SMA, zaznaczając, że może on stanowić niemal modelowy program leczenia choroby rzadkiej.

Aby jednak opieka nad chorym na SMA przebiegała sprawnie, jest jeszcze sporo do zrobienia. Konieczne jest kontynuowanie programu lekowego, a także wprowadzenie systemowego zarządzania opieką nad chorym, co spowoduje, że pacjent, rodzic (czy opiekun) nie będą musieli na własną rękę zajmować się szukaniem specjalistów. Zespół ekspertów zajmujących się pacjentem powinien być koordynowany przez lekarza neurologa, neurologa dziecięcego lub zawodowego koordynatora. Tak się dzieje w wielu krajach, np. w Wielkiej Brytanii. Ekspertki podkreślają też, że konieczne jest też zwiększenie liczby placówek prowadzących program B.102, aby dostosować ją do liczebności populacji zamieszkującej województwo i umożliwić płynne przekazywanie pacjentów z opieki pediatrycznej do dorosłych. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone



Wyniki przerosły nasze oczekiwania

Rozmowa z prof. Anną
Kostera-Pruszczyk, kierownik
Kliniki Neurologii WUM

Raport „Doświadczenia pacjentów z SMA z leczenia nusinersenem” pokazuje – już po raz kolejny – efektywność leczenia SMA. Czy dane z raportu pokrywają się z tym, co widać w praktyce klinicznej?

Jeśli chodzi o leczenie pacjentów z SMA, to jesteśmy w unikalnej sytuacji, ponieważ wyniki, które mamy – mogą powiedzieć z całą odpowiedzialnością – przerosły nasze oczekiwania. Jeśli chodzi o dorosłych, to chcieliśmy osiągnąć bardzo ambitny cel stabilizacji stanu neurologicznego pacjentów – tych, którzy rozpoczynają leczenie już w momencie obecności objawów choroby, a przypadku dorosłych czasem te objawy są już bardzo zaawansowane.

Tymczasem widzimy, że dzięki leczeniu stan pacjentów nie tylko się stabilizuje, ale w wielu przypadkach wręcz poprawia. Widzimy, że pacjenci mają duży potencjał regeneracyjny, pojawiają się u nich nowe funkcje, które staramy się wykazać przy pomocy różnych skal służących do badania. Widzimy jednak również poprawę w różnych aspektach codzienności, których nie widać w skalach: pacjenci są silniejsi, bardziej odporni, wytrzymali. Znam osoby, które pracowały na pół etatu, a teraz pracują na cały etat. Inne były w stanie rehabilitować się 2-3 razy w tygodniu, a obecnie mogą to robić znacznie częściej. Nasi pacjenci bardzo angażują się w swoje leczenie, stąd tak dobre jego efekty. Bardzo ważna jest tu bardzo dobra współpraca lekarz – pacjent, jak również dostęp do nowoczesnych terapii.

Nie zadziwiły więc Pani profesor prezentowane w raporcie wyniki?

Dla mnie te wyniki są potwierdzeniem tego, co widzimy w rozmowach z pacjentami, a w naszej klinice mamy pod opieką kilkudziesięciu pacjentów z SMA, leczonych od lat. Znam wiele pięknych historii, jak choćby młodej, dorosłej dziewczyny, która odważyła się wyprowadzić z domu. Kiedyś było to poza zasięgiem jej możliwości, teraz śmiało wchodzi w samodzielne życie. Inna pacjentka opowiadała o tym, że może wykonać wiele rzeczy, do których wykonania wcześniej potrzebowała pomocy. Leczenie daje większą samodzielność pacjentom, ale oddaje też dużo czasu opiekunom, którzy nie muszą wyręczać swoich podopiecznych.

Cieszymy się sukcesami pacjentów, one dopingują nas do działania. Pokazujemy to młodym lekarzom, zachęcając ich do wyboru specjalizacji neurologicznej, w której tak wiele można zrobić dla pacjentów.

Efekty leczenia są tak widoczne, że pacjenci poleciliby takie leczenie innym?

W ankiecie, która stanowiła podstawę raportu, było pytanie, czy pacjent poleciliby ten sposób terapii innym chorym. Zdecydowana większość powiedziała, że tak. Podanie dokanałowe może się w pewnych sytuacjach wiązać z pewnymi trudnościami, również ze stresem pacjenta, jednak jest to podanie raz na cztery miesiące. Widujemy pacjentów w takich odstępach czasu, oni cieszą się z uzyskiwanych wyników swojej sprawności ruchowej. Myślę, że kluczem jest skuteczność terapii, dostrzegana na co dzień satysfakcja pacjenta z osiągniętych wyników leczenia.

Mamy to! Jest Plan dla Chorób Rzadkich

STANISŁAW MAĆKOWIAK,

prezes Federacji Pacjentów Polskich

Niedawno ogłoszony Plan dla Chorób Rzadkich jest kontynuacją wcześniejszego, dotyczy elementów medycznych związanych z pomocą chorym na choroby rzadkie.

Jestem przekonany, że rozwiązania zawarte w Planie dla Chorób Rzadkich będą realizowane. Już w poprzedniej edycji planu wszystko zostało przygotowane, teraz trzeba zacząć wdrażać. Widzę, że zarówno w ministerstwie, jak i w parlamencie jest duża chęć i determinacja do działania.

Budujące są słowa premiera wypowiedziane po posiedzeniu rządu, na którym przyjęto Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024-2025, że jego ekipa na leki w chorobach rzadkich wyda cztery razy więcej niż poprzednicy, a eksperckie ośrodki chorób




rzadkich mają powstać we wszystkich województwach. Są wreszcie elementy, które pozwolą systemowo podchodzić do opieki nad osobami z chorobami rzadkimi. To cho-

ciażby sprawa diagnostyki, która wiąże się z ośrodkami eksperckimi, a one z badaniami genetycznymi. Mamy certyfikację podmiotów, które będą je wykonywały. Wszystko teraz trzeba tylko odpowiednio poukładać. Rozumiem, że nie stanie się to z dnia na dzień, ale wreszcie mamy dokument, na którym możemy się opierać przy konkretnych pracach.

W ostatnim czasie mówi się nie tylko o ustawie o chorobach rzadkich, ale także o uchwaleniu w ministerstwie i w parlamencie, wiele dobrego przynosi zwłaszcza zaangażowanie pani wiceminister prof. Urszuli Demkow oraz przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu do spraw Chorób Rzadkich pani prof. Alicji Chybyckiej.

Przed nami mnóstwo pracy, ale to pierwszy ważny dokument, na którym możemy się opierać.

Najważniejsze, że mamy to! Mamy uchwałę, akt prawny, na którym możemy się opierać. Co więcej, my, pacjenci, mamy podstawę prawną, aby się włączać i wspierać administrację w realizacji zadań określonych w dokumencie. Liczymy również na szybkie uchwalenie ustawy o chorobach rzadkich. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Wspieramy rodziny, czekamy na leczenie

KAMILA DRATKOWICZ, prezes Fundacji HypoGenek


Dla osób z hipofosfatazją (HPP) najważniejsze jest zapewnienie dostępu do terapii enzymatycznej, która znacząco może poprawić stan zdrowia pacjentów, zwłaszcza z ciężkimi postaciami choroby. HPP łącznie bowiem kości jak zapałki. Jest to rzadka choroba genetyczna spowodowana mutacją w genie *ALPL* dla tkankowo niespecyficznej fosfatazy zasadowej, przebiegająca z niską aktywnością fosfatazy alkalicznej (ALP) w surowicy. To choroba ogólnoustrojowa, objawy mogą dotyczyć wielu narządów i układów. Dlatego dla wielu pacjentów z HPP dostęp do leczenia to lepsza jakość



życia, zmniejszenie bólu i poprawa sprawności fizycznej. Oprócz farmakoterapii również istotne są rehabilitacja, fizjoterapia oraz wsparcie w codziennym funkcjonowaniu.

Nie można zapomnieć o opiece wielodyscyplinarnej w ośrodkach wyspecjalizowanych w opiece nad pacjentami z HPP, w tym o zapewnieniu wsparcia psychologicznego. Pacjenci, zwłaszcza ci z cięższymi postaciami choroby, często borykają się bowiem z wyzwaniami takimi jak stres, lęk czy poczucie izolacji.

HPP myłona jest z innymi schorzeniami, co niestety opóźnia diagnozę. Dlatego bardzo ważna jest świadomość tej choroby wśród lekarzy. Dostęp do odpowiednich informacji i edukacji na temat choroby jest wręcz nieoceniony.

Jako Fundacja wspieramy całe rodziny, zapewniając wsparcie społeczne m.in. poprzez utworzenie społeczności HPP w Polsce i organizację zjazdów. Staramy się także przekazywać rzetelną wiedzę o chorobie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Mammografia: prosty test, wielka ochrona

Rozmowa z **MONIQUE CLUA BRAUN** – Country President Novartis Poland

Jednym z kluczowych obszarów Państwa działalności jest onkologia, w tym rak piersi. Jakie wyzwania dostrzega Pani w kontekście tego nowotworu?

Choroby nowotworowe same w sobie są ogromnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny i systemów ochrony zdrowia. Naszą uwagę zwróciły jednak doniesienia o niskiej zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne w Polsce. Wskaźnik wykonywania badań przesiewowych w kierunku raka piersi kształtuje się znacznie poniżej średniej UE (66 proc.) – zajmujemy 7. miejsce od końca na tle 27 państw UE, Norwegii i Islandii. Dane NFZ z lipca wskazują, że z bezpłatnej mammografii skorzystało niewiele ponad 30 proc. uprawnionych Polek. Należy podziękować im za wspaniały przykład obywatelskiej postawy. Jednak w świetle statystyk, które przywołałam, trzeba uczynić priorytetem zachęcanie większej grupy kobiet do badań profilaktycznych. Ogromną szansą na poprawę wskaźników jest prezydencja Polski w Radzie UE, ponieważ będzie to okazja do wymiany doświadczeń i wypracowania rozwiązań, które mogą wpłynąć na skuteczniejszy screening i równy dostęp do świadczeń.

Jakie rozwiązania systemowe warto wprowadzić, by Polki częściej korzystały z badań przesiewowych? Jaki sposób mobilizacji społeczeństwa według Pani mógłby zadziałać?

Myślę, że trzeba zadbać, by zdrowie stało się tematem, o którym mówimy świadomie. Nie stanie się to bez odpowiedniej edukacji w szkołach uwzględniającej właściwe nawyki, takie jak badania pod kątem zapobiegania problemom zdrowotnym. Novartis od lat prowadzi kampanie edukacyjne, w których adresowany jest temat profilaktyki i dbania o zdrowie kobiet. Jeśli w konsekwencji badań wcześniej wykryjemy nowotwór, mamy szansę na efektywne leczenie i życie

bez choroby. Nowe terapie dają niezwykle możliwości i są wysoce skuteczne, jednak bez diagnostyki wdrożonej w odpowiednim momencie te korzyści nie będą mogły być uzyskane w pełnym zakresie. By ten zakres był jak najszerszy, tworzymy strategiczne partnerstwa z polskimi szpitalami, start-upami i stroną publiczną w celu wspólnego budowania ekosystemu dobrego dla pacjenta. Takiego, w którym potencjał rozwiązań cyfrowych stosowany w szpitalach przyspiesza diagnostykę lub usprawnia proces leczenia pacjentek z rakiem piersi.

Jak Pani sądzi, dlaczego relatywnie mało kobiet w Polsce zgłasza się na badania profilaktyczne?

Nie ma jednej ani dobrej odpowiedzi na to pytanie, ponieważ przyczyn niskiej zgłaszalności na badania przesiewowe może być wiele. Część Polek obawia się, że pójście na badanie oznacza automatycznie diagnozę informującą o tym, że są chore. A mammografia tak naprawdę pozwala upewnić się, że z naszym zdrowiem wszystko jest w porządku! Rozumiem, że boimy się tego, co nieznanne, a własne po-

pacjentkę onkologiczną, a krzywa demograficzna zapadalności przesuwana się w kierunku młodszych chorych. Oznacza to, że coraz częściej kobiety słyszą diagnozę tego nowotworu w momencie, w którym zakładają rodziny i rozwijają karierę zawodową. Rak piersi niejednokrotnie zmusza je do wycofania się na jakiś czas z życia społecznego i zawodowego. Niesie to za sobą poważne konsekwencje, szczególnie gdy rak wykryty zostanie w zaawansowanym stadium. Obciąża wtedy nie tylko pacjentkę, ale i państwo – m.in. w postaci kosztów pośrednich. Z perspektywy gospodarczo-systemowej kluczowe jest więc podniesienie skuteczności programów screeningowych w Polsce. Profilaktyka w każdym obszarze, w tym w aspekcie zdrowotnym, to inwestycja w dobrostan i przyszłość kraju. Regularne badania są więc kluczowe, zwłaszcza w przypadku nowotworów takich jak rak piersi. W dyskusji o onkologii nie należy skupiać się zatem tylko na leczeniu, ale również na zapobieganiu chorobom i podarowaniu sobie szansy na zdrowie – bo właśnie tak należy patrzeć na screening.

Profilaktyka to inwestycja w dobrostan i przyszłość kraju. Badania profilaktyczne są kluczowe, zwłaszcza w przypadku takich nowotworów jak rak piersi.

trzeby kobiety często odkładają na koniec listy zadań. Programy i akcje edukacyjne mogą w długiej perspektywie przynieść pozytywne zmiany i zniwelować te obawy.

Czy statystyki zachorowalności na raka piersi to czynnik, który w kolejnej dekadzie może zdestabilizować system?

Rak piersi jest chorobą, która w Polsce dotyka co czwartą nowo zdiagnozowaną


Czy w firmie takiej jak Novartis Poland, która dostarcza leki i dba o zdrowie pacjentów, potrzeba wykonywania badań profilaktycznych wśród pracowników jest wyższa?

W Novartis Poland dbamy o to, by pracownicy nie tylko czuli potrzebę sprawdzania stanu swojego zdrowia, ale aktywnie w tym procesie uczestniczymy. Każdego roku organizujemy badania przesiewowe – ostatnio były to badania skóry pod kątem



czerniaka i badania piersi. Takie inicjatywy są wsparte edukacją i podnoszeniem poziomu wiedzy o danej chorobie, bo jest ona kluczowa w zrozumieniu mechanizmów ich występowania. Jednocześnie w przypadku wykrycia podejrzanych zmian pracownicy mają zapewnione wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne. Sam fakt bycia częścią społeczności Novartis Poland motywuje do dbania o siebie bardziej i pozwala lepiej zrozumieć, że styl życia ma znaczenie nie tylko w trakcie godzin pracy, ale także kiedy wychodzimy z biura. Zdrowie naszego zespołu jest najważniejsze, dlatego osobiście włączam się w te akcje, bo wierzę, że każdy może być przykładem dla najbliższego otoczenia i mieć wpływ na zmianę zachowań.

Pozostając w temacie onkologii, na jakich działaniach skupia się obecnie firma Novartis?

W Novartis badamy mechanizmy powstawania nowotworów i opracowujemy terapie w obszarach, takich jak rak piersi, hematologia, w tym ostra białaczka szpikowa – AML, przewlekła białaczka szpikowa – PBS i szpiczak mnogi, czerniak i rak prostaty. Jeśli chodzi o terapie antynowotworowe, to na pewno ogromny potencjał terapeutyczny mają radioligandy, stosowane np. w raku prostaty. Połowa wszystkich badań klinicznych realizowanych przez Novartis dotyczy właśnie onkologii. Chcemy być firmą opartą na danych i technologiach cyfrowych, które wykraczają poza badania kliniczne i produkcję leków, przyczyniając się do wzmacniania efektywności na każdym etapie ścieżki pacjenta – zwłaszcza w kontekście wyzwań zdrowotnych, między innymi w onkologii. Współpracujemy z towarzystwami naukowymi, środowiskiem technologicznym, stroną publiczną oraz instytucjami medycznymi, co jest niezwykle ważne dla rozwoju innowacyjnych projektów mających na celu poprawę życia i zdrowia pacjentów, także w przypadku schorzeń neurologicznych, kardiologicznych, reumatologicznych, czy chorób rzadkich. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **MONIKA MIKULSKA**

FA-11248016

Globalne firmy farmaceutyczne działają często od ponad stu lat. BeiGene powstała niedawno, a już dała o sobie znać w onkologii i hematologii.

Historia firmy rozpoczęła się w 2010 r. Amerykański przedsiębiorca John V. Oyler i wybitny chińsko-amerykański naukowiec Xiaodong Wang postanowili zbudować firmę, która rozszerzy dostęp do najwyższej jakości terapii dla większej liczby ludzi na całym świecie – dzięki odwadze, innowacjom i kwestionowaniu status quo w zakresie dostępu i przystępności cenowej, bez względu na to, gdzie mieszkają pacjenci. W BeiGene wierzymy, że ta zmiana jest możliwa i że możemy mieć pozytywny wpływ na zmniejszanie różnic w śmiertelności z powodu nowotworów i obciążenie systemów ochrony zdrowia dzięki innowacyjnym terapiom. To główny cel naszych założycieli.

Pierwsze lata to było przede wszystkim opracowywanie nowych leków. Jesteśmy dziś kojarzeni z dwiema sztandarowymi terapiami: pierwsza to nowej generacji inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona (BTK) (zanubrutynib), stosowany w leczeniu nowotworów krwi; druga to tislelizumab, przeciwciało monoklonalne anty-PD1, ukierunkowane na guzy lite. To początek obrazujący potencjał kolejnych odkryć naukowych BeiGene i nasz bogaty pipeline, którego celem jest walka z 80 proc. nowotworów na świecie.

Innowacyjne leki i przystępność cenowa: to nie sprzeczność? Zwykle firmy tłumaczą wysokie ceny długim okresem prac nad cząsteczkami i dużym ryzykiem.

Odpowiadając krótko: nie ma tu sprzeczności. W BeiGene mamy konkretne plany, aby innowacyjne leki były dostępne dla pacjentów. Po pierwsze, mamy własny zespół naukowy: to ponad 1000 badaczy pracujących nad nowymi cząsteczkami zarówno w hematologii, jak i onkologii. Pracujemy nad wieloma wskazaniami dla zróżnicowanych populacji pacjentów. Oczywiście, wiele innowacji jest na wczesnych etapach badań i rozwoju, jeszcze daleka droga do zarejestrowania i udostępnienia. Dopiero zaczynamy realizować naszą wizję stania się najbardziej wpływową firmą onkologiczną.

Drugą kwestią są możliwości produkcyjne: BeiGene produkuje w ramach wewnętrznych zasobów. Do niedawna mieliśmy dwie fabryki (obie w Chinach), ostatnio w Hopewell w Stanach Zjednoczonych uruchomiona



Rak nie ma granic, my też ich nie mamy

Rozmowa z **MARKIEM SMELĄ**,
dyrektorem generalnym BeiGene Poland

została trzecia. Dzięki własnej produkcji omijamy konieczność szerokiego podwykonawstwa i angażowania zewnętrznych dostawców. W tych dwóch strategicznych decyzjach widzę największy potencjał, jeśli chodzi o końcową przystępność cenową, nie zapominając o otwartości na dyskusje z decydentami w każdym kraju. Daje to rentowność, która pozwala na ciągłe reinwestowanie w badania.

Jednym z leków wprowadzonych na rynek jest inhibitor BTK nowej generacji, już dostępny w Polsce dla pacjentów z makroglobulinemią Waldenströma i przewlekłą białaczką limfocytową. Co jest w nim innowacją?

Od początku był zaplanowany w taki sposób, by był lepszy pod względem skuteczności, bezpieczeństwa oraz wygody w porównaniu z komparatorami klinicznymi.

Inhibitory BTK mają wiele zastosowań w różnych nowotworach wywodzących się z komórek B: pierwsze wskazanie to była makroglobulinemia Waldenströma, choroba rzadka, w której do tej pory nie było w Polsce refundowanego leku celowanego. Drugie wskazanie dotyczy przewlekłej białaczki limfocytowej; jest on już dostępny od pierwszej linii leczenia. Udało nam się go wprowadzić do refundacji w Polsce w obydwu wskazaniach w czasie poniżej roku od złożenia wniosku refundacyjnego.

Bardzo szybko jak na polskie warunki.

Często proces refundacji w Polsce trwa znacznie dłużej. Możliwość skrócenia czasu bierze się m.in. ze strategii firmy, która stara się, by lek był dostępny w sposób zrównoważony we wszystkich krajach. Nie priorytetujemy rynków ekonomicznie silniejszych. Jeśli chodzi o zanubrutynib, to w podobnym

czasie został zrefundowany w Polsce, jak w Wielkiej Brytanii czy Hiszpanii. Wiele firm dzieli kraje na pewne fale pod względem priorytetu czasowego i wprowadzania innowacyjnej terapii; my – nie. Znam przykłady krajów zachodnich, w których pacjenci uzyskali refundację nawet później niż w Polsce. To naoczne pokazanie naszej strategii – wczesnego udostępniania leków po przystępnej cenie. Bez zamierzonego celu zapewnienia przystępności cenowej decyzje nie byłyby tak szybko podejmowane.

Drugi nasz lek to przeciwciało monoklonalne anty-PD-1, zarejestrowane w krajach UE od końca 2023 r. Leki anty-PD-1 znajdują zastosowanie w wielu wskazaniach. Pierwszym zarejestrowanym dla naszej terapii był zaawansowany rak przełyku (od drugiej linii). Jeszcze w tym roku spodziewamy się rozszerzenia listy wskazań.

Leki te były już wcześniej dostępne w Polsce w ramach badań klinicznych?

BeiGene jest obecna w Polsce z realizowanymi badaniami klinicznymi od ośmiu lat, jednak polskie przedstawicielstwo istnieje od 2022 r., czyli dwa lata, z czego od około roku działa w pełnym składzie. Wcześniej prowadziliśmy wyłącznie badania kliniczne w ośrodkach hematologicznych i onkologicznych. Polska jest dla BeiGene jednym z najbardziej liczących się hubów badań klinicznych w Europie. W ciągu ośmiu lat ponad 600 pacjentów w Polsce zostało włączonych do badań klinicznych, co sprawia, że Polska jest pod tym względem numerem 1 w Europie, podobnie jak pod względem liczby prowadzonych projektów badawczych (do chwili obecnej prowadzonych ich było około 30). W 2024 r. w Polsce jest prowadzonych przez BeiGene 14 badań klinicznych w onkologii i hematologii. W naszych badaniach klinicznych bierze udział 50 ośrodków, a mamy ambicję, by było ich jeszcze więcej. To stwarza możliwość wzmocnienia kompetencji, a z drugiej strony szansę dla pacjentów na dostęp do innowacyjnych leków, na które musieliby wiele lat czekać.

W jakich nowotworach prowadzicie obecnie badania?

Pracujemy nad nowymi terapiami m.in. w raku płuca, piersi, żołądka, nowotworach głowy i szyi, raku wątrobowokomórkowym – czyli można powiedzieć w nowotworach dotyczących dużych populacji pacjentów –

jak również w nowotworach rzadkich, gdzie są największe niezaspokojone potrzeby.

Jak będzie się rozwijać BeiGene w Polsce? Na co stawiacie w najbliższym czasie?

Nadal będziemy czynili starania, by zapewnić szybszy i szerszy dostęp do naszych terapii. Przykład zanubrutynibu, który jest już dostępny w dwóch wskazaniach, a zarejestrowane są dwa kolejne. Planujemy następne kroki, jeśli chodzi o udostępnienie tej terapii w chłoniaku strefy brzożnej i chłoniaku grudkowym. Jeśli chodzi o bardziej dalekosiężne plany, to są kolejne cząsteczki w trzeciej fazie badań klinicznych i w procesach rejestracji. Łącznie mamy ponad 30 cząsteczek na etapie badań i komercjalizacji. Zależy nam, by nowe leki odpowiadały na najbardziej niezaspokojone potrzeby pacjentów i były dostępne w szybkim tempie, by nigdzie na świecie pacjent nie musiał długo czekać na leczenie. Kierujemy się mottem „Rak nie zna granic, my też nie”.

Jak postrzega Pan system opieki zdrowotnej w Polsce?

Jestem zbudowany tym, co udało się osiągnąć w ostatnich latach w hematoonkologii. Wydarzyło się dużo dobrego, jeśli chodzi o dialog i współpracę z decydentami, co skutkowało tym, że obecnie mamy znacznie większą dostępność terapii innowacyjnych. Myślę, że jest więcej zaangażowania i dialogu zarówno ze strony decydentów, jak i firm. Warto tę tendencję kontynuować.

Uda się w najbliższych latach wyleczyć nowotwory?

Postęp jest ogromny i każdy, kto pracuje w ochronie zdrowia, dąży do tego, aby leczenie raka było jak najbardziej skuteczne, bezpieczne i trwałe. W przypadku wielu chorób onkologicznych, zwłaszcza w hematoonkologii, pacjenci często dożywają dziś takiego samego wieku, jak gdyby nie byli obciążeni chorobą. Wciąż jednak istnieje wiele niezaspokojonych potrzeb, którym musimy sprostać.


Jest wciąż dużo do zrobienia?

Kilka miesięcy temu opublikowany został raport Economist Impact „Zrównoważona opieka onkologiczna. Perspektywa europejska”, wspierany przez BeiGene. Raport analizował dostępność do terapii

onkologicznych w Europie. Stworzono też mapę potrzeb i obszarów, w których można wiele poprawić – zaczynając od edukacji, profilaktyki. Okazało się, że jest wiele do zrobienia, począwszy od wypracowania modelu postępowania, który poprawi sytuację na każdym etapie choroby. Raport wytyczył ścieżki usprawniania opieki onkologicznej, czerpiąc rozwiązania z krajów, które mają ją lepiej zorganizowaną. Tak więc po pierwsze trzeba poprawiać organizację, optymalizować leczenie, a po drugie – rozwijać kolejne i coraz skuteczniejsze metody terapii.

Ważną kwestią jest też forma podawania leków. W przypadku pacjentów zmagających się z nowotworami stosowanie np. doustnych leków powoduje, że tryb życia nie musi diametralnie się zmienić; można ograniczyć częstotliwość wizyt w szpitalu. To też odwrócenie pewnego „napiętnowania” chorobą onkologiczną, a dla systemów ochrony zdrowia – ograniczenie kosztów hospitalizacji. Dzięki leczeniu w warunkach domowych pacjent czuje się mniej obciążony chorobą. Wcześniej nowotwór kojarzył się głównie z chemioterapią i pobytami w szpitalu. Dziś coraz częściej mówimy o chorobie przewlekłej, która może być w części przypadków zarządzana ambulatoryjnie.

Pracował Pan wcześniej w innych firmach farmaceutycznych; jak to się stało, że znalazł się Pan w BeiGene?

Mogę powiedzieć, że mnie dostrzeżono... Staraliśmy się, by zespół był zbudowany z osób z doświadczeniem, a jednocześnie otwarty na rozwój i doskonalenie. W naszej firmie funkcjonuje model oparty na dosyć „płaskiej” strukturze; z partnerstwem, wymianą doświadczeń, pomysłów. Od pierwszego dnia czuję się partnerem wszystkich pracowników. Włącznie z kolegami z działu badań klinicznych tworzymy ponad 30-osobowy zespół. Nie mamy biura w tradycyjnym rozumieniu. Na świecie są zaledwie trzy centra administracyjne (w Stanach Zjednoczonych, w Szwajcarii i Chinach). Gdy nowo przyjęty pracownik zadaje pytanie, gdzie jest centrala, to odpowiadamy, że... w każdym ośrodku, gdzie pracują ludzie zainteresowani tematyką. Ośrodki hematologiczne, onkologiczne: tam jest nasze miejsce pracy. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Koordinacja to klucz w opiece nad pacjentem

Rozmowa z **MICHALEM ČUHA**, dyrektorem generalnym Boehringer Ingelheim Polska

Zperspektywy pracy w wielu krajach, m.in. na Słowacji, w Austrii i Czechach, ale też już właściwie kilkuletnich doświadczeń pracy w Polsce: jak postrzega Pan polski system ochrony zdrowia i zmiany w nim w ostatnich latach?

Ostatnie lata przyniosły wiele wyzwań dla systemów ochrony zdrowia w naszym regionie. Zarówno pandemia koronawirusa, jak i wojna w Ukrainie wymusiły znaczne przemodelowanie ich funkcjonowania. Warto jednak pamiętać, że braki kadrowe czy ograniczona dostępność do świadczeń, które były wtedy mocniej odczuwalne, są nie tylko problemami Polski. Doświadczenia innych krajów pokazują, że skoordynowana opieka nad pacjentem oraz przenoszenie ciężaru opieki z lecznictwa zamkniętego do ambulatorium lub podstawowej opieki zdrowotnej mogą pozytywnie przełożyć się zarówno na jakość opieki, jak i dostępność do leczenia, dlatego tak cieszą reformy systemowe idące w tym kierunku. Wierzymy, że bezpieczna i skuteczna farmakoterapia, która poprawia jakość życia pacjentów i zmniejsza ryzyko hospitalizacji, jest kluczowa w budowaniu kapitału zdrowotnego polskiego społeczeństwa, co świetnie wpisuje się w projektowane w Polsce zmiany systemowe.

W Polsce pierwszą przyczyną zgonów są choroby sercowo-naczyniowe, jednak często zapomina się, że u ich podstaw są inne choroby: późno wykryte, nieodpowiednio leczone, jak np. epidemia XXI wieku, czyli cukrzyca typu 2 czy „cicha epidemia”, jaką są choroby nerek. Jak zmienić postrzeganie tych chorób, zwłaszcza w sytuacji, gdy wielu z nich można zapobiegać bądź skutecznie leczyć?

To prawda, medycyna stale się rozwija i dziś możemy zaferować przełomowe terapie w cukrzycy, niewydolności serca czy w chorobach nerek, które znacząco poprawiają rokowania, jak również jakość

życia pacjentów. Ważne jest jednak szybkie wykrycie choroby, któremu sprzyja edukacja zdrowotna na temat niepokojących objawów, promowanie wykonywania badań przesiewowych oraz łatwo dostępne systemowe rozwiązania ułatwiające diagnostykę. Coraz więcej pacjentów chorujących przewlekłe pełni satysfakcjonujące role społeczne. Jako firma od wielu lat inwestujemy czas i środki w kampanie edukacyjne i świadomościowe, których celem jest budowanie wiedzy na temat specyfiki choroby i sposobów radzenia sobie z nią. W takich działaniach ściśle współpracujemy z organizacjami pacjen-

prowadzić do cukrzycy typu 2. Źle leczona albo nieleczona cukrzyca natomiast sprzyja rozwojowi poważniejszych zaburzeń, takich jak choroby serca czy nerek. Wielochorobowość pogarsza jakość życia, skutkuje koniecznością zastosowania wielospecjalistycznego leczenia, a także zwiększa częstość hospitalizacji, generując znaczące koszty dla systemu. Powszechność chorób ze spektrum CRM jest bezsprzecznie wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Dlatego tak ważne jest podejmowanie działań wcześniej, tak aby zatrzymać powiązany rozwój kolejnych chorób. Odpowiednie zabezpieczenie potrzeb pacjentów z CRM

Źle leczona albo nieleczona cukrzyca typu 2 sprzyja rozwojowi poważniejszych zaburzeń, takich jak choroby serca czy nerek.

tów, tak by jeszcze lepiej odpowiadać na potrzeby pacjentów.

W październiku 2023 r. American Heart Association (AHA) zaproponowało wprowadzenie do terminologii medycznej pojęcia zespołu sercowo-nerkowo-metabolicznego (cardio-renal-metabolic syndrome, CRM/cardiovascular-kidney-metabolic syndrome, CKM). Pokazuje on związek otyłości, cukrzycy, chorób nerek, chorób serca. O takim związku diabetologzy, kardiologzy i nefrologzy mówili od lat, ale faktycznie nie został na nazwany i wiele osób z jego istnienia nie zdawało sobie sprawy. Czy można go nazwać wyzwaniem XXI wieku w zakresie zdrowia publicznego?

Ludzki organizm jest systemem naczyń połączonych. Badania wskazują, że dosyć często problemy zdrowotne zaczynają się od zaburzeń metabolicznych, które mogą

wymagać zmian ze strony systemu opieki zdrowotnej.

Jak zapobiec zespołowi CRM (CKM), zatrzymać jego rozwój? Czy skuteczne działania w tym obszarze mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby zgonów, a w konsekwencji wydłużenia życia?

Kluczowe są współpraca i wymiana informacji pomiędzy lekarzami rodzinnymi a lekarzami specjalistami. Systemowa koordynacja opieki pozwoli na zapewnienie jej ciągłości. Dużo słyszy się o opiece skoordynowanej w POZ, jednak do projektu przystąpiło dopiero ok. 35 proc. placówek w kraju. Oprócz wielodyscyplinarnej, kompleksowej opieki warto zwrócić także uwagę na potrzebę koordynacji działań profilaktycznych, dotyczących promocji zdrowego stylu życia i diagnostycznych. Wczesne wykrycie cukrzycy typu 2 i wprowadzenie odpowiedniego postępowania te-



rapeutycznego może pomóc zatrzymać ten negatywny efekt domina, hamując lub spowalniając wystąpienie choroby serca czy nerek. Ekspertcy wskazują, że w kontekście chorób sercowo-nerkowo-metabolicznych warto rozważyć uzupełnienie istniejących, dobrowolnych populacyjnych programów profilaktycznych, jak np. profilaktyka 40+, badaniami zlecanymi przez lekarzy medycyny pracy. Koordynacja to słowo-klucz w opiece nad pacjentem z CRM.

Diabetologia, choroby nerek, serca: to jedno z najważniejszych obszarów działań Boehringer Ingelheim. Jakie działania prowadzi firma w obszarze CRM (CKM)? Czy planowana jest również kampania edukacyjna na temat związku chorób nerek, otyłości, cukrzycy, zespołu metabolicznego? Jakie działania edukacyjne prowadzi firma?


Od lat prowadzimy kampanie prozdrowotne, których celem jest zwiększanie samoświadomości pacjenta na temat jego choroby i procesu leczenia. Ogólnopolska kampania edukacyjna „Dłuższe życie z cukrzycą” została poszerzona o komponent związany z chorobami układu krążenia i nerek, które mają wspólne czynniki ryzyka i przyczyniają się do wzajemnego rozwoju i postępu. Na

cukrzycę w Polsce choruje około 3 mln pacjentów, na niewydolność serca w różnym stadium, z różną frakcją wyrzutową 1,2 mln osób, a na przewlekłą chorobę nerek leczonych jest 400 tys. osób, ale mogą na nią chorować nawet 4 mln osób. Wykorzystujemy różnorodne formaty i narzędzia, aby w interesujący sposób uświadamiać, że wczesna diagnostyka i odpowiednie postępowanie może pomóc w zapobieganiu rozwojowi chorób osi: serce-nerki-metabolizm.

Aktualnie prowadzimy cztery działania kampanijne w różnych obszarach terapeutycznych. Najstarszą kampanią jest kampania „Stop udarom” podnosząca świadomość w temacie objawów udaru mózgu i roli szybkiej reakcji w przypadku ich wystąpienia. Mamy też kampanię dotyczącą niewydolności serca „Za głosem serca”, kampanię „Płuca Polski” na temat chorób śródmiąższowych płuc oraz omawianą już „Dłuższe życie z cukrzycą. Chroń serce i nerki”. Widzimy, że prowadzone od

lat aktywności spotykają się z bardzo pozytywnym odbiorem ze strony pacjentów, a przygotowywane materiały stanowią merytoryczne uzupełnienie ich wiedzy. Staramy się naszymi aktywnościami adresować niezaspokojone potrzeby pacjentów i dalej dynamicznie rozwiać działania edukacyjne. Wspieramy także działania mające na celu podnoszenie współodpowiedzialności pacjenta w procesie leczniczym poprzez m.in. udostępnianie aplikacji „DlaSerca”, prostego, cyfrowego narzędzia do monitorowania symptomów niewydolności serca, przebiegu i rozwoju choroby.

Firma od lat działa w Polsce, nie tylko wprowadzając innowacyjne leki, ale też prowadząc badania kliniczne. Czym możecie się pochwalić? Jakie są plany na najbliższy czas?

Boehringer Ingelheim jest firmą innowacyjną, a badania kliniczne stanowią nieodzowny element powstawania nowych leków. Skupiamy się w na obszarach o wysokich niezaspokojonych potrzebach zdrowotnych. Od lat jesteśmy aktywni w obszarze chorób płuc i rozwijamy swoje portfolio. Prowadzimy badania w obszarze zdrowia psychicznego, mające na celu lepsze leczenie zaburzeń poznawczych u pacjentów z diagnozą schizofrenii. Choroby metaboliczne osi: serce-nerki-metabolizm także pozostają w centrum uwagi naszej firmy. Oprócz działań na rzecz walki z niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi chcemy także poprawiać wyniki zdrowotne pacjentów w obszarach, w których leczenie jest już dostępne. W 2021 r. firma ponownie zwiększyła roczne nakłady na działalność badawczo-rozwojową, osiągając najwyższy poziom funduszy na ten cel w całej swojej 139-letniej historii. Mamy nadzieję, że finał negocjacji zmian unijnego prawa farmaceutycznego będzie nadal sprzyjał rozwojowi badań klinicznych w Europie oraz zachętom do rozwoju nowych, innowacyjnych terapii. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Michał Čuha

– dyrektor generalny Boehringer Ingelheim Polska. Polskim oddziałem firmy kieruje od 2020 r., a z samą firmą jest związany od 25 lat. Pracował m.in. na Słowacji, w Austrii, Czechach i Rosji.

Potrzebny jest lepszy dostęp do przełomowych terapii

Rozmowa

z **ARKADIUSZEM**

BUDZIŃSKIM, dyrektorem
generalnym Ipsen
Poland sp. z o.o.

W marcu br. objął Pan funkcję dyrektora generalnego Ipsen Poland sp. z o.o., Jakie są Pana wrażenia po prawie pół roku kierowania oddziałem w Polsce?

Pierwsze wrażenia po objęciu funkcji dyrektora generalnego są niezwykle pozytywne. Bardzo doceniam fakt, że firma Ipsen – globalnie i lokalnie – stawia pacjenta na pierwszym miejscu. Ipsen rewolucjonizuje trzy obszary terapeutyczne: onkologię, choroby rzadkie i neurologię, wprowadzając innowacyjne rozwiązania w odpowiedzi na niezaspokojone potrzeby zdrowotne pacjentów, co jest dla mnie osobiście bardzo ważne. Cieszę się też, że mogę współpracować z zaangażowanym i dynamicznym zespołem Ipsen w Polsce. To ludzie z misją, ale i z pasją, którzy dążą do poprawy jakości życia pacjentów.

Mottem firmy Ipsen jest hasło „Focus. Together. For Patients & Society”.

Utożsamiam się z tym hasłem. Ipsen patrzy na pacjenta holistycznie. Skoncentrowanie wspólnych działań na rzecz opieki nad pacjentem to nie tylko rozwój nowoczesnych terapii, ale także wsparcie, które wykracza poza medyczne standardy. Dla nas wszystkich w Ipsen działania takie mają dużo szerszy wymiar. To również tworzenie programów wspierających pacjentów i ich rodziny w codziennym życiu, jak np. programy pomocy dla pacjentów po udarze czy z rakiem prostaty. To także szerokie myślenie o pozostałych interesariuszach systemu ochrony zdrowia, w tym lekarzach, którym dostarczamy narzędzia i wiedzę, by mogli jeszcze



lepiej leczyć i opiekować się polskimi pacjentami.

Pana dotychczasowe międzynarodowe doświadczenia, zdobyte podczas pracy i życia w Szwajcarii oraz Singapurze, są kluczowe w budowaniu silnej strategii i kultury organizacyjnej w Ipsen Poland. Jakie miejsce zajmuje nasz kraj w globalnej strategii firmy Ipsen?

Polska to jeden z kluczowych rynków dla Ipsen, z ogromnym potencjałem. Nasz kraj dynamicznie się rozwija, co widać choćby po wskaźnikach ekonomicznych. W systemie ochrony zdrowia również następuje wiele pozytywnych zmian, choć wciąż jest wiele do zrobienia. Pracując w Szwajcarii i Singapurze, miałem okazję doświadczyć, jak zaawansowane mogą być systemy opieki zdrowotnej, które gwarantują pacjentom szybki dostęp do najnowocześniejszych terapii, do skoordynowanej opieki zdrowotnej. Dlatego wierzę, że wspólnym celem wszystkich mających

wpływ na polski system ochrony zdrowia jest zapewnienie polskim pacjentom dostępu do tych samych standardów leczenia, które są dostępne w innych krajach. Powinniśmy dążyć do doskonałości.

Ajak postrzega Pan system ochrony zdrowia w Polsce, jego funkcjonowanie i propacjenckość?

Polska zmierza w dobrym kierunku. Wiele dobrych zmian już wprowadzono, potrzebne są dalsze, aby usprawnić funkcjonowanie obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Postaramy się, aby pacjenci, zwłaszcza z chorobami onkologicznymi i rzadkimi, mieli zapewniony dostęp do najefektywniejszych terapii. Obecnie polski pacjent onkologiczny ma dostęp tylko do około 30 proc. terapii onkologicznych dostępnych w Europie Zachodniej. Budżet ochrony zdrowia w Polsce wynosi około 200 mld zł, co nie jest małym budżetem, ale wszyscy mamy świadomość, iż potrzeby są znacznie większe. Proszę

zauważyć, jak wskazuje portal Rynek Zdrowia¹, mimo takiego budżetu wydatki na ochronę zdrowia w Polsce są o 57 proc. niższe niż w Europie Zachodniej. Konieczne jest więc zwiększenie inwestycji w zdrowie Polaków oraz wprowadzenie systemowych zmian, które zapewnią pacjentom równy dostęp do innowacji w medycynie.

Przełomowe terapie mogą pozytywnie wpływać na jakość życia pacjenta. Dzięki postępowi medycyny zmieniają się wytyczne kliniczne, a wraz z nimi standardy leczenia, m.in. w onkologii. Czy polscy pacjenci mają dostęp do nowych metod terapeutycznych?

Medycyna rozwija się w niesamowitym tempie, a wraz z tym pojawiają się terapie, które jeszcze niedawno były nieosiągalne. Choroby, które kiedyś były śmiertelne, dziś stają się przewlekłymi. Jednym z przełomowych rozwiązań w onkologii są terapie skojarzone, leczenie oparte na


polskich klinicystów mają moc. W tym duchu, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów i środowiska medycznego, poprzez dialog ze wszystkimi interesariuszami systemu ochrony zdrowia proponujemy rozwiązania i inicjujemy konkretne działania, dzięki którym – mamy nadzieję – polski pacjent w niedalekiej przyszłości będzie leczony skutecznie i zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi i krajowymi.

Czy terapie skojarzone to przyszłość onkologii?

Zdecydowanie tak! Terapie skojarzone to rewolucja w onkologii, która pozwala na wykorzystanie nowych, ale też istniejących już leków, w nowy, efektywniejszy sposób. Według międzynarodowych analiz kolejne lata przyniosą rejestracje 68 nowych terapii skojarzonych w onkologii, więc niewątpliwie jest to przyszłość onkologii!⁵ Łącząc różne mechanizmy działania leków, uzyskujemy znacznie

teczniejszych terapii w Polsce. Wierzę, że wspólnie możemy dokonać zmian, które przyniosą realne korzyści pacjentom.

Ipsen jest firmą znaną z zaangażowania społecznego, wspieracie m.in. domy dziecka. Jakie inne działania są podejmowane?

Pomoc potrzebującym jest jednym z filarów naszej działalności. Wspieramy domy dziecka, realizujemy programy edukacyjne, ale to nie wszystko. Jako globalna firma chcemy również przeciwdziałać zmianom klimatycznym i dbać o środowisko. Stąd decyzja o przekształceniu naszej floty samochodowej we flotę elektryczną, promowanie podróży pociągami zamiast samolotami oraz korzystanie z odnawialnych źródeł energii w naszych fabrykach. Również poprzez takie działania chcemy zrobić coś dobrego dla świata i pacjentów. Wierzymy, że wspólnie z innymi równie zaangażowanymi w rozwój medycyny i poprawę systemu ochrony zdrowia w Polsce przyczynimy się do poprawy życia i zdrowia Polaków. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała ANNA ROGALA

ALLSC-PL-000204

Materiał powstał przy współpracy z firmą Ipsen Poland sp. z o.o.

Według analiz kolejne lata przyniosą rejestracje 68 nowych terapii skojarzonych w onkologii, więc niewątpliwie jest to przyszłość onkologii!

dwóch lekach o różnych mechanizmach działania. Polscy pacjenci mają już dostęp do niektórych takich nowoczesnych terapii, ale nie do wszystkich. Jako przykład wskażę leczenie raka nerkowokomórkowego w Polsce, gdzie pacjent ma dostęp do leczenia zgodnego z wytycznymi sprzed kilku lat. W większości krajów zachodniej Europy oraz w USA standardem leczenia zaawansowanego raka nerki są terapie skojarzone, łączące skuteczność i bezpieczeństwo dwóch terapii – uznawane za optymalne leczenie dla pacjentów, u których połączenie szybkości działania i długotrwała skuteczność leczenia ma znaczenie. Wytyczne międzynarodowych organizacji onkologicznych i urologicznych rekomendują takie terapie skojarzone w leczeniu pierwszej linii raka nerkowokomórkowego^{2,3}. W Polsce, mimo tożsamy z międzynarodowymi wytycznych Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK)⁴, takie terapie nie są dostępne. Wierzę, że rekomendacje

lepsze wyniki leczenia – pacjenci żyją dłużej, a choroba rozwija się wolniej.

Jakie są priorytety i kierunki rozwoju Ipsen Poland na najbliższe lata? Jakie wyzwania stoją przed Panem?

Nasze priorytety są klarowne – chcemy, aby polscy pacjenci mieli dostęp do najlepszych, przełomowych leków, które mogą znacząco poprawić jakość i długość ich życia. Rozwijamy nasze portfolio leków w dziedzinie onkologii, neurologii oraz chorób rzadkich, a także intensyfikujemy współpracę ze wszystkimi interesariuszami, aby zwiększyć dostępność najsku-

¹ <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Wydajemy-o-polowe-mniej-na-zdrowie-niz-Europa-Zachodnia-A-koszty-stalerosna.261422.1.html>

² ESMO 2024 - Powles T, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up, Annals of Oncology 2024 cccc

³ EAU 2024 - B. Ljungberg, et. al. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma, European Association of Urology 2024

⁴ PTOK 2022 - Wysocki P, et al. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku nerkowokomórkowym – aktualizacja, 2022.

⁵ EFPIA - Access to oncology combination therapies in Europe: moving forward, 2023

Arkadiusz Budziński

– dyrektor generalny Ipsen Poland sp. z o.o. Absolwent Wydziału Zarządzania na UE w Poznaniu oraz studiów podyplomowych na Wydziale Finansów w SGH w Warszawie. Piastował kierownicze stanowiska na szczeblu lokalnym, regionalnym i globalnym w firmach takich, jak Unilever, Novartis, GSK i Haleon.

Noble się pojawią

Rozmowa z **PROF. WOJCIECHEM FENDLEREM**,
prezesem Agencji Badań Medycznych

Ceniony na świecie naukowiec, autor innowacyjnych projektów naukowych, laureat wielu polskich i międzynarodowych nagród: co skłoniło Pana do tego, by zgłosić się do konkursu na szefa ABM?

Kiedy odwoływany był poprzedni prezes, prowadzona była debata, po co właściwie jest Agencja Badań Medycznych. Poszukiwano wizji, jak powinna funkcjonować Agencja, dostawałem też pytania, czy nie chciałbym zgłosić się do konkursu na prezesa. Z racji kierowania Zakładem Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej (ZBiMT) Uniwersytetu Medycznego w Łodzi mam dość szerokie spojrzenie na medycynę i naukę. Współpracujemy z kilkudziesięcioma ośrodkami w kraju i za granicą, byliśmy częstymi beneficjentami konkursów i grantów, m.in. Narodowego Centrum Nauki, ABM, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, tworzyliśmy Centrum Wsparcia Badań Klinicznych, Regionalne Centrum Medycyny Cyfrowej, byłem też zaangażowany w ewaluację jednostek naukowych, czasopism naukowych, stypendiów, wniosków grantowych. Te doświadczenia, szerokie spojrzenie, dorobek naukowy, brak konfliktu interesów – wszystko to sprawiło, że uznałem, że mogę coś dobrego wnieść do pracy Agencji Badań Medycznych i pomóc poukładać puzzle, jak wspierać naukę w Polsce.

Musiał Pan przekonać swoją wizję funkcjonowania Agencji Badań Medycznych?

Bardzo się cieszę, że powierzono mi misję kierowania ABM; to duże wyzwanie, ale też czuję, że mogę wykorzystać swoje umiejętności i przemyślenia, które miałem przez lata, a jednocześnie jestem w stanie pośredniczyć między środowiskiem naukowym a Ministerstwem Zdrowia. Mam wrażenie, że obie strony darzą mnie zaufaniem i wiedzą, że będę prowadził działania dla dobra ABM

i racjonalnego wydatkowania środków publicznych. Moją misją jest budowanie niezależności ABM, tworzenie miejsca dialogu pomiędzy ministerstwem, pacjentami, biznesem, światem nauki. Musimy odczarować mit, że „big pharma” chce się „dorobić” na pacjentach, a politycy to osoby, które „obcinają” kolejnym grupom pacjentów finansowanie. Politycy powinni racjonalnie gospodarować funduszami i opierać swoje decyzje na rzetelnych danych. ABM może dostarczać dane i rzetelne wyniki analiz również po to, by nawet niepopularne decyzje ministerstwa były oparte na dowodach potwierdzających, że tak trzeba zrobić dla dobra społeczeństwa.

Jak ocenia Pan dotychczasową działalność ABM? Zmieniła polską medycynę?

Absolutnie tak. Wcześniej nie było mechanizmów finansowania niekomercyjnych badań klinicznych, czyli takich, których firmy nie chcą się podjąć, gdyż nie jest to dla nich opłacalne lub np. grupa pacjentów jest dla nich zbyt mała. To często nie są tematy kluczowe dla firm, gdyż ryzyko nie kalkuluje potencjalnego zwrotu środków. Brak finansowania badań niekomercyjnych to była bardzo poważna luka systemowa. Nie było mechanizmów porównujących np. efektywność różnego rodzaju programów lekowych czy możliwych schematów terapeutycznych z wykorzystaniem leków, które są już dopuszczone do obrotu. Badacze takie projekty wymyślali, ale nie było jak ich sfinansować. Przed powstaniem ABM tylko 2 proc. wszystkich badań klinicznych stanowiły badania niekomercyjne. Teraz to się zmieniło.

Pięć lat funkcjonowania ABM to były bardzo trudne lata; był to m.in. czas pandemii, trudny dla nauki. Badania komercyjne, niekomercyjne, współpraca, prowadzenie badań interwencyjnych w czasie epidemii COVID – to wszystko



było tworzone na bieżąco. Czy można było lepiej to zrobić – trudno powiedzieć. Być może pewnych projektów można było nie realizować, a z drugiej strony była wyższa potrzeba, wynikająca z pandemii, i dlatego taki wysiłek podjęto. Jako ABM ewaluujemy projekty w toku, na pewno przykładamy wagę do postępów realizacji wskaźników i terminowości działań – jeśli projekty nie rokują, widzimy, że ich realizacja nie idzie zgodnie z planem, to niektórym z nich grozi zamknięcie.

Jak chciałby Pan zmienić ABM?

Chcemy, by Agencja była bardziej międzynarodowa, postawiliśmy na to już na



etapie oceny wniosków w konkursie onkologicznym. To największa jak do tej pory alokacja – 600 mln zł na jeden konkurs. Tak duża suma wynika m.in. z kosztów leków. Wnioski są składane po angielsku, zamierzamy zaangażować również recenzentów zagranicznych. W kolejnych konkursach planujemy dodatkowo włączyć elementy oceny panelowej, tzn. aby ocena

recenzencka była dodatkowo uzgadniana przez panel ekspertów, którzy będą w stanie wyważyć różne obszary i ustawić listę rankingową w taki sposób, by finansowane były faktycznie najlepsze projekty.

Zmienimy też mechanizmy oceny w projektach, które zawierają komponentę badań podstawowych. Na najbliższą jesień przygotowujemy konkurs dotyczący badań

translacyjnych; założenie jest takie, by była komponenta badań podstawowych z promesą kontynuacji badań w dalszym etapie. Czyli będzie to jak gdyby jeden konkurs podzielony na dwa etapy: jeśli pierwszy etap skończy się dobrze, to grantobiorcy nie będą musieli składać wniosku o kolejny projekt, tylko będą mogli wejść płynnie w fazę badań wdrożeniowych.

Większe umiędzynarodowienie ABM to też wspólne projekty z badaczami z zagranicy?

Marzy nam się konkurs łączony z agencją zagraniczną. Na razie pracujemy nad rozpoczęciem współpracy z amerykańskim National Cancer Institute i National Institute of Health. Chcemy, by niektóre badania międzynarodowe były koordynowane w Polsce, by polskie ośrodki były ośrodkami wiodącymi i żeby było łatwiej włączać ośrodki zagraniczne do naszych badań niekomercyjnych. Obecnie jest to trudne ze względu na sposób finansowania badań ABM: jesteśmy finansowani z odpisu NFZ. Byłoby nie fair, gdyby NFZ finansował terapię pacjentów z zagranicy. Pracujemy nad mechanizmem, który pozwoli na realizowanie tego typu badań w racjonalny sposób.

Wiele dyskusji, gdy tworzona była ABM, wzbudzał sposób finansowania w formie odpisu NFZ. Pojawiały się głosy, że jest to „odbieranie” pieniędzy pochodzących ze składki, które powinny być przeznaczane bezpośrednio na leczenie pacjentów.

Nie można tak na to patrzeć. Budżet ABM wynosi 0,3 proc. budżetu NFZ; w skali systemu to nie są zauważalne środki. Badania, które toczą się dzięki ABM, służą pacjentom, zwłaszcza tym w najtrudniejszej sytuacji, np. z chorobami rzadkimi. Bardzo często pacjenci wnoszą o terapię niestandardowe, leczą się za granicą, szukają szans na całym świecie. Dzięki badaniom klinicznym często dajemy im szansę na lepsze leczenie. Dla pacjentów onkologicznych udział w badaniu klinicznym jest z założenia formą terapii oferującą największe szanse przeżycia.

Lepsza terapia to niezwykle ważny, ale jednak drugorzędowy cel prowadzenia badań finansowanych przez ABM. Badania kliniczne to przede wszystkim inwestycja

Przed powstaniem Agencji Badań Medycznych tylko 2 proc. wszystkich badań klinicznych stanowiły badania niekomercyjne. Teraz to się zmieniło.

Obecnie realizowanych jest 218 badań niekomercyjnych. Każdy kolejny rok pokazuje, że to ma sens, a wyników będziemy pokazywać coraz więcej, bo pierwsze projekty wchodzi w końcową fazę realizacji.

w wiedzę – uzyskujemy informację, czy dana terapia jest skuteczna, opłacalna ekonomicznie i możliwa do zastosowania w systemie opieki zdrowotnej. Dostarczamy danych potrzebnych, by Ministerstwo Zdrowia świadomie podejmowało decyzje refundacyjne. To była misja stojąca za badaniami „head to head”, czyli badaniami porównawczymi. Ważny i niedoceniany jest również aspekt społeczny i obywatelski – pacjenci uczestniczący w badaniach klinicznych przyczyniają się też do budowy wiedzy, która powoduje, że kolejni pacjenci będą leczeni lepiej. Stają się częścią wspólnoty, która pomaga budować nowoczesne „państwo”

Dzięki ABM Polska może w niektórych obszarach już wytyczać szlaki w medycynie?

Mamy kilka spektakularnych osiągnięć, m.in. zakończony obecnie projekt dotyczący HCV, realizowany przez WUM. Pokazał, że mamy lukę w systemie, jeśli chodzi o refundację; dokumenty dotyczące rekomendacji zostały dostarczone do Ministerstwa Zdrowia; jeśli takie leczenie zostanie wdrożone, to będzie można wyleczyć kilkadziesiąt dzieci w Polsce. Wcześniej nie było mechanizmu, który by taką terapię zapewniał. Projekt HCV przeszedł pełną drogę – od pomysłu badaczy po wyniki badań.

Drugi taki projekt dotyczy leczenia białaczek u dzieci. Koncepcja leczenia wymyślona w Polsce może być niedługo stosowana na całym świecie. Inne przykłady: pacjenci dorośli z chłoniakami mogą być leczeni mniej agresywnie, a równie skutecznie. Pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit uzyskali dostęp do terapii łączącej leki, dzięki czemu skuteczność leczenia się zwielokrotnia. Takich przykładów jest więcej. Obecnie realizowanych jest 218 badań niekomercyjnych. Każdy kolejny rok pokazuje, że to ma sens, a wyników będziemy pokazywać coraz więcej,

bo pierwsze projekty wchodzi w końcową fazę realizacji.

ABM współpracował też z firmami farmaceutycznymi w ramach Warsaw Health Innovation Hub. Czy ta współpraca będzie kontynuowana?

Program cały czas się toczy, myślimy nad modyfikacją formuły, by poprawić współpracę i zwiększyć zaufanie do biznesu. Powinniśmy z biznesem rozmawiać, bo trudno dziś znaleźć przykład leku, który byłby wymyślony i doprowadzony do praktyki klinicznej przez naukowca. Czasy, w których Frederick Banting w państwowym laboratorium wymyślił insulinę, minęły bezpowrotnie. Cały proces wdrożenia nowego leku trwa kilkanaście lat, a w związku z tym również koszt produkcji takiego leku to kilka miliardów złotych. Musimy współpracować z biznesem, tworząc takie warunki, aby nowe leki oraz niezbędne do nich substancje aktywne były produkowane w Polsce. Musimy stworzyć warunki, by biznes farmaceutyczny inwestował w Polskę. Mamy wysokiej klasy specjalistów, świetną infrastrukturę, dobrze wykształcone kadry: konieczna jest współpraca z biznesem.

Pana marzenie na 10-lecie ABM?

Chcę, by była to niezależna instytucja, w której liczy się merytoryka, a projekty naukowców są bezpieczne bez względu na to, jak niespokojne są polityczne wody. Chciałbym uniezależnić ABM od bieżących trendów, problemów i nacisków, by Agencja była miejscem dialogu, gdzie poszukuje


się obiektywnych odpowiedzi i analiz, żeby decydenci mogli podejmować sprawiedliwe decyzje w oparciu o wiedzę.

Chciałbym też, by było to miejsce wsparcia pacjentów, by każda osoba, która ciężko choruje lub ma w rodzinie osobę chorą, mogła w łatwy sposób, poprzez ABM, dowiedzieć się, gdzie są najlepsze szanse leczenia. Chciałbym, aby badania kliniczne były postrzegane przez pacjenta jako bezpieczna i często najlepsza forma leczenia. Zależy mi na wypromowaniu trendu i przekonania, że dzięki badaniom klinicznym można uzyskać lepszy dostęp do terapii, które normalnie są niedostępne i że udział w nich jest działaniem na rzecz społeczeństwa. Chciałbym, by pacjenci byli świadomi tego, że ABM to miejsce szansy, nadziei, perspektyw i budowania wiedzy.

Czekamy na polskie innowacyjne leki. Agencja w tym pomoże?

Bardzo byśmy tego chcieli. Proces powstawania nowych leków jest długotrwały. Oczywiście, bardzo byśmy chcieli, żeby lek, który wymyślmy w Polsce, przeszedł wszystkie fazy badań klinicznych. Jest kilku obiecujących „kandydatów” na takie leki, mamy nadzieję, że dzięki wsparciu, które jest teraz i dzięki kolejnym projektom, to się uda. Widzę takie szanse.

... i na polskiego noblistę z medycyny?

Uważam, że kilku kandydatów już mamy, choć z Nagrodą Nobla jest tak, że obecne odkrycia są nagradzane za kilka, kilkanaście lat. Mamy dobrych badaczy w zakresie badań nad RNA, nad naprawą DNA. Ale osobiście stawiam na astronomów i fizyków kwantowych. Uważam, że Noble w polskiej nauce się pojawiają. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Fendler

– prezes Agencji Badań Medycznych. Kierował, kieruje lub pełni funkcję opiekuna naukowego w ponad 20 projektach finansowanych ze środków krajowych i unijnych. Jako zastępca dyrektora ds. naukowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi współtworzył Centrum Wsparcia Badań Klinicznych przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi oraz kierował Szkołą Doktorską Medycyny Molekularnej.

Potrzebna kropka nad i

Wynalazek, nad którym pracują naukowcy z Instytutu Wysokich Ciśnień wspólnie z Kliniką Ortopedii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, może pomóc tysiącom pacjentów w Polsce po urazach, złamaniach, z nowotworami kości. – Firmy zagraniczne zarabiają na tym gigantyczne kwoty, a my moglibyśmy stworzyć produkt znacznie lepszy i skuteczniejszy. Zdarzają się dni, że mógłbym go zastosować u kilku operowanych pacjentów – mówi **PROF. PAWEŁ ŁĘGOSZ**, kierownik kliniki Ortopedii WUM.

Tekst: **KATARZYNA PINKOSZ**

Do Kliniki Ortopedii WUM przychodzą osoby po wypadkach i na planowe operacje; często to „trudni” pacjenci: m.in. po poważnych urazach, a także gdy endoproteza ulegnie infekcji lub obluzuje się i trzeba ją wymienić. Są tu leczeni także pacjenci z guzami kości, u których trzeba chirurgicznie usunąć tkankę nowotworową. Po wielu tego rodzaju zabiegach powstają ubytki kostne, często duże.

– W przypadku większych ubytków kości mamy problem, gdyż kość nie jest w stanie się zregenerować. W trudnych przypadkach radziliśmy sobie przeszczepami z banku tkanek, czyli od osób zmarłych. Taka kość jednak rzadko prawidłowo się wbudowywała, zdarzały się miejscowe infekcje. Innym sposobem jest pobranie przeszczepu kostnego od pacjenta, ale to wiąże się z kolejnym zabiegiem i ryzykiem złamania. Często spory ubytek trzeba uzupełnić cementem, ale to też nie jest optymalne rozwiązanie, gdyż cement po pewnym czasie się kruszy – mówi prof. Paweł Łęgosz.

W wielu przypadkach lepszym rozwiązaniem byłoby zastosowanie specjalnego materiału kościotwórczego: hydroksyapatytu, który jest naturalnym budulcem kości. Po wypełnieniu nim ubytku kość potrafi się zregenerować. – Oczywiście, dziś też mogę zastosować ten materiał od dostawców komercyjnych, jednak jest on bardzo kosztowny. Gdybym chciał wypełniać nim ubytki kostne u wszystkich pacjentów, których codziennie operuję, pochłonęłoby to wszystkie środki szpitala. Dlatego cieszę



się ze współpracy z Instytutem Wysokich Ciśnień i mam nadzieję, że hydroksyapatyt opracowany przez Instytut przy współpracy z nami będzie mógł zastosować do leczenia pacjentów. Dzięki temu będziemy mogli lepiej im pomóc – zaznacza prof. Łęgosz.

Hydroksyapatyt, opracowany przez Instytut Wysokich Ciśnień przy współpracy z lekarzami z Kliniki Ortopedii WUM, ma wyjątkowe właściwości, dzięki którym jeszcze lepiej stymuluje kościotworzenie.

WYNAŁAZEK POLSKICH NAUKOWCÓW HYDROKSYPATYT NANOCZĄSTECZKOWY

Instytut Wysokich Ciśnień PAN to instytut z kategorią A; w ostatnich latach prowadzone są w nim prace badawcze również

w zakresie zastosowania nanotechnologii w medycynie, m.in. w celu stymulowania regeneracji tkanki kostnej po urazach ortopedycznych. W Laboratorium Nanostruktur od 20 lat prowadzone są badania nanocząstek, a od 6 lat nanomateriałów dla potrzeb medycyny regeneracyjnej. Opracowano tu m.in. nowatorską technologię syntezy nanohydroksyapatytu, który ma takie same właściwości jak ten, który jest naturalnym budulcem kości. – W naszym Laboratorium Nanostruktur wytworzyliśmy hydroksyapatyt, którego przewaga nad innymi wynika z rozmiaru. Opracowaliśmy technologię, która pozwala na kontrolę wielkości nanocząstek. Dzięki temu jesteśmy w stanie jak najbardziej zbliżyć się do naturalnego hydroksyapatytu, który mamy

w kościach. We współpracy z prof. Pawłem Łęgoszem i Kliniką Ortopedii WUM zaproponowaliśmy rozwiązania dotyczące regeneracji ubytków kostnych. Jesteśmy w stanie stymulować wzrost i regenerację tkanki kostnej, np. poprzez wysyłanie sygnałów wapniowych z hydroksyapatytu, co wspomaga namnażanie komórek kościotwórczych i regenerację kości – tłumaczy dr Urszula Szałaj z Instytutu Wysokich Ciśnień.

– Gdy pierwszy raz usłyszałem o hydroksyapatycie opracowywanym w Instytucie Wysokich Ciśnień, szeroko otworzyły mi się oczy, ponieważ jest wielu pacjentów, którym w ten sposób moglibyśmy pomóc. Zwiedzałem wiele laboratoriów za granicą, gdy jednak trzy lata temu pierwszy raz odwiedziłem Instytut Wysokich Ciśnień, byłem szczęśliwy, że kilka kilometrów od naszej kliniki jest tak nowoczesne laboratorium, dużo lepsze niż to, co widziałem w Niemczech czy USA – zaznacza prof. Łęgosz.

Hydroksyapatyt nanocząsteczkowy może mieć wiele zastosowań, np. można nim pokrywać implanty wszczepiane pacjentom podczas operacji ortopedycznych. Laboratorium Instytutu ma patent na technologię ultradźwiękowego pokrywania implantów ortopedycznych nanocząstkami hydroksyapatytu. – Zmniejsza to ryzyko infekcji stawu, a my cały czas borykamy

bilność implantu. W Instytucie bardzo cieszymy się ze współpracy z Kliniką Ortopedii, dzięki temu możemy lepiej rozwijać nasze materiały i dostosowywać je do potrzeb pacjentów. Lekarze będą mogli wszczepić implant, który szybciej zintegruje się z tkanką kostną – zaznacza dr Urszula Szałaj.


BADACZE CZEKAJĄ NA ZROZUMIENIE I GRANT. POTRZEBNE BADANIA KLINICZNE

Inżynierowie z Instytutu Wysokich Ciśnień wspólnie z lekarzami Kliniki Ortopedii mają wiele pomysłów na zastosowanie nanocząstek hydroksyapatytu – w postaci proszku, pasty, pokrycia implantów. Na razie nie można jednak nowych materiałów zastosować u pacjentów: konieczne jest przeprowadzenie wcześniej badań klinicznych. Badacze liczą na grant, który pozwoli im na kontynuowanie badań.

– Mamy nowoczesne laboratorium; dzięki wcześniejszemu grantowi wspólnemu z WUM mogliśmy wdrożyć standard wytwarzania, wybudowaliśmy specjalne przestrzenie Clean Room, w których są zachowane odpowiednie warunki, by produkt był czysty, bezpieczny, spełniał standardy. Wybudowaliśmy reaktory mikrofalowe, dzięki czemu możemy kontrolować wielkość nanocząstek, mamy wykonany panel biogodności, który potwierdza

piej leczonych. Chodzi tu nie tylko o leczenie urazów i ubytków kości po operacjach nowotworowych, ale także o często wykonywane operacje endoprotezowania. Dziś najbardziej nowoczesna metoda polega na wszczepianiu implantów „szytych na miarę”, dopasowanych do pacjenta. – W Polsce jestem pionierem wykorzystywania implantów „custom made” w operacjach nieonkologicznych, wykonujemy wiele tego typu operacji, jednak taki implant jest bardzo kosztowny. Gdybyśmy mogli stosować nanocząsteczkowy hydroksyapatyt, to w wielu przypadkach moglibyśmy wszczepiać standardowe implanty, a ubytki uzupełniać w miarę możliwości właśnie taką substancją. Byłoby to skuteczne leczenie, a jednocześnie redukowałibyśmy jego koszty. Polska medycyna nie ma tyle pieniędzy, by wyrzucać je w błoto – zaznacza prof. Łęgosz.

Zaznacza, że są dni, kiedy nawet kilka razy dziennie sięga na półkę z fiolką z substancją kościotwórczą. – Bywają sytuacje, kiedy do ubytku muszę zastosować trzy takie fiolki. Jako dyrektorowi medycynemu i kierownikowi kliniki ciężko mi podjąć taką decyzję ze względu na koszty dla szpitala, jednak życie i zdrowie jest bezcenne i nie wyobrażam sobie, żebym miał połowicznie leczyć pacjenta. Dlatego chciałbym móc skorzystać z najlepszych materiałów, stworzonych przez polskich naukowców, zaoszczędzić fundusze i leczyć lepiej więcej pacjentów – dodaje prof. Łęgosz.

Hydroksyapatyt jest wykorzystywany nie tylko w ortopedii, ale także w chirurgii szczękowo-twarzowej, stomatologii: polskie materiały również tu mogłyby znaleźć zastosowanie. – Nasze materiały stosujemy na modelach zwierzęcych, są stosowane przez weterynarzy w leczeniu zwierząt. Próbuje wyjść z tym na świat, licząc na zainteresowanie recenzentów grantów, głośno mówiąc, jak bardzo jest to potrzebne pacjentom i polskiej medycynie – zaznacza prof. Łęgosz. I jeszcze raz wylicza: – Popatrzmy, ile jest rocznie wypadków, złamań, powikłań po leczeniu złamań, operacji nowotworowych, kiedy musimy wypełnić „dziurę” po ubytku kostnym. Brakuje nam tego ostatniego ogniwa, żebyśmy mogli zastosować polską myśl naukową w leczeniu pacjentów. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Naukowcy chcieliby hydroksyapatyt nie tylko badać i chwalić się patentem, lecz także stosować u pacjentów. Bez badań klinicznych to niemożliwe.

się z tym problemem: 2-3 proc. pacjentów ma infekcje po zastosowaniu implantów. Pokrycie implantu taką warstwą powoduje, że przez pierwszy tydzień nie powstaje biofilm na implancie, co redukuje ryzyko infekcji. Poza tym lepiej integruje się on z tkanką kostną. Gdybym mógł zastosować implant pokryty tym hydroksyapatytem, to miałbym pewność, że wszczepiany przeze mnie pacjentowi implant nie obluzuje się – podkreśla prof. Łęgosz

– Pokrycie implantów hydroksyapatytem powoduje, że komórki lepiej przylegają do powierzchni i szybciej namnażają się, dzięki czemu uzyskujemy lepszą sta-

bezpieczeństwo i skuteczność działania naszych materiałów na liniach komórkowych i zwierzętach. Ostatnim elementem są badania kliniczne, na które poszukujemy finansowania – dodaje dr Szałaj.

Naukowcy chcieliby innowacyjne materiały nie tylko badać i chwalić się patentem, lecz także stosować u pacjentów. Bez przeprowadzenia badań klinicznych nie jest to możliwe. – Dziś mogę tylko korzystać z produktów komercyjnych. Świat jednak nie śpi, firmy zagraniczne zarabiają na tym gigantyczne kwoty – zaznacza prof. Łęgosz.

Dzięki zastosowaniu nowoczesnych materiałów wielu pacjentów mogłoby być le-

Podczas konferencji Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii (CEPT) mówił pan o nicieniu. Skąd nicienie na spotkaniu poświęconemu innowacyjnej biomedycynie?

W latach 60. i 70. ubiegłego wieku Sydney Brenner uczynił go modelowym systemem do badania budowy układu nerwowego. Stworzył całą dziedzinę nauki, na początku w genetyce, a potem w biologii rozwoju, biochemii i farmakologii.

Nicień, czyli?

Nicień glebowy, o wdzięcznej nazwie *Caenorhabditis elegans* (*C. elegans*), potocznie nazywany robakiem, żyje w glebach w cieplejszym klimacie, na przykład w Europie Zachodniej; u nas jest mu trochę za zimno. Ma około milimetra długości, 959 komórek, z czego 302 to neurony.

My, ludzie, mamy około 20 tys. genów kodujących białka. Robaki też mają około 20 tys. genów. Robaki mają wszystkie ważne tkanki: skórę, układ nerwowy, rozrodczy, wydalniczy, trawienny – są pod tym względem bardzo podobne do nas. *C. elegans* to taki malutki model człowieka. Jest to też pierwszy organizm wyższy, którego genom został zsekwencjonowany; poznaliśmy wszystkie jego geny.

Co ma to wspólnego z medycyną?

Dzięki łatwości manipulacji genetycznych możemy w robakach tworzyć modele chorób ludzkich. Na przykład dzięki metodzie CRISPR, za którą niedawno przyznano Nagrodę Nobla, możemy łatwo zmienić pojedynczy nukleotyd (podstawowa jednostka budowy DNA i RNA – red.) w genomie robaka. Stworzenie zmienionego genetycznie robaka zajmuje zaledwie kilka tygodni.

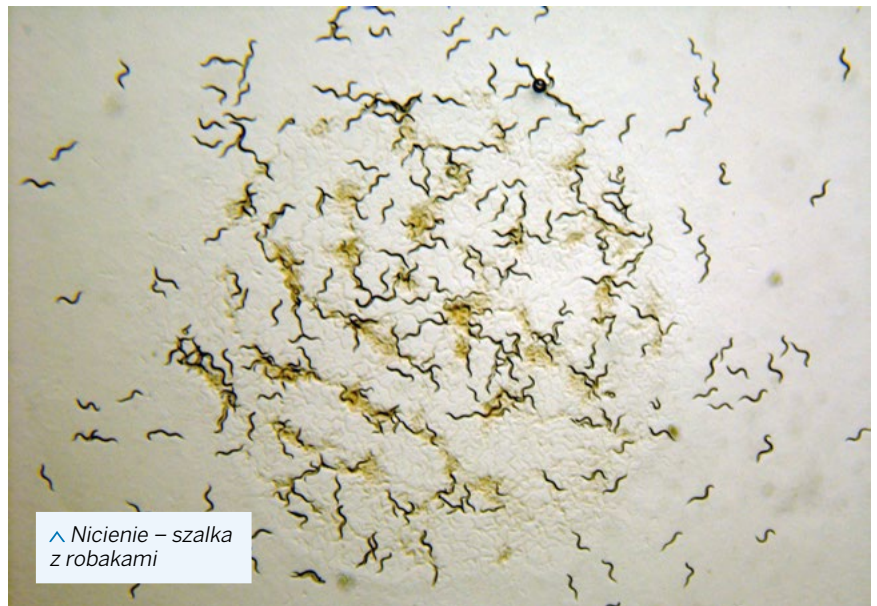
Uzyskujemy tę samą mutację, która wywołuje jakąś chorobę u człowieka?

Na przykład. Ja zrobiłem to, próbując modelować ludzką chorobę związaną z mutacją w genie *PACS2*, powodującą neuropatię rozwojową i padaczkową. Zmieniłem pojedynczy nukleotyd, który powoduje pojedynczą mutację aminokwasów w robaczym odpowiedniku ludzkiego genu *PACS2*. Na świecie jest 60 pacjentów z chorobą spowodowaną tą mutacją.

W Polsce jest rodzina, w której urodziło się chore dziecko. Jego rodzice założyli i prowadzą fundację naukową *PACS2 Research*

Nicień to malutki model człowieka

Rozmowa z **DR. KRZYSZTOF DRABIKOWSKIM**
z Instytutu Biochemii i Biofizyki PAN.



^ Nicienie – szalka z robakami

Foundation. Finansują badania w różnych obszarach, w tym moje na robakach, by znaleźć pomoc dla swojego dziecka i wszystkich innych pacjentów z tą mutacją. To nie jest coś, za co Big Pharma chciałaby zapłacić, bo ona musi zarobić. Na świecie jest wiele fundacji finansujących badania nad chorobami rzadkimi, ale w Polsce filantropia w badaniach naukowych prawie nie istnieje.

Opracowanie nowego leku kosztuje niebotyczne pieniądze...

Koszty jednego leku – od wytypowania celu leku do wprowadzenia cząsteczki jako leku to średnio 2 mld dolarów, a cały proces trwa 15 lat. Podzielmy te 2 mld dolarów przez 60 pacjentów. Kogo będzie stać na taki lek?

Jak wszczepienie mutacji do nicienia pomaga w znalezieniu sposobu leczenia choroby rzadkiej?

Jeżeli w robaku możemy wywołać „chorobę”, to możemy poszukać leku na tę

chorobę, traktując zmutowanego robaka dostępnymi lekami. W badaniach wykorzystujemy leki dopuszczone przez FDA (amerykańska Agencja Żywności i Leków), bo jeżeli jest to lek dopuszczony do obrotu, to nie trzeba robić badań klinicznych lub trzeba ich zrobić znacznie mniej.

Badania na robakach pomagają w zrozumieniu patogenezy choroby?

Możemy zbadać i zrozumieć patogenezę choroby, wykonując model w nicieniu. Możemy też szukać leku. Te rzeczy wbrew pozorom są zupełnie niezależne od siebie. Możemy zrozumieć patogenezę choroby, ale to rzadko pomaga w znalezieniu leku. Jest naprawdę niewiele leków, które były wymyślone w ten sposób. Większość leków odkryto przez przypadek. Bo tak naprawdę nie muszą znać patogenezy choroby, wystarczy, że ją odwrócę. Jeżeli będę miał dobry sposób na sprawdzanie i odróżnienie robaków chorych na chorobę *PACS2* z tymi,

które nie są chore, to wtedy mogą sprawdzać kolekcję leków.

Na chybił trafił?

Tak robią firmy farmaceutyczne. Przebadanie 2 mln cząstek zajmuje firmie 24 godziny w badaniach *in vitro*. Tylko co potem? Jeśli to samo się robi na robakach i zacznie się od kilku tysięcy leków, które są już dopuszczone do użytku albo są w końcowej fazie badań klinicznych, to można przeskoczyć bardzo dużo etapów.

to odkrycie był również Nobel – dla Andy Fire'a i Craiga Mello. Mówiąc w uproszczeniu, wymyślili oni technikę, która służy do wyizolowania aktywności specyficznych genów. Rok temu było 5 leków dopuszczanych przez FDA, które powstały dzięki tej technice. Kilkadziesiąt przechodzi badania kliniczne.

Na jakie choroby są te leki?

Neurodegeneracyjne, nowotworowe, wirusowe i cukrzycę. My dzięki robakom znaleźliśmy nową klasę antybiotyków. Wła-

nia około 200 podobnych substancji i we współpracy z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku udało nam się udowodnić, że nasz związek zabija między innymi lekooporną bakterie *Klebsiella pneumoniae*.

Słynną superbakterię, nazywaną New Delhi, oporną na antybiotyki?

Tak. Jednak jeśli chodzi o komercjalizację tego odkrycia, to nie ma najmniejszych szans. Założyliśmy start-up, który miał na celu komercjalizację, ale nic z tego nie wyszło. Zresztą wszystkie duże firmy farmaceutyczne zarzuciły swoje programy antybiotykowe, nikt nie rozwija antybiotyków.

Jeżeli w robaku możemy wywołać „chorobę”, to możemy poszukać leku na tę chorobę, traktując zmutowanego robaka dostępnymi lekami.

Mutujemy robaka i sprawdzamy, czy działają na niego te leki, które zostały zarejestrowane?

Tak. Oczywiście, to nie znaczy, że się uda. Jeśli się jednak uda, to mamy bardzo szybką drogę do tego, żeby użyć tego leku.

Takie operacje możemy przeprowadzać nie tylko na robakach, ale również na drożdżach. U nas w instytucie prof. Róża Kucharczyk, wykorzystując ten pomysł – tylko w drożdżach, znalazła lek na chorobę mitochondrialną związaną z mutacjami w genie ATP6 – zespół NARP (neuropatia, ataksja i barwnikowe zwyrodnienie siatkówki). W drożdżach można manipulować genomem mitochondrialnym. Prof. Kucharczyk sprawdziła na drożdżach, czy da się zmienić fenotyp (zestaw cech) drożdżowy mutacji powodującej neuropatię, i okazało się, że jeden z leków na malarię, chlorheksydyna, odwraca ten fenotyp w drożdżach, co zostało potwierdzone w komórkach ludzkich.

I ten lek został zastosowany?

O ile wiem – nie. Trzeba znaleźć lekarza, który by zechciał to wykorzystać u pacjenta z chorobą ultrazadką. Natomiast nikt by się nie spodziewał, że drożdże i lek na malarię pomogą na neuropatię.

Czy robaki już pomogły w znalezieniu nowych zastosowań starych leków?

Wiele takich modeli jest rozwijanych. Dzięki odkryciu tzw. zjawiska interferencji RNA – badania przeprowadzano na robakach – udaje się znajdować nowe leki. I za-

świwie to ich nie szukaliśmy. Rozmawiając przy kawie z prof. Wojciechem Bałem, doszliśmy do wniosku, że substancje, których on używa do badania wiązania metali, mogłyby zadziałać jako antybiotyki, ponieważ mogłyby wprowadzać jony miedzi do bakterii. Wziąłem więc te związki, które mój rozmówca trzymał w lodówce, i potraktowałem nimi robaki w modelu infekcyjnym robaka. Okazało się, że jeden z tych związków działa.

Jak poznać, że jakaś cząsteczka działa na robaka?

Jeżeli robimy badania farmakologiczne robaka, to mamy odpowiedź zero-jedynkową. Jeżeli związek nie wyleczy choroby, robak zdycha. Jeżeli jest toksyczny dla robaka – robak zdycha. Zdziałają jedynie takie cząsteczki, które nie będą zatruwać robaka, ale będą truć bakterie i odpowiednio prowadzą się w robaku. W jednym badaniu można odpowiedzieć na wszystkie pytania.


Odkrył potencjalnie nową klasę antybiotyków. I co dalej?

Uznaliśmy, że to będzie działać, że warto te badania kontynuować. Zrobiliśmy bada-

Dlaczego?

Problem z antybiotykami jest taki, że jeśli nie będziemy ostrożni w ich używaniu, pojawia się antybiotykooporność. A prawie cała lekooporność bierze się z hodowli zwierzęcej. Przemysł spożywczy zużywa rocznie 5 tys. ton kolistyny. To antybiotyk ostatniej szansy, dość toksyczny dla ludzi, stosowany wtedy, gdy już nic innego nie działa, kiedy nie działa nawet wankomycyna. Ten antybiotyk w Europie jest podawany tylko w szpitalach zakaźnych. W Chinach, ale też we Polsce, używa się go przy hodowli drobiu i trzody chlewnej. Dlatego już parę lat temu pojawiała się oporność na ten antybiotyk.

To dlaczego nie ma szansy na komercjalizację waszego antybiotyku?

Bo to się nie opłaca. Firmy farmaceutyczne mówią rządcom: „Dajcie nam pieniądze, żeby opracować antybiotyki, bo jeżeli my to zrobimy za własne pieniądze, to ktoś zacznie go stosować przy hodowli kurczaków i za trzy miesiące pojawi się na niego oporność, i nic na tym nie zarobimy”. Ostatnią nadzieją na rozwój antybiotyków są organizacje non-profit, które finansują z prywatnych pieniędzy rozwój antybiotyków. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **DOROTA BARDZIŃSKA**



Dr Krzysztof Drabikowski, Instytut Biochemii i Biofizyki PAN

– współzałożyciel i prezes start-upu zajmującego się poszukiwaniem nowych antybiotyków, również przy użyciu robaków *C. elegans*.

Nic o nas bez nas

Organizacje pacjentów **WSPIERAJĄ, EDUKUJĄ, DORADZAJĄ, GDZIE SIĘ LECZYĆ I JAK UZYSKAĆ POMOC**. Znają system od podszewki. Jakie zmiany uważają za niezbędne?

Kod pocztowy nie może dyskryminować



Agnieszka Wołczenko, prezes Stowarzyszenia EcoSerce

Priorytetem jest konieczność dostępu do najnowszych i najskuteczniejszych leków i terapii nielekowych, wczesna diagnostyka, profilaktyka, budowanie świadomości społecznej na temat schorzeń serca i układu krążenia.

Potrzebny jest lepszy dostęp do specjalistów i opieki medycznej. Kod pocztowy nie powinien wykluczać z dostępu do sprawnej pomocy specjalistycznej, a obecnie tak jest. Jednym z rozwiązań mogłaby być telemedycyna, w Polsce wciąż niewystarczająco wykorzystana, a to właśnie telemedycyna mogłaby wypełnić pewne luki poprzez wsparcie pacjentów, którzy nie mają w bliskiej odległości placówki specjalistycznej.

Kluczowy jest dostęp do rehabilitacji kardiologicznej, która w procesie powrotu do zdrowia jest niezbędna, a także komunikacja. Prosty język, trochę empatii – tu nie trzeba wiele, a słowo naprawdę potrafi zdziałać cuda. Wydaje się, że brakuje dobrej współpracy między administracją publiczną a środowiskiem medycznym i pacjenckim. Nie uczymy się na błędach i wciąż powielamy te same – każdy wdraża swoje pomysły i rozwiązania, bez rzeczywistego efektu dla pacjenta. Brakuje pewnej dynamiki w działaniu, nad czym bardzo ubolewam, bo mówimy o największej grupie chorych i największej liczbie zgonów. Pozwalamy tym ludziom umierać

i cierpieć, bo brakuje współpracy i obrania jednego kierunku.

Genetyka i profilaktyka



Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Ostatnie lata przyniosły wiele zmian w onkologii. Powstała Narodowa Strategia Onkologiczna, budujemy Krajową Sieć Onkologiczną. Zmianom systemowym towarzyszy znaczące zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii lekowych. Jednak przed nami wiele wyzwań, wśród których na pierwszy plan wybijają się dwie kwestie.

Pierwsza to zwiększenie dostępności do nowoczesnej diagnostyki genetycznej. Bez możliwości wykonania badań molekularnych niemożliwe jest skorzystanie z nowoczesnych terapii. O ile na świecie badania genetyczne w tych nowotworach są już standardem, to w Polsce wciąż wykonujemy ich zbyt mało. Z raportu „Diagnostyka molekularna w leczeniu nowotworów BRCA-zależnych” Modern Healthcare Institute wynika, że połowa nowo zdiagnozowanych pacjentek z rakiem jajnika nie ma wykonywanych badań w kierunku mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Jeszcze niższy jest odsetek wykonywanych w ramach hospitalizacji badań w raku piersi. Diagnostykę molekularną w kierunku mutacji genów BRCA u pacjentek z rakiem piersi przeprowadza się u mniej niż 10 proc. chorych. W przypadku raka prostaty lub raka trzustki badania molekularne przeprowadza się jedynie u 2-3 proc. zdiagnozowanych pacjentów.

Druga rzecz to profilaktyka. Resort zdrowia zapowiada, że już od stycznia 2025 r. nastąpi rewolucja w programie badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, w którym będzie można skorzystać z badań HPV DNA. To kolejna pozytywna zmiana w prewencji tego nowotworu. Pierwszą było wprowadzenie refundacji szczepień przeciwko HPV. Jednak wszystkie te zmiany nie przełożą się na realne efekty, jeżeli wspólnie nie wypracujemy sposobów skutecznej komunikacji, tak by Polki i Polacy wpisali na stałe do swoich kalendarzy badania profilaktyczne, a na co dzień starali się po prostu zdrowo żyć.

Zawsze pomocni dla potrzebujących



Katarzyna Lisowska, liderka Stowarzyszenia Hematoonkologiczni

Ostatnie lata to ogromny postęp w medycynie, także w hematologii. W Polsce refundowanych jest wiele leków, a każda lista refundacyjna zbliża nas do najnowszych światowych i europejskich standardów leczenia. Ale rozwój medycyny i nowych technologii lekowych nie zwolnił. Śledzimy najnowsze doniesienia ze świata i informujemy o tych przełomowych terapiach naszych pacjentów.

Dzisiaj nasi pacjenci czekają na refundację leków w terapii nawrotowego opornego na leczenie chłoniaka rozlanego z dużych komórek B, leku dla wąskiej grupy chorych pacjentów, leczących się na nabytą zakrzepową płamicę małopłytkową. Ci, którzy są poddawani przetaczaniu krwi i jej składni-

ków, czekają na refundację leków chelatujących żelazo.

Mają także nadzieję, że składniki, które ratują im życie, są bezpieczne. Dlatego mówi się coraz częściej o inaktywacji czynników chorobotwórczych w płytkach krwi i osoczu. Pacjenci wciąż mają problem z dostępnością interferonu zarówno w nadpłytkowości, jak i w mielofibrozie. W imieniu pacjentów pragnę poprosić firmy, aby składały wnioski o refundację ich najnowszych technologii.

Pacjentom hematologicznym brakuje wsparcia psychologa, dietyka oraz poczucia bezpieczeństwa. Nie ma nic gorszego, jak za każdym razem na wizycie mieć innego lekarza, którego ani my nie znamy, ani on nas.

Potrzebna poprawa leczenia na wszystkich poziomach



Elżbieta Markowska, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Pacjent onkologiczny ma wyjątkowo ograniczony czas na wnikliwą diagnostykę w celu postawienia ostatecznej diagnozy. Każdy pacjent powinien mieć na początku leczenia dobrze przeprowadzoną rozmowę, w celu otrzymania pełnej informacji o harmonogramie leczenia, terminie wdrożenia, czasie trwania terapii, o tym, kto będzie jego koordynatorem w czasie całego toku leczenia. U każdego pacjenta onkologicznego równolegle z postępowaniem medycznym powinno być wdrożone wsparcie psychologa. Bardzo często w chorobie onkologicznej występuje ból o znaczącym natężeniu: dlatego tak ważna jest nawet całodobowa dostępność do specjalisty, np. online. Ważnym elementem jest wdrożenie w odpowiednim momencie rehabilitacji dostosowanej do pacjenta. Pacjent onkologiczny powinien być także zaopiekowany przez lekarza POZ.

Efektywność leczenia zależy od tych wszystkich wymienionych czynników, które powinny być bezwzględnie ujęte w kompleksową opiekę nad pacjentem, tym bardziej że

jest już niemal gotowy system do wdrożenia koordynowanej opieki medycznej w onkologii. Istotnym elementem jest wsparcie psychologiczne rodziny pacjenta, szczególnie na początku diagnozy i leczenia. Ten czynnik także przyczynia się do poprawy efektywności leczenia. Reasumując, sytuacja pacjentów onkologicznych wymaga pilnej poprawy systemu na wszystkich jego poziomach.

Pierwszy raz możemy tak skutecznie chronić się przed powikłaniami cukrzycy



Monika Kaczmarek, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

W ostatnich latach doczekaliśmy się wielu pozytywnych zmian w leczeniu cukrzycy, ale jeszcze nie wszyscy pacjenci mają równy dostęp do optymalnych terapii. Po raz pierwszy w historii leczenia cukrzycy możemy jednak skutecznie chronić określone grupy pacjentów przed powikłaniami przewlekłymi.

Zgodnie z wytycznymi klinicznymi europejskimi (EASD) i polskimi (PTD 2024) terapiami przeznaczonymi dla pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym są inhibitory SGLT-2 (flozyny) i inhibitory GLP-1 (inkretyny). Są rekomendowane na każdym etapie leczenia chorych z cukrzycą typu 2, mogą być zastosowane jako pierwsza terapia. Zależy nam na tym, by były także refundowane na każdym etapie leczenia, a nie dopiero po spełnieniu przez pacjenta warunków, które *de facto* oznaczają znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia.

Przełomem dla pacjentów z cukrzycą leczonych insuliną było rozszerzenie refundacji na systemy do ciągłego monitorowania glikemii. W tym przypadku także widzimy potrzebę dalszego rozszerzenia refundacji, także na tych chorych, którzy przyjmują insulinę raz dziennie lub stosują leki doustne, mogące powodować hipoglikemię.

Zaopiekowania systemowego wymaga na pewno kwestia dostępności leczenia zespołu

stopy cukrzycowej. Polska ma najwyższy w Europie odsetek amputacji kończyn dolnych z powodu cukrzycy.


Potrzebujemy uporządkowania chaosu



Anna Kupiecka, prezes Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej

Z perspektywy pacjenta opieka onkologiczna w Polsce sprawia wrażenie chaotycznej, zdefragmentaryzowanej. Wiele osób z diagnozą nowotworu czuje się zagubionymi, kiedy stają przed diagnostyczno-terapeutyczną odyseją i często zmuszeni są wspierać się prywatną diagnostyką czy opieką lekarską. Z tej perspektywy jedną z najpilniejszych potrzeb w onkologii jest uporządkowanie ścieżek pacjentów – od etapu diagnostyki przez leczenie aż po dalszą opiekę. Przykład raka endometrium pokazuje, że pacjentki często np. po leczeniu operacyjnym pozostawiane są bez dalszej opieki, uznają chorobę za wyleczoną. Niestety, w tym przypadku często jest tak, że chirurgia powinna być jedynie początkiem ścieżki terapeutycznej.

Rozwiązaniem, które na pewno mogłoby znacznie poprawić sytuację w polskiej onkologii, jest tworzenie unitów narządowych. Przykład raka piersi pokazuje, że takie podejście przynosi efekty. Wspecjalizowane ośrodki, pod warunkiem posiadania dostępu do nowoczesnych form diagnostyki i leczenia, mogą zaoferować pacjentowi zindywidualizowaną i jednocześnie ustandaryzowaną opiekę. Pacjent może być prowadzony od etapu pogłębionej diagnostyki przez właściwe ścieżki leczenia, zgodne w wytycznymi polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych, aż po kolejne etapy, jak rehabilitacja czy opieka psychologiczna.

Powinniśmy dążyć do maksymalnego ograniczenia zachorowalności na nowotwory oraz wykrywania zmian na wczesnym etapie choroby. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE

newsmed

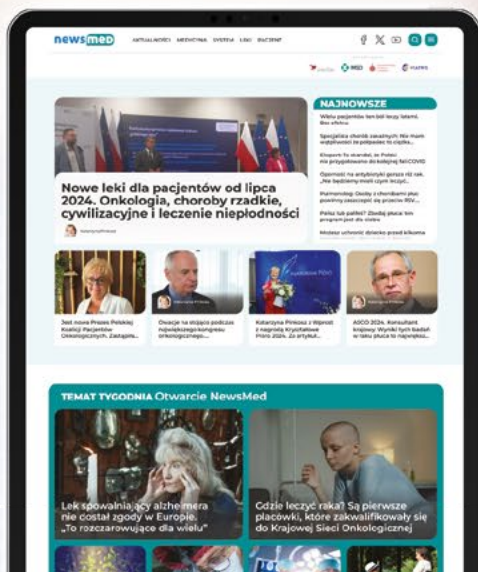
EKSPERCKI PORTAL O MEDYCYNIE

Chcemy pokazywać, jak zmienia się polska medycyna, system ochrony zdrowia, ale też jak wiele każdy z nas może zrobić dla swojego zdrowia. Tworzymy ekspercki portal, adresowany do wszystkich, którzy chcą wiedzieć, jak leczy się w Polsce, ale też, gdzie powinien szukać informacji pacjent zagubiony w systemie ochrony zdrowia.



Redaktor Naczelna
Katarzyna Pinkosz

Czytaj nas na **www.newsmed.pl**



Aktualności

Medycyna

System Ochrony Zdrowia

Rynek Farmaceutyczny

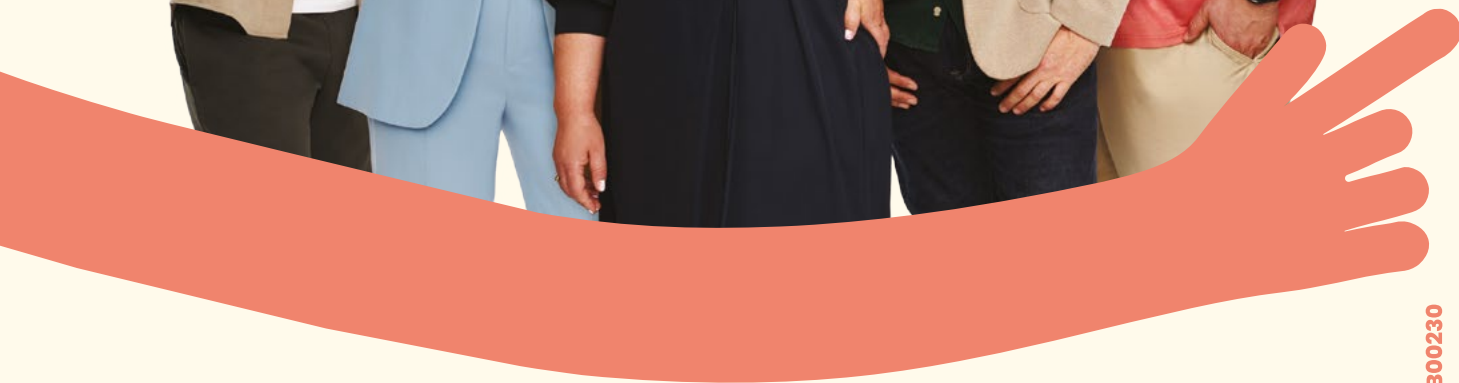
Pacjent



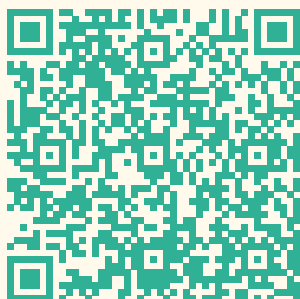
porozmawiajmy
szczerze
o otyłości



**Otyłość to choroba,
którą można i należy leczyć.**



Dowiedz się więcej!



Organizator kampanii:



Patroni merytoryczni:

