



**Wiceminister
Maciej Miłkowski**
Refundacja
w 2021 r.



**Wiceminister
Sławomir Gadomski**
Zmieniamy onkologię
mimo pandemii



**Radosław
Sierpiński**
ABM unowocześnia
polską medycynę

wprost.

WYDANIE SPECJALNE
WRZESIEŃ 2021

O ZDROWIU

WT.

Minister **Adam Niedzielski**

PLAN NA REFORMĘ OCHRONY ZDROWIA



**Małgorzata
Gałązka-Sobotka,
prof. Leszek
Czupryniak**
Podatek cukrowy
a praktyka

**Prof. Anita
Chudecka-Głaz**
Pacjentki
z rakiem jajnika
bez mutacji
czekają na leki

**Dr Katarzyna
Budziszewska**
MDS
– lek ratuje
życie
podwójnie

PATRONAT HONOROWY



Ministerstwo Zdrowia

Jak motyl Odczarować mity

Rak jajnika jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet.¹

Owiany mitami, które trzeba odczarować.

Nikt nie zrobi tego lepiej niż one – „Niebieskie Motyle”.

Poznaj historię siedmiu delikatnych, ale zarazem silnych i walecznych kobiet, które w książce „Jak motyl. Odczarować mity” dzielą się swoimi historiami o życiu z rakiem jajnika i nadziei. Towarzyszą im opowieści lekarzy, którzy wspierają je w walce z chorobą.

Wydawca:



Patronat:



Zaufanie do medycyny

Druga i trzecia fala COVID-19 potężnie nadwężyły polski system ochrony zdrowia, doprowadzając go na skraj przepaści. Trudno zapomnieć wycie syren karetok jeżdżących od szpitala do szpitala w poszukiwaniu miejsca dla zakażonych koronawirusem.

W 2020 r. zmarło ponad 60 tys. Polaków więcej niż rok wcześniej. To nie tylko wina COVID, lecz także pośrednio braku zaufania do systemu ochrony zdrowia. Wielu pacjentów wołało się leczyć w domu. Chorzy – zamiast zadzwonić na pogotowie – imali się niesprawdzonych metod i próbowali organizować na własną rękę butle z tlenem. Przez to zbyt późno docierali do szpitala. Nie wszystkie te „nadmiarowe zgony” (przepraszam za to bezduszne, urzędnicze określenie) były spowodowane koronawirusem. Zaraza „przy okazji” zabijała pacjentów, którzy zwlekali z wykręceniem numeru 112 przy objawach udaru mózgu czy zawału serca. Wiele osób nie trafiło w porę do lekarza z powodu „zamknięcia” służby zdrowia. Nie każda starsza osoba miała siłę, by godzinami próbować dodzwonić się do poradni. A jeśli nawet to się jej udało, to nie zawsze potrafiła tak dobrze opisać objawy choroby, żeby doktor po drugiej stronie słuchawki był w stanie udzielić adekwatnej pomocy, zmienić leki na nadciśnienie i cukrzycę czy wykryć raka.

Co dalej? Dziś wszyscy zadają sobie pytanie, jak bardzo zależy nas czwarta fala COVID. Warunki do tego, by się u nas dobrze rozwijać, ma doskonałe. Wciąż ponad 40 proc. społeczeństwa (myślę



Robert Feluś
Redaktor naczelny „Wprost”

tu o niezaszczepionych) nie ma zaufania do lekarzy ani ekspertów i nie wierzy, że to od nas zależy, w jakim stopniu nas spustoszy ten czwarty atak wirusa. Tak, od nas! W dużej mierze od nas zależy, czy szpitale znów zapełnią się chorymi na COVID, „zabierając” miejsca innym, którzy przez to nie uzyskają pomocy. Czy znów będziemy szukać przyczyn „nadmiarowych” zgonów?

Polski system ochrony zdrowia jeszcze przed pandemią wymagał zmian. Zaraza tylko obnażyła jego niedostatki: zbyt małą liczbę lekarzy i pielęgniarek, niedoinwestowany personel medyczny. Cieszy decyzja o przeznaczaniu większych pieniędzy na ochronę zdrowia: czy jednak 7 proc. PKB wystarczy, kiedy świat pędzi naprzód, są coraz nowocześniejsze terapie, na które

polscy pacjenci czekają latami? Fakt, że czekają krócej niż 10 lat temu, ale czy to pocieszenie dla chorego, który nowoczesnej, nie-refundowanej w Polsce terapii potrzebuje dziś?

Minister zdrowia Adam Niedzielski, który od roku usiłuje gasić covidowe pożary, ma plan na zmiany. W rozmowie z „Wprost o Zdrowiu” mówi m.in. o ustawie o jakości. W XXI w. nie wystarczy leczyć, trzeba to jeszcze robić skutecznie. Mieć odwagę podjąć decyzję, żeby kupić nowocześniejszy sprzęt, zainwestować w kadrę medyczną, w nowoczesne badania, które dadzą odpowiedź, jak leczyć, w droższy lek. Warto to zrobić, jeśli mamy mieć zaufanie: do rządzących, do systemu ochrony zdrowia i do medycyny. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

wprost
O ZDROWIU

REDAKCJA:
Redaktor naczelny: Robert Feluś
Z ZESPOŁEM:
Redakcja: Dorota Bardzińska
Redaktor prowadząca: Katarzyna Pinkosz

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
Fotoredakcja: Jakub Wiewiorowski
Korekta: Joanna Morawska
ISSN 2082-0135

PARTNERZY WYDANIA

PARTNERZY MERYTORYCZNI WYDANIA



Spis treści

3 NA POCZĄTEK

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

4 **JAKOŚĆ NIE MOŻE BYĆ „KWIATKIEM DO KOŻUCHA”** – minister zdrowia Adam Niedzielski o pandemii, programie Profilaktyka 40 Plus i jakości

8 **KTÓRE LEKI DO REFUNDACJI?** – wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski tłumaczy, jak leki trafiają na listy

10 **ZMIENIAMY ONKOLOGIĘ MIMO PANDEMII** – przekonuje wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski

12 **MUSIMY BUDOWAĆ INFRASTRUKTURĘ DLA POLSKICH INNOWACJI** – podkreśla prezes ABM Radosław Sierpiński

14 **FUTURE HEALTH INDEX 2021** – Michał Kępowicz o raporcie Philips Polska

16 **PANDEMIA AKCELERATOREM ROZWOJU TURYSTYKI MEDYCZNEJ** – prognozuje Marcin Bruszewski z Philips Health Systems

18 **JAKOŚĆ TO INNA NIŻ TRANSAKCYJNA PERSPEKTYWA OPIEKI** – tłumaczy Gianfranco Biliotti, dyrektor generalny Amgen w Polsce

20 **PRIORYTET DLA INWESTYCJI W ZDROWIE** – Dimitri Gitas, dyrektor zarządzający MSD Polska, o badaniach klinicznych i inwestycjach nad Wisłą

22 **INNOWACJE PLUS EDUKACJA** – Magdalena Paradzińska, dyrektor generalna Novo Nordisk, przedstawia priorytety firmy

24 **STABILIZOWAĆ, USPRAWNIAĆ, ROZWIJAĆ** – strategia Bioton wg prezesa spółki Jeremy'ego Laundera

CHOROBY CYWILIZACYJNE

26 **SERCE POLAKA CZASU COVID** – prof. Adam Witkowski o kardiologii

28 **POTRZEBNA STRATEGIA WALKI Z OTYŁOŚCIĄ** – przekonują dr Małgorzata Gałązka-Sobotka i prof. Leszek Czapryniak

ONKOLOGIA

30 **PACJENCI POTURBOWANI** – pandemia uderzyła w chorych onkologicznie

33 **SĄ JUŻ WYTTCZNE** – jak należy wykonywać badania patomorfologiczne, wyjaśnia prof. Andrzej Marszałek

34 W BADANIACH MOLEKULARNYCH

JAKOŚĆ JEST KLUCZEM – mówi prof. Joanna Chorostowska-Wynimko

36 **POTRZEBNE OPTIMALNE LECZENIE W PIERWSZEJ LINII** – prof. Maciej Krzakowski o terapii raka płuca

38 **BRAK MUTACJI NIE MOŻE WYKLUCZAĆ Z NOWOCZESNEGO LECZENIA** – bariery w terapii raka jajnika pokazuje prof. Anita Chudecka-Głaz

40 **OPTIMALNE LECZENIE DECYDUJE O ŻYCIU PACJENTÓW** – prof. Jakub Kucharz przedstawia ograniczenia w terapii raka nerki

42 **ZAPOBIEC PRZERZUTOM DO KOŚCI** – dr Małgorzata Stelmaszuk o prewencji

44 **TERAPIE CELOWANE PRZYSZŁOŚCIĄ LECZENIA ZESPOŁÓW MIEŁODYSPLASTYCZNYCH** – podkreśla dr Katarzyna Budziszewska

NEUROLOGIA

46 **NAPRAWIANIE GENÓW I NEURONÓW** – prof. Jarosław Sławek o SM i SMA

CHOROBY RZADKIE

48 **WARTO POPRAWIĆ SYSTEM OPIEKI** – Stefan Bogusławski i dr Joanna Zdziarska o leczeniu hemofilii

50 **TE LEKI TO WIELKI POSTĘP** – dr hab. Szczepan Cofta przedstawia nowe terapie mukowiscydozy

ALERGIE

52 **ZMIEŃMY MODEL LECZENIA** – Joanna Tomczak-Hałaburda o alergiach

53 **ODCZULANIE TO PODSTAWA LECZENIA ALERGII** – tłumaczy dr Grzegorz Bukato

PROFILAKTYKA

54 **HPV TO NIE TYLKO RAK SZYJKI MACICY** – prof. Teresa Jackowska pokazuje korzyści ze szczepień

56 **SZCZEPIONKA TO LEK** – Jakub Szulc o finansowaniu szczepień

AKTUALNOŚCI

58 **ŚWIADECTWO CZASU PANDEMII** – książka „Covidowe twarze szpiczaka”

60 **ŻYCIE MIMO PANDEMII**

62 **WYTTCZYLIŚMY ZA CIĘŻKIE DZIAŁA** – pisze dr Aleksandra Piotrowska

Rozmowa z ministrem zdrowia **ADAMEM NIEDZIELSKIM**

Minął rok, odkąd został pan ministrem zdrowia. Obejmując resort, przypuszczał pan, że ten rok będzie tak wyglądał?

Spodziewałem się, że COVID-19 będzie dominował w moich codziennych zajęciach, ale aż takiej dominacji nie przewidywałem. Przychodząc do ministerstwa, postawiłem sobie za cel poprawę systemu opieki zdrowotnej stricte od strony pacjenckiej. Przez ten rok prowadziliśmy prace, które pozwoliły nam wyjść z pakietami różnych rozwiązań, które naprawiają system. Natężenie pandemii i liczba spraw, które trzeba było na bieżąco rozwiązywać, nie pozwoliły jednak na skupienie się nad reformą systemu. Powoduje to, że dziś mamy nawarstwienie problemów związanych z deficytem zdrowotnym i kwestiami finansowo-organizacyjnymi. Musimy wykorzystać czas wyciszenia pandemii, by nadrobić zaległości, i tak też czynimy.

11 września medycy wyjdą na ulice. Uważają, że nakłady na ochronę zdrowia są za małe, 7 proc. PKB powinno być już w 2024 r., a zarobki medyków są zbyt niskie.

Przyznam, że jestem tym protestem zaskoczony, i to z kilku powodów. Pamiętam protesty rezydentów z postulatem zwiększenia nakładów na zdrowie do 6,8 proc. PKB. W wyniku negocjacji prowadzonych przez ministra Łukasza Szumowskiego doszliśmy do 6 proc. PKB. Nie była to tylko deklaracja, pojawił się konkretny zapis ustawowy. Nie podlega dyskusji, że nakłady na ochronę zdrowia trzeba zwiększać i podczas pandemii one znacznie wzrosły, zarówno jeśli chodzi o wynagrodzenia personelu, jak i finansowanie świadczeń dla pacjentów.

W Polskim Ładzie pojawiła się deklaracja o zwiększeniu nakładów do 7 proc. PKB, dziś jesteśmy już po uchwaleniu przez Sejm ścieżki dojścia do tego progu. Zgodnie z nią osiągnięcie 6 proc. PKB na zdrowie stanie się faktem rok wcześniej, niż to było zakładane. W reakcji na ustawowy wzrost nakładów do 7 proc. PKB pojawia się jednak kolejne wyższe żądanie. Taką licytację można prowadzić w nieskończoność, proszę jednak obiektywnie spojrzeć na fakty: nakłady realnie wzrosły z 80 mld zł w 2016 r. do ponad 120 mld zł w tym roku. To pieniądze, które trafiają do systemu opieki zdrowotnej,

**Jakość nie
może być
„kwiatkiem
do kożucha”**

w tym m.in. na wynagrodzenia lekarzy, ratowników, pielęgniarek, diagnostów i innych grup medyków. W najbliższych latach dokładamy ekstra kolejne 85 mld zł. Znacząca część tej kwoty będzie przeznaczona na wzrost wynagrodzeń.

Już wcześniej rozpoczęliśmy negocjacje ze wszystkimi grupami zawodowymi na temat ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. Po wygaśnięciu trzeciej fali przygotowaliśmy projekt ustawy, który podwyższył wskaźniki i o pół roku przyspieszył ich wprowadzenie. Zagwarantowaliśmy, że nikt z medyków nie może mieć ustalonej pensji poniżej progu zapisanego w ustawie. Naprawdę zastanawiam się, jakie są intencje tych, którzy dziś protestują, bo mają gwarancje wzrostu wynagrodzeń i gwarancje wzrostu nakładów. Są też kontynuowane rozmowy w Zespole Trójstronnym, chcemy dostosować ścieżkę wzrostu wynagrodzeń do nowego wzrostu nakładów.

Protestujący pokazują fakty: zamykanie kolejnych oddziałów szpitalnych z powodu braku kadr, wypowiedzanie umów przez ratowników medycznych, odchodzenie lekarzy do prywatnych placówek, gdzie oferuje się im lepsze zarobki.

Musimy oddzielić to, co możemy dziś zrobić – czyli zagwarantować zwiększanie nakładów na zdrowie, wzrost wynagrodzeń – od deficytu kadr medycznych, którego nie da się zlikwidować z dnia na dzień. Robimy wszystko, by zniwelować brak kadr: zwiększamy nakłady na szkolnictwo, rośnie liczba miejsc na studiach medycznych, są otwierane kolejne kierunki, staramy się podnieść atrakcyjność zawodu. Efekty pojawiają się jednak dopiero za kilka lat. Tu działa się długofalowo, bez efektów z dnia na dzień.

W czasie pandemii dramatycznie spadła liczba badań profilaktycznych w onkologii. Od 1 lipca wszedł w życie program Profilaktyka 40 Plus. Na razie jednak skorzystało z niego niewiele osób. Jak zachęcić Polaków do badań?

To trudne zagadnienie. Jeszcze gdy pracowałem w NFZ, uważałem, że powinno nastąpić przesunięcie akcentów z medycyny naprawczej na profilaktykę – zarówno jeśli chodzi o styl życia, jak i o badania profilaktyczne. Oceniałbym, że poziom medycyny naprawczej w Polsce jest dobry, w niektórych

przypadkach nawet bardzo dobry, z uwagi na świetnych specjalistów. Jeśli jednak chodzi o profilaktykę, to jesteśmy w ogniu Europy. Wystarczy spojrzeć na szczepienia przeciw grypie (szczepiło się ok. 2 proc. osób). Uczestnictwo w programach przesiewowych jeszcze przed pandemią było na niskim poziomie, a przez pandemię profilaktyka została jeszcze bardziej zaniedbana. Chcemy to odbudować. Program Profilaktyka 40 Plus ma zachęcić Polaków do zainteresowania się swoim zdrowiem

także dlatego, że jesteśmy starzejącym się społeczeństwem.

Medycyna naprawcza nie sprostą wyzwaniom i oczekiwaniom pacjentów, jeśli nie postawimy na profilaktykę. Nie marnujemy okresu wakacyjnego: NFZ przez cały czas organizuje w całej Polsce pikniki zdrowotne, podczas których każdy może się przebadac. A od września rozpoczniemy dużą akcję informacyjną na temat badań Profilaktyka 40 Plus. Sam zamierzam wziąć w tym udział.



> Adam Niedzielski został powołany na stanowisko ministra zdrowia 26 sierpnia 2020 r. Wcześniej był prezesem NFZ

i podejściem profilaktycznym. Program wystartował 1 lipca, chciałbym, żeby przebadano się w ramach niego co najmniej 2 mln osób. Na razie mamy 10 proc. tej liczby.

Pojawiały się opinie, że program Profilaktyka 40 Plus obejmuje za mało badań. Może jest za mało atrakcyjny?

Gdyby pakiet badań był jeszcze bardziej rozbudowany, to odsetek osób korzystających byłby minimalny. Profilaktyka jest ważna nie tylko z powodu pandemii, lecz

Znajduje pan dziś czas na to, żeby zająć się profilaktyką, jeździć na rowerze, biegać?

Staram się. Miesiąc temu wróciłem do biegania i jazdy na rowerze.

Jednym z powodów wysokiej śmiertelności w Polsce z powodu COVID-19 był fakt, że stan naszego zdrowia był gorszy niż mieszkańców wielu krajów Europy. To jeden z powodów, dlaczego warto stawiać na profilaktykę?

Jeśli pandemia uderza w społeczeństwo o słabszym stanie zdrowia, to jej żniwo jest większe. Jednak przyczyny wysokiej śmiertelności w Polsce są dużo bardziej złożone. Wielu lekarzy zajmujących się leczeniem chorych na COVID powtarzało, że pacjenci zbyt późno trafiali do szpitala, gdy konieczne było już podłączenie do respiratora. Często leczyli się w domu różnego typu metodami, które opóźniały moment dotarcia do szpitala. Kolejna rzecz to ograniczona dostępność ochrony zdrowia. Fale jesienna i wiosenna

Ukazał się projekt długo oczekiwanej ustawy o jakości. Eksperci ją chwalą, ale też obawiają się, że NFZ będzie „superpowerem”, który zdecyduje o kontrakcie, oceni go, zapłaci. Cała władza w jednych rękach. Dlaczego takie rozwiązanie?

Jakość nie ma być „kwiatkiem do kożucha”, tylko elementem systemu, ma być kontrolowana, rozliczana i finansowana. Nie ma funkcjonować na zasadzie hobby-stycznej. Jakość ma ocenić płatnik, który ją finansuje.

Pytałam o rok bycia ministrem: gdyby miał pan podsumować ten rok: co uznałby pan za największy sukces?

Że to wszystko przeżyłem... (śmiech) A na poważnie, to zbudowaliśmy całą logistykę pandemicznych działań w ochronie zdrowia. Nasz system wytrzymał graniczne obciążenie. Nie zawiódł żaden element. Oczywiście incydentalne problemy się zdarzyły, ale całość zafunkcjonowała jednak bardzo dobrze.

Flagowe są dla mnie dwa projekty, oprócz zwiększania nakładów na ochronę zdrowia. To wprowadzenie ustawy o jakości, a przede wszystkim włączenie jakości do rozliczeń, i reforma systemu szpitalnictwa

Samo monitorowanie leczenia poprawi jego jakość?

W każdej dziedzinie nauki o zarządzaniu to się sprawdza: jeśli zaczyna się coś mierzyć i monitorować, to natychmiast widać efekty. Z mojej perspektywy jako osoby, która pracowała w różnych sektorach, mogę stwierdzić, że proces mierzenia jakości w ochronie zdrowia i wykorzystywania tej wiedzy jest słabo zaawansowany. Do tej pory koncentrowano się wyłącznie na parametrach klinicznych, które moim zdaniem są zbyt wąskie, by oceniać podmioty lecznicze, ponieważ bardzo ważny jest również sposób traktowania pacjenta i jego poczucie bycia otoczonym opieką. Ustawa o jakości ma dwa fundamentalne cele. Pierwszy: monitorowanie, żeby móc porównać swoją placówkę z innymi; drugi: wprowadzenie jakości do systemu. Dlatego ocena jakości ma trafić do NFZ i dlatego w ustawie znajdują się podstawy prawne do płacenia za wynik leczenia.

Pacjent będzie mógł porównać, gdzie lepiej się leczyć?

Już wprowadziliśmy takie elementy, jeśli chodzi o onkologię i okulistykę, chcemy nadal iść w tym kierunku. Pacjent będzie mógł dokonywać świadomego wyboru, a NFZ mu w tym pomoże. Ośrodki, które będą spełniały kryteria jakości, albo otrzymają premię, czyli będą miały więcej płaczone, albo będą korzystały z przywilejów zniesienia limitów.

Jakie najważniejsze zmiany chciałby pan jako minister wprowadzić w systemie ochrony zdrowia?

Oprócz zwiększania nakładów na ochronę zdrowia flagowe są dla mnie dwa projekty. Pierwszy to wprowadzenie ustawy o jakości, a przede wszystkim wprowadzenie jakości do rozliczeń. To nie był przypadek, że projekt ustawy o jakości ukazał się przed ustawą o 7 proc. PKB na zdrowie. Wprowadzenie ustawy o jakości pozwoli zweryfikować, czy dobrze wydajemy pieniądze w ochronie zdrowia.

Za mój drugi flagowy projekt uważam reformę systemu szpitalnictwa, gdyż dziś jest on rozdrobniony, źle sprofilowany i działa chaotycznie. Trzeba doprowadzić do konsolidacji szpitali, właśnie m.in. dlatego że mamy niedobory kadr medycznych. Nie możemy dopuszczać do sytuacji, kiedy istnieje wiele podmiotów konkurujących ze sobą w sposób nieorganizowany, oferując pacjentom pomoc w takim samym zakresie i „podbijając” tylko wynagrodzenia personelu. Musimy dobrze wyprofilować pojedyncze jednostki lecznicze, które powinny mieć komplementarne oferty dla pacjentów, tak by mogli oni uzyskać taką pomoc, jaka jest im potrzebna.

Oba projekty są typowo propacjenckie, bo pacjent w systemie ochrony zdrowia jest najważniejszy. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

były bardzo wysokie, duża część lekarzy i placówek medycznych musiała zaangażować się w walkę z COVID. W pewnym momencie mieliśmy w systemie covidowym 46 tys. łóżek szpitalnych. W Polsce w sumie jest ok. 180 tys. łóżek szpitalnych, z tego 80 tys. – w szpitalach specjalistycznych, które nie mogły być przeprofilowane. Tak więc prawie połowę infrastruktury przekształciliśmy w oddziały covidowe. Nie mogły one leczyć innych chorych. To jest obraz tego, jak epidemia uderza w ochronę zdrowia.

Które leki do refundacji?

Rozmowa z **MACIEJEM MIŁKOWSKIM**, wiceministrem zdrowia

Decyzje o tym, który lek refundować, często są bardzo trudne, za każdą stoi pacjent, jego szansa na życie, lepsze leczenie, zdrowie. Zapytam o emocje: gdy podpisuje pan listy refundacyjne, to czy widzi pan za tym podpisem pacjenta?

Często spotykam się z pacjentami, rozmawiam z nimi. Staram się nie podchodzić do żadnej z grup pacjentów w sposób emocjonalny i szczególny, by nikogo nie wyróżniać. Mamy wiele grup pacjentów, każda jest tak samo ważna. Jest bardzo dużo nowych technologii, są takie, które prowadzą do wyleczenia, inne przedłużają życie o kilka miesięcy, czasem lat. Staram się patrzeć uczciwie na wszystkie wskazania medyczne i na wszystkich pacjentów. Oczywiście niektóre grupy pacjentów do tej pory nie miały skutecznego leczenia i obecnie ono się pojawia – te grupy są w trochę innej sytuacji.

Widzę też często, że poprawa organizacji leczenia może więcej pomóc niż niejeden lek. Można więc powiedzieć, że umożliwienie małej grupie pacjentów dostępu do drogiego leku czasem oznacza pogorszenie sytuacji kogoś innego. Zdarma się, że dzięki kosztownemu lekowi możemy leczyć kilkunastu pacjentów. To bardzo ważne, tyle że np. skrócenie kolejek do operacji czy wcześniejsze rozpoczęcie kosztowo efektywnego leczenia jest również bardzo istotne i może się przyczynić do zdrowia społeczeństwa. Niektóre budżety na choroby rzadkie są równe całorocznym budżetom szpitali. Trzeba to wypośrodkować. Musimy też pamiętać, że nie wystarczy mieć lek, musi mieć kto go zapisać pacjentowi. Cały czas pracujemy nad doinwestowaniem kadry medycznej.

Mimo że decyzje są trudne, a leki często kosztowne, to jednak udaje się zrefundować także kosztowne, skuteczne terapie. Na ostatniej liście refundacyjnej pojawiła się bardzo nowoczesna, skuteczna terapia CAR-T. To na pewno przełom.



^ Maciej Miłkowski, od 2018 r. wiceminister zdrowia, odpowiada m.in. za politykę lekową; wcześniej był m.in. wiceprezesem NFZ

Kiedy ponad dwa lata temu po raz pierwszy firma zwróciła się do mnie, że ma świetną technologię CAR-T, jej udostępnienie w Polsce wydawało się nierealne ze względu na cenę, ale też wiele przeszkód formalnych. Okazało się jednak, że to możliwe. Myślę, że negocjacje, a szczególnie ich wynik, są satysfakcjonujące dla obu stron. Gdy udaje mi się zrefundować technologię, gdzie rozmowy są długie i trudne, uważam to za

sukces. Firmy też uznają to za sukces, tak więc wszystkie strony są zadowolone, a najbardziej pacjenci. Mimo trudnych negocjacji często udaje się dojść do porozumienia.

Na wrześniowej liście refundacyjnej znalazło się też kilka leków w chorobach rzadkich – m.in. terapia do stosowania w profilaktyce obrzęku naczynioruchowego. To wręcz przełomowy lek dla tej grupy chorych. To pierwsza lista, na której znalaz-

zło się tak wiele leków w chorobach ultrazadkich. Mamy coraz większy potencjał, żeby realizować niezaspokojone potrzeby pacjentów z chorobami ultrazadkimi.

Terapia CAR-T jest przełomem w hematologii, już jest stosowana w białaczce, chłoniaku, ostatnio także w szpiczaku plazmocytowym. Hematologia często jest nazywana motorem napędowym medycyny, a na innowacyjne terapie w Polsce czekają m.in. pacjenci ze szpiczakiem, zespołami mielodysplastycznymi, chłoniakiem z komórek płaszczka; jest lek po transplantacjach zapobiegający reaktywacji wirusa cytomegalii. Czy widzi pan szansę na udostępnienie tych terapii pacjentom?

W ostatnich latach, również w tym roku, udostępnialiśmy liczne nowe terapie w hematologii. Nowych terapii w hematologii jest wiele. W tym roku mamy już jednak tylko dwie listy refundacyjne. Najbliższa, listopadowa, będzie bardzo trudna. To ostatni kwartał, musimy skupić się głównie na przygotowaniu listy styczniowej, która się ukáže w grudniu. Jest bardzo dużo do zrobienia, cały kwartał będziemy pracowali nad przedłużeniami decyzji refundacyjnych, których jest ponad 2 tys. Nie potrafię dziś powiedzieć, czy na listopadowej liście znajdą się nowe leki z zakresu hematologii. Nadal czeka kilka istotnych terapii, w tym zmiana schematu leczenia w pierwszej linii w przewlekłej białaczce – chodzi o terapię ograniczoną w czasie. Będziemy się zastanawiać, jak to sfinansować, choć koszty są wysokie.

i wszystkich latach poprzednich! Każda dodatkowa będzie dodatkowym sukcesem. Jeśli chodzi o raka płuca, to praktycznie zabezpieczyliśmy całą populację – po raku niedrobnokomórkowym pojawiła się pierwsza opcja leczenia dla chorych na raka drobnokomórkowego: dotyczy to bardzo dużej grupy pacjentów. Chcielibyśmy też zmienić program leczenia raka nerki, by był on zgodny z oczekiwaniami klinicystów. Wiele tu jednak zależy od decyzji, jakie podejmą firmy. Chcemy uporządkować program lekowy raka nerki w zakresie kwalifikacji do leczenia: od kilku lat zabiegali o to eksperci. Chodzi o większe zindywidualizowanie zapisów zawartych w programie lekowym, w tym o warunek wykonania nefrektomii przed podjęciem leczenia.

Sporo zmian jest bardzo oczekiwanych w chorobach cywilizacyjnych, w kardiologii, cukrzycy. To zarówno leki, jak i technologie nielekowe. Tu jest szansa na zmiany?

Mam nadzieję, że kilka terapii nieonkologicznych znajdzie się już na listopadowej liście. Jeśli chodzi o cukrzycę, to poszerzamy kolejne wskazania insuliny u dzieci. W przypadku urządzeń do monitorowania problemem są koszty, wielokrotnie wyższe niż aktualny standard postępowania. Udostępniliśmy systemy do monitorowania dzieciom, bo jest to szczególna grupa pacjentów, którzy uczą się żyć z cukrzycą. Dopóki jednak nie będzie konkurencji dla proponowanego rozwiązania, to nie jesteśmy w stanie zapewnić tej terapii dla

mnie – propozycji firma nie zdecydowała się jednak na refundację. Obecnie czekamy, czy wnioskodawca zmieni zdanie, czy będziemy czekać na kolejną fazy, która pojawi się mniej więcej za rok. Mamy zabezpieczony bardzo duży budżet, ok. 200 mln zł rocznie, dlatego sądzę, że firma przeanalizuje tę kwestię.

Bardzo ważną terapią, którą udało się nam udostępnić w tym roku, było leczenie cukrzycowego obrzęku płamki. Liczba pacjentów kwalifikujących się do tego programu była większa niż wszystkie programy onkologiczne. Docelowo to ok. 40 tys. osób; największy program lekowy w historii. Są już uruchomione konkursy, program rozpocznie się we wrześniu. Pod kątem efektywności to jeden z najlepszych programów lekowych.

W ubiegłym roku dla niektórych grup szczepienia przeciw grypie były refundowane, zbrakło jednak szczepionek. W tym roku sytuacja się nie powtórzy?

Podnieśliśmy proponowane ceny szczepionek, dzięki temu firmy będą mogły łatwiej negocjować w centralach większą dostępność preparatów dla Polski. Niezależnie od tego firmy sprzedają również szczepionki przeciw grypie na rynku hurtowym podmiotom leczniczemu (na programy samorządowe). W tym roku również kupuje je Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych, m.in. dla personelu medycznego i niemedycznego szpitali, przychodni, aptek, pensjonariuszy DPS, opieki hospicyjnej, pacjentów w 75 plus. Rozpatrujemy też jeszcze jeden wniosek refundacyjny, dla dzieci od 7. do 18. roku życia, zapewne będzie pozytywny. Robimy wszystko, żeby w tym roku szczepionek przeciw grypie nie zabrakło. Będą dostarczane sukcesywnie do Polski w okresie wrzesień–grudzień, tak aby do końca roku wszyscy chętni mogli się zaszczepić.

W tym roku, mając na uwadze doświadczenia zebrane w 2020 r., przeprowadzone zostały negocjacje z koncernami farmaceutycznymi, mające na celu zakup dodatkowej puli szczepionek poza systemem refundacji. Szacujemy, że łącznie w sezonie 2021/2022 na polski rynek powinno trafić 4,5–5 mln dawek szczepionek. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Każda grupa pacjentów jest tak samo ważna. Staram się patrzeć uczciwie na wszystkie wskazania medyczne i na wszystkich pacjentów

W tym roku dużo zdarzyło się, jeśli chodzi o nowe terapie w raku płuca; program lekowy chwala zarówno pacjenci, jak i eksperci. Zmieniła się też pierwsza linia leczenia raka jajnika, ale tylko dla części kobiet. Czy planuje pan kolejne zmiany w onkologii?

Jeśli chodzi o onkologię, to w pierwszym półroczu udało się udostępnić więcej nowych terapii niż w całym 2020 r.

kolejnych dużych grup. Spowodowane to jest brakiem konkurencji w zakresie ceny produktu, a w przypadku jednej firmy negocjacje cenowe nie są najbardziej efektywne.

Dużym wyzwaniem są leki w niewydolności serca; stosowanie fazyz obciążałyby grupę nawet 200 tys. osób. Wydawało mi się, że jest już pole do porozumienia z firmą. Po otrzymaniu bardzo dobrej – według

Z raportu Narodowego Instytutu Onkologii „Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej” wynika, że w 2020 r. mogło zostać zdiagnozowanych nawet o 20 proc. nowotworów mniej niż w 2019 r. Czy ta sytuacja nie powtórzy się podczas czwartej fali?

W raporcie pokazano, że faktycznie największy problem był z wczesną diagnostyką nowotworów. Wynikał on m.in. z obaw personelu medycznego, z tego, że placówki ochrony zdrowia początkowo działały głównie w sposób zdalny, wstrzymane zostały akcje i badania profilaktyczne. W mniejszym stopniu ucierpieli pacjenci, którzy już wcześniej byli zdiagnozowani: oni trafiali do leczenia i było ono kontynuowane podczas epidemii.

Cały rok 2020 był trudny, jednak dużą poprawę przyniosły szczepienia. Dziś otrzymujemy sygnały z ośrodków onkologicznych, że zaszczepiło się nawet 95–100 proc. personelu, również znakomita większość pacjentów jest zaszczepiona. Mamy możliwość testowania, maseczki, sprzęt ochronny. Wydaje się więc, że nie ma ryzyka powtórzenia sytuacji z 2020 r. Pokazują to zresztą wstępne dane z 2021 r. – liczba rozpoznawanych nowotworów jest podobna jak w 2019 r. Mimo że trzecia fala COVID-19 była wysoka, to jednak zabezpieczenie szpitali i personelu zdało egzamin. Nie ma też tego lęku, który był na początku pandemii.

Nie grozi nam więc powtórne „zamrożenie” badań profilaktycznych?

Gdyby czwarta fala była wysoka, to faktycznie nie byłoby to dobry czas np. na wysyłanie mammobusów w Polskę, mogłyby też pojawić się problemy na poziomie diagnostyki, szczególnie w szpitalach nieonkologicznych. W szczycie poprzedniej fali około jednej piątej łóżek szpitalnych było zarezerwowanych dla pacjentów covidowych. To bardzo dużo, system był ogromnie obciążony. To oczywiście odbija się na wszystkich pacjentach, w tym onkologicznych.

Od początku staraliśmy się uchronić onkologię: dbaliśmy, żeby jednostki onkologiczne nie były przekształcane w covidowe, były dla nich przeznaczane dodatkowe środki ochrony. Wiadomo jednak, że choroby na nowotwory nie są leczeni wyłącznie w jednostkach onkologicznych. Dużą rolę w opiece nad nimi odgrywają lekarze POZ, specjaliści, a także np. oddziały chirurgiczne



^ Podsekretarz stanu Sławomir Gadomski w Ministerstwie Zdrowia m.in. nadzoruje i koordynuje wszystkie działania ministerstwa w zakresie kompleksowej reformy polskiej onkologii

Zmieniamy onkologię mimo pandemii

Rozmowa z wiceministrem zdrowia

SŁAWOMIREM GADOMSKIM

czy pulmonologiczne – zwłaszcza w tych ostatnich przebywali chorzy na COVID-19.

Ze zgłaszalnością na badania profilaktyczne był problem jeszcze przed pandemią, szczególnie po wycofaniu się z wysyłania zaproszeń. Czy jest plan, jak zachęcić Polaków do badań?

Plany są, większość została zawarta w Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO); te działania sukcesywnie realizujemy. Już na przełomie lata i jesieni 2020 r. inicjowaliśmy i wspieraliśmy kampanie społeczne, medialne. Staraliśmy się komuniko-

wać, że hasło „Zostań w domu” nie dotyczy pacjentów, szczególnie onkologicznych. Podobne przekazy szykujemy też na czwartą falę, chcemy zachęcać i przypominać o profilaktyce. Jednym z działań postcovidowych jest program Profilaktyka 40 Plus. Nie jest to co prawda program ściśle onkologiczny, zawiera jednak m.in. badanie PSA, tak ważne w przypadku nowotworów urologicznych, czy też krwi utajonej w kale dot. raka jelita grubego. Ważne jest też to, że promuje profilaktykę i myślenie o własnym zdrowiu.

Jeśli chodzi o system zaproszeń na badania, to nie był on efektywny. Dziś mamy

nowe narzędzia, m.in. Internetowe Konto Pacjenta (IKP); obecnie jest już założonych kilkanaście milionów IKP. To jedna z wielu „dobrych stron” epidemii, stwarza nowe możliwości dotarcia do pacjentów. Pracujemy nad wykorzystaniem IKP do przypominania o badaniach profilaktycznych.

WNarodowej Strategii Onkologicznej (NSO) znalazł się program szczepień przeciw wirusowi HPV. Kiedy wejdzie w życie?

Według harmonogramu powinno się to stać już w 2021 r., jednak pandemia COVID-19 spowodowała, że musieliśmy nieco spowolnić prace. W ustawie o Funduszu Kompensacyjnym prowadziliśmy zmianę, która umożliwi ministrowi zdrowia kupowanie tych szczepionek. Do tej pory nie było to możliwe, ponieważ szczepienie przeciw HPV nie będzie w założeniu szczepieniem obowiązkowym, a obecnie minister zdrowia może kupować wyłącznie szczepionki znajdujące się w kalendarzu szczepień obowiązkowych. Szczepienie będzie zalecane, ale co najważniejsze – dla pewnych grup wiekowych – bezpłatne. W czwartym kwartale chcemy ogłosić przetarg na szczepionki. Liczę na to, że w 2022 r. ruszymy z procesem szczepień. Procedujemy również wnioski refundacyjne szczepionek przeciw HPV. Chcielibyśmy, żeby dla pewnych określonych roczników szczepienia były bezpłatne i finansowane w ramach NSO, ale dla innych roczników (np. starszych dziewczynek) przewidujemy częściową refundację. Planujemy też kampanię propagującą szczepienia, pokazującą płynące z nich korzyści, a te dla ekspertów w dziedzinie onkologii są oczywiste.

Od wielu lat eksperci podkreślają, że poprawę wyników leczenia onkologicznego spowodowałoby utworzenie cancer units: ośrodków kompleksowego leczenia np. raka jelita grubego, płuca, jajnika, prostaty. Costoi na przeszkodzie, żeby takie ośrodki powstawały?

Właściwie nie; rzecz w tym, że nadrabiamy wieloletnie zaległości w onkologii. Ruszyliśmy z Krajową Siecią Onkologiczną (w formie pilotażu), z Narodową Strategią Onkologiczną, w której zapisane jest powołanie ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia. Wszyscy eksperci podkreślają, że najlepsze efekty przynosi objęcie pacjenta kompleksową opieką: po-

czynając od diagnostyki, poprzez leczenie i psychoterapię, a kończąc na rehabilitacji oraz opiece po leczeniu onkologicznym. Cancer units muszą jednak dysponować odpowiednią kadrą, mieć duże doświadczenie, nowoczesną infrastrukturę. Pracujemy, żeby mogły powstawać. Udało się uruchomić pierwsze Breast Cancer Units, jest już rozporządzenie powołujące do życia ośrodki leczenia raka jelita grubego, skierowaliśmy do konsultacji projekt Lung Cancer Units. Pracujemy nad kolejnymi. Jak wspominałem, nadrabiamy wieloletnie zapóźnienia: trudno wdrożyć równocześnie krajową sieć onkologiczną, ośrodki kompleksowego leczenia, gdy wciąż nie mamy dobrych wytycznych odnośnie do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Pracujemy nad nimi; sądzę, że to również pomoże w tworzeniu cancer units.

kościowych. Będziemy je oceniać za pomocą mierników jakości – podobnie jak w pilotażu KSO. Dzięki temu uzyskamy rzetelną wiedzę o osiąganych wynikach, efektywności, liczbie powikłań, powtórnym hospitalizacji. Na podstawie tych danych wyciągniemy wnioski: jeśli ośrodki nie będą przestrzegały mierników jakości, zostaną zobligowane do przygotowania planu naprawczego – klinicznego, jakościowego. Jeśli to się nie uda, mogą przestać być finansowane ze środków publicznych. Wiem, że to może być kontrowersyjne, jednak chcemy promować najwyższą jakość, szczególnie w onkologii, w której tak ważne są czas, właściwa diagnoza, prawidłowe leczenie.

Niezależnie od tego, do jakiego pacjenta trafi ośrodek, będzie miał tak samo dobrą diagnostykę i leczenie?

Chcemy promować najwyższą jakość, szczególnie w onkologii, w której tak ważne są czas, właściwa diagnoza, prawidłowe leczenie

Będziemy starać się je uruchamiać stopniowo, co – mam nadzieję – będzie motywować kolejne ośrodki, by chciały stawać się takimi unitsami. Od początku chcieliśmy postawić pewne wymagania, także po to, by pokazać, jaka jest ścieżka dojścia do stania się takim ośrodkiem. Pojawiały się zarzuty, że w Polsce powinno być co najmniej ok. 40 Breast Cancer Units; wolę, żeby początkowo było ich mniej, a za pół roku czy rok pojawiły się kolejne, jednak faktycznie spełniające wszystkie kryteria. Określając wysokie wymagania, dajemy jasny sygnał ośrodkom onkologicznym, do jakiego standardu powinny dążyć!

Od przyszłego roku w całej Polsce ma wejść w życie Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO). W jaki sposób będzie mierzona jakość leczenia i czy poprawi jego wyniki?

Mierzenie jakości to jeden z najważniejszych celów KSO. Po pierwsze – w KSO mają być wyodrębnione ośrodki spełniające określone kryteria: wejścia do sieci, bycia na określonych jej poziomach. Po drugie – ośrodki będą musiały przestrzegać określonych rygorów ja-

Chcemy, żeby tak się stało. Ośrodki o najwyższym poziomie referencyjnym będą sprawowały pewnego rodzaju opiekę nad ośrodkami niższego poziomu, np. będą uczestniczyć w konsyliach decydujących o diagnostyce i wyborze terapii dla pacjenta. Wiem, że dla niektórych ośrodków może to być trudne do zaakceptowania, jednak leczenie onkologiczne jest leczeniem systemowym, całościowym; w ośrodku, który ma świetną radioterapię, lekarze nie zawsze mają pełną wiedzę o leczeniu chirurgicznym czy o nowoczesnych programach lekowych. To powinny być rzeczywiste konsylia, złożone z przedstawicieli ośrodków najwyższego poziomu referencyjnego, gdzie jest największa wiedza, największy potencjał. Traktowałbym to jako pomoc w określeniu ścieżki terapeutycznej dla pacjentów i jednocześnie pomoc dla mniejszych ośrodków, które będą mogły korzystać z wiedzy ekspertów ośrodka o wyższej referencyjności. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Musimy budować infrastrukturę dla polskich innowacji

Niedawno ABM rozstrzygnęła konkurs na wsparcie niekomercyjnych badań klinicznych w chorobach rzadkich. Kto wygrał? Kiedy będą kolejne konkursy?

W tym konkursie dofinansowaliśmy 12 projektów na ponad 100 mln zł. Konkurs dotyczący niekomercyjnych badań klinicznych w chorobach rzadkich był szczególnie ważny, gdyż wpisywał się w Narodowy Plan na rzecz Chorób Rzadkich, na którego ogłoszenie czekamy. Cieszę się, że udaje się skoordynować nasze plany z resortem zdrowia, gdyż takie wielokierunkowe działania przynoszą najlepszy efekt. Choroby rzadkie przez wiele lat były obszarem w Polsce bardzo słabo zaopiekowanym. Terapie w chorobach rzadkich często dotyczą kilkunastu, kilkudziesięciu pacjentów rocznie; cieszy to, że w ramach wielu projektów, które uzyskały finansowanie w naszym konkursie, z nowoczesnych metod leczenia będą mogli skorzystać wszyscy pacjenci, którzy tego potrzebują. Szczególnie w chorobach rzadkich widać, jak ważną rolę odgrywają badania kliniczne, jeśli chodzi o zapewnianie pacjentom nowoczesnych terapii.

Niedługo rozstrzygniemy konkurs dotyczący neurologii i psychiatrii. To kolejne działanie zbieżne z działaniami realizowanymi przez resort zdrowia, czyli reformą psychiatrii. Przed nami rozstrzygnięcie dużego projektu w zakresie technologii mRNA ważnej m.in. z punktu widzenia leków onkologicznych czy szczepionek. W tym roku czeka nas także rozstrzygnięcie konkursu na badania w chorobach cywilizacyjnych (kardiologia, onkologia, diabetologia). W 2021 r. planujemy konkurs dotyczący wykorzystania sztucznej inteligencji, a także badań epidemiologicznych. W Polsce nigdy nie były przeprowadzane duże badania w tym zakresie, zawsze ekstrapolowaliśmy dane z badań amerykańskich. Dzięki własnym badaniom będziemy mogli lepiej zaplanować działania z zakresu zdrowia publicznego, a także

Rozmowa
z **DR. HAB.**
RADOSŁAWEM
SIERPIŃSKIM,
prezesem
Agencji
Badań
Medycznych

> Dr hab. n. med. Radosław Sierpiński, kardiolog, prezes Agencji Badań Medycznych

interwencje systemowe. Planujemy też wsparcie badań klinicznych z zakresu chorób autoimmunologicznych czy geriatrii.

Kiedy można się spodziewać pierwszych efektów badań klinicznych, które już wcześniej wsparła ABM?

Pierwsze efekty będą widoczne już w przyszłym roku; spodziewamy się wtedy wstępnych wniosków. Niektórzy beneficjenci przymierzają się już do publikacji w tak renomowanych pismach, jak „Lancet” czy „BMJ”. Pokazuje to postęp, który dokonuje się dzięki finansowanym

przez nas niekomercyjnym badaniom klinicznym.

Powstaje Polska Sieć Badań Klinicznych; to również projekt ABM. Dlaczego powołanie sieci jest tak ważne?

To ważny projekt infrastrukturalny ABM, nakierowany na dobro pacjenta i mający dwa ważne dla nas walory. Pierwszy to poprawa warunków, w jakich prowadzone są badania kliniczne; dziś pacjenci często nie mają komfortowych warunków uczestnictwa w badaniach. Ważne jest dla nich poczucie bezpieczeństwa, zaufanie, intym-



ność. Mam nadzieję, że poprawa warunków spowoduje większą chęć pacjentów włączania się do badań klinicznych. Drugi walor to korzyść ekonomiczna: powstanie sieci spowoduje, że Polska będzie stawać się coraz bardziej atrakcyjnym miejscem przeprowadzania komercyjnych badań

a były one prowadzone np. w Niemczech, we Francji. Powodem był brak ośrodków, trudność w kontaktach. Dzięki sieci powstanie jedno centrum decyzyjne; gdy firma farmaceutyczna będzie chciała przeprowadzać badania kliniczne, wystarczy, że skontaktuje się z nami.

Powstanie Polskiej Sieci Badań Klinicznych spowoduje, że Polska stanie się atrakcyjniejszym miejscem przeprowadzania badań klinicznych

klinicznych. Spotykamy się z bardzo pozytywnym podejściem globalnych firm farmaceutycznych. Podkreślają one, że w Polsce bardzo brakowało możliwości przeprowadzania badań klinicznych w dobrym standardzie, komforcie dla pacjenta, z dobrym wsparciem prawnym. Dzięki temu do Polski dopłyną dodatkowe pieniądze; znajdują się one w budżetach szpitali, będzie to też dodatkowe wynagrodzenie dla zespołów pracujących przy przeprowadzaniu badań.

Na razie powstanie 16 ośrodków badań klinicznych. Chcemy tę listę rozszerzać, wkrótce ogłosimy konkurs na centra wsparcia badań klinicznych dla onkologii, hematologii.

Sieć oznacza, że ośrodki będą współpracować?

Tak, bardzo istotna jest kooperacja między ośrodkami. Mózg tego przedsięwzięcia znajduje się w ABM, spotykamy się cyklicznie w ramach rady sieci. W najbliższych dwóch latach chcemy zaproponować wspólny system informatyczny.

Im więcej badań klinicznych, tym więcej pacjentów ma szansę na nowoczesne leczenie?

Zdecydowanie. Do tej pory przeznacziliśmy ponad miliard złotych na badania kliniczne, a wkrótce ta suma będzie jeszcze wyższa. Dzięki temu ponad 40 tys. pacjentów będzie mogło wziąć udział w badaniach sfinansowanych przez ABM. Rośnie również rynek badań komercyjnych. Bardzo potrzebne są też działania infrastrukturalne. Warto zwrócić uwagę, że w Polsce nie była prowadzona część badań klinicznych leków przeciw COVID-19,

ABM otrzymała zadanie zaprogramowania planu rozwoju sektora biomedycznego w Polsce w latach 2021–2030. Jak polski sektor biomedyczny ma wyglądać za dziesięć lat?

Przygotowujemy taki plan na zlecenie rządu, mam nadzieję, że stanie się on programem rządowym. Mają znaleźć się w nim propozycje rozwiązań legislacyjnych, prawnych i finansowych. Chcemy pokazać, w którą stronę powinien zmierzać sektor. Założyliśmy kilka działań priorytetowych. Chcemy zbudować potencjał kadrowy. To ważne działanie, ponieważ im więcej osób zna tematykę badań klinicznych, potrafi przygotować protokoły badawcze, tym łatwiej będzie można je prowadzić. Obecnie jest 16 centrów badań klinicznych, niedługo będzie ich 20, włącznie z ośrodkami onkologicznymi. Dzięki środkom z funduszu odbudowy powstanie kolejnych 70. Wszystkie ważne ośrodki zostaną usieciowione. Będzie to ogromne wsparcie infrastrukturalne dla szpitali, a pacjenci zyskają dużo większą możliwość dostępu do badań klinicznych.

Jeśli chodzi o wsparcie rozwoju produkcji leków, to chcemy wspierać nie tylko rozwój leków innowacyjnych, lecz także tych, które są polską specjalnością: leków generycznych, biosymularów, codziennie przyjmowanych przez osoby starsze. Istotne są łańcuchy dostaw, samowystarczalność, zagwarantowanie bezpieczeństwa lekowego dla polskich pacjentów.

Rozwój sektora biomedycznego zakłada też wspieranie polskich firm?

Chcemy wspierać krajowy potencjał. Podchodzimy do tego dwutorowo: z jednej strony jest kilka dużych rodzimych firm

produkujących głównie leki generyczne, biosymilary. Chcemy wspomóc je w rozwoju innowacyjnych technologii. Z drugiej strony jest duży potencjał małych firm innowacyjnych czy start-upów. Poprzez hub biotechnologiczny, który niedawno stworzyliśmy (Warsaw Health Innovation Hub), będziemy wspomagać ich rozwój, żeby mogły rozwijać innowacje, uzyskiwać na nie finansowanie. Warsaw Health Innovation Hub to wspólny projekt ABM oraz globalnych firm, jak AstraZeneca, Microsoft, Polpharma, Roche. To pierwsza tego typu inicjatywa w Europie Środkowej, która będzie łączyła współpracę sektora publicznego z biznesem.

Za kilka, kilkanaście lat w Polsce będą powstawać innowacyjne leki, terapie genowe, komórkowe?

Tak, choć nie mam pewności, czy stanie się to w ciągu najbliższych pięciu–dziesięciu lat. Nasze działania mają na celu budowę pewnych fundamentów tego systemu. W Polsce nigdy nie udało się w pełni stworzyć innowacyjnego leku, dlatego nie ma też umiejętności przeprowadzenia całego procesu. Chcemy w tym pomóc, prowadzić działania mające na celu powstawanie kolejnych firm innowacyjnych oraz rozwój istniejących. Dziś niektóre firmy zaczynają myśleć o rozwoju nowego leku, a być może za dziesięć lat będzie on już w trzeciej fazie badań klinicznych. Chcemy strukturalnie budować ten sektor po to, żeby w kolejnych latach miały szansę powstawać pierwsze polskie innowacyjne leki.

Pamiętajmy też o segmencie wyrobów medycznych. To nie tylko najprostsze wyroby, lecz także nowoczesne protezy, stymulatory serca, urządzenia do monitoringu, skomplikowane technologicznie. Widzę tu ogromny potencjał Polski. Stworzenie takiego urządzenia od fazy prototypu do wdrożenia jest znacznie tańsze niż nowego leku. Być może już niedługo będziemy mogli korzystać np. z polskich stymulatorów serca i innych innowacyjnych urządzeń. Do tej pory często naukowcy je tworzyli, przeprowadzali badania, jednak na tym się kończyło, nie było środków na wdrożenie. Do tego niezbędne jest wsparcie systemowe, które chcemy tworzyć. 🇵🇱

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Future Health Index 2021

Rozmowa z **MICHAŁEM KĘPOWICZEM**, dyrektorem ds. relacji strategicznych w Philips Polska

Raport Future Health Index 2021 pokazuje sposób, w jaki liderzy ochrony zdrowia na świecie i w Polsce radzą sobie z obecnymi wyzwaniami, oraz to, jak może wyglądać opieka zdrowotna, gdy skończy się pandemia. Jakie kraje zostały objęte badaniem i jak na ich tle wygląda Polska?

Badaniami objęto 14 krajów: Australię, Brazylię, Chiny, Francję, Niemcy, Indie, Włochy, Niderlandy, Polskę, Rosję, Arabię Saudyjską, Singapur, RPA, USA. Każdy z nich ma dopasowany do warunków lokalnych system ochrony zdrowia. Gdybyśmy mieli się z kimś porównywać, to pod względem miejsca na mapie i pewnych uwarunkowań systemowych najbliższą nam do krajów europejskich, takich jak Holandia czy Włochy.

Co wyróżnia polski system ochrony zdrowia spośród tych krajów?

Wszystkie systemy ochrony zdrowia różnią się, jeśli chodzi o poziom nakładów finansowych, wycenę procedur, kwestię właścicielską podmiotów medycznych, jednak zawsze w centrum systemu ochrony powinien stać pacjent i jego zdrowie. Niedawno uczestniczyłem w dyskusji, w której pojawiła się opinia, że w Polsce nie da się wdrożyć pewnych technologii dotyczących wczesnej oceny pogarszania się stanu zdrowia pacjenta na oddziałach ogólnych. Opinia ta została poparta takimi argumentami, jak choćby to, że w Polsce mamy za niskie nakłady na ochronę zdrowia, a specyficzne regulacje i historyczne uwarunkowania nie poprawiają sytuacji. Taki sposób myślenia to błąd. Pacjent w Polsce chce być objęty tak samo dobrą opieką, jak pacjenci w innych krajach. Chce być zdrowy i żyć, bez względu na wszystkie „subtelności” systemowe.

Odpowiedzi na pytania raportu przygotowanego na zlecenie Philips udzieliło ok. 3 tys. liderów ochrony zdrowia. To osoby, które są szefami podmiotów placówek ochrony zdrowia. Raport powstawał, kiedy w Polsce mierzyliśmy się z dużą liczbą



zachorowań na COVID-19, dlatego być może dziś, gdy zachorowań jest znacznie mniej, wyniki byłyby nieco inne. W Polsce aż 78 proc. liderów ochrony zdrowia stwierdziło, że walka z COVID-19 jest dla nich kwestią najważniejszą. Podobnie było w Niderlandach (80 proc.), które również w tym okresie zmagały się z dużą falą zakażeń. Średnia dla badanych 14 krajów wyniosła 69 proc.

Jaki wpływ na postrzeganie celów w ochronie zdrowia ma pandemia COVID-19?

Raport skupia się na kilku obszarach, takich jak walka z COVID-19, ale też wejście w świat cyfrowy, nowe technologie medyczne, sztuczna inteligencja, Value Based Healthcare, czyli opieka zdrowotna zorientowana na wartość i jakość. Biorze pod uwagę także takie trendy, jak zielony

szpital, zrównoważona polityka i działania prośrodowiskowe. W czasie gdy przeprowadzano badanie, polska służba zdrowia nadal mierzyła się z jednym z najwyższych wskaźników zakażeń na świecie, dlatego kryzys spowodowany COVID-19 był postrzegany jako bardzo

niż średnia z 14 krajów i podobny wynik jak w Niderlandach: 80 proc.). Na tle innych krajów bardzo wyróżnia się nasze zainteresowanie sztuczną inteligencją: 41 proc. polskich liderów uważa, że jest ona bardzo ważna (średnia dla 14 krajów to 26 proc., a w Niderlandach 10 proc.). Polacy bardzo wie-

Polscy liderzy ochrony zdrowia w coraz większym stopniu są nastawieni na opiekę nakierowaną na jakość

poważny czynnik determinujący całą sytuację systemową.

Liderzy ochrony zdrowia starali się jednak patrzeć w przyszłość raczej w optymistycznych barwach. Na pytanie: „Czy system opieki zdrowotnej w moim kraju zapewni odpowiednią jakość opieki zdrowotnej w przyszłości?” 77 proc. z nich uznało, że tak. Średnia z 14 krajów wynosiła 88 proc., a Niderlandów aż 94 proc., czyli o 17 proc. więcej niż w Polsce. To dużo, jednak ważne jest to, że również w naszym kraju patrzono w przyszłość z optymizmem. Ciekawe jest też to, że w Polsce liderzy ochrony zdrowia bardziej wierzą we własną placówkę medyczną niż w system ogólny: aż 75 proc. uważa, że ich placówka zapewni chorym opiekę dobrej jakości.

Telemedycyna, cyfryzacja, sztuczna inteligencja: jaki stosunek do nowości i zmian mają polscy liderzy?

Uważają, że telemedycyna jest jedną z tych cyfrowych technologii medycznych, które warte są dużych inwestycji teraz i w przyszłości. W Polsce za priorytet uważa ją 48 proc. liderów, podczas gdy np. w Niderlandach nawet powyżej 80 proc. Za to za trzy lata proporcje mogą być odwrotne: 53 proc. liderów w Polsce stwierdza, że inwestycje w telemedycynę w perspektywie najbliższych trzech lat nabiorą jeszcze większego przyspieszenia. Polacy uważają zatem, że telemedycyna jest istotna, jednak podchodzą do niej ostrożnie, wychodząc prawdopodobnie z założenia, że najpierw chcą zobaczyć realne korzyści, które niesie.

Aż 78 proc. liderów polskiej ochrony zdrowia uważa za priorytet inwestycje w cyfrową dokumentację medyczną (to więcej

niż w zaawansowane technologie i analizy danych, które powinny służyć do optymalizacji wydajności, zmniejszenia kosztów zarządzanych placówek oraz być wsparciem dla decyzji klinicznych. Inwestowanie w nowoczesne technologie jest w Polsce zatem bardzo pożądane przez kadrę zarządzającą.

Polscy liderzy są otwarci na nowe technologie?

Tak, widać chęć, by wdrażać nowe rozwiązania. To ważne przy optymalizacji kosztów w szpitalach, ale też przy prowadzeniu opieki nad pacjentem i podejmowaniu decyzji, jak leczyć, by uzyskać jak najlepszy efekt zdrowotny. W badaniu Future Health Index 2021 zarysował się jeszcze jeden ważny trend, który w Polsce dopiero zaczął raczkować, a w innych krajach jest już dosyć mocny. Chodzi o pójście w stronę ochrony zdrowia zorientowanej na poszanowanie środowiska naturalnego.

Co to oznacza?

Jedno łóżko szpitalne produkuje codziennie 13–14 kg odpadów. Ochrona zdrowia generuje więcej dwutlenku węgla niż przemysł okrętowy czy lotniczy! Jeżeli szpital generuje takie ilości odpadów (w tym odpadów silnie toksycznych), to można powiedzieć, że sam napędza problem wzrastającej liczby pacjentów cierpiących na choroby cywilizacyjne wywołane skażeniem środowiska. Na razie postrzeganie tego problemu w Polsce jest raczej symboliczne (jedynie 2 proc. liderów polskiej ochrony zdrowia uważa wdrażanie proekologicznych praktyk w swojej placówce medycznej za priorytet), jednak prawie 50 proc. oczekuje, że stanie się to jednym z głównych celów w najbliższej przyszłości.

Jakie wnioski system wyciągnie z pandemii?

Pandemia na długo zostanie zapamiętana jako wielkie obciążenie dla systemu ochrony zdrowia. Pocieszające jest to, że liderzy ochrony z optymizmem patrzą w przyszłość i chcą udoskonalać system ochrony zdrowia. Musi on być bardziej efektywny, by poradzić sobie w przyszłości nie tylko z epidemią, lecz także ze zwiększaniem się liczby pacjentów. Będzie to wymagać zmian: wprowadzenia innowacyjnych technologii, telemedycyny, cyfryzacji, zarządzania procesowego, odciążenia i zmotywowania kadr medycznych. W wielu krajach, a szczególnie w Polsce, widać niedostatki białego personelu; również z tego powodu tak ważne są nowe technologie, które mogą odciążyć człowieka i przejąć od niego pewne czynności.

Liderzy polskiej ochrony zdrowia podchodzą do zmian z pewną ostrożnością, analizując, co faktycznie mogą zmienić. Przekonał się do elektronicznej dokumentacji medycznej, wiemy, jak powinna wyglądać, by była efektywna. Wiemy, jak ważna jest sztuczna inteligencja. Dane mogą pomóc w zarządzaniu, optymalizacji placówek medycznych, ale też w procesach klinicznych, ocenie stanu pacjenta, doborze określonej terapii.

Cieszę się, że polscy liderzy ochrony zdrowia w coraz większym stopniu są nastawieni na opiekę nakierowaną na jakość, zaczynają powoli dostrzegać takie kwestie, jak wpływ placówek ochrony zdrowia na otaczające nas środowisko, czyli potrzebę wypracowania modelu „zielonego”, przyjaznego szpitala. Sądzę, że gdy wyjdziemy z epidemiologicznego kryzysu, będziemy mądrzejsi o lekcję, którą dała nam pandemia, i podejmiemy skuteczne działania ograniczające rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych, ale też cywilizacyjnych, a dobro pacjenta będzie priorytetem na każdym szczeblu systemu. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Pobierz raport Future Health Index 2021



Podróż po zdrowie. Pandemia akceleratorem rozwoju turystyki medycznej

Rozmowa z **MARCINEM BRUSZEWSKIM**, dyrektorem generalnym
ds. rynków Direct CEE Philips Health Systems

Co się kryje pod pojęciem turystyki medycznej?

Już w czasach starożytnych Egipcjanie, Grecy czy Rzymianie podróżowali do odległych świątyń, by zaznać działania wody, mającej właściwości lecznicze dla ciała i będącej jednocześnie sposobem na dbanie o higienę. Turystyka medyczna w podobnym znaczeniu, jakie znamy dziś, zaczęła się kształtować dopiero pod koniec XIX w., kiedy nastąpił swoisty boom na rozwój przemysłu uzdrowiskowego, a co za tym idzie – przemieszczanie się ludności w celu korzystania z opieki medycznej w najdalszych zakątkach świata czy danego kraju. Turystyka medyczna to nic innego, jak połączenie turystyki z otrzymaniem odpowiedniej opieki medycznej. Pacjenci decydują się na tego typu podróż z różnych powodów: od chęci połączenia przyjemnego z pożytecznym, przez możliwość optymalizacji kosztów danej usługi medycznej w ośrodku znajdującym się poza miejscem zamieszkania, po jej niedostępność w najbliższej okolicy. W Polsce intensywny rozwój turystyki medycznej obserwujemy od 2008 r. W ciągu zaledwie kilku lat znaleźliśmy się w czołowie zestawienia krajów odwiedzanych w celach medycznych. Wyróżniają nas wysokiej jakości usługi, najlepszej rangi specjaliści, zaawansowane technologie oraz stosunkowo niskie ceny tego typu świadczeń.

Przed pandemią COVID-19 szacowano, że turystyka medyczna i powiązane z nią usługi są warte w Polsce nawet kilka miliardów złotych. Jak pandemia wpłynęła na sytuację turystyki medycznej w naszym kraju?



Podobnie jak inne gałęzie turystyki, również turystyka medyczna odnotowała wyraźne spowolnienie. Jeśli jednak popatrzymy w dłuższej perspektywie, pandemia paradoksalnie może się przyczynić do dynamicznego rozwoju tej gałęzi gospodarki w Polsce.

W jaki sposób?

Pandemia COVID-19 spowodowała wzrost świadomości w zakresie dbania o swoje zdrowie, a także większą potrzebę jego ochrony. Szacuje się, że społeczeństwo będzie jeszcze intensywniej korzystać z takich usług, jak sanatoria, spa czy różnego rodzaju specjalistyczne usługi medyczne.

Dodatkowo pandemia przyczyniła się do powstania nowej grupy pacjentów, tzw. ozdrowieńców, którzy poszukują wyspecjalizowanych miejsc z odpowiednimi kompetencjami oraz zapleczem do wspierania ich na drodze do całkowitego odzyskania zdrowia po infekcji koronawirusem.

COVID-19 stał się także katalizatorem zmian w zakresie cyfrowej transformacji ochrony zdrowia. Niewątpliwie nowe technologie medyczne, gwarantujące nieprzerwane świadczenie usług zdrowotnych w niewiarygodnie trudnych warunkach pandemii, miały w ostatnim czasie kolosalne znaczenie. Dowodem na to są także wyniki najnowszego raportu Future Health

Index 2021, przygotowanego na zlecenie firmy Philips, które jasno pokazują, że implementacja i szerokie wykorzystanie narzędzi e-zdrowia już nie są pieśnią przyszłości, ale teraźniejszością, której świadkami jesteśmy wszyscy. Cyfrowa dokumentacja medyczna, diagnostyka oparta na sztucznej inteligencji, telemedycyna, szeroko pojęte e-zdrowie i wirtualna opieka nad pacjentem to przykłady działań, które są kluczowe także z perspektywy turystyki medycznej. Cieszę się, że Philips jako lider w zakresie technologii medycznych może partycypować w tych przemianach, dzieląc się swoją wiedzą oraz adaptując i oferując najnowocześniejsze rozwiązania.

Czyli, mówiąc jaśniej, za pomocą nowych technologii sztab lekarzy i innych specjalistów medycznych może świadczyć opiekę medyczną na najwyższym poziomie, nawet jeśli znajdują się oni w zupełnie innym miejscu na świecie niż dany pacjent. Zgadza się?

Tak, dzięki możliwości zdalnej diagnostyki i leczenia pacjenta lekarze są uzbrojeni w narzędzia dające im dostęp do danych medycznych w czasie rzeczywistym, co się przekłada na możliwość szybszego podjęcia decyzji, spojrzenia na pacjenta w sposób bardziej holistyczny i kompleksowy czy skonsultowania się z kolegami po fachu, rezydującymi w innych specjalistycznych ośrodkach na całym świecie. Nowe technologie usprawniają współpracę pomiędzy poszczególnymi placówkami medycznymi, zapewniając optymalny poziom zarządzania leczeniem, a to z kolei ułatwia pracę lekarzy i zwiększa poczucie bezpieczeństwa samych pacjentów. Tak skonstruowany system daje także olbrzymie możliwości rozwoju turystyki medycznej, ponieważ umożliwia świadczenie właściwej opieki nad pacjentem również poza murami szpitala, np. w innych wyspecjalizowanych placówkach, takich jak hotele.

Wspomniał pan o kompleksowym podejściu do zdrowia; w jego ramach

nie mówimy tylko o leczeniu, lecz także podnoszeniu jakości czy po prostu zwiększaniu komfortu życia. Jak w to wpisuje się turystyka medyczna?

Przy wyborze miejsca, w którym będzie prowadzone leczenie czy różnego rodzaju zabiegi diagnostyczne lub rehabilitacyjne, pierwszoplanowe znaczenie ma wysoka jakość opieki medycznej w stosunku do ceny. Jak wskazują eksperci, nie bez znaczenia pozostają jednak również inne zmienne, jak: ciekawa oferta turystyczna czy kulturowa, wyjątkowe walory przyrodnicze, dbałość regionu, do którego się wybieramy,

jęwództwo warmińsko-mazurskie, gdzie zainicjowana przez Warmińsko-Mazurską Organizację Turystyczną nowa, inteligentna specjalizacja „Klaster Zdrowia” zrzesza szereg podmiotów, takich jak lokalne instytucje samorządowe, placówki medyczne, hotele, przedstawiciele środowiska naukowego, a także firmy technologiczne, jak m.in. Philips. Celem takiej współpracy jest wspólne działanie na rzecz rozwoju turystyki medycznej w tym regionie.

Jaka przyszłość czeka polską turystykę medyczną?



o środowisko naturalne, bogata baza noclegowa i transportowa. Pacjenci nie tylko przyjeżdżają na konkretny zabieg, chcą także odpocząć w najlepszych możliwych warunkach, zregenerować siły, pozbyć się stresu. Dla rozwoju turystyki medycznej istotna jest zatem współpraca ponadbranżowa wielu różnorodnych podmiotów. Przykładem takiej współpracy jest wo-

Widzę w tym obszarze olbrzymi potencjał. Uważam, że Polska posiada wszelkie zasoby do tego, by turystyka medyczna stała się naszą specjalnością, a tym samym istotną częścią gospodarki i dźwignią rozwoju dla poszczególnych regionów. Potrzebujemy ambasadorów tej idei i dobrych menedżerów, którzy dostrzegą potencjał i skoordynują działania na szeroką skalę. Nie zmarumy tej okazji i wdrażajmy kolejne projekty, takie jak wspomniany „Klaster Zdrowia” w Warmińsko-Mazurskiem. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA MROCZKOWSKA**

Polska posiada wszelkie zasoby do tego, by turystyka medyczna stała się naszą specjalnością, istotną częścią gospodarki i dźwignią rozwoju dla regionów

Jakość to inna niż transakcyjna perspektywa opieki

O ochronie zdrowia
w Polsce mówi

GIANFRANCO BILIOTTI,
dyrektor generalny
firmy Amgen w Polsce

Co według pana jest najważniejsze w ochronie zdrowia?

Spodziewamy się, że pandemia zostanie z nami jeszcze na trochę, więc musimy nauczyć się z nią żyć. Nie wolno zapominać, że głównym zabójcą w Polsce są choroby nowotworowe oraz sercowo-naczyniowe; przyczyniają się łącznie do ok. 60 proc. zgonów. Priorytet walki z pandemią nie powinien odwracać uwagi od tego faktu. Konsekwencje opóźnionej diagnostyki oraz utrudnień kontaktu z ochroną zdrowia tylko przesuwają w czasie problem faktycznych potrzeb zdrowotnych w tym zakresie. Pierwsze oznaki widać już w statystykach.

Jak pandemia wpłynęła na pacjentów?

Przed wszystkim diagnozowano ich zbyt późno. Stosując się do oficjalnych zaleceń, ludzie zostawali w domach. Obawiali się wyjścia z domu do przychodni, szpitala. Często zamiast szukać pomocy – czekali. Obraz uzupełniało powszechne zamykanie poradni lekarzy rodzinnych oraz specjalistycznych oraz ograniczenia dostępu do szpitali. Przekładano zabiegi i operacje. Moim zdaniem te i przyszłe wydarzenia wywołają ogromną presję na systemy ochrony zdrowia i ich potencjał (dostępnego personelu, technik diagnostycznych, środków finansowych), a także na wyniki leczenia. Wiele chorób będzie wykrywanych w zaawansowanym stadium, z mniejszą szansą na skuteczne leczenie. Paradoksem jest zatem to, że okres pandemii usytuował bardzo wysoko priorytet ochrony zdrowia w działaniach publicznych. To dobrze.

Popatrzmy na przykłady. Rak płuca: 80 proc. pacjentów jest diagnozowanych w Polsce w zaawansowanym III lub IV sta-



> Gianfranco Biliotti, Dyrektor Generalny Amgen w Polsce. Zafascynowany naukowym i biotechnologicznym przywództwem. Z wykształcenia inżynier, MBA szkoły biznesu HEC w Paryżu

dium choroby. Wynik leczenia nie może być tak dobry, jak byśmy chcieli, bowiem dla powodzenia terapeutycznego kluczowe jest wdrożenie leczenia jak najwcześniej. Dlatego tak ważna jest wczesna i odpowiednia diagnostyka, wspierająca rozpoznanie choroby, oraz badanie pacjenta nie wyrywkowe, ale kompleksowe. **Zdrowie pacjenta należy traktować całościowo, a nie jako zbiór cząstkowych działań medycznych wymagających oddzielnych transakcji rozliczeniowych.**

Co to znaczy?

Pacjenci często sami stają się „specjalistami” w dziedzinie własnego zdrowia. Dostrzegają niepokojące objawy – np. ból – i leczą się na własną rękę środkami przeciwbólowymi bez recepty. Dopiero kiedy po kilku miesiącach nie dostrzegają poprawy, idą do lekarza. A tutaj – najpierw długa

kolejka, a potem 10 minut na rozmowę. To stanowczo za mało. Rozpoczyna się proces diagnostyczny ze wsparciem wielu technik – często bardzo skomplikowanych i drogich. Pacjent kierowany jest także do specjalistów i tam zwykle też napotyka kolejkę. Mijają miesiące, zanim zrobi badania, pozna wyniki, skonsultuje się z innymi lekarzami i wreszcie dowie się o diagnozie. Moim zdaniem ważna jest świadomość zdrowia i wczesna diagnostyka. Oczywiście w przypadku choroby nowotworowej tę ścieżkę można znacznie skrócić (dzięki tzw. karcie DILO), a dostęp do specjalisty poprawić (tutaj decyzja z lipca br. o nielimitowym dostępie do lekarzy specjalistów). W przypadku braku lekarzy lub bezlimitowości tylko w przypadku wizyt pierwszorazowych poprawa dostępu dla pacjenta nie będzie odczuwalna, bowiem i tak pozostaną kolejki. W szczycie pandemii ten proces nie działał sprawnie. Przykładem

jest rak jelita grubego, do którego wykrycia konieczne jest badanie endoskopem – kolonoskopia. Tylko w pierwszym półroczu pandemii zanotowano spadek o 35 proc. liczby wykonywanych kolonoskopii w poradniach (AOS). Oczywiście jest wiele chorób, które trudno się diagnozuje, gdyż nie dają żadnych objawów lub niewielkie, np. osteoporoza, której często pierwszym objawem jest złamanie kości. Należy przy tym dodać, że złamanie szyjki kości udowej, szczególnie u osób w podeszłym wieku, może mieć skutek śmiertelny. W ciągu roku od zdarzenia umiera z tego powodu nawet około 20 proc. chorych.

Jakie zadania ma Amgen w Polsce?

Nasza misja w Polsce to dwa kierunki. Pierwszy, któremu bezpośrednio przewodzę, to kierunek czysto komercyjny. Poprzez rozmowy z Ministerstwem Zdrowia staramy się jak najszybciej dostarczyć polskim pacjentom nowoczesne leki. Drugi – równie ważny – to badania kliniczne przeprowadzane w Polsce. Jesteśmy dumni, że zaraz po Stanach Zjednoczonych (gdzie Amgen ma główną siedzibę) w Polsce rekrutuje się do naszych badań najwięcej pacjentów. Polska w tym zakresie zajmuje strategiczną pozycję dla Amgen. To tu pracujemy nad przełomowymi terapiami, tak wyczekiwanych przez chorych w obszarze onkologii, hematologii, nefrologii, chorób sercowo-naczyniowych, chorób kości czy chorób zapalnych. Wszyscy mogą czuć się wygranymi: rozwijane są nowe terapie, a polscy pacjenci, objęci badaniami klinicznymi, uzyskują do nich dostęp. Polski rząd może nie tylko pochwalić się, że takie innowacje powstają w kraju, ale też dostrzec fakt udostępniania nowoczesnego leczenia.

Pracował pan m.in. w Kolumbii, Meksyku, we Włoszech, w Rosji, krajach o różnych systemach ochrony zdrowia. Jak na ich tle wypada Polska?

Nigdzie na świecie nie ma perfekcyjnego systemu opieki zdrowotnej. Gdybym miał jednym słowem ocenić system opieki zdrowotnej w Polsce, to powiedziałbym: wydajny. Biorąc pod uwagę to, ile wydatkuję się na opiekę zdrowotną, to naprawdę wyniki są bardzo dobre. Oczywiście, jeśli zestawimy polski system np. z włoskim, gdzie na ochronę zdrowia ze środków publicznych przeznaczają się prawie 7,5 proc. PKB (dodatkowo 2,3 proc. to płatności dobrowolne), a w Polsce 5,2 proc. PKB (plus

1,9 proc. z własnej kieszeni), to widać dużą różnicę. Gdyby przewrotnie spytano mnie, czy wolałbym zachorować w Polsce, czy we Włoszech, odpowiedziałbym pewnie, że we Włoszech. Ale jeśli ktoś by mnie spytał, który z krajów uzyskuje lepszą wydajność leczenia z każdego wydanego eurocenta, to w wielu przypadkach wskazałbym na Polskę.

Na co wydawać pieniądze, żeby mieć dobrą ochronę zdrowia?

Pytanie, czy chcemy mieć najbardziej wydajny system, czy taki, który ma najlepszą jakość leczenia? A może taki, który jest najbardziej odporny na takie sytuacje jak obecna pandemia COVID-19? Polski system balansuje trochę na skraju wytrzymałości. Jeśli popatrzymy na niemiecką ochronę zdrowia, to tam zawsze utrzymuje się 20–25 -proc. bufor, dzięki któremu dużych „tąpnięć” da się uniknąć. W Polsce, ale też i we Włoszech, takiego bufora nie ma, przez co w przypadku pandemii te systemy nie są gotowe na duże zaskoczenia.

Kluczową sprawą jest czas: ile trzeba czekać na dostęp do nowoczesnych terapii. Kiedy już jakiś lek otrzymuje refundację i staje się dostępny dla pacjentów, to patrząc wstecz na cały ten czas, jaki trzeba było poświęcić na różne procedury, pozwolenia, negocjacje, dochodzi się do smutnego wniosku, że gdyby to wszystko udało się uprościć i przyspieszyć, wiele osób mogłoby wcześniej skorzystać z leczenia.

Nie muszę mówić, że w Polsce jest wielu wspaniałych specjalistów. Brakuje jednak środków na innowacje w polskim systemie, na dostęp do nowoczesnych terapii i na samych lekarzy, których w polskiej opiece zdrowotnej jest za mało. Gdyby Polska przeznaczała 8–10 proc. PKB na opiekę zdrowotną, mogłaby dogonić najlepsze systemy ochrony zdrowia na świecie. Dobra jest informacja o ustawowej gwarancji uzyskania 7 proc. PKB na ochronę zdrowia w roku 2027. Czy to jednak nie jest trochę za późno? Natomiast 10 proc. PKB na zdrowie przy dzisiejszej sile nabywczej oznaczałoby podwojenie całego obecnego budżetu NFZ... To tak, jakby co najmniej podwoić kwoty na programy lekowe, chemioterapię, leki w preskrypcji otwartej. To by niesamowicie zmieniło dostępność leczenia dla polskich pacjentów! Trzeba też przyznać, że równocześnie dużo pieniędzy jest marnowanych. Ile razy zleca się pacjentowi niepotrzebne badania, bo nie ma się

jego historii leczenia? Ile razy przepisano pacjentowi leki, które już wcześniej brał i nie przyniosły w jego przypadku efektów, ale lekarz o tym nie wie?

Nie chodzi tylko o to, żeby wydawać mniej na każde świadczenie zdrowotne. **Chodzi też o to, żeby nie wydawać pieniędzy bez niezbędnych danych, bez informacji, czyli żeby zadbać szczególnie o jakość świadczenia, o wynik. Jeżeli nie zaczniemy – tak jak już wspominałem – patrzeć na pacjenta całościowo, to nic się nie zmienia.** Zamiast choremu przepisywać na początku terapii 10 tanich leków, a dopiero na końcu, kiedy stan jego zdrowia jest już bardzo zły, przepisać mu ten najlepszy i najdroższy, może moglibyśmy odwrócić myślenie? Zacząć od droższej i najskuteczniejszej terapii, by osiągnąć optymalny wynik terapeutyczny? Jakość ochrony zdrowia to dla mnie inna niż transakcyjna perspektywa opieki. To spojrzenie na każdego pacjenta całościowo i długofalowo. Zawsze używam porównania z dziedziny kardiologii. Wysoki poziom cholesterolu nie boli. Biorę leki na obniżenie poziomu cholesterolu, żeby obniżyć ryzyko zawału. Co jest większym kosztem społecznym, a co ma większą wartość? Czy może odpowiednia interwencja w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej, dzięki której zmniejsza się ryzyko zawału serca, czy może skrócenie życia o 5–10 lat, które bezpowrotnie straciłbym z powodu tegoż zawału serca? Jeżeli nie zaczniemy patrzeć na jakość edukacji zdrowotnej, profilaktykę, leczenie i ich długofalowe skutki, to nic się nie zmienia w zakresie poprawy kondycji zdrowotnej całego polskiego społeczeństwa.

Ważne jest też, żeby pacjent chciał iść do lekarza chociaż raz w roku...

Państwo powinno badać obywateli pod kątem najczęstszych chorób. Wyobrażam sobie na przykład czasy, że klient wchodzi do galerii handlowej i dostaje zniżkę na buty w sklepie, bo zgodził się przy okazji zbadać krew. Medycyna powinna być bliżej ludzi. Dostęp do lekarza, badań, leków powinien być prostszy, szybszy. To wyzwanie dla wszystkich: rządu, lekarzy, kierowników placówek, organizacji pacjentów, firm farmaceutycznych. Prewencja i diagnostyka powinny być bardziej dostępne. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiał **MIŁOSZ WACHOWSKI**

Priorytet dla inwestycji w zdrowie

Rozmowa z **DIMITRIM GITASEM**, dyrektorem zarządzającym MSD Polska

Pandemia COVID-19 sprawiła, że wielu pacjentów unikało szpitali i wizyt u lekarza. Jak uzdrowić służbę zdrowia po koronawirusie?

Patrząc na efekty pandemii COVID-19, musimy przyrzeć się zarówno bezpośredniemu, jak i pośredniemu jej wpływowi. Ten pierwszy jest udokumentowany w postaci przypadków zachorowań, hospitalizacji czy zgonów i wnioski dotyczące ogromnej skali pandemii są bardzo jasne.

Wpływ pośredni nie jest już tak oczywisty, a my dopiero teraz dostrzegamy długofalowe reperkusje pandemii. Podczas pandemii wiele osób unikało szpitali i przychodni, a nawet ci, którzy chcieli skorzystać z opieki medycznej, w zdecydowanej większości nie byli w stanie tego zrobić. Dane pokazują, że dotyczyło to aż 70 proc. osób, które chciały dostać się do lekarza w sprawach niezwiązanych z COVID-19.

Musimy więc nadać priorytet inwestycjom w opiekę zdrowotną, ponieważ przez wiele lat będziemy nadal odczuwać ogromny negatywny wpływ pandemii. Wynika to m.in. z opóźnionych diagnoz w przypadku pacjentów z zaawansowaną postacią choroby, którym nie udało się dostać do lekarza w czasie, kiedy chcieli lub powinni byli to zrobić. Inwestycje w opiekę zdrowotną potrzebne są w jej wielu obszarach. Modernizacja systemu to jedno, ale ważny jest także dostęp do najnowocześniejszych leków i szczepionek. To dzięki nim można aktywnie leczyć, zmniejszać liczbę hospitalizacji, skracać czas spędzony w szpitalu, ograniczać procedury. Niezwykle ważne są inwestycje w nowoczesne terapie, ale i całokształtowa reforma systemu, dla której trzeba zapewnić odpowiednio wysokie nakłady finansowe.

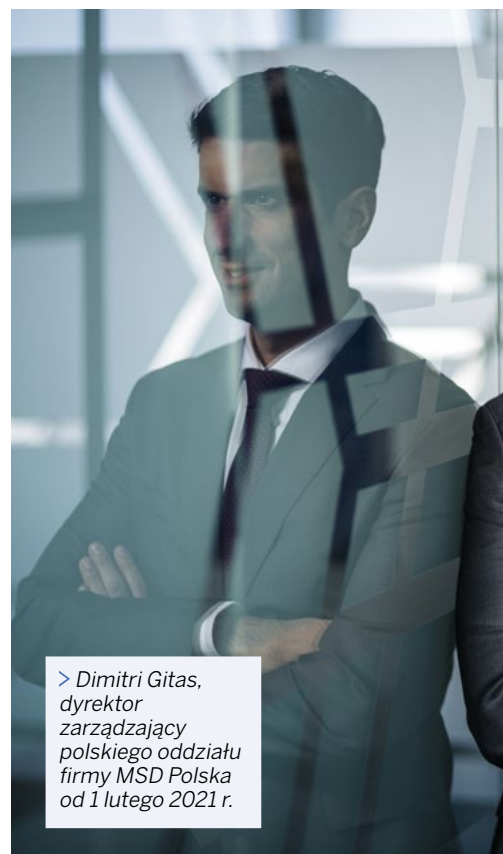
Medycyna to nie tylko leczenie, ale przede wszystkim profilaktyka. Czy

pandemia może ułatwić powszechne wprowadzanie w krajach rozwiniętych, w tym w Polsce, tak zwanej opieki zdrowotnej opartej na wartości?

Tak, oczywiście. Uważam, że musimy wyciągać wnioski z kryzysów, takich jak pandemia COVID-19. Znaczenie innowacyjnych leków i szczepionek nigdy nie było tak duże jak obecnie. Nieco ponad rok czekaliśmy na opracowanie szczepionki, która pomoże zakończyć pandemię, czekaliśmy na opracowanie terapii. To pokazuje, jak ważne jest inwestowanie w innowacje w opiece zdrowotnej.

A jaka była reakcja MSD na pandemię? Czy firma pracuje nad własną szczepionką?

Nasza firma podjęła wiele działań od początku pandemii. Natychmiast zainwestowaliśmy w procesy opracowania szczepionki i leku przeciw COVID-19. Z czasem skupiliśmy się wyłącznie na opracowaniu leków. Obecnie jesteśmy w trzeciej fazie badań klinicznych i liczymy, że terapia ta zostanie udośćniona pod koniec tego roku lub na początku przyszłego. Współpracujemy w Polsce z czterema różnymi placówkami naukowymi, w których prowadzimy badania kliniczne nad tą nowatorską terapią. Włączamy się w walkę z pandemią nie tylko w obszarze badań i rozwoju. Po zatwierdzeniu szczepionki Johnson&Johnson nawiązaliśmy z tą firmą partnerstwo, dzięki czemu wykorzystujemy nasze zasoby produkcyjne do produkcji szczepionki, aby sprostać światowemu popytowi. Takich przykładów współpracy na poziomie globalnym w walce z pandemią mamy znacznie więcej. Natomiast na poziomie lokalnym jednym z najważniejszych priorytetów we wszystkich krajach było zapewnienie ciągłości dostaw wielu leków ratujących życie, z których codzien-



> Dimitri Gitas,
dyrektor
zarządzający
polskiego oddziału
firmy MSD Polska
od 1 lutego 2021 r.

nie korzystają pacjenci cierpiący na schorzenia inne niż COVID-19.

Wspomniał pan o badaniach klinicznych. Jak ważny jest nasz kraj w tym aspekcie?

Jeśli spojrzymy na nasze inwestycje, MSD jako globalna organizacja inwestuje ponad 13 mld dol. rocznie w badania i rozwój. Jest to więc bardzo znacząca i jedna z najwyższych kwot inwestycji wśród wszystkich firm farmaceutycznych. Polska dla MSD jest trzecim w Europie i szóstym na świecie państwem pod względem liczby i zakresu prowadzonych badań klinicznych. Co roku przeprowadzamy ponad 100 badań klinicznych, zaangażowanych w nie jest przeszło 3 tys. polskich pacjentów i współpracujemy w tym obszarze z ponad 400 instytucjami. Dzięki naszemu zaangażowaniu i poniesionym inwestycjom MSD Polska otrzymała w bieżącym roku status centrum badawczo-rozwojowego przyznany przez Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii. Jesteśmy jedną zaledwie 47 takich firm w Polsce. To dla nas ogromne osiągnięcie i jednocześnie potwierdzenie zarówno strategicznego znaczenia Polski dla działań podejmowanych przez MSD, jak i wysokiej jakości, wagi i za-



Chcę udowodnić poprzez współpracę z naszymi partnerami, także tymi rządowymi, że Polska jest krajem, w którym powinniśmy więcej inwestować

kresu prowadzonych badań. Korzyści dla pacjentów to przede wszystkim dostęp do najnowocześniejszych leków. Dodatkowo tworzymy w Polsce miejsca pracy, a także dzięki naszym terapiom i szczepionkom przyczyniamy się do zmniejszenia obciążenia Narodowego Funduszu Zdrowia. Przynosi to więc wiele dobrego dla całego kraju, zarówno dla pacjentów, jak i dla gospodarki.

W tym roku został pan dyrektorem zarządzającym MSD Polska, wcześniej pracował pan w Kanadzie, USA i Grecji. Jak pan ocenia polski system opieki zdrowotnej na tle innych krajów?

Jako jedno z kryteriów oceny może służyć porównanie poziomu inwestycji w opiekę zdrowotną. I tu, jeśli wziąć pod uwagę wartość inwestowanego odsetka PKB, Polska jest niestety na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Niekorzystnie na tle innych państw europejskich nasz kraj

wypada także pod względem długości czasu, który upływa od zatwierdzenia preparatu do wprowadzenia refundacji oraz dostępności nowych leków i innowacyjnych terapii. Jest więc jeszcze sporo do zrobienia. Muszę jednak przyznać, że dużym optymizmem napawają niektóre deklaracje złożone niedawno przez stronę rządową, według których opieka zdrowotna ma być traktowana priorytetowo, a środki na zdrowie Polaków mają rosnąć. Mamy już przykłady tego, jak to może działać w zakresie krajowej strategii onkologicznej. Widzimy korzyści dla pacjentów w postaci dostępu do najnowocześniejszych leków, zapewnienia optymalizacji ścieżki pacjenta, wczesnego rozpoznania i leczenia na wczesnym etapie choroby, dzięki czemu możemy osiągać znacznie lepsze wyniki.

Ważną częścią krajowej strategii onkologicznej jest profilaktyka. Obecnie prowadzimy rozmowy z różnymi zainteresowanymi stronami w systemie opieki zdrowotnej, aby doprowadzić do opracowania optymalnego programu walki z wirusem

rażają się i umierają, to osoby niezaszczepione. Dlatego ważne jest ciągłe edukowanie. Obejmuje to przekazywanie zarówno rzetelnej wiedzy na temat zakresu badań nad szczepionkami, jak i udostępnianie danych, które pomogą ludziom zrozumieć wpływ, jaki brak szczepienia może mieć na ich życie. I tutaj idea partnerstwa musi być tak silna jak zawsze – pomiędzy rządem i całym sektorem zdrowotnym, przemysłem, stowarzyszeniami pacjentów, społecznością naukowców i ekspertami.

W Warszawie działa jedno z nielicznych centrów zarządzania danymi MSD na świecie. Ile MSD Polska już zainwestowało w naszym kraju? Jakie inne inwestycje firma planuje w najbliższym czasie?

Polska jest bardzo ważnym krajem w naszej organizacji pod względem inwestycji. Mamy tu cztery działy, wśród których znajduje się także wspomniane centrum zarządzania danymi, jedno z sześciu takich na świecie i jednocześnie nasze drugie co do wielkości. Jesteśmy także światowym liderem w nowoczesnych systemach identyfikacji zwierząt. Nasz zakład produkcyjny w Poznaniu zatrudnia ponad 200 osób i wytwarza innowacyjne systemy, które praktycznie w całości są eksportowane na cały świat. W całej Polsce zatrudniamy ponad 600 pracowników, a w ciągu ostatnich 10 lat zainwestowaliśmy w polską gospodarkę ponad 1,25 mld zł. To pokazuje, jak ważny jest dla nas polski rynek. Moim celem jako dyrektora zarządzającego w Polsce w ciągu najbliższych kilku lat jest nie tylko utrzymanie inwestycji na tym poziomie, lecz także ich zwiększenie. Chcę udowodnić poprzez współpracę z naszymi partnerami, także tymi rządowymi, że Polska jest krajem, w którym powinniśmy więcej inwestować.

W tym roku MSD Polska obchodzi 30-lecie obecności w Polsce. Nasze inwestycje, skupienie na pacjentach i zaangażowanie w rozwój ochrony zdrowia są najlepszym dowodem strategicznego zaangażowania w Polsce. To zaangażowanie zamierzamy rozwijać w kolejnych latach, m.in. inwestując w nasze moce produkcyjne. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiał **JAN PIENIĄŻEK**

Innowacje plus edukacja

Rozmowa z **MAGDALENA PARADZIŃSKĄ**, dyrektorką generalną Novo Nordisk Polska

Jest pani drugą z rzędu kobietą-szeffową Novo Nordisk Polska, objęła pani stanowisko w trudnym momencie pandemii COVID-19, która wciąż nie wiadomo, w jakim kierunku się rozwinie. Novo Nordisk ma leki na cukrzycę i otyłość: choroby, które są czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Jakie w związku z tym widzi pani przed sobą największe wyzwania?

Pandemia to trudny moment dla nas wszystkich, choć mam nadzieję, że wkrótce z niej wyjdziemy. Moja poprzedniczka na tym stanowisku, Katarzyna Kacperska, wraz z zarządem zrobiła bardzo wiele, jeśli chodzi o rozwój firmy, wprowadzenie nowych leków. Przejmuję polski oddział w bardzo dobrym stanie, z bardzo dobrym zespołem zarządzającym, zaangażowanymi pracownikami. W takiej firmie, z takimi ludźmi, z tak dobrymi lekami, jesteśmy w stanie wiele zmienić dla pacjentów w Polsce.

Epidemia COVID-19 po raz kolejny udowodniła, jak poważnym zagrożeniem jest cukrzyca. Dlatego tak ważne jest to, żeby pacjenci byli bardzo dobrze wyrównani metabolicznie. W okresie epidemii z różnych powodów rezygnowali z wizyt u lekarza. Mam nadzieję, że teraz to się zmieni. Wizyty u lekarza (także w formie zdalnej) są ważnym elementem leczenia. A w Polsce są już dostępne leki, które pomagają pacjentom efektywnie i w bezpieczny sposób kontrolować cukrzycę. Mamy leki dla pacjentów na każdym etapie choroby: całą gamę insulin, zarówno dla pacjentów chorych na cukrzycę typu 1, jak i typu 2, oraz analogi GLP-1 dla chorych na cukrzycę typu 2.

W ostatnich latach dokonał się prawdziwy przełom, jeśli chodzi o leczenie cukrzycy. Czy nowoczesne leki są do-



▲ Magdalena Paradzińska, dyrektorka generalna Novo Nordisk Pharma sp. z o.o. od 16 czerwca br.

stępne w Polsce, pomogą pacjentowi kontrolować cukrzycę?

W ostatnich dwóch latach zmieniło się bardzo wiele, jeśli chodzi o dostęp polskich pacjentów do nowoczesnych terapii stosowanych m.in. w cukrzycy. Obecnie w Polsce są refundowane wszystkie nowoczesne insuliny, jak również nowoczesne leki z nowych klas – flozyny, analogi GLP-1. Są niezwykle efektywne, a przy tym bezpieczne, pomagają też w ograniczeniu przyrostu masy ciała, a w wielu przypadkach pomagają ją obniżyć (zwłaszcza analogi GLP-1). Cieszę się, że te leki są już w Polsce refundowane, choć nadal dla dość wąskiej grupy pacjentów. Wspólnie z ekspertami

i Ministerstwem Zdrowia będziemy starać się robić wszystko, by dostęp do tych terapii był w Polsce tak szeroki jak w innych krajach. Będziemy też kontynuować nasze zaangażowanie w programy edukacyjne.

Novo Nordisk ma duże tradycje, jeśli chodzi o leczenie cukrzycy. Czy uda się w przyszłości ją wyleczyć?

Jesteśmy firmą innowacyjną, która bardzo dużo inwestuje w badania; obecnie nasza kolejna insulina wchodzi w trzecią fazę badań klinicznych; to insulina długo działająca, która będzie podawana we wstrzyknięciu raz w tygodniu. Może zmienić standard życia pacjentów, a jed-

nocześnie ułatwi im przestrzeganie zaleceń lekarskich. Prowadzimy też wiele badań, jeśli chodzi o analogi GLP-1. Na polskim rynku dostępne są analogi GLP-1 we wstrzyknięciu. W USA i wielu krajach Europy Zachodniej jest już analog GLP-1 w formie doustnej. To pierwszy na świecie peptyd w tabletkach. W Polsce zarejestrowany jest od kwietnia 2020 r., choć jeszcze nierefundowany. Mam nadzieję, że wkrótce będzie szerzej dostępny w Polsce. Są więc coraz bardziej efektywne leki, które pozwalają pacjentom lepiej kontrolować swoją chorobę i prowadzić normalne życie. A jeśli chodzi o wyleczenie cukrzycy, to jeszcze 15 lat temu naukowcy nie sądzili, że będzie możliwy peptyd w tabletkach, a dziś jest on już dostępny, dlatego wierzę, że uda się nam również wyleczyć cukrzycę.

Jeśli chodzi o analogi GLP-1, to prowadzimy też badania w leczeniu niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby (NASH) oraz wczesnej fazy choroby Alzheimera. Mam nadzieję, że uda się nam wprowadzić ten lek również w tych wskazaniach i będziemy mogli pomagać kolejnym grupom pacjentów. Pracujemy także w innych obszarach: rozpoczynamy właśnie badania trzeciej fazy nowych leków kardiologicznych. Chcemy wprowadzać

przez Europejską Agencję Leków (EMA) jako pierwszy lek w otyłości u młodzieży powyżej 12. roku życia. To bardzo ważne, gdyż otyłość jest coraz bardziej widoczna u dzieci, a Polska jest krajem, w którym dzieci tyją najszybciej w Europie. Obecnie jesteśmy w trakcie rejestracji leku, który będzie można przyjmować raz na tydzień. W pierwszej fazie badań mamy jeszcze bardziej obiecujące terapie, których stosowanie daje efekty porównywalne z efektami chirurgii bariatrycznej.

Czy Novo Nordisk prowadzi badania kliniczne także w Polsce?

W Polsce mamy drugie na świecie pod względem wielkości Centrum Badań Klinicznych w Novo Nordisk. Pokazuje to, że mamy ekspertów, którzy mogą wspierać badania nie tylko w Polsce, lecz także w innych krajach. Centrum powstało w 2019 r., a obecnie już zarządza badaniami klinicznymi w 16 krajach. Rozwija się bardzo dynamicznie. W 2021 r. włączyliśmy do badań najwięcej pacjentów w Polsce, a przypuszczam, że ich liczba w kolejnych latach będzie jeszcze rosła.

Jakie jeszcze inwestycje firma prowadzi w Polsce?

W Polsce mamy drugie na świecie pod względem wielkości Centrum Badań Klinicznych w Novo Nordisk. Mamy ekspertów, którzy mogą wspierać badania nie tylko w Polsce, lecz także w innych krajach

leki, które znacząco wpływają na efektywność i standardy leczenia, a tym samym poprawiają sytuację pacjentów.

Zanalogami GLP-1 są związane ogromne nadzieje włączeniu otyłości: eksperci mówią, że to pierwsze leki, które mogą się okazać skuteczne.

Leczenie otyłości to ogromne wyzwanie; w naszym kraju już ok. 25 proc. dorosłych choruje na otyłość, a za kilka lat będzie to 30 proc. Wiele osób jest nieświadomych, że to choroba. W Polsce jest już dostępny pierwszy analog GLP-1 ze wskazaniem w leczeniu otyłości (bez towarzyszącej cukrzycy). W tym roku został on zaakceptowany

Polska jest ważnym krajem dla Novo Nordisk, mamy wiele młodych, dobrze wykształconych osób. Dlatego w ubiegłym roku zarząd firmy podjął decyzję, żeby w naszym kraju umiejscowić kolejne centrum usług wspólnych (Regional Shared Service), tym razem w obszarze HR. Już wkrótce będzie on wspierać 4 tys. pracowników w Europie oraz w niedalekiej przyszłości także kraje na Bliskim Wschodzie i w Afryce. Jak widać, co roku staramy się wprowadzać nowe inwestycje.

Ktoś może pomyśleć, że gdy będą skuteczne leki na otyłość i cukrzycę, to będzie można jeść wszystko i prowa-

dzić siedzący tryb życia. Czy oprócz poszukiwania nowych leków prowadzicie też akcje edukacyjne, także w okresie pandemii?

Jako firma stawiamy na innowacje, jednak drugim aspektem naszego działania jest odpowiedzialność społeczna, w której mieści się edukacja zdrowotna. Zarówno w otyłości, jak i w cukrzycy prowadzimy wiele programów edukacyjnych, które mają zwiększyć świadomość społeczną. W tym roku ruszyliśmy z drugą edycją kampanii „Porozmawiajmy szczerze o otyłości”, która zwraca uwagę, że otyłość nie jest defektem kosmetycznym, tylko przyczyną około dwustu poważnych chorób, powoduje też ogromne koszty społeczne. Mam nadzieję, że dzięki tej kampanii zmieni się postrzeganie otyłości zarówno u pacjentów, jak i lekarzy oraz decydentów. To też ważne przesłanie systemowe: jeśli chcemy dobrze leczyć cukrzycę, musimy też leczyć chorobę, która zwiększa ryzyko jej występowania, czyli otyłość.

Od wielu lat prowadzimy także akcję „Razem zmieniamy cukrzycę”, a także program Cities Changing Diabetes, w którym uczestniczy 25 miast z całego świata, w tym Warszawa i Kraków. Cukrzyca i otyłość to choroby cywilizacyjne, dlatego doszliśmy do wniosku, że trzeba się skupić na miastach, zwrócić uwagę na to, co w nich generuje zwiększoną zachorowalność na te choroby. W Polsce Rada Naukowa uznała, że warto nakierować się na działania w szkołach, gdyż wielu nauczycieli ma doświadczenia z cukrzycą, a jednocześnie mogą przekazywać wiedzę uczniom. Właśnie otrzymaliśmy wyniki z 4 tys. ankiet. Na tej podstawie eksperci zaproponują interwencje.

Czy doświadczenia z pandemią pokazują, jak powinien się zmienić system ochrony zdrowia w Polsce?

Pandemia pokazała, jak ważne są profilaktyka, regularne badania, dostęp do lekarza i efektywne leczenie. Powinniśmy je wprowadzać na wczesnym etapie, a nie wówczas, gdy pojawiają się powikłania. Im gorszy jest stan naszego zdrowia, tym pandemia bardziej nas dotyka, dlatego warto inwestować w zdrowie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Stabilizować, usprawniać, rozwijać

Rozmowa z **JEREMYM LAUNDERSEM**,
prezesem zarządu Bioton SA

Jak Irlandczyk, który ostatnie dwa lata spędził w Kanadzie, a przez 25 lat pracował dla takich gigantów, jak Baxter, Pfizer czy DiaSorin, znalazł się w Polsce, żeby kierować naszym Biotonem?

Jest niewielu producentów insuliny na świecie, a tylko czterech w Europie produkuje zarówno substancję czynną, jak i formy gotowe insuliny. Jednym z nich jest właśnie polski Bioton. Widziałem w tej firmie dla siebie misję. Konkretny cel, jakim jest wprowadzenie analogów insuliny, nowych produktów firmy Bioton na rynek. Wprowadzenie nowych rozwiązań wspomogłoby rozwój firmy. Ważnym zadaniem podczas realizowania tych celów jest również rozwijanie talentów i ekspertów w zespole firmy. Decyzja była prosta.

Środek pandemii to trudny czas na rozpoczęcie pracy w firmie farmaceutycznej, a pan przyszedł do Biotonu w trakcie trzeciej fali COVID-19. Jakie były pierwsze decyzje?

Przede wszystkim zespół. Rozpocząłem pracę od wyznaczenia liderów i osób decyzyjnych, które pomogłyby wdrożyć strategię Biotonu w życie. A to, co chcemy zrobić, to usprawnić, ustabilizować i rozwinąć firmę. Nie zrobiłbym tego bez osób znajdujących się na biotechnologii. Szukałem talentów, chciałem przyciągnąć jak najwięcej doświadczenia do firmy. Drugą ważną sprawą były finanse Biotonu. Teraz lepiej kontrolujemy nasze koszty.

A co z produktami?

Celem jest wypełnienie portfolio produktowego dla Biotonu. Mamy insulinę, mamy nową terapię dla chorych na cukrzycę z grupy inhibitorów DPP 4, która powinna być dostępna dla pacjentów w przyszłym roku. Udało się nam zabezpieczyć zapasy metforminy, kluczowego leku w leczeniu cukrzycy, którego w zeszłym roku brakowało w Polsce. Patrzymy też na rynek monitorowania

poziomu glukozy we krwi. Mamy już takie urządzenia, ale chcemy ulepszyć naszą ofertę. Patrzymy na nowinki technologiczne, jak CGM, czyli ciągłe monitorowanie glikemii.

Jak to działa?

Tuż pod skórą umieszcza się sensor, który na bieżąco mierzy poziom glukozy i przekazuje dane do urządzenia. Informację z pomiaru może wysyłać bezprzewodowo do aplikacji na smartfonie, a następnie do komputera lekarza. Są sensory, które wykorzystują igły oraz bezigłowe. Pracujemy nad wprowadzeniem takich rozwiązań również w Biotonie.

Pandemia nie popsła wam szyków? Jak wpłynęła na pacjentów z cukrzycą?

Największym problemem była zbyt późna diagnoza cukrzycy i wprowadzenie intensywnego leczenia. Mimo że obserwujemy znaczny postęp w rozwoju telemedycyny, wizyty u lekarza w czasie tzw. lockdownów dla niektórych pacjentów były utrudnione, a część przychodni pozostawała zamknięta. Przez to diagnoza była jeszcze trudniejsza. A kiedy już się diagnozuje cukrzycę, zaczyna się proces leczenia. Jednym z jego głównych elementów jest edukacja. Znany polski diabetolog powiedział mi, że w najgorszych okresach pandemii miał duże trudności w prowadzeniu swoich pacjentów. Było mu na przykład trudno rozpocząć terapię insuliną ze względu na fakt, że pacjent musi przejść kompleksowe szkolenie w zakresie leczenia, diety czy korzystania z wstrzykiwacza do insuliny. Podjęcie tych działań jest niezbędne przy inicjacji insulinoterapii. Wzrosło też zainteresowanie nowymi doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi, które pozwoliły zrównoważyć niektóre z tych wyzwań.

Mówimy o nowych pacjentach, a co z tymi, którzy walczą z cukrzycą od lat?

*> Jeremy Launders,
prezes zarządu
Bioton SA,
absolwent Dublin
Technological
University,
specjalista nauk
biologicznych
stosowanych*

Najgorzej było u tych chorych na cukrzycę, którzy zakazili się koronawirusem. Szybko tracili odporność, co pogarszało ich stan zdrowia i jakość życia. W zeszłym roku co drugi Polak przybrał na wadze, a nadwaga i otyłość jest czynnikiem ryzyka zachorowania na cukrzycę. Przyrost masy pacjentom z cukrzycą na pewno nie pomógł. Wreszcie istnieje też coś takiego, jak „długi COVID-19”. Tak nazywa się grupę objawów, które pacjenci zgłaszają jeszcze kilka miesięcy po przejściu choroby. Te objawy mogą znacząco utrudnić życie pacjentom z cukrzycą.

A jak pandemia wpłynęła na sam biznes?

Pandemia przyniosła wiele wyzwań. Najpoważniejszym było pozyskiwanie materiałów do produkcji. Przykładowo czas realizacji zamówienia na dostawy niektórych surowców wydłużył się do 52 tygodni!

Skąd takie opóźnienia?

Pojawiło się nowe zapotrzebowanie ze strony firm farmaceutycznych produkujących szczepionki na COVID-19. I to one wchłonęły zdolności produkcyjne dostawców materiałów dla firm farmaceutycznych. To zrozumiałe; dystrybucja szczepionek jest priorytetem. Ostatnio producenci zwiększyli wydajność, więc powoli wracają do pierwotnych planów dostaw.



Jak brak materiałów do produkcji wpłynął na biznes?

Wzrosły koszty produkcji. Nie dość, że mieliśmy do czynienia z wydłużonymi terminami dostaw, to jeszcze z rosnącymi cenami.

Podnieśliście więc ceny?

W 2020 r. nie podnosiliśmy cen. Musieliśmy znaleźć inne możliwości zwiększenia efektywności i zainwestować w usprawnienie procesów, by utrzymać ceny.

Oprócz tego, że sprzedajecie swoje produkty w Polsce, to mocno stawiacie na eksport. Głównie za naszą wschodnią granicę. A co z Zachodem?

Nasze produkty są zarejestrowane w prawie 30 krajach na czterech kontynentach. W Europie jesteśmy w Polsce, ale też na Malcie, w Bośni i Hercegowinie, na Ukrainie czy na Białorusi. Jesteśmy także w Azji, Afryce i Ameryce Południowej. Dodatkowo współpracujemy również z publicznymi globalnymi organizacjami

zajmującymi się ochroną zdrowia. Kiedy taka organizacja zgłasza, że w jakimś kraju brakuje insuliny, jesteśmy gotowi pomóc w dostawach.

Chcemy się skupić na rozwoju na obecnych rynkach i wzmocnić naszą obecność w Ameryce Łacińskiej. Jesteśmy w trakcie procedury rejestracyjnej w Brazylii, rozpoczynamy proces rejestracyjny w Meksyku. To kraje o dużej liczbie ludności, więc zapotrzebowanie na insulinę jest tam spore.

Jeśli chodzi o Zachód, to pracujemy nad nową terapią analogami insuliny i naszą ambicją jest uzyskanie akceptacji amerykańskiej Agencji Żywności i Leków oraz Europejskiej Agencji Leków.

Oprócz analogów insuliny nad czym jeszcze pracuje się dzisiaj w Biotonie?

Obserwujemy ogromny wzrost nowych terapii. Leki te powodują, że pacjent traci na wadze i potrafi lepiej kontrolować stężenie cukru. Jednak w niektórych przypadkach i tak musi stosować insulinę. Prowadzimy własne badania pod kątem skuteczności działania naszej insuliny z tymi nowoczesnymi lekami.

Czy nadal chcecie się koncentrować na diabetologii?

Dzisiaj każdy kojarzy Bioton z diabetologią i nie chcemy tego zmieniać, ale szukamy innych mocnych filarów, które mogłyby wesprzeć naszych pacjentów i nasz biznes. U osób z cukrzycą często występują schorzenia współistniejące wpływające na prawidłowe funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego, nerwowego czy nerek. W przyszłości Bioton mógłby pomóc pacjentom również z innymi problemami zdrowotnymi wynikającymi z cukrzycy.

Chcemy mieć mocne portfolio z mocnymi usługami wspierającymi opiekę medyczną.

Co z badaniami?

Chcemy przede wszystkim koncentrować się na lepszej współpracy z polskimi uniwersytetami.

Jak ta współpraca mogłaby wyglądać?

Po pierwsze pozyskiwanie młodych talentów. Wyłapywanie najlepszych studentów i zapraszanie ich do Biotonu. Mamy mocny dział badań i rozwoju. Student czy absolwent, który myśli o karierze naukowej, mógłby u nas prowadzić projekty badawcze i pisać prace naukowe. Kiedy już się obroni, może zgłosić się do pracy.

Inna forma współpracy to wsparcie uniwersytetów w badaniach. Przecież każda uczelnia nad czymś pracuje. Często to naprawdę przełomowe rzeczy, ale prace potrafią utknąć w martwym punkcie, bo brakuje pieniędzy na ich dokończenie. Takie firmy, jak Bioton mogłyby pomóc w finansowaniu i przekazaniu wyniku badań na dobrze wyskalowany i rentowny produkt.

Polskie firmy biotechnologiczne mają szansę w starciu z zagranicznymi gigantami?

Tak. Mamy w Polsce doświadczenie i technologię, żeby opracowywać innowacyjne terapie. Widzę to choćby po tym, ile firm zgłasza się do Biotonu, żebyśmy wyprodukowali produkt lub brali udział we wspólnym przedsięwzięciu. W Polsce dzieje się dużo dobrego w dziedzinie biotechnologii. Mamy również wykwalifikowanych pracowników. Jeśli jednak spojrzeć na globalną konkurencję, z reguły jest tak, że duża międzynarodowa firma farmaceutyczna ma strategicznych partnerów. Widać to było choćby w produkcji szczepionek mRNA na COVID-19. Pfizer zdobył tę technologię dzięki współpracy z BioNTech. To nic nadzwyczajnego, że konkurencyjne firmy decydują się zainwestować w start-upy czy tzw. jednorożce. Takie wsparcie dla nauki i techniki przyniesie w rezultacie każdemu przedsiębiorstwu proporcjonalny zwrot z inwestycji.

Za granicą dużo firm rośnie również dzięki akwizycjom. To coś, co polskie firmy powinny wziąć pod uwagę. Pozyskanie strategicznych partnerów w Europie, lepsza współpraca z uniwersytetami i nieustanne dostosowywanie się do globalnych wymogów regulacyjnych pomogłyby polskim firmom w zdobyciu zagranicznych rynków. 

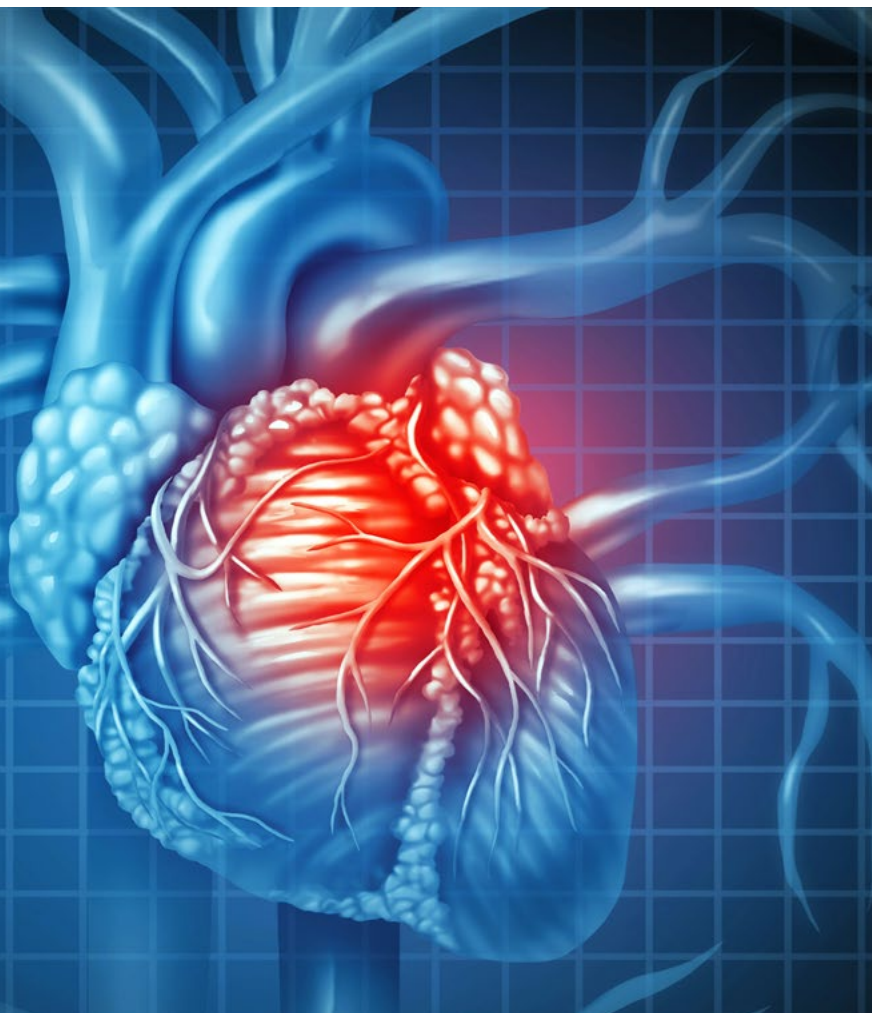
© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiał **SYMON KRAWIEC**

Dzisiaj Bioton kojarzy się z diabetologią i nie chcemy tego zmieniać, ale szukamy innych mocnych filarów, które mogłyby wesprzeć pacjentów i nasz biznes

Serce Polaka czasu COVID

Rozmowa z **PROF. ADAMEM WITKOWSKIM**,
prezesem PTK,
kierownikiem Kliniki
Kardiologii i Angiologii
Interwencyjnej
w Narodowym
Instytucie Kardiologii



Panie profesorze, dlaczego pandemia COVID-19 tak niekorzystnie wpłynęła na pacjentów kardiologicznych?

Niestety, faktem jest, że pandemia bardzo niekorzystnie odbiła się na sytuacji pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi. Z raportu Ministerstwa Zdrowia wiemy, że największy przyrost zgonów w 2020 r. (aż o prawie 17 proc.) był spowodowany właśnie chorobami układu krążenia.

Szpitala, szczególnie w okresie nasilenia fali epidemii, były nastawione przede wszystkim na leczenie pacjentów zakażonych COVID-19, ograniczały więc liczbę przyjęć pacjentów do planowych procedur kardiologicznych. Spadła również liczba leczonych ostrych zawałów serca, co również musiało się odbić na wzroście śmiertelności, a także na wzroście liczby osób z niewydolnością serca. Mimo pandemii apelowaliśmy,

żeby nie wstrzymywać pilnych przyjęć do szpitala. Przeprowadzaliśmy też kampanie informacyjne dla pacjentów, żeby nie lekceważyli bólu w klatce piersiowej i zgłaszali się do szpitala. Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia zorganizowaliśmy kampanię #ZostańwDomuzZawałem, która – mam nadzieję – przekonała pacjentów, by nie wahali się dzwonić na pogotowie w razie podejrzenia zawału serca. To samo dotyczyło udarów mózgu. Choć faktycznie było niewielkie ryzyko zakażenia w szpitalu, to jednak przeczekiwanie w domu zawału serca czy innego ostrego stanu kardiologicznego jest o wiele bardziej niebezpieczne.

Pandemia spowodowała też zahamowanie zmian organizacyjnych w kardiologii. Nie wszedł do tej pory w życie długo oczekiwany program koordynowanej

opieki nad chorymi z niewydolnością serca, czyli KONS.

Nie udało się niestety wprowadzić KONS – programu koordynowanej opieki nad chorymi z niewydolnością serca. Bardzo tego żałuję. W opracowanie tego programu zostało włożone wiele pracy, był on już dopracowany w szczegółach, miał wchodzić w życie, zostało to ogłoszone. Niestety, nie jest realizowany. Zapewne zostanie on częściowo zrealizowany w pilotażowym programie sieci kardiologicznej. Bardzo dobrze, że pojawiła się koncepcja sieci, warto jednak zauważyć, że nie zostało w niej dokładnie określone, co zrobić z chorym po wypisie ze szpitala. Brakuje koordynowanej opieki, która jest np. w programie KOS-Zawał dla pacjentów po zawale serca. Ministerstwo zapowiada, że gdy pilotaż ruszy, to być może uda się

Z raportu Ministerstwa Zdrowia wiemy, że największy przyrost zgonów w 2020 r., aż o prawie 17 proc., był spowodowany chorobami układu krążenia

wprowadzić program opieki koordynowanej w części dotyczącej pacjentów z niewydolnością serca.

Ministerstwo Zdrowia zapowiada jednak wejście w życie pilotażu sieci kardiologicznej. Czy dzięki temu pacjenci z niewydolnością serca będą objęci opieką?

W ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej mówi się o czterech obszarach: niewydolności serca, wadach zastawkowych, nadciśnieniu tętniczym opornym na leczenie farmakologiczne, zaburzeniach rytmu serca. Niektóre procedury w tych obszarach nie będą wliczane w limit ryczałtowy, tylko będą finansowane poza ryczałtem. Mają być stworzone szybkie ścieżki diagnostyczne, zintensyfikowana współpraca z lekarzami pierwszego kontaktu, pojawiają się koordynatorzy diagnostyki i leczenia, infolinia. Jeśli to wszystko zadziała, to sieć kardiologiczna przyczyni się do sprawniejszej diagnostyki i leczenia. Mam nadzieję, że będzie można również dołączyć do tego koordynowaną opiekę nad chorymi z niewydolnością serca. Program pilotażowy jest zaprojektowany na 18 miesięcy, następnie ma być zrobiona ewaluacja jego efektów.

W 2019 r. wszedł w życie program leczenia hipercholesterolemii rodzinnej. Wszyscy bardzo się z niego cieszyli, jednak leczonych w ramach tego programu jest obecnie tylko ok. 200 pacjentów. Dlaczego tak niewielu, skoro chorych jest co najmniej kilkadziesiąt tysięcy, a z nowoczesnych leków mogliby skorzystać też pacjenci, u których innymi sposobami nie udaje się obniżyć poziomu cholesterolu do bezpiecznego stężenia?

Przyczyn jest wiele; jedną z nich są bardzo restrykcyjne, wyśrubowane kryteria włączenia do programu i przez to ograniczone możliwości leczenia nowymi terapiami. Te kryteria mogą nie pozwalać części pacjentów na korzystanie z programu, choć odnieśliby z niego bardzo duże korzyści. Faktem jest też, że nie wszyscy

pacjenci chcą uczestniczyć w programach lekowych; nie wszyscy mogą sobie pozwolić na tak częste wizyty u lekarzy. Kolejną przyczyną jest fakt, że jest to dodatkowy obowiązek dla lekarzy i dodatkowa sprawa zawodowa. Myślę, że należy rozmawiać z Ministerstwem Zdrowia, by ten program poprawić i uelastyczyć kryteria wejścia do programu; powinny one być zbliżone do zaleceń Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Na pewno spowodowałoby to wzrost liczby pacjentów korzystających z programu; zarówno chorych z hiperlipidemią rodzinną, jak chorych bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego.

W czasie pandemii mniej było w szpitalach pacjentów z ostrymi incydentami sercowo-naczyniowymi, a także tych, u których przeprowadzano planowe zabiegi. A jak sytuacja wygląda obecnie? Pacjenci szturmują szpitale?

Powiedziałbym, że leczenie i diagnostyka w okresie pandemii zostały zamrożone, a teraz powoli zaczyna się to odmrażać. Przyzwyczailiśmy się już do tego, że mamy epidemię COVID-19. Mamy też pacjentów, którzy muszą być leczeni, nie mogą czekać. Sądzę, że jeśli nie wydarzy się jakaś katastrofa, wirus nie zacznie znów zbierać żniwa w swojej nowej odmianie, wszystko będzie wracało do normalności. Przyjmujemy pacjentów normalnie, choć staramy się zmniejszyć liczbę chorych w salach szpitalnych. Nie zawsze to się jednak udaje, gdyż staramy się „nadrabiać zaległości”. Będziemy coraz bardziej normalnie funkcjonować, trzeba będzie przyzwyczaić się do koronawirusa, tak jak przyzwyczailiśmy się do grypy.

Jak będzie wyglądało serce Polaka po pandemii? Jeszcze przed epidemią COVID-19 umieraliśmy częściej niż mieszkańcy Europy Zachodniej z powodu chorób serca i naczyń.

Myślę, że niestety będzie gorzej. Już widzimy, że śmiertelność w ostatnim roku wzrosła na skutek nieleczenia wszystkich zawałów serca, odwleknięcia planowych zabiegów, oczekiwania, aż epidemia wygaśnie, to wtedy przyjmie się chorych. Przez to narastają kolejki do zabiegów planowych. Niestety, zabiegów planowych w kardiologii nie można odkładać. Część chorych, którzy mieli być leczeni planowo, np. z powodu zwężenia zastawki aortalnej, nie doczekała leczenia. Zmarli albo ich stan pogorszył się na tyle, że musieli być leczeni w trybie pilnym, a takie leczenie zawsze daje gorsze wyniki niż leczenie planowe. Liczba planowych zabiegów kardiologii inwazyjnej spadła o ponad 70 proc.

Jeszcze przed pandemią, w ostatnich trzech latach, w Polsce wyhamował trend spadku śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Nie spadła śmiertelność, a to oznacza, że musimy coś zmienić. Mamy nadzieję, że programy opieki koordynowanej, sieć kardiologiczna, zmieniają tę sytuację. Od lat czekamy też na nowoczesne terapie w leczeniu pacjentów z niewydolnością serca, z migotaniem przedsionków. Zawsze słyszymy argument, że liczba chorych kardiologicznych jest tak duża, że to będzie dużo kosztować. To prawda, jednak albo zwiększymy nakłady na ochronę zdrowia i na nowoczesne terapie, albo będziemy szybciej umierać. Te terapie na pewno poprawiłyby efektywność leczenia, oczywiście pod warunkiem że byłoby to połączone z poprawą opieki. Chory musi mieć systematyczne kontrole, plan leczenia, by nie pojawiały się zaostrzenia choroby. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



Prof. Adam Witkowski

prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej w Narodowym Instytucie Kardiologii

Rozmowa
z **DR N. EKON. MAŁGORZATĄ
GAŁĄZKĄ-SOBOTKĄ**,
dyrektor Instytutu
Zarządzania
w Ochronie Zdrowia
Uczelni Łazarskiego

Ponad pół roku od wprowadzenia opłaty cukrowej wciąż otwarte jest pytanie: na co te środki zostaną przeznaczone?

Zgodnie z zapisami ustawy wprowadzającej opłatę cukrową powinny być przeznaczone na prewencję chorób cywilizacyjnych, związanych m.in. z konsumpcją cukru, a w szczególności na rozwiązanie problemu nadwagi i otyłości. W tej kwestii jest konsensus wielu środowisk. Kolejne badania naukowe potwierdzają wzrost liczby osób z nadwagą i otyłością we wszystkich grupach wiekowych w okresie pandemii COVID-19, a wiemy, że otyłość jest poważną chorobą, której skutkami są liczne powikłania, bardzo dotkliwe zarówno z punktu widzenia zdrowia, jak finansów publicznych. To przede wszystkim cukrzyca, choroby kardiologiczne, nefrologiczne, nowotwory: ze wzrostem ich liczby będziemy musieli się zmierzyć w kolejnych dekadach, jeśli nie zajmiemy się pierwotnym problemem, którym jest nadwaga i otyłość.

Na tę chwilę niepokoją nikłe komunikaty zarówno z Ministerstwa Zdrowia, jak i z NFZ, jeśli chodzi o konkretne działania, które będą przypisane do tego nowego źródła finansowania. Opinia publiczna oczekuje, że ministerstwo i NFZ precyzyjnie zakomunikują, jakie konkretne interwencje zostały zainicjowane i sfinansowane z tego źródła. Pierwszym działaniem miał być

Potrzebna strategia walki z otyłością

program KOS-BAR (kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami z otyłością olbrzymią leczonych bariatrycznie). Od kilku miesięcy czekamy na wdrożenie pilotażu.

Już dziś nawet 25 proc. dorosłych Polaków cierpi na otyłość. Jak powinna

być zorganizowana opieka nad pacjentami z otyłością, by przyniosła efekt?

Otyłość to choroba, która skutkuje pojawieniem się wielu negatywnych następstw, dlatego opieka musi być kompleksowa, z zaangażowaniem interdyscyplinarnego zespołu złożonego m.in. z lekarza internisty czy diabetologa lub endokrynologa, dietetyka, psychoterapeuty, fizjoterapeuty. W Polsce nie ma specjalizacji obesitologia, ale wielu specjalistów rozwija swoje umiejętności w leczeniu otyłości i to oni powinni być liderami zespołu terapeutycznego.

Bardzo ważne jest postrzeganie leczenia otyłości w dłuższym horyzoncie czasu. Rozwija się ona latami i jest chorobą, z którą niełatwo się zmierzyć w krótkim czasie.



**Dr n. ekon. Małgorzata
Gałązka-Sobotka**

działek Centrum Kształcenia Poddyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia

Plan terapii powinien być rozpisany na co najmniej 12 miesięcy, gdyż nie sposób szybciej osiągnąć zadowalających wyników. To jednak nie koniec, musi być też jasno określona rola lekarza rodzinnego, który kwalifikuje pacjenta do leczenia specjalistycznego oraz przejmuje opiekę nad pacjentem po jego zakończeniu. W przypadku leczenia chirurgicznego nadzór nad pacjentem musi być dłuższy: KOS-BAR przewiduje, że powinien on trwać co najmniej 18 miesięcy po operacji chirurgicznej. Nauczenie pacjenta zdrowego stylu życia wymaga czasu. Otyłość może być chorobą uleczalną, wymaga jednak rozpisanej i rozłożonej w czasie procesu terapii, po którym niezbędne jest wsparcie lekarza rodzinnego.

Ważną częścią programów jest monitorowanie efektów leczenia, a także premiowanie ich przez płatnika.

Poradnie leczenia otyłości powinny obejmować opieką nie tylko chorych na otyłość ołbrzymią?

Problemem nadwagi powinien się zająć lekarz rodzinny, gdyż zespół POZ jest odpowiedzialny za profilaktykę, a nadwaga oznacza ryzyko pojawienia się choroby otyłościowej. Wszystkie środowiska zajmujące się problemem otyłości apelują, by w zespole POZ już na stałe znalazł się dietetyk. Nie będziemy w stanie zatrzymać „tsunami” choroby otyłościowej poprzez nawet najbardziej doskonały system opieki specjalistycznej. Musimy to zjawisko zatrzymać na poziomie skutecznej profilaktyki i wczesnej diagnostyki z kluczową rolą lekarza rodzinnego.

Gdy pojawia się otyłość (a kryteria tej choroby są ściśle określone: BMI > 30), pacjent powinien być kwalifikowany do kompleksowej diagnostyki i opieki w ośrodku z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów. Jeśli choroba jest bardzo zaawansowana i wymaga leczenia chirurgicznego, pacjent powinien być przekierowany do najwyższego pod kątem stopnia referencyjności centrum kompleksowego leczenia otyłości. Powinniśmy mieć trzy poziomy leczenia. Pierwszy to POZ z dietetykiem; drugi to AOS, koncentrujący się na leczeniu zachowawczym; trzeci – kompleksowe ośrodki, w których jest możliwe prowadzenie także leczenia chirurgicznego. Taka ścieżka obejmowałaby wszystkich pacjentów, bez względu na stopień zaawansowania choroby.

Długim zdrowotnym pandemią COVID-19 jest przede wszystkim otyłość. Priorytetem w pierwszym roku obowiązywania opłaty cukrowej powinny być działania nakierowane na profilaktykę i leczenie otyłości. Potrzebujemy długoterminowej strategii i konsekwentnego działania. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



OKIEM KLINICYSTY

Prof. Leszek Czupryniak,
kierownik Kliniki Diabetologii
i Chorób Wewnętrznych WUM

Opłata cukrowa została wprowadzona z dwóch powodów. Pierwszy: chodziło o zmniejszenie spożycia słodkich napojów, które przyczyniają się do nadwagi, otyłości i ich konsekwencji, w tym m.in. cukrzycy. To w pewnym sensie się udało, ponieważ sprzedaż słodzonych napojów spadła. Drugi powód: chodziło o takie spożytkowanie pieniędzy z opłaty cukrowej, by zmniejszył się problem otyłości. Opłata cukrowa to pewne zobowiązanie społeczne, ponieważ została wprowadzona pod hasłem działania na rzecz dobra społecznego.

Pojawił się postulat rozszerzenia refundacji leków stosowanych w leczeniu otyłości i cukrzycy czy systemów ciągłego monitorowania glikemii. To jest potrzebne, jednak pieniądze z opłaty cukrowej powinny być też wydane na działania profilaktyczne, w tym np. na szeroko pojętą edukację, m.in. na poziomie POZ, edukację w szkołach. Pacjent z nadwagą i otyłością powinien mieć możliwość skorzystania z kompleksowej i długotrwałej pomocy. Wymaga to opracowania programu i wykształcenia ludzi, którzy będą realizować program. To byłby optymalny sposób wydania środków z opłaty cukrowej.

Obecnie zaawansowane są prace nad programem KOS-BAR i jego finansowaniem. To ważny program, powinien jednak być elementem większej całości. Wpływy z opłaty cukrowej od stycznia do lipca br. przekroczyły 500 mln zł, zapewne za 2021 r. będzie to ponad miliard złotych, gdyż sprzedaż napojów rośnie latem. W gremiach, w których na ten temat dyskutujemy, opieramy się na kompleksowym programie opracowanym przez Instytut Zarządzania Uczelnią Łazarskiego pod kierunkiem dr n. ekon. Małgorzaty Gałązki-Sobotki, pokazującym, jak efektywnie wykorzystać środki z opłaty cukrowej. W leczeniu zachowawczym otyłości rośnie znaczenie analogów GLP-1, wkrótce należy się spodziewać rejestracji w Europie jednego z tych preparatów – semaglutynu (jest już zarejestrowany w USA). W badaniach prezentowanych w tym roku wykazano, że pacjenci z otyłością (bez cukrzycy), z wyjściową masą ciała 105 kg, w ciągu roku tracili na wadze 16–17 kg bez istotnych objawów niepożądanych. Takich leków na otyłość nigdy nie mieliśmy. Byłoby znakomicie, gdyby były dostępne dla osób chorujących na otyłość z pewną refundacją.

Jest więc na co wydawać pieniądze. Leczenie otyłości w dużym stopniu polega na zmianie stylu życia, a tego nie da się zrobić bez edukacji pacjenta. W wielu krajach, m.in. w Wielkiej Brytanii, opracowano już strategię walki z otyłością. W Polsce też powinna powstać. Eksperti na ten temat rozmawiają, jednak to Ministerstwo Zdrowia powinno powołać grupę roboczą, która opracuje strategię. Problem polega na tym, że otyłość jest najtrudniejszą do leczenia i kontrolowania chorobą przewlekłą, dlatego taka strategia musi być rozpisana na dekady. Koncepcję opłaty cukrowej również należałoby rozwijać, kształtując ceny innych niezdrowych rzeczy, np. tłustych, z dużą ilością sztucznych dodatków, wpływając w ten sposób na strukturę spożycia. Aby jednak uzyskać na to zgodę społeczną, trzeba społeczeństwu pokazać, że pieniądze pozyskiwane dziś z opłaty cukrowej są wydatkowane zgodnie z obietnicą, czyli na interwencje celowane, przynoszące efekt w postaci ograniczenia epidemii nadwagi i otyłości.

Pacjenci poturbowani

Pandemia zatrzymała życie publiczne, ale nie zatrzymała raka. Z powodu ograniczenia dostępu do diagnostyki

W 2020 R. ROZPOZNANO W POLSCE O 20 PROC. MNIEJ NOWOTWORÓW NIŻ ROK WCZEŚNIEJ.

Skutki pandemii będziemy odczuwali przez wiele lat – alarmują onkolodzy.



P przed pandemią nowotwory w Polsce były częściej niż w krajach Europy Zachodniej rozpoznawane w późniejszych stadiach. Pandemia jeszcze tę sytuację pogorszyła. O 20 proc. zdiagnozowanych nowotworów mniej oznacza, że nawet co piąta osoba, która w 2020 r. zachorowała na raka, nie dostała właściwego rozpoznania.

DIAGNOSTYKA PRZYMROŻONA

Lęk przed zakażeniem koronawirusem spowodował, że pacjenci, szczególnie w czasie nasilenia pandemii, starali się nie korzystać z usług placówek ochrony zdrowia, jeśli nie było to niezbędne. Wiele z nich zresztą miesiącami funkcjonowało, udzielając jedynie teleporad, co znacznie utrudniło lub wręcz uniemożliwiło rozpoznanie choroby no-

wotworowej. Dodatkowo na wiele miesięcy zostały wręcz zamrożone badania przesiewowe. O 85 proc. spadła liczba wykonywanych badań cytologicznych w kwietniu i maju 2020 r.; o 94 proc. – mammografii; o 85 proc. – kolonoskopii. Od marca do września liczba wykonywanych cytologii była o 50 proc. mniejsza niż rok wcześniej, a o 39 proc. – mammografii. Podobnie działało się



< Nowotwory
niejednokrotnie
są dziś
diagnozowane
w bardziej
zaawansowanych
stadiach niż rok
wcześniej

na zastosowanie nowoczesnych metod leczenia dających szansę na znaczne wydłużenie życia. – Już dziś zauważamy, że nowotwory są później diagnozowane. Obecnie trzy razy częściej, niż to było rok wcześniej, mamy rozpoznawane przypadki raka jelita grubego w czwartym stadium zaawansowania; podobnie jest, jeśli chodzi o raka piersi – mówi dr Barbara Radecka z Oddziału Klinicznego Onkologii Uniwersytetu Opolskiego.

Ucierpiała także diagnostyka w hematologii. – W przypadku ostrych białaczek chorzy często trafiali szybko do szpitala, jeśli jednak objawy choroby nowotworowej krwi nie były tak gwałtowne, pacjenci nieraz miesiącami błakali się od lekarza do lekarza, szukając diagnozy. Żniwa pandemii będziemy zbierać przez wiele lat – potwierdza prof. Tomasz Smiatcz z Kliniki Chorób Zakaźnych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

CIĘŻSZY PRZEBIEG COVID-19 U CHORYCH NA RAKA

Badania z wielu krajów świata wykazują, że choroba nowotworowa była czynnikiem ryzyka dłuższego i cięższego przebiegu COVID-19, zwiększała ryzyko hospitalizacji, przebywania na oddziale intensywnej terapii oraz zgonu. Czynnikiem ryzyka były starszy wiek pacjenta, płeć męska, choroby współistniejące (szczególnie serca i naczyń krwionośnych), aktywna choroba nowotworowa, niedawno stosowana chemioterapia i niektóre leki mające wpływ na układ immunologiczny. – Ryzyko zgonu było też w dużej mierze zależne od rodzaju choroby nowotworowej; rosło

nosiła ona nawet 40–50 proc. W przypadku pacjentów po przeszczepieniu szpiku COVID-19 kończył się zgonem nawet u 30 proc. chorych – wylicza prof. Artur Jurczyszyn z Ośrodka Leczenia Dyskrazji Plazmocytowych Katedry Hematologii CM UJ. Większe ryzyko ciężkiego przebiegu i zgonu było spowodowane tym, że często byli to pacjenci starsi, a szpiczak powoduje dodatkowo upośledzenie układu odpornościowego. Również niektóre leki stosowane w leczeniu chorób nowotworowych krwi mogą zwiększać ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19.

– Poważnym problemem były też w pierwszym okresie epidemii opóźnienia w leczeniu pacjentów chorych onkologicznie, którzy zarazili się koronawirusem, ich stygmatyzacja. Bardzo często żadna placówka nie chciała od nas przejąć takiego pacjenta, mimo że był wyleczony z COVID i już nie zakażał. Wielokrotnie musieliśmy zapewniać, że nie stanowi już zagrożenia, że można go nadal leczyć – mówi prof. Smiatcz. Ta sytuacja powodowała dodatkowy stres u pacjentów wynikający z nałożenia się dwóch zagrażających życiu chorób. – To stres porównywalny ze stresem pola walki na wojnie – przekonuje.

Pacjenci z aktywną chorobą nowotworową, którzy zachorowali na COVID, zazwyczaj mieli dłuższy przebieg choroby. – Zwykle u osoby zakażonej czas replikacji wirusa trwa kilka dni, u chorego hematologicznie trwało to znacznie dłużej. Najdłużej znany mi okres replikacji wynosił 270 dni – potwierdza prof. Smiatcz. Powodem jest osłabienie układu immunologicznego, który nie potrafi zwal-

Trzy razy częściej niż w 2020 r. są dziś rozpoznawane przypadki raka jelita grubego w czwartym stadium zaawansowania; podobnie jest w raku piersi

w innych krajach, jednak w Polsce skutki będą odczuwalne bardziej dotkliwie, ponieważ już wcześniej liczba wykonywanych badań przesiewowych była niska.

Fakt, że nowotwór nie został rozpoznany w porę, oznacza, że zostanie zdiagnozowany w bardziej zaawansowanym stadium, kiedy zwykle nie ma już szans na całkowite wyleczenie, a często także

ono np. u chorych na raka płuca – dodaje dr Radecka.

Zagrożeni ciężkim przebiegiem COVID są szczególnie pacjenci cierpiący na choroby hematologiczne. – Śmiertelność wśród chorych na szpiczaka plazmocytozowego zakażonych koronawirusem jest znacznie wyższa niż w populacji osób bez takiego obciążenia. W wielu krajach wy-

czyć wirusa. W tym czasie bardzo często dochodzi do powstania jego nowych mutacji, niebezpiecznych zarówno dla chorego, jak i dla jego otoczenia.

LECZENIE NOWOTWORÓW W CZASIE PANDEMII

Chorzy, którzy mieli zdiagnozowany nowotwór, w zdecydowanej większo-

ści przypadków kontynuowali leczenie w okresie epidemii. – Pacjenci byli otwarci na modyfikację leczenia, zamiast leków podawanych dożylnie na leki doustne czy stosowanie chemioterapii w domu. Przystawali się też przy kontaktach z personelem medycznym na formę teleporad, jeśli to tylko było możliwe – mówi dr Radecka.

W trakcie fali COVID-19 okresowo zamknięte były niektóre oddziały onkologiczne z powodu zakażeń koronawirusem wśród personelu lub pacjentów. W szpitalach wielospecjalistycznych niektóre oddziały, które leczyły chorych onkologicznie (np. chirurgicznie), zostały przekształcone na covidowe. Jeśli chodzi o leczenie, to nie ucierpieli chorzy, którzy byli zakwalifikowani do leczenia systemowego, także z nowymi terapiami. W programach lekowych z nowoczesnymi terapiami w 2020 r. znalazło się nawet więcej pacjentów niż w 2019 r.

SZCZEPIENIA A NOWOTWÓR

W czasie pierwszej i drugiej fali COVID-19 zdarzały się zamknięcia oddziałów onkologicznych spowodowane zakażeniami wśród chorych i personelu medycznego. W czasie trzeciej fali takich przypadków niemal nie było: to zasługa szczepień. Ponad 90 proc. lekarzy i pielęgniarek jest dziś zaszczepionych.

Doktor Beata Radecka zwraca uwagę na to, że pacjenci onkologiczni są grupą dużo bardziej zdyscyplinowaną niż reszta społeczeństwa. Większość z nich zaszczepiła się przeciwko COVID-19. Niestety, chorzy onkologicznie często słabiej reagują na szczepienie. Szczególnie dotyczy to chorych w trakcie i tuż po chemioterapii, po przeszczepieniu szpiku, w trakcie leczenia immunosupresyjnego. Ci chorzy mogą znacznie słabiej reagować na szczepienie, dlatego mimo zaszczepienia powinni szczególnie wystrzegać się ryzyka zakażenia, a być może także przyjąć trzecią dawkę szczepionki. Podobnie pacjenci hematooonkologiczni.



**Prof. Adam Maciejczyk,
prezes Polskiego Towarzystwa
Onkologicznego**

W naszym ośrodku widzimy, że wzrosła liczba pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca. Już przed pandemią była ona wysoka: ok. 60 proc. chorych było diagnozowanych w 3. i 4. stopniu zaawansowania choroby; obecnie jest to ok. 70 proc. Widzimy tę różnicę na poziomie konsylium, czyli momentu, kiedy podejmujemy decyzje terapeutyczne. Na pewno ten wzrost liczby pacjentów diagnozowanych w bardziej zaawansowanych stadiach będzie też widoczny w innych nowotworach. Krajowa Sieć Onkologiczna powinna zacząć funkcjonować w całej Polsce. Dzięki pilotażowi KSO udało się nam m.in. poprawić komunikację z pacjentami. Chory nie jest już tak zagubiony, wie, gdzie ma się zgłosić. Możemy pacjentów zaseregować: tych, których leczenie jest trudniejsze, skierować do odpowiednich ośrodków. To samo dotyczy jakości realizowanych procedur: w ramach pilotażu kontrolujemy jakość wykonywanych badań histopatologicznych i radiologicznych. Jeśli są dobrze wykonane, to można szybko podjąć decyzje terapeutyczne, pacjent nie musi powtarzać badań. Ułatwia nam to pracę, co jest ważne szczególnie w okresie pandemii, gdyż powtórzenie badań jest wyjątkowo trudne. Już samo monitorowanie poprawy jakości wykonywanych badań, gdyż wykonujący je zaczęli bardziej się starać. Wyłapaliśmy też miejsca, w których było konieczne poprawienie jakości.

Wśród chorych pojawił się nowy mit: że zachorowali na nowotwór po szczepieniu, że aktywowało ono chorobę nowotworową. – Pacjenci opowiadają, że wszystkie problemy zaczęły się po szczepieniu, a wcześniej byli zdrowi, nic im nie dolegało, mogli niemal biegać w maratonach. Jeśli jednak uważnie porozmawia się z pacjentem i dokładnie zbierze od niego wywiad, okazuje się, że od kilku miesięcy już przyjmował leki przeciwbólowe albo schudł kilka miesięcy temu. Tymczasem każdy mówi, że to wina szczepień. Trzeba pokazywać, że to nie jest prawda – mówi dr Radecka.

REKOMENDACJA PRZED CZWARTĄ FALĄ

– Czwarta fala przyjdzie na pewno, choć mamy nadzieję, że nie będzie aż tak dużo ciężkich przypadków jak jesienią i wiosną. Nie mam jednak wątpliwości, że może to

nie być ostatnia fala – mówi prof. Smiatcz. Lekarze apelują o to, żeby jak najwięcej osób zaszczepiło się przeciwko COVID-19, co może uratować osoby chore na raka, które gorzej reagują na szczepienie. Duży odsetek wyszczepienia może też zahamować pojawianie się kolejnych mutacji wirusa.

Zdaniem onkologów, nawet jeśli nadejdzie czwarta fala, to niezbędne jest utrzymanie dostępności diagnostyki i badań przesiewowych, by nie powtórzyła się sytuacja z 2020 r. – Powinno być też zdecydowanie więcej miejsc leczenia nowotworów hematooonkologicznych. Wielu chorych na szczęście może być leczonych ambulatoryjnie, jednak jeśli pacjent musi być w szpitalu, to często musi długo czekać na zwolnienie miejsca – dodaje prof. Jurczyszyn. Zwraca też uwagę na to, że w szpitalach covidowych muszą powstawać oddziały dla chorych onkologicznie i hematooonkologicznie, gdyż w wielu przypadkach nie można odwlekać leczenia mimo zakażenia COVID-19. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

**Większość pacjentów onkologicznych
zaszczepiła się przeciwko COVID-19. Niestety,
ci chorzy często słabiej reagują na szczepienie**

Tekst: **KATARZYNA PINKOSZ**

Są już wytyczne

Rozmowa z **PROF. ANDRZEJEM MARSZAŁKIEM**, konsultantem krajowym w dziedzinie patomorfologii, kierownikiem Zakładu Patologii Nowotworów WCO oraz UM w Poznaniu, prezesem Polskiego Towarzystwa Patologów

Diagnostyka patomorfologiczna to dziś podstawa właściwego leczenia nowotworów. Czy w Polsce jest ona obecnie prowadzona na odpowiednim poziomie?

Polscy patomorfolodzy są tak samo dobrze wykształceni, jak patomorfolodzy w krajach Europy Zachodniej czy USA. Potrafimy pracować na takim samym poziomie, dostęp do wiedzy i technologii jest taki sam. Do rozpoznania choroby nowotworowej konieczne jest pobranie tkanek nowotworowej, by się przekonać, czy są tam komórki nowotworowe, by na tej podstawie ocenić, jaki to typ nowotworu. Dynamicznie rozwijają się techniki badań genetycznych, a na podstawie szczegółowej diagnostyki – leczenie celowane, personalizowane. Diagnostyka patomorfologiczna potwierdza rozpoznanie nowotworu, określa jego typ (i/lub podtyp), wskazuje kierunki dalszego leczenia.

Skąd więc taki problem z diagnostyką w Polsce? Często jest ona niepełna, opóźniona...

Problemem był system rozliczeń; koszt badania patomorfologicznego wrzucono kiedyś w koszt procedury zabiegowej. Był on na absurdalnie niskim poziomie, tymczasem przez ostatnie lata techniki patomorfologiczne bardzo się udoskonaliły, upowszechniła się m.in. technika badań immunohistochemicznych, a koszt badania zwiększył się w niektórych przypadkach z kilkunastu złotych do kilkuset lub nawet kilku tysięcy złotych. NFZ za to nie płacił odrębnie, a szpitale starały się oszczędzać na diagnostyce. Zdarzały się sytuacje, że rozpoznawano nowotwór, ale pacjent nie miał wykonywanych badań dodatkowych czynników, które decydują potem o właściwym leczeniu. Pacjenci trafiali do ośrodków, w których badania musiały



^ Prof. Andrzej Marszałek, specjalista w dziedzinie patomorfologii, współdziałał m.in. w opracowaniu standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii

być powtarzane. Traciliśmy czas, a często szanse na skuteczne leczenie. Przekonaliśmy Ministerstwo Zdrowia, że konieczne jest opisanie standardów patomorfologicznych, które trzeba spełnić w przypadku diagnostyki nowotworów. W wytycznych opisaliśmy standardy pobierania, utrwalania, przechowywania i wykorzystania materiału, co jest kluczowe do właściwej diagnostyki; wskazaliśmy wszystkie nie-

zbędne techniki. W kwietniu 2021 r. ministerstwo rozpoczęło badania pilotażowe finansowania badań patomorfologicznych wykonanych według standardu. Mam nadzieję, że od 2022 r. NFZ będzie finansować badania patomorfologiczne odrębnie, niezależnie od finansowania leczenia.

Pobieranie i zabezpieczanie materiału jest ściśle określone w wytycznych postępowania. Pobierający materiał, np. podczas bronchoskopii, powinni stosować się do wytycznych. Dlaczego nie zawsze tak się dzieje?

Na jakość materiału badania patomorfologicznego mają wpływ wszystkie etapy jego wykonania. Dla uzyskania jak najlepszej jakości materiału kluczowy jest moment jego pobrania i natychmiastowego odpowiedniego utrwalenia (rodzaj utrwalacza, jego pH, temperatura, czas utrwalania). Brak zachowania odpowiednich procedur, zanim materiał trafi do zakładu patomorfologii, gdzie zostanie dalej opracowany i przygotowany do oceny mikroskopowej, może spowodować nieodwracalne uszkodzenie tkanek, białek oraz materiału genetycznego i utratę możliwości wykonania niezbędnych badań lub oznaczeń. Czasem w ośrodkach niezajmujących się diagnostyką nowotworów na co dzień procedury są wykonane suboptymalnie.

Jest projekt długo oczekiwanej ustawy o jakości w ochronie zdrowia. Czy poprawi ona sytuację, jeśli chodzi

W wytycznych opisaliśmy standardy pobierania, utrwalania, przechowywania i wykorzystania materiału, co jest kluczowe do właściwej diagnostyki

o jakość wykonywanych badań diagnostycznych?

Ustawa jest bardzo potrzebna, jej założenia są dobre, jednak szczegółowe rozwiązania budzą pewne obawy. Żadnego kraju na świecie nie stać na wykonywanie każdemu pacjentowi wszystkich badań, które tylko są możliwe. Trzeba starać się pomóc jak największej liczbie osób, a najlepiej to robić na etapie profilaktyki i wczesnej diagnostyki. Choroba nowotworowa jest obecnie coraz częściej chorobą przewlekłą, wszystkie zabiegi diagnostyczno-lecznicze mają

zaawansowaniu choroby skuteczność leczenia maleje.

Mówiąc o ustawie, trzeba jednak pamiętać o trzech rzeczach. Po pierwsze, nie można dywersyfikować kolejnych etapów diagnostyki i leczenia pacjenta. Po drugie, żeby kontrolować jakość, konieczni są specjaliści merytoryczni i ośrodki zewnętrzny. Jakości nie powinni oceniać urzędnicy, którzy nie zawsze dysponują wiedzą o bardzo złożonym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Urzędnik może np. nie wiedzieć, że materiał kostny trzeba opracowywać nieco

Pobierany materiał do diagnostyki w raku płuca jest bardzo mały. Dlaczego jego pobranie jest tak trudne?

Rak płuca jest nowotworem trudnym do diagnostyki i leczenia z wielu powodów; jednym z nich jest z reguły trudny dostęp do guza ukrytego wewnątrz klatki piersiowej. Umiejętne pobranie odpowiedniego fragmentu zmiany nowotworowej do badań ma krytyczne znaczenie, ponieważ otwiera drogę do dalszych etapów diagnostyki i możliwości skutecznego leczenia. Biopsja przez ścianę oskrzela wykonywana w trakcie bronchoskopii lub też nakłucie guza bezpośrednio przez ścianę klatki piersiowej pozwalają na ogół uzyskać drobne fragmenty tkanki lub materiał komórkowy, które muszą zostać umiejętnie zabezpieczone i przekazane do oceny patomorfologicznej, a często diagnostyki molekularnej. Standardowy algorytm postępowania polega na wykonywaniu sekwencji pojedynczych badań diagnostycznych. Taki sposób prowadzenia diagnostyki jest czasochłonny, kosztowny, i łączy się z ryzykiem wykorzystania materiału przed zakończeniem kompletu badań, a decyzja o powtórnej biopsji jest zawsze trudna. Wydaje się, że coraz częściej uzasadnione staje się korzystanie z nowoczesnych technik diagnostycznych, które pozwalają jednocześnie ocenić wiele genów pod kątem istotnych klinicznie aberracji.

Nasze doświadczenia wskazują również, że problemem są też nieoptymalne warunki zabezpieczenia i transportu materiału biopsyjnego, przekazywanego do oceny w ośrodkach eksperckich. Odbija się to zwłaszcza na jakości materiału genetycznego i ogranicza możliwość przeprowadzenia kompleksowych badań diagnostycznych. Uważam, że troska o jakość i konkluzyność wykonywanych procedur diagnostycznych jest obowiązkiem ośrodków klinicznych i powinna też być elementem wartościowania wysokości refundacji. Prawdopodobnie prowadzona diagnostyka raka płuca oznacza oszczędność czasu i środków finansowych, ale również mniejsze cierpienie i stres chorych.

Jak wygląda obecnie panel badań diagnostycznych w raku płuca, a jak powinien wyglądać?



doprowadzić do tego, by pacjent mógł wrócić do normalnego życia, w tym pracy zawodowej. Dlatego diagnostyka powinna być kompleksowa i odpowiednio szybko wykonana, by dać pacjentowi szansę na takie leczenie, którego celem jest wyleczenie lub jak najdłuższe życie. Oczywiście istotnym elementem jest także zgłoszenie się pacjenta do badania odpowiednio wcześniej – zdarza się, że pacjenci miesiącami ignorują „błahę” objawy – warto pamiętać, że przy większym

dłużej, bo taka jest technologia, dlatego przekroczenie 3–5 dni nie jest błędem. Po trzecie: myślę, że trzeba poczekać na rozwiązania czy przepisy wykonawcze, wskazujące mechanizmy kontrolne, które pozwolą na połączenie nakładów z efektami przy uwzględnieniu np. etapu choroby, na którym zgłosił się pacjent. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała
KATARZYNA PINKOSZ

W badaniach molekularnych jakość jest kluczem

Rozmowa z **PROF. JOANNĄ CHOROSTOWSKĄ-WYNIMKO**,
kierownikiem Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu
Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Badania powinny być wykonywane wyłącznie w ośrodkach, które dysponują ekspercką kadrą patomorfologów, najlepiej w takich, które ściśle współpracują z laboratorium wykonującym pełną diagnostykę molekularną z wykorzystaniem szerokiego panelu technik analitycznych. Te ośrodki powinny być również powiązane z doświadczonymi ośrodkami klinicznymi. W ten sposób system diagnostyki i leczenia raka płuca funkcjonowałby sprawniej i skuteczniej, byłby też bardziej efektywny ekonomicznie, a konieczność powtarzania badań zostałaby istotnie ograniczona. Stworzenie takiej struktury jest szczególnie istotne z powodu coraz szerszego wykorzystania nowych technologii diagnostycznych, zwłaszcza sekwencjonowania nowych generacji (NGS). NGS pozwala szeroko scharakteryzować profil molekularny nowotworu, jest jednak badaniem wymagającym, zarówno w zakresie odpowiedniej jakości materiału, jak i wykonania analiz, a przede wszystkim interpretacji wyniku. Analiza NGS jest kosztowna, jeśli jednak podliczymy alternatywę, czyli koszty pojedynczych badań, które należałoby wykonać, to okaże się, że są to wydatki porównywalne. Dla chorych korzyści z wykorzystania szerokiego profilowania molekularnego metodą NGS są ogromne: znacząco wzrasta szansa na szybkie wykrycie istotnych klinicznie zmian molekularnych w komórkach raka płuca i na zastosowanie odpowiednio dobranej, ukierunkowanej terapii.



^ Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko, pulmonolog, specjalista w zakresie laboratoryjnej immunologii medycznej, zastępca ds. naukowych dyrektora, kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

NGS można wykonywać już na początku leczenia?

Zalecenia amerykańskie wskazują, że stosowanie szerokich paneli diagnostycznych jest optymalne. Nieuchronnie dążymy więc do schematu, w którym biomarkery białkowe, jak np. ekspresja białka PD-L1 czy też ALK, będą analizowane rutynowo w pracowniach patomorfologicznych tuż po

postawieniu rozpoznania niedrobnokomórkowego raka płuca, a pozostałe oznaczenia będą wykonywane w panelach wielogenowych, za pomocą sekwencjonowania nowych generacji.

Leczenie raka płuca jest coraz bardziej spersonalizowane, a na horyzoncie pojawiają się nowe leki. Do tego, by były skutecznie wykorzystane, niezbędna jest ta nowoczesna diagnostyka?

Jeszcze kilkanaście lat temu rozpoznanie raka płuca było najczęściej wyrokiem, równoznacznym z bardzo złym rokowaniem. Obecnie jest coraz więcej możliwości skutecznego leczenia, coraz częściej mówimy o przeżyciach wieloletnich. Większość chorych jest niestety diagnozowana w stadium zaawansowanym. Jednak dostępność nowoczesnych terapii powoduje, że ponad połowa tych chorych ma w Polsce szansę, by takie leczenie dostać. To bardzo dużo. W ostatnich latach w Polsce program lekowy Ministerstwa Zdrowia dla raka płuca bardzo się poszerzył, a na horyzoncie są nowe leki. Niektóre z nich są już zarejestrowane i wykorzystywane w innych krajach, inne są na etapie badań klinicznych. Co najważniejsze, wiele z nich jest przeznaczone dla nowych grupy chorych na raka płuca, np. osób z mutacjami w genie BRAF lub z mutacjami w genie KRAS. Oznacza to rewolucję w terapii kolejnych grup chorych, dla których do tej pory nie mieliśmy możliwości leczenia ukierunkowanego molekularnie. Potrzeby diagnostyczne będą więc z roku na rok rosły. Bez diagnostyki nie ma możliwości skuteczniejszego leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Dla chorych na raka płuca korzyści z wykorzystania szerokiego profilowania molekularnego metodą NGS są ogromne

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Na wielu ostatnich listach refundacyjnych znalazło się szereg korzystnych zmian dla chorych na raka płuca. Z raportu „Rak Płuca 2021” opracowanego przez HealthQuest oraz HTA Consulting wynika, że obecnie najbardziej oczekiwane terapie w raku płuca to leki ukierunkowane molekularnie na nowe cele terapeutyczne oraz leki immunologiczne, takie jak podwójna immunoterapia ze zredukowaną liczbą cykli chemioterapii. Czy zgadza się pan z taką opinią?

Program lekowy B.6. obejmuje od 1 lipca wiele możliwości o udowodnionej wartości w niedrobnokomórkowym raku płuca, a także uwzględnia chemioimmunoterapię u chorych z rozpoznaniem drobnokomórkowego raka w stadium choroby rozległej. Jesteśmy świadkami stałej ewolucji programu B.6., który nie ogranicza się jedynie do niedrobnokomórkowego raka. Obecnie znajduje się w nim zdecydowana większość metod leczenia zgodnie ze stanem wiedzy i zarejestrowanymi wskazaniami. Uważam, że program w pełni zaspokaja potrzeby chorych z mutacją w genie *EGFR* oraz rearanżacjami genów *ALK* i *ROS1*. W programie nadal nie ma jednak możliwości ukierunkowanego leczenia chorych z mutacją w genie *BRAF* i fuzją genów *NTRK* – wymienione zaburzenia występują bardzo rzadko, ale dostępne metody (chemioterapia) są bardzo mało skuteczne.

Uważam, że podstawowym problemem w programie lekowym jest konieczność stosowania immunoterapii razem z chemioterapią u chorych na niedrobnokomórkowego raka z ekspresją PD-L1 poniżej 50 proc. w stadium uogólnienia. Program B.6. zakłada stosowanie u wymienionych chorych chemioimmunoterapii, co jest zgodne z zapisami rejestracyjnymi w Unii Europejskiej; w Stanach Zjednoczonych możliwe jest – zgodnie z tamtejszymi rejestracjami – stosowanie u chorych z ekspresją poniżej 50 proc. chemioimmunoterapii lub samej immunoterapii. Jestem przekonany, że pewna grupa chorych nie otrzymuje w Polsce immunoterapii z powodu medycznych przeciwwskazań do stosowania chemioterapii będącej niezbędnym składnikiem schematu terapeutycznego. Wspomniane założenie „zawdzięczamy” podmiotowi odpowiedzialnemu, który wnioskował jedynie o łączne stosowanie chemioterapii i immunoterapii w przypadku chorych z ekspresją PD-L1



Potrzebne optymalne leczenie w pierwszej linii

Rozmowa z **PROF. MACIEJEM KRZAKOWSKIM**, konsultantem krajowym w dziedzinie onkologii

w poniżej 50 proc. komórek nowotworu. Uważam, że tworzenie programów lekowych nie powinno odbywać się na zasadzie kopiowania zapisów rejestracyjnych, które nie zawsze są całkowicie uzasadnione w praktyce klinicznej. Mam nadzieję, że nowelizacja ustawy refundacyjnej pozwoli na większą elastyczność w tworzeniu programów lekowych, które nie muszą być 100-proc. powieleniem opracowań charakterystyk produktów leczniczych (ChPL). Zwiększenie możliwości Ministerstwa Zdrowia w kształtowaniu programów lekowych jest – według mnie – obecnie najważniejsze w przypadku wszystkich programów, w tym tych dotyczących raka płuca.

Jaki wpływ miała epidemia COVID-19 na pacjentów chorych na raka płuca?

Czy wpłynęła na możliwości diagnostyki i podjęcia skutecznego leczenia?

Wpływ epidemii na zachorowalność i umieralność z powodu nowotworów będzie można ocenić wiarygodnie po opracowaniu przez Krajowy Rejestr Nowotworów wszystkich informacji. Na razie możemy jedynie oszacować tendencje epidemiologiczne. W przypadku raka płuca sytuację komplikuje dodatkowo fakt, że choroba COVID-19 dotyczy – podobnie jak rak płuca – układu oddechowego. Wykrywalność raka płuca spadła, szczególnie w ostatnim kwartale 2020 r. i w pierwszej połowie 2021 r. Było to związane z przekształceniem znacznej części ośrodków chorób płuc w tzw. oddziały jednoimienne. Jeszcze bardziej istotne mogły być ograniczenia w zakresie diagnostyki obrazowej i – szcze-

Rokowanie chorych na nowotwory zależy od wielu czynników; jednym z najważniejszych jest zastosowanie najlepszego leczenia pierwotnego

gólnie – endoskopowej, co powoduje ryzyko opóźnień diagnostycznych. Jest już zauważalne zwiększenie częstości zgłaszania się chorych w bardziej zaawansowanych stadiach raka płuca, w których możliwości leczenia są bardzo ograniczone i – u części chorych – nie można zastosować żadnego postępowania poza opieką paliatywną. Należy z jednej strony znieść ograniczenia w zakresie dostępności do ośrodków pneumonologicznych i onkologicznych, a z drugiej strony propagować w społeczeństwie jak najszybsze zgłaszanie się do lekarza, gdy występują objawy mogące mieć związek z nowotworami.

Często podkreśla się, że optymalne terapie powinno się stosować w pierwszej linii. Dlaczego tak ważne jest, by takie terapie stosować już na początku leczenia?

Rokowanie chorych na nowotwory zależy od wielu czynników; jednym z najważniejszych jest zastosowanie najlepszego leczenia pierwotnego. Każde leczenie ratunkowe po niepowodzeniu pierwszego postępowania ma mniejszą wartość. W przypadku raka płuca należy dążyć do zwiększenia odsetka chorych w stadium mniej zaawansowanym, u których można zastosować radykalne postępowanie (leczenie chirurgiczne lub radiochemioterapię). Podobna sytuacja dotyczy chorych na uogólnionego raka płuca – optymalne jest określenie charakterystyki morfologicznej i molekularnej w celu wybrania chorych, u których możliwe jest rozpoczęcie leczenia ukierunkowanego. Pozostawienie leczenia ukierunkowanego na sytuację niepowodzenia jest nieprawidłowym postępowaniem.

W pierwszej linii leczenia przerzutowego raka płuca jest już możliwość stosowania u chorych z ekspresją PD-L1 > 50 proc. pembrolizumabu, a przy ekspresji PD-L1 < 50 proc. tego leku w połączeniu z chemioterapią. Jakie korzyści byłyby z możliwości zastoso-

wania w tej grupie chorych podwójnej immunoterapii (niwolumab z ipilimumabem) w połączeniu ze zredukowaną chemioterapią? Dla jakiej grupy pacjentów taki schemat terapii byłby zalecany i jakie mogliby oni odnieść z niej korzyści?

Istnieją dowody w postaci wyników prospektywnych badań z randomizacją, że sama immunoterapia bez chemioterapii może być postępowaniem wartościowym przynajmniej u części chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z ekspresją PD-L1 w mniej niż 50 proc. komórek nowotworowych. Istotne jest również, że nie wszyscy chorzy mogą otrzymywać chemioterapię (np. z powodu współwystępowania innych chorób). Obie okoliczności przemawiają za dopuszczeniem możliwości stosowania wyłącznej immunoterapii, oprócz skojarzenia z chemioterapią.

Schemat leczenia, który polega na stosowaniu immunoterapii i krótszej chemioterapii (dwa cykle zamiast czterech), jest zachęcającą opcją. Częstość działań niepożądanych podczas leczenia krótszą chemioterapią w skojarzeniu z immunoterapią jest mniejsza, co ma znaczenie z perspektywy chorych. Skuteczność schematu złożonego z niwolumabu i ipilimumabu oraz chemioterapii jest również udokumentowana, a korzyści – w badaniu rejestracyjnym – były niezależne od ekspresji PD-L1 oraz obecności lub nieobecności przerzutów w mózgu i wątrobie.

Czy taka podwójna immunoterapia mogłaby być polecana również w przy-

padku niemożności wykonania badania w kierunku ekspresji PDL-1 lub niejednoznacznego wyniku?

Schemat immunochemioterapii złożony z „podwójnej blokady punktów kontrolnych” i krótkiej chemioterapii (dwa cykle) wykazał podobną skuteczność u chorych z ekspresją PD-L1 w większym i mniejszym odsetku komórek niż 50 proc., w tym również u chorych z ekspresją poniżej 1 proc.

W leczeniu raka płuca są już nowe, przełomowe leki. Kiedy można się spodziewać efektów nowych leków w statystykach przeżyć?

Nowe leki stosowane w zaawansowanym stadium raka płuca wpływają na ogólne rokowanie chorych, ale największy wpływ będzie miało wprowadzenie immunoterapii i leczenia ukierunkowanego na cele molekularne do postępowania radykalnego. Już obecnie wiadomo, że zastosowanie osymertynibu (inhibitor EGFR trzeciej generacji) w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego bardzo znacznie poprawia rokowanie chorych, korzystny wpływ jest niezależny od adiuwantowej chemioterapii. Wyniki badań wskazują, że korzystne może być również stosowanie okołooperacyjnej immunoterapii. Przykładem wykorzystania nowoczesnych leków w postępowaniu o założeniu radykalnym jest obecnie już dostępna w Polsce konsolidująca immunoterapia, stosowana u chorych na miejscowo zaawansowanego raka niedrobnokomórkowego uzyskujących odpowiedź lub stabilizację choroby w następstwie jednoczesnej radiochemioterapii. Statystyki zasadniczo się poprawiają, gdy nowe metody leczenia systemowego znajdują miejsce w postępowaniu radykalnym. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



Prof. Maciej Krzakowski

krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii-PIB im. Marii Skłodowskiej-Curie

Brak mutacji nie może wykluczać z nowoczesnego leczenia

Rozmowa z **PROF. ANITĄ CHUDECKĄ-GLĄZ**,
ginekologiem-onkologiem



Wielu kobietom diagnoza „rak jajnika” wciąż kojarzy się niemal z wyrokiem...

Na pewno to jest poważne, trudne rozpoznanie, nie powiedziałabym jednak, że wyrok. Jest coraz więcej możliwości terapii, dzięki temu ta choroba staje się coraz bardziej przewlekła. Pacjentki żyją dłużej, a wiele z nich normalnie funkcjonuje, nie widać po nich choroby. Rokowanie zdecydowanie się poprawiło dzięki dostępowi do nowych terapii.

Mimo że ten nowotwór nadal jest rozpoznawany w bardzo zaawansowanym stadium?

Tego na razie nie udaje się zmienić. U 75 proc. patientek choroba jest rozpoznawana w zaawansowanym stadium, gdy dotyczy nie tylko jajników, ale także większości narządów znajdujących się w obrębie jamy brzusznej.

Nie ma możliwości, by diagnozować ją wcześniej? To nie jest „wina” kobiety, że coś zaniedbała?

Nie. Pierwsze objawy są niecharakterystyczne: dolegliwości ze strony jamy brzusznej, wzdęcia, bóle brzucha, uczucie pełności po jedzeniu. Zwykle nie są bardzo dotkliwe, dlatego pacjentka często nie szuka pomocy u lekarza, a nawet jeśli tak, to zwykle u lekarza pierwszego kontaktu, gastrologa, a nie u ginekologa.

Powinna mieć świadomość, że jeśli ma przedłużające się bóle brzucha, wzdęcia, to trzeba iść do ginekologa?

Tak, jednak przede wszystkim to lekarz pierwszego kontaktu powinien zwrócić uwagę na pacjentki w wieku okołomenopauzalnym, które skarżą się na dolegliwości przewodu pokarmowego, i skierować je do ginekologa. Każda kobieta powinna też raz w roku pójść do ginekologa. Co prawda nie zawsze uda się wykryć raka jajnika we wczesnym stadium, ale może to się stać przy przypadkowym badaniu, mimo że nie ma jeszcze żadnych dolegliwości.

Doniedawna w zaawansowanym raku jajnika można było zastosować operację chirurgiczną, a potem chemioterapię; taką samą dla wszystkich patientek. Naczym polega przełom w leczeniu raka jajnika, dzięki któremu coraz częściej jest on chorobą przewlekłą?

Nadal najważniejsza jest operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zmian nowotworowych, a potem chemioterapia, która jest podstawą leczenia uzupełniającego. Pojawił się jednak nowy pomysł na leczenie, polegający na podtrzymywaniu remisji uzyskanej dzięki chemioterapii. Leczenie podtrzymujące stosujemy już od kilku lat – początkowo były to leki antyangiogenne, obecnie mamy grupę inhibitorów PARP, których stosowanie przynosi zdecydowanie lepsze efekty. Inhibitory PARP znacząco wpływają na wydłużenie okresu wolnego od objawów choroby, a także wydłużenie czasu całkowitego przeżycia. Rak jajnika staje się chorobą przewlekłą, pacjentki żyją coraz dłużej, a co więcej, jest to życie dobrej jakości.

Kobiety przyjmujące inhibitory PARP mogą prowadzić normalne życie, pracować, opiekować się dziećmi?

Mamy sporą grupę patientek, które przyjmują tę terapię już od kilku lat. Większość z nich nadal ma remisję, dobrze się czuje. Prowadzą normalne życie, poza tym, że raz na miesiąc przyjeżdżają na badania kontrolne oraz po to, by otrzymać od nas leki na kolejny miesiąc. Inhibitory PARP często oznaczają wydłużenie życia w dobrym komforcie o wiele lat.

Problemem jest dostępność tych leków. Od kilku lat mamy refundację leczenia jednym z inhibitorów PARP (olaparibem) w nawrocie choroby, czyli u patientek po minimum dwóch liniach chemioterapii. Od maja 2021 r. jest program lekowy dla patientek po pierwszej linii chemioterapii. Jest to jednak leczenie refundowane tylko dla patientek, które mają mutację w genach BRCA1, 2. Nie ma refundacji leczenia inhibitorami PARP dla patientek, które nie mają tych mutacji. Chodzi zarówno o nawrót choroby, jak i leczenie po pierwszej linii chemioterapii.

Jak wiele patientek nie ma więc dziś możliwości skutecznego leczenia podtrzymującego?



Nie każdy rak jajnika jest wskazaniem do leczenia inhibitorami PARP. Są one przeznaczone dla pacjentek, które mają zaawansowany nowotwór jajnika, nisko zróżnicowany, płatinowrażliwy. Z tej grupy mutacje wykrywamy u niecałych 30 proc.: są to zarówno mutacje dziedziczne (germinalne), jak mutacje somatyczne, występujące w samym guzie.

Badania z innym inhibitorem PARP (niraparibem) wykazały jednak, że korzyści z leczenia miałyby też pacjentki, które nie mają tych mutacji?

Tak, duże badanie z niraparibem wykazało, że również kobiety bez mutacji w genach BRCA1, 2 uzyskują korzyści z leczenia podtrzymującego; zarówno w nawrocie, jak w nowo rozpoznanym raku jajnika. Badanie NOVA pokazało, że podawanie niraparibu o ponad 15 miesięcy wydłużyło czas wolny od objawów choroby u pacjentek z nawrotnym rakiem jajnika z mutacjami w genach BRCA1, BRCA2, jednak korzyści z leczenia uzyskały też pacjentki bez mutacji (czas wolny od objawów choroby był dłuższy o 5,4 miesiąca w stosunku do kobiet przyjmujących placebo). Badanie PRIMA u kobiet z nowo rozpoznanym rakiem jajnika pokazało, że

podawanie niraparibu wydłużyło czas do progresji choroby o 5,6 miesiąca u wszystkich pacjentek, a u tych, które miały zaburzenia mechanizmu naprawy DNA, o ponad 11 miesięcy. Najwięcej ze stosowania inhibitorów PARP zyskują kobiety z mutacjami w genach BRCA1, 2, jednak korzyści uzyskują też pacjentki bez tych mutacji. W wielu krajach europejskich leczenie inhibitorami PARP jest refundowane dla wszystkich pacjentek, niezależnie od statusu mutacji. W Polsce jeszcze nie. Bardzo z tego powodu ubolewamy, chcielibyśmy pacjentkom niemającym mutacji też móc zaproponować leczenie podtrzymujące tymi lekami.

To trudna sytuacja, gdy trzeba powiedzieć pacjentce, że nie może dostać leczenia, bo nie ma mutacji. Choćby lek mógłby jej pomóc.

nie. Te 70 proc. pacjentek, które nie mają mutacji w genach BRCA1, 2, nie jest jednorodną grupą, część z nich ma inne mutacje. W przyszłości zapewne będziemy mogli określić, u których kobiet takie leczenie będzie najbardziej efektywne, dziś nie mamy takiej wiedzy i możliwości diagnostycznych. Na pewno jednak wiele kobiet, które nie mają mutacji w genach BRCA1, 2, mogłoby mieć dzięki leczeniu remisję, nawet trwającą kilka lat.

Co jeszcze należałoby poprawić w leczeniu raka jajnika oprócz większej dostępności inhibitorów PARP?

Jest ogromna potrzeba stworzenia ośrodków kompleksowego leczenia raka jajnika (Ovarian Cancer Units), w których pacjentka miałaby możliwość diagnozy i leczenia na najwyższym poziomie: cho-

Co roku w Polsce na raka jajnika zachorowuje ok. 3700 kobiet w Polsce, umiera 2670

Problem polega też na tym, że lek jest już zarejestrowany, ale nierefundowany. Do tej pory nie spotkałam pacjentki, która mogłaby sobie to leczenie sfinansować. W przypadku terapii w nawrocie choroby inhibitory PARP stosuje się do wystąpienia progresji choroby. Z jednej strony mogłabym więc powiedzieć pacjentce, że to cudownie, bo remisja może trwać kilka lat, ale z drugiej strony ona musiałaby przez cały ten czas kupować dla siebie leki. To przerasta możliwości finansowe pacjentek. Nieco inna jest sytuacja po pierwszej linii chemioterapii: wtedy czas jest określony (w przypadku olaparibu to dwa lata, niraparibu – trzy lata).

Na pewno każdy z lekarzy zajmujących się rakiem jajnika widzi potrzebę, żeby również pacjentki niemające mutacji BRCA1, 2 mogły otrzymywać takie lecze-

dzi zarówno o leczenie chirurgiczne, jak i chemioterapię oraz prawidłowe leczenie podtrzymujące. Do tych ośrodków powinni kierować pacjentki ginekolodzy, gdy podejrzewają raka jajnika. Prace nad nowym systemem prowadzi konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej wraz z grupą ginekologów-onkologów. Wyniki leczenia raka jajnika są dziś w Polsce gorsze niż w innych krajach europejskich, co wynika z braku dostępności niektórych terapii, ale też z rozproszenia ośrodków leczenia. Rak jajnika już jest chorobą przewlekłą, a dzięki dostępowi do nowoczesnych metod leczenia i lepszej organizacji uda nam się osiągnąć lepsze wyniki. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



Dr hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz

prof. PUM, ginekolog-położnik i ginekolog-onkolog, lekarz kierujący Kliniką Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie.

Optymalne leczenie decyduje o życiu pacjentów

Rozmowa z **DR. HAB. N. MED. JAKUBEM KUCHARZEM**, onkologiem

Dlaczego rak nerki często jest późno rozpoznawany?

Rak nerki jest nowotworem, który długo nie daje objawów. U 50 proc. pacjentów chorobę tę wykrywa się przypadkowo, podczas badań obrazowych jamy brzusznej wykonywanych z innych powodów. U większości tych osób nowotwór jest wykrywany na etapie choroby ograniczonej do narządu. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2018 r. było w Polsce ponad 5 tys. zachorowań na raka nerki i 2,5 tys. zgonów z powodu tej choroby. Wśród osób trafiających pierwszy raz do lekarza 30 proc. ma przerzuty odległe, natomiast u 70 proc. choroba jest ograniczona do nerki i ci pacjenci kwalifikują się do leczenia radykalnego. W przypadku leczenia radykalnego po usunięciu nerki (nefrektomii) nie włącza się już żadnego leczenia, pacjent pozostaje do obserwacji. U połowy osób po nefrektomii dochodzi do wystąpienia przerzutów w trakcie obserwacji. Dla raka nerki jest dość typowe, że nawroty mogą się pojawiać nawet po dziesięciu czy piętnastu latach. W przypadku nawrotu choroby, w zależności od sytuacji klinicznej, włączamy różne formy terapii miejscowej lub systemowej.

Jak ważne jest dobranie optymalnej terapii u pacjentów w 1. linii leczenia pacjentów onkologicznych?

W leczeniu chorych na raka nerkowokomórkowego stosujemy leki celowane – inhibitory kinazy tyrozynowej, inhibitory mTOR oraz immunoterapię. Leczenie 1. linii jest bardzo ważne, ponieważ jeżeli nie będzie ono optymalne, to straty, która z tego wyniknie, już nigdy nie nadrobimy w kolejnych liniach leczenia. Druga kwestia jest taka, że po niepowodzeniu w 1. linii, do terapii w 2. linii kwalifikuje się już tylko 50–60 proc.

Objawy raka nerki

Rak nerki długo nie żadnych objawów, a kiedy już się pojawiają, są mało charakterystyczne. To np. osłabienie, utrata masy ciała, stany podgorączkowe, poty nocne, krwimocz. Do rozpoznania raka nerki często dochodzi, gdy szuka się przyczyn wymienionych objawów i ogólnego osłabienia.

Bardzo istotnym objawem klinicznym, symptomem alarmowym, który powinien skłonić do wizyty u lekarza i wykonania badań diagnostycznych, jest krwimocz. W krwimoczach makroskopowych w moczu widoczna jest domieszka świeżej krwi, a także skrzepy. Mikroskopowy krwimocz nie jest widoczny gołym okiem, może zostać wykryty w badaniu laboratoryjnym. Na wczesnym etapie choroby nowotworowej nie pojawiają się zazwyczaj objawy bólowe.

Klasyczna triada Virchowa – ból pleców wokolicy lędźwiowej, krwimocz i obecność guza wyczuwalnego przez powłoki brzucha – występuje jedynie w 6–10 proc. przypadków.



pacjentów. U pozostałych na leczenie nie pozwala zły stan ogólny, u części pacjentów dynamika choroby jest tak duża, że możemy nie zdążyć z włączeniem kolejnej linii leczenia. Ten optymalny dobór w 1. linii dlatego jest tak istotny, ponieważ stanowi o tym, czy uzyskamy kontrolę nad chorobą, decyduje o dalszych losach chorego. Chodzi o to, żeby dobierać terapię najbardziej odpowiednią do zaawansowania i dynamiki choroby oraz chorób współistniejących u pacjenta. Dlatego powinniśmy mieć szeroki wybór leków dostępnych w 1. linii.

Niestety w tej chwili w programie lekowym wybór mamy ograniczony. Dostępne są inhibitory kinazy tyrozynowej oraz inhibitor mTOR, natomiast immunoterapia nie jest dostępna w 1. linii leczenia. I jest to poważny problem. Wiemy, że zastosowanie immunoterapii u części pacjentów daje bardzo dobre efekty. Są one wyraźnie lepsze niż w przypadku pacjentów leczonych inhibitorami kinazy tyrozynowej. Trzeba także wspomnieć o tym, że są terapie łączące leki o różnych mechanizmach działania – lek immunokompetentny z lekiem ukierunkowanym molekularnie – i jest grupa pacjentów, dla których właśnie takie leczenie jest najlepszym rozwiązaniem. Ta forma leczenia również nie jest obecnie refundowana.

Jaki będzie kształt nowego programu „Leczenia raka nerki”?

Projekt programu lekowego został stworzony przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Zaproponowaliśmy, by w zależności od sytuacji klinicznej w 1. linii leczenia dostępne były schematy zawierające leki immunokompetentne. Kolejna kwestia to objęcie programem lekowym 3. linii leczenia. W tej chwili dysponujemy jedynie dwiema liniami leczenia, a wiemy, że część pacjentów odniosłaby korzyść również z zastosowania 3. linii po niepowodzeniu dwóch wcześniejszych. Ponadto bardzo istotną kwestią jest możliwość leczenia systemowego bez wcześniejszej nefrektomii u pacjentów, którzy mają chorobę przerzutową – nowotwór jest zaawansowany z mnogimi przerzutami. Według aktualnej wiedzy nie u wszystkich tych chorych usunięcie nerki jest konieczne, a powoduje opóźnienie włączenia terapii systemowej.

Czynniki ryzyka

Zachorowania na raka nerki stanowią 2–4 proc. wszystkich nowotworów złośliwych występujących w populacji osób dorosłych. Wśród czynników ryzyka zachorowania na raka nerki wymienia się:

- > **wiek** – ryzyko zachorowania na raka nerki rośnie wraz z wiekiem, a największa zachorowalność dotyczy osób po 65. r.ż.
- > **pleć męska** – mężczyźni chorują 1,5 razy częściej niż kobiety
- > **palenie tytoniu** – może odpowiadać za nawet 30 proc. przypadków raka nerki
- > **otyłość** oraz związane z nią zaburzenia metaboliczne
- > **nadciśnienie tętnicze**
- > **czynniki środowiskowe** – częsty kontakt z niektórymi substancjami (nitrozaminy, azbest, dwutlenek toru, kadm)
- > **przewlekła choroba nerek** – krańcowa niewydolność nerek wymagająca terapii za pomocą dializ może predestynować do zachorowania na raka nerki
- > **czynniki genetyczne** – 4 proc. przypadków raka nerki ma podłoże genetyczne
- > **picie piwa** – w krajach, w których pije się dużo piwa, zachorowalność na raka nerki jest najwyższa

U części tych pacjentów wystarczy wykonać biopsję w celu uzyskania wyniku histopatologicznego i na jego podstawie włączyć odpowiednie leczenie systemowe.

Jakie zmiany powinny być uwzględnione w nowym programie lekowym?

Poza wymienionymi wcześniej zmianami istotne jest także wprowadzenie mniej restrykcyjnych zapisów dotyczących kwalifikacji do leczenia, a także możliwości kontynuacji leczenia po tzw. oligoprogresji, czyli w sytuacji, gdy większość zmian przerzutowych jest dobrze kontrolowana dotychczasowym leczeniem, a pojedyncze ogniska ulegają progresji. Wtedy zastosowanie na te pojedyncze zmiany np. radioterapii oraz kontynuacja dotychczasowego leczenia mogą nadal dawać dobre efekty.

Na jakie najpilniejsze zmiany w programie lekowym leczenia raka nerki

wokomórkowego czekają dziś lekarze onkolodzy i pacjenci?

Najważniejsze jest zwiększenie dostępu do nowoczesnych terapii w 1. linii leczenia, objęcie refundacją 3. linii leczenia oraz możliwość leczenia systemowego bez wcześniejszej nefrektomii.

To, co jest jeszcze bardzo ważne, dotyczy pacjentów z rzadszymi typami histopatologicznymi raka nerki. Najczęściej występuje rak jasnokomórkowy, ale 15–20 proc. pacjentów ma nowotwory o innej histologii i ci chorzy mają niezmiennie ograniczony dostęp do leczenia w programie lekowym. Bardzo nam zależy, żeby nowy program lekowy uwzględnił dostęp do terapii również dla tej grupy chorych. Jest to bardzo ważny punkt w nowym programie lekowym. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **AGNIESZKA FEDORCZYK**



Dr hab. n. med. Jakub Kucharz

specjalista onkologii klinicznej, Klinika Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego

Rak piersi, płuc czy gruczołu krokowego to nowotwory obarczone wysokim ryzykiem przerzutów do kości. Czy można zapobiegać tym przerzutom i ich konsekwencjom?

Rak piersi i gruczołu krokowego to wiodące nowotwory lite w obszarze onkologii i niestety w chorobie przerzutowej blisko 70 proc. pacjentów ma lokalizację kostną. Konsekwencją przerzutów do kości są tzw. incydenty kostne, m.in. patologiczne złamania z następowym uciskiem na struktury nerwowe. Do incydentów kostnych zaliczamy także stany, gdy potrzebna jest pilna radioterapia o działaniu przeciwbólowym, jak również interwencje neurochirurgiczne czy ortopedyczne. Dyskomfort spowodowany zmianami przerzutowymi do kości może pojawić się szybko i jest dużym problemem.

Warto zaznaczyć, że istnieją bardzo skuteczne instrumenty, które możemy stosować, żeby zapobiegać incyidentom kostnym. Mam na myśli leki – modulatory przebudowy kostnej, do których należą bisfosfoniany oraz denosumab.

Kiedy należy włączyć leczenie zapobiegające pierwszym i kolejnym incyidentom kostnym w przypadku zdiagnozowania przerzutów do kości?

Jako klinicyści powinniśmy pamiętać, że leczenie choroby zasadniczej i zapobieganie incyidentom kostnym powinno być włączane równolegle, tzn. od początku rozpoczęcia terapii. Takie zalecenia zostały przyjęte w 2020 r. zarówno przez Europejskie Towarzystwo Onkologiczne (ESMO – European Society for Medical Oncology), jak i Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. Oczywiście mamy do czynienia z różnymi sytuacjami klinicznymi i nie zawsze możemy włączyć jednocześnie obie metody terapeutyczne. Stan ogólny pacjenta, w tym np. niewydolność nerek, ogranicza zastosowanie niektórych leków związanych z leczeniem przerzutów do kości.

Bisfosfoniany to duża grupa leków, podawana głównie w formie dożyłnej od blisko 15 lat w onkologii. Denosumab, podawany w iniekcjach podskórnych, jest przeciwciałem monoklonalnym, należącym do terapii celowanej, precyzyjnie blokujących punkty stymulacji na komórkach kostnych. Cykle podawania wiążą się ściśle z metabolizmem obu leków. Bisfosfonia-



Zapobiec przerzutom do kości

Rozmowa z **DR MAŁGORZATĄ STELMASZUK**,
kierownik Oddziału Onkologii w Szpitalu Lux Med
Onkologia w Warszawie

ny są zbliżone w budowie do struktur naszego kości (pirofosforanów) i na stałe się w niego wbudowują. Denosumab nie wiąże się z żadną strukturą w organizmie i w przeciwieństwie do bisfosfonianów nie jest metabolizowany w nerkach.

Wiadomo, że już sama chemioterapia może pogłębiać niewydolność nerek, a jej zastosowanie w wielu przypadkach jest nieodzowne. W takiej sytuacji terapia towarzysząca przeznaczona do leczenia kości powinna być dostosowana do konkretnego pacjenta. Dla chorych, u których mamy problem z wydolnością nerek, bezpieczny jest więc denosumab.

Leczenie osób z przerzutami do kości w guzach łitych poprawia znacząco

jakość życia, w przypadku niektórych leków nawet wydłuża przeżycie całkowite (rak płuca), odracza w czasie moment wystąpienia pierwszego i kolejnych incyidentów kostnych (rak piersi, rak gruczołu krokowego), zmniejsza zapotrzebowania na silne opioidy. Comedycyna ma do zaoferowania polskim pacjentom?

Trzeba pamiętać o tym, że zmianom przerzutowym do kości towarzyszy często silny ból, który wymaga stosowania mocnych leków opioidowych. Kiedy ból narasta, pacjent potrzebuje dodatkowych wizyt i bywa, że ustalenie odpowiedniej dawki leku trwa tygodniami. Pacjent z tego powodu może wymagać pobytu w szpitalu. To dodatkowe utrudnienie dla

chorego i dodatkowe koszty dla płatnika. Przy powikłaniach kostnych konieczne bywają również interwencje chirurgiczne, a te procedury są szczególnie kosztowne. Wskutek powikłań kostnych grozić może kompresja rdzenia, niedowład kończyn dolnych i kompletna dysfunkcja. Za powikłaniami kostnymi ciągnie się więc wiele kosztów, w tym rehabilitacji, dodatkowej opieki, niemożności powrotu do pracy, ograniczenia funkcjonowania społecznego.

Jeśli więc dzięki lekom, o których mówimy, jesteśmy w stanie zapobiec tym poważnym powikłaniom lub odroczyć je w czasie, to jest to najkorzystniejsze rozwiązanie zarówno dla pacjentów, lekarzy, jak i dla systemu opieki zdrowotnej.

Silny ból to jeden z najczęściej wymienianych objawów przerzutów do kości. Jak obecnie wygląda leczenie bólu pacjentów onkologicznych?

Tak jak wspomniałam, gdyby włączyć u pacjenta leczenie zapobiegające incydentom kostnym, często można by uniknąć konieczności stosowania opioidów lub znacząco opóźnić ten moment. Modulatory przebudowy kostnej, jak sama nazwa wskazuje, wpływają na regenerację

Powikłania kostne (SRE – skeletal-related events)

- > Często występują u pacjentów z guzami litymi i nieleczonymi przerzutami do kości, m.in. u:
 - 64 proc. pacjentów z rakiem piersi
 - 49 proc. pacjentów z opornym na hormonoterapię rakiem gruczołu krokowego
 - 46 proc. pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP) lub innymi nowotworami litymi
- > 35 proc. pacjentów doświadcza powikłań kostnych w ciągu trzech miesięcy od zdiagnozowania przerzutów do kości, jeśli nie są leczeni lekami antyosteolitycznymi
- > Wczesne rozpoczęcie leczenia antyosteolitycznego opóźnia wystąpienie kolejnych powikłań kostnych nawet o 18 miesięcy

nym – jeśli oczywiście inne aspekty są porównywalne bądź korzystniejsze?

Forma podania leku nabrała jeszcze większego znaczenia, od kiedy pojawiła się pandemia. Na całym świecie dąży się do tego, by pacjenci rzadziej przychodzili do szpitala i krócej w nim przebywali. Każda wizyta może wiązać się z ryzykiem zakażenia różnymi patogenami, w tym wirusem SARS-CoV-2. Denosumab jest wygodniejszy do podania i bezpieczniejszy od bisfosfonianów. Można go przyjmować

oni rytmicznie przyjmować terapię dożylną w szpitalu. Co więcej, dla samego chorego jest to również wysiłek i dodatkowe cierpienie. My jako klinicyści w doborze terapii powinniśmy mieć możliwość uwzględnienia również takich sytuacji.

Oba leki – denosumab i bisfosfonia-ny – są zarejestrowane w omawianych wskazaniach od lat i powinny być w równy sposób dostępne. Niestety denosumab nie jest w Polsce refundowany, a to ogranicza możliwość leczenia wielu naszych pacjentów z przerzutami do kości. Forma częściowego finansowania leku przez producenta w związku z pandemią nieznacznie poprawiła tą dostępność. Jednak kwota kilkuset złotych miesięcznej terapii jest wciąż dla większości chorych barierą nie do przekroczenia.

Ostatnio pojawiły się informacje, że toczą się rozmowy na temat możliwości wpisania denosumabu na listę refundacyjną już jesienią tego roku. My, lekarze, jak i nasi pacjenci na tę pozytywną decyzję bardzo czekamy. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **AGNIESZKA FEDORCZYK**

Leczenie choroby zasadniczej i zapobieganie incydentom kostnym powinno być włączane równolegle, tzn. od początku terapii

i odbudowę kości. Wielu onkologów jest świadkiem tego, kiedy ich pacjenci dzięki odpowiedniemu leczeniu kostnemu wracali do pełnej aktywności i sprawności.

Obecnie niestosowanie takich metod terapii jest więc, mówiąc eufemistycznie, poważnym zaniedbaniem. Mamy narzędzia, które są sprawdzone i dobrze działają, więc należy z nich korzystać. Wielu naszych chorych to osoby młode, 40-, 50-letnie, aktywne zawodowo. Dzięki prawidłowemu leczeniu nie dopuszczamy u nich do powikłań, w tym bólu, dodatkowych hospitalizacji. Mogą wrócić do pełnej sprawności, do życia, do pracy.

Czy pacjenci powinni mieć wybór między leczeniem dożylnym, a podskór-

ambulatoryjnie. Wszystko musi być jednak dostosowane do sytuacji klinicznej danego chorego i tego wyboru merytorycznie powinien dokonywać lekarz. Oczywiście sytuacja, w której znajduje się pacjent, jest równie ważna. Wielu naszych chorych porusza się na wózkach i wymaga całej logistyki ze strony otoczenia, aby mogli



Dr Małgorzata Stelmaszuk

kierownik Oddziału Onkologii w Szpitalu Lux Med Onkologia w Warszawie. Członek Polskiej Unii Onkologii i Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Terapie celowane przyszłością leczenia zespołów mielodysplastycznych

Czym są zespoły mielodysplastyczne (MDS)?

To przewlekłe choroby nowotworowe szpiku. Powstają, gdy komórka macierzysta szpiku, poddana działaniu pewnych czynników, ulega zmianom genetycznym. Taka zmutowana komórka macierzysta – już nowotworowa – jeszcze zachowuje pewną zdolność do różnicowania się, ale komórki, które powstają w jego wyniku, nie są już prawidłowymi komórkami. Takie zmienione morfologicznie komórki określa się jako dysplastyczne, stąd drugi człon nazwy zespołu.

Jakie są czynniki ryzyka powstania MDS? Co może powodować mutację?

To pestycydy, chemia, alkohol, wszelkie węglowodory aromatyczne, no i wiek. Zespoły mielodysplastyczne to choroba osób starszych, tylko 10 proc. pacjentów ma poniżej 50 lat. Średni wiek zachorowania wynosi 65 lat, zachorowalność na MDS podwaja się co dekadę, osiągając wskaźnik ponad 40 osób na 100 tys. po 80. roku życia.

Główną cytopenią, która występuje w MDS, jest niedokrwistość, może jej towarzyszyć małopłytkowość i/lub neutropenia. Dlatego starsi pacjenci z niedokrwistością o nieznanym przyczynie powinni być zawsze diagnozowani pod kątem zespołów mielodysplastycznych.

MDS dopiero w roku 2000 r. został wpisany na listę chorób onkologicznych. Ta choroba była kiedyś nazywana stanem przedbiałaczkowym. Dlaczego?

W komórkach macierzystych w zespole mielodysplastycznym mogą powstawać kolejne mutacje powodujące, że komórka całkowicie straci możliwość różnicowania oraz dojrzewania i dochodzi do rozwoju ostrej białaczki szpikowej. U trzech czwartych pacjentów z MDS

Rozmowa
z **DR N. MED.
KATARZYNA
BUDZISZEWSKĄ**,
kierownik
Oddziału
Diagnostyki
Hematologicznej
w Instytucie
Hematologii
i Transfuzjologii

ryzyko transformacji w ostrą białaczkę szpikową jest niższe, u pozostałych, u których już występują komórki białaczkowe – wyższe. Okres przeżycia u pacjentów z niskim ryzykiem rozwoju białaczki może sięgać kilku lat, natomiast pacjentów z wysokim lub bardzo wysokim ryzykiem – kilku miesięcy. Właśnie ze względu na czas przeżycia mamy różne cele leczenia.

Jakie to cele?

W przypadku pacjentów wyższego ryzyka staramy się zastosować leczenie, które zmieni naturalny przebieg choroby i wydłuży czas przeżycia. Celem jest uzyska-

nie całkowitej lub częściowej remisji, a w najgorszym wypadku stabilizacji choroby. W przypadku zespołów niższego ryzyka celem jest przede wszystkim poprawa hematologiczna, a dzięki temu poprawa jakości życia pacjentów.

Mamy ograniczone możliwości leczenia MDS, niektóre leki możemy stosować tylko w ściśle określonych podtypach zespołów mielodysplastycznych. Większość pacjentów może otrzymać czynniki wzrostu stymulujące erytropoezę, czyli analogi erytropoetyny, oraz transfuzje krwi wspomagane terapią chelatującą. Analogi erytropoetyny mogą wpływać na stężenie hemoglobiny, łagodzić objawy niedokrwistości oraz po-



wodować zmniejszanie częstości i liczby przetaczanych koncentratów krwinek czerwonych.

Jak długo trwa odpowiedź na leczenie analogami erytropoetyny?

Niestety niedługo, mediana czasu jej trwania to około dwóch lat. Dalej możemy zaproponować pacjentom niższego ryzyka głównie transfuzje preparatów krwi.

Czy przetoczenia trzeba często powtarzać?

Przetoczenia dają krótkotrwałe efekty i powodują duże wahania hemoglobiny. Już w momencie diagnozy 50 proc. pacjentów z MDS jest uzależnionych od transfuzji, w przebiegu choroby będzie uzależnionych już 90 proc. pacjentów. Czym jest uzależnienie od przetoczeń? Najczęściej przyjmuje się, że to potrzeba toczenia co najmniej jednej jednostki w okresie 8 tygodni przez okres czterech miesięcy. Ta zależność od transfuzji jest niezależnym czynnikiem krótszego czasu przeżycia u pacjentów z MDS. Nawet bardzo niewielkie ilości toczonych krwi, dwie–trzy jednostki rocznie, powodują, że mamy statystycznie znamienne krótszy czas przeżycia. Również im większa liczba toczonych jednostek, tym czas przeżycia jest krótszy.

analogi erytropoetyny. Na późnym etapie tego procesu moglibyśmy stosować luspatercept, który promuje końcowe różnicowanie erytroblastów. Jest typowym lekiem celowanym, odblokowuje możliwości dojrzewania prekursorów krwinek czerwonych i w konsekwencji zwiększa ich ilość, która jest uwalniana do krwi obwodowej.

W badaniu rejestracyjnym MEDALIST, przeprowadzonym na grupie osób z MDS, u sześciu na dziesięciu pacjentów ten lek powodował uzyskanie odpowiedzi erytroidalnej, a czterech na dziesięciu uzyskiwało uniezależnienie od transfuzji krwi przez 30 tygodni – w porównaniu z 13 tygodniami u pacjentów, którzy otrzymywali placebo. Badanie pokazało, że lek jest bezpieczny, nie wywołuje ciężkich powikłań.

Jak informuje rzeczniczka Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, dziesięciu chorych korzysta z tej terapii celowanej na zasadzie RDTL. Czy ta terapia powinna być refundowana dla polskich pacjentów?

Jeśli terapia luspaterceptem nie będzie refundowana, to po prostu nie będzie osiągalna dla polskich pacjentów.

Dlaczego tak ważne jest uniezależnienie od transfuzji?

zastosowaniu możemy transfuzji uniknąć. Mogą zmniejszyć częstotliwość transfuzji i ich liczbę albo pozwolić uniezależnić się zupełnie od transfuzji.

Dzięki terapii celowanej komórka w przypadku prekursorów krwinek czerwonych jakby odzyskuje możliwość dojrzewania i w rezultacie może się stać krwinką czerwoną, a nie krwinką dysplastyczną. Nie potrzebujemy więc transfuzji, bo mamy własne krwinki, które dzięki stosowaniu leku są produkowane w naszym organizmie. Prawidłowe krwinki żyją w organizmie ponad trzy miesiące. To ogromna różnica w stosunku do częstotliwości potrzebnych transfuzji. Terapie celowane są przyszłością leczenia MDS.

Czy krwi wystarcza? Jak wygląda zapotrzebowanie na nią w Polsce?

Polska jest samowystarczalna, jeśli chodzi o zapotrzebowanie na krew, ale ta równowaga jest chwiejna, bo liczba dawców krwi nie rośnie od kilku lat. Pandemia pokazała, że mogą się jednak pojawić braki w zasobach krwi. Tym bardziej że w sytuacji starzenia się społeczeństwa zapotrzebowanie na pochodne krwi będzie rosło w związku ze zwiększeniem się liczby zachorowań na choroby przewlekłe. Krew to nie jest niewyczerpane źródło.

Stosowanie terapii celowanej pozwala na zmniejszenie zapotrzebowania na krew do transfuzji. Oczywiście to nie jest lek dla wszystkich: ani dla wszystkich pacjentów ze schorzeniami mielodysplastycznymi, ani wszystkich pacjentów wymagających przetoczenia krwi. Lek jest zarejestrowany do leczenia pacjentów z określonym podtypem zespołu mielodysplastycznego – w Polsce to 120–150 osób. Nieduża grupa, ale jeżeli nawet 40 proc. tej grupy uniezależni się od toczenia krwi, to niezależnie od korzyści zdrowotnych 50 innych pacjentów będzie mogło otrzymać krew, której tamci nie będą potrzebowali. W raporcie Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów „Krew. Lek, wartość, zasób” piszemy zresztą, że dwie trzecie transfuzji w Polsce to transfuzje systematycznie stosowane w chorobach przewlekłych; to właśnie dzięki transfuzjom ci pacjenci żyją. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Transfuzje to nieodłączny element leczenia MDS. Leki nie zastępują krwi, ale dzięki nim można transfuzji uniknąć, zmniejszyć ich częstotliwość i liczbę

Transfuzje powodują powikłania?

Tak, to m.in. reakcje autoimmunologiczne, alergiczne, przenoszenie cząstek zakaźnych. Przeładowanie żelazem, które prowadzi do uszkodzenia narządów, występuje u wszystkich pacjentów leczonych transfuzjami. W związku z tym potrzebą chwili staje się rozwijanie, wprowadzanie i stosowanie terapii, które będą promowały dojrzewanie komórek w układzie czerwono-krwinkowym po to, żeby unikać transfuzji.

Jakie to leki?

Na wczesnym etapie powstawania krwinek czerwonych to wspomniane

Transfuzje to nieodłączny element leczenia zespołów mielodysplastycznych. Pacjenci wymagają transfuzji, żeby żyć: hemoglobina spada do takiego poziomu, że pojawiają się objawy kliniczne, które nie tylko pogarszają ich jakość życia, lecz także zagrażają życiu. Transfuzje ratują więc życie.

Dramat w zespołach mielodysplastycznych polega na tym, że niedokrwistość skraca czas przeżycia, ale przetaczanie krwi stosowane w niedokrwistości również skraca życie. Dlatego tak ważne jest rozwijanie technologii, wprowadzanie leków pozwalających na uniknięcie transfuzji. Leki nie zastępują krwi, natomiast dzięki ich

Rozmawiała
KATARZYNA MROCZKOWSKA

Naprawianie genów i neuronów

Rozmowa z **PROF. JAROSŁAWEM SŁAWKIEM**, neurologiem
z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Gościłam u pewnej rodziny na Suwalszczyźnie, która straciła 12-letnią dziewczynkę. Odeszła na SMA, rdzeniowy zanik mięśni. Za wcześnie się urodziła.

Wiem coś o tym, mieliśmy wielu takich pacjentów, w stosunku do których czuliśmy bezradność, ponieważ za każdym razem mogliśmy im tylko powiedzieć, że nie mamy dla nich leku. Jedyną pomocą było leczenie paliatywne oraz rehabilitacja.

To się zmieniło na naszych oczach.

W 2016 r. w Stanach Zjednoczonych został zarejestrowany pierwszy lek na SMA: nusinersen. To przełom, który rozpoczął erę terapii genowych w medycynie, a zwłaszcza w neurologii, gdzie tych chorób genetycznych mamy szczególnie dużo.

Na czym polega choroba?

To jedna z chorób rzadkich, uwarunkowana genetycznie, w której dochodzi do mutacji genu SMN odpowiedzialnego za produkcję białka niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania mięśni. Owa mutacja powoduje, że tego białka nie ma lub jego produkcja jest zmniejszona, co doprowadza do uszkodzenia mięśni, a ściślej neuronów ruchowych, które upośledzają pracę mięśni. W zależności od funkcjonowania genu SMN1, SMN2, od liczby kopii tego genu, zależy postać choroby. Od tego zależy fenotyp, a więc obraz kliniczny choroby, a tym samym funkcjonowanie pacjenta. Najcięższa postać choroby to SMA0, gdzie objawy pojawiają się od razu po urodzeniu. Następnie jest SMA1, gdzie pacjenci mają szansę na przeżycie, objawy pojawiają się w ciągu pierwszych sześciu miesięcy; dochodzi do ogólnego zaniku mięśni i odruchów mięśniowych. Do ery leczenia nie mogli oni usiąść bez podparcia; większość tych dzieci umierała w ciągu pierwszego roku. Jeśli choroba ujawnia się do 18. miesiąca życia, to mamy postać SMA2, w której dzieci kiedyś nie mogły stanąć na nogi, bez podparcia. Z postacią przewlekłą (SMA3)



mamy do czynienia, gdy choroba ujawnia się później i tutaj można było osiągnąć umiejętność chodzenia, ale potem się ją traciło mimo rehabilitacji. Jest jeszcze postać SMA4, która pojawia się w wieku dorosłym, nawet w trzeciej dekadzie życia, i ona przebiega łagodnie.

SMA to choroba rzadka?

Zachorowalność wynosi 1 na 8 tys. urodzeń; w latach 2010–2015 w Europie było 4600 nowych przypadków chorych. SMA nie prowadzi do zaburzeń intelektualnych, natomiast powoduje degradację ruchową, nieleczona choroba kończy się zanikiem

mięśni i deformacją stawów, niewydolnością oddechową, unieruchomieniem. Byłem w Amerykańskiej Akademii Neurologii w Bostonie w 2017 r., gdy ogłoszono wyniki pierwszego badania klinicznego nad pierwszym z leków, pokazano dzieci, które zaczęły po terapii siadać i stać, a także chodzić. Wszyscy zebrani przyjęli to owacją na stojąco. Jednak to nie koniec historii leczenia SMA. Nusinersen ma dość kłopotliwą drogę podania poprzez iniekcję do kanału kręgowego (drogą punkcji lędźwiowej). To u chorych z deformacjami kręgosłupa prawdziwe wyzwanie. Ale mamy też nowe leki do terapii genowej SMA jak risdiplam

o mechanizmie działania analogicznym do terapii już refundowanej, jednak w nowej formulacji umożliwiającej wygodne podanie doustne.

Rewolucją jest terapia naprawiająca zmutowany gen. Lek podaje się dzieciom raz w życiu.

To zielone światło w medycynie...

Kluczem do sukcesu jest jednak wczesne wykrycie choroby i jak najszybsze wdrożenie leczenia, zanim dojdzie do powikłań związanych z niedowładem mięśni, zniekształceniami kostnymi, jak w przypadku SMA. Dlatego tak ważne są badania przesiewowe, służące temu, by już w momencie urodzenia identyfikować takie osoby, które mogą być chore, i aplikować im leczenie, które zgasi chorobę w zarodku. Już to robimy w Polsce, taki program przesiewowy działa, obejmuje wszystkie noworodki. Jesteśmy pod tym względem w czołówce europejskiej. Jednak pacjent z SMA wymaga skoordynowanej opieki nie tylko neurologa, lecz także pulmonologa, anestezjologa, ortopedy, ponieważ ma różne problemy – z odżywianiem, oddychaniem, poruszaniem się; ma deformacje kostne, wymaga rehabilitacji. To nie tylko neurologia, ale coraz częstszy w medycynie model opieki skoordynowanej, kompleksowej.

Chciałbym też dodać, że choroby neurologiczne, wcześniej słabo finansowane, będą wymagały w przyszłości większych środków i trzeba to uwzględnić w budżecie.

Jedną z takich chorób jest SM. Chciał ma inne podłoże, to schorzenie autoimmunologiczne.

To przykład choroby, której leczenie przeszło rewolucję. 30 lat temu, kiedy zaczynałem specjalizację neurologiczną, wydano taką książeczkę, w której pokazano wszystkie metody, które nie przyniosły efektu w jej leczeniu. Przez wiele lat mogliśmy tylko poinformować pacjentów, że jest to schorzenie przewlekłe, prowadzące do inwalidztwa, i poza rehabilitacją niczego nie jesteśmy w stanie zaoferować. A w tej chwili, praktycznie od kilkunastu lat, mamy dostępne terapie, które coraz silniej modyfikują przebieg choroby, spowalniając jej rozwój. Nie znamy dokładnie przyczyny SM, nie możemy więc mówić o terapii likwidującej SM, o wyleczeniu. Ale możemy ją zatrzymać, przecinając łańcuch zdarzeń,

Kampania Neurozmobilizowani

To kampania na temat SM, SMA i NMOSD, patronatem objęły ją PTSR, SM-walczy o siebie, Fundacja SMA, PTN i PTND. W ramach kampanii dostępne są strona internetowa oraz profil na Facebook, na których publikowane są m.in. przekazane przez specjalistów w nowoczesny i przystępny sposób informacje o chorobie: diagnostyce, leczeniu, rehabilitacji, a także historie pacjentów i ich bliskich. Planowane są również działania aktywizujące chorych, wspierające ich w codziennym życiu z chorobą.

Blizsze informacje: <http://www.neurozmobilizowani.pl/>, <https://www.facebook.com/NEUROzmobilizowani-102417692065519>



NEURO
zmobilizowani

które prowadzą do jej rozwoju. Mamy kilkanaście leków, które są w Polsce zarejestrowane i refundowane w ramach programu lekowego. Kolejne czekają na refundację, m.in. ofatumumab. Możemy już leczyć rzadsze postaci choroby, jak pierwotnie postępująca (przebiegająca bez rzutów), za pomocą okrelizumabu. Czekamy także na refundację jedynego leku do terapii postaci wtórnie postępującej (jakby kolejnego etapu na drodze rozwoju SM) o nazwie siponimod.

Tak więc dużo się dzieje, nowe terapie dają nadzieję na coraz skuteczniejsze leczenie.

Jednak największym osiągnięciem byłoby wynalezienie metody naprawiania uszkodzeń w układzie nerwowym. To byłyby leki, które powodowałyby remielinizację, czyli odtworzenie tych zdemielinizowanych ognisk uszkodzenia w mózgu, co jest charakterystyczne dla SM. Inaczej mówiąc, chodzi o leki powodujące regenerację układu nerwowego.

Nie do wiary!

Na razie takich leków nie ma. Ale myśle, że to jest tylko kwestia czasu, kiedy się pojawią. Dzisiaj mamy kilkanaście leków, które zatrzymują postęp SM, który do niedawna był uznawany za chorobę beznadziejną i to już jest wielki sukces medycyny i neurologii.

I tego się trzymajmy.

Jedyne, co nas niepokoi, to długa droga od postawienia diagnozy i pierwszych objawów do leczenia. Wszystko robimy, aby ją skrócić, wiedząc, że przesunięcie leczenia na później zawsze pogarsza jego odległe wyniki, ważne są zwłaszcza pierwsze dwa lata choroby i włączenie leków w tym czasie. Dlatego postulujemy tworzenie centrów referencyjnych, co ten problem załatwi, bo zapewnimy lepszy poziom specjalistów. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **BARBARA JAGAS**



Prof. Jarosław Sławek

kierownik Oddziału Neurologii i Udarowego, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego Gdański Uniwersytet Medyczny, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Warto poprawić system opieki

Rozmowa ze **STEFANEM BOGUSŁAWSKIM**, ekspertem systemu ochrony zdrowia

PEX PharmaSequence przeprowadziła badanie społeczne dotyczące potrzeb pacjentów w organizacji leczenia hemofilii. Jakie są z niego najważniejsze wnioski?

W ramach prowadzonego badania zapytano lekarzy zajmujących się leczeniem chorych na hemofilię oraz pacjentów (i rodziców dzieci) z hemofilią o różne aspekty opieki. W badaniu wzięło udział ok. 30 lekarzy i ponad 150 pacjentów. Na tej podstawie sformułowaliśmy uwagi na temat poziomu opieki nad chorymi.

Jeśli chodzi o pacjentów, to najważniejsze dla nich jest poczucie bezpieczeństwa wynikające z dostępu do wystarczającej ilości czynnika krzepnięcia. Zalecenia Światowej Federacji Hemofilii mówią, że leczenie powinno być takie, by pacjenci mogli prowadzić normalne życie zawodowe i rodzinne. Dobrą wiadomością jest to, że zarówno pacjenci, jak i lekarze podkreślają, że dostęp do czynnika krzepnięcia, stanowiący warunek skutecznej terapii, jest w Polsce na odpowiednim poziomie. Pacjenci uważają też, że specjalistyczny system opieki działa sprawnie: niewielka grupa hematologów, którzy się nimi opiekują, jest bardzo dobrze oceniana. Szczególnie wysoko oceniana jest opieka nad dziećmi. Dzieci chore na hemofilię do 18. roku życia są leczone profilaktycznie w ramach sprawnie działającego programu lekowego.

Co można poprawić, jeśli chodzi o opiekę i leczenie?

Negatywnie oceniane są różne aspekty opieki okołomedycznej, zwłaszcza dostęp do fizjoterapii. Aż 68 proc. pacjentów oceniło jej dostępność negatywnie; szczególnie starsi pacjenci, którzy mają ograniczenia ruchowe, podkreślają, że



dostęp do rehabilitacji jest zdecydowanie zbyt mały. Innym problemem jest kontakt z pozaspecjalistycznym (hematologicznym) systemem ochrony zdrowia, czyli sytuacja, gdy pacjent przychodzi po pomoc do „zwykłej” pielęgniarki, ratownika medycznego, chirurga, ortopedy etc. Personel medyczny poza ośrodkami hematologicznymi często nie ma dostatecznej wiedzy na temat hemofilii, bo się podejmowania diagnostyki i leczenia. 51 proc. rodziców dzieci chorych na hemofilię spotkało się z sytuacją, że pielęgniarka odmówiła podania leku dziecku, bo obawiała się to zrobić. Często również stomatolodzy obawiali się podejmować leczenie. Sytuacja jest szczególnie poważna, gdy pacjent trafia do szpitala niespecjalistycznego, gdyż personel często nie wie, jak postępować z chorym na hemofilię. W szczególności brakuje wiedzy o konieczności stosowania zasady: „najpierw

czynnik”, czyli zanim podejmiesz jakąkolwiek czynność medyczną, najpierw podaj czynnik krzepnięcia.

W mniejszym stopniu pacjenci, a w większym lekarze podkreślają też, że w Polsce nie ma właściwego dostępu do leków innych niż osoczipochodne, czyli rekombinowanych, wytwarzanych w procesie biotechnologicznym. W Polsce ich wykorzystanie jest na bardzo niskim poziomie w porównaniu z innymi krajami i gwarantowane wyłącznie dla dzieci. W ogóle nie są tu stosowane czynniki długo działające. Zapewniają one wyższą aktywność czynnika, a pacjenci mogą rzadziej dokonywać wkłuc, co powodowałoby, że ich potrzeby w zakresie podstawowych aktywności życiowych byłyby skuteczniej zaopatrzone. To nie tylko wyższy komfort życia, lecz także lepsza ochrona przed powikłaniami choroby, czyli przede wszystkim uszkodzeniem stawów.

Na brak dostępu do czynników rekombinowanych i długo działających w większym stopniu zwracają uwagę lekarze niż pacjenci?

Pacjenci nie znają wszystkich możliwych opcji terapeutycznych; z badania wynika, że są zadowoleni z tego, że mają dostęp do czynników krzepnięcia w potrzebnej ilości. Lekarze widzą ograniczenia możliwości indywidualizacji leczenia w Polsce, która z kolei jest podstawą podejścia do leczenia w innych krajach. Problemem jest też to, że wraz z ukończeniem 18. roku życia młody człowiek przechodzi pod opiekę ośrodka dla dorosłych, który nie ma możliwości zapewnienia takich samych standardów, jakie wynikają z programu lekowego u dzieci. W przypadku dorosłych dostępność do czynników rekombinowanych nie jest gwarantowana, w wyniku czego leczeni są wyłącznie czynnikami pochodzącymi z osocza dawców.

Jako minus systemu pacjenci wskazują słaby dostęp do opieki psychologicznej, która powinna być zagwarantowana

Zalecenia Światowej Federacji Hemofilii mówią, że leczenie powinno umożliwić pacjentom normalne życie zawodowe i rodzinne

na każdym etapie leczenia. Rodzice dzieci chorych na hemofilię podkreślają również często małą świadomość społeczeństwa, w tym nauczycieli przedszkolnych i szkolnych, co do sposobu postępowania z dzieckiem z hemofilią. Wszystko to powoduje u rodziców zmniejszone poczucie bezpieczeństwa. Funkcjonowanie pacjentów, poza specjalistycznym systemem hematologicznym, jest często obarczone lękiem o skuteczne i bezpieczne leczenie.

Najważniejsze rekomendacje z badania to...?

Na pewno należałoby się zastanowić nad dalszym rozwojem opieki specjalistycznej w ośrodkach leczenia hemofilii. Opieka powinna być dobrze finansowana, z zespołami interdyscyplinarnymi, pacjenci powinni być kompleksowo diagnozowani i leczeni. Do pozaspecjalistycznego systemu opieki należy wprowadzić standardy postępowania z chorymi na hemofilię i je propagować, zwłaszcza w POZ, SOR i ratownictwie medycznym. Podstawowy aspekt warunkujący bezpieczeństwo: pacjent powinien mieć kartę chorego na hemofilię, którą w sytuacjach nagłych pokazywałby ratownikowi lub lekarzowi i która byłaby respektowana. Trzeba też koordynować opiekę medyczną w otoczeniu pacjenta, szczególnie poprzez POZ. Gdy pacjent wymaga opieki specjalistycznej, powinien jak najszybciej trafić do takiego ośrodka.

Kolejna rekomendacja to poprawa dostępu do nowych technologii medycznych, umożliwiających większą indywidualizację leczenia. W Polsce jest bardzo ograniczona dostępność leków rekombinowanych, a także leków biologicznych, brak też dostępu do leków długo działających. Należałoby się zastanowić, jak zmienić system refundacji, by umożliwić pacjentom dostęp do tych nowych terapii. Każdy rodzaj czynnika krzepnięcia ma swoje zastosowanie; to nie jest tak, że niektóre leki są „stare” i trzeba je koniecznie zastąpić „nowymi”, ale dostęp do różnych opcji terapeutycznych pozwoli dopasować najlepsze leczenie do indywidualnego pacjenta. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że czynniki osoczone pochodzą z dawcy, co nie gwarantuje dostępności i stabilności cen w przyszłości. Jeśli go zabrakło, to pacjenci zostaliby w dramatycznej sytuacji. Wytwarzanie czynników rekombinowanych jest niezależne od dostępności osocza. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **MONIKA DŁUGOSZ**



OKIEM KLINICYSTY

**Dr n. med. Joanna Zdziarska, hematolog,
Klinika Hematologii Szpitala
Uniwersyteckiego w Krakowie**

Najważniejszą zaletą obecnego systemu opieki nad chorymi na hemofilię w Polsce jest możliwość wydawania pacjentom czynnika krzepnięcia całodobowo w każdym miejscu w Polsce. Dostęp do czynników krzepnięcia jest dobry, jest również dostępna część nowoczesnych terapii, choć w sposób limitowany. Funkcjonuje Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne, realizowany przez wyznaczonych lekarzy w ośrodkach leczenia hemofilii. Podczas gdy pediatryczne ośrodki leczenia działają bardzo dobrze i jest ich wystarczająco dużo, nadal brakuje placówek opiekujących się dorosłymi. W niektórych regionach Polski pacjenci są zaniedbani: nie stosują np. profilaktyki, która jest podstawą leczenia hemofilii.

Większość pacjentów otrzymuje leki w takich ilościach, jakich potrzebuje, zarówno do leczenia profilaktycznego, jak i w przypadku krwawień. Istnieje dobry program profilaktyczny dla dzieci. Nie narzekamy ani na ilość, ani na bezpieczeństwo stosowanych czynników krzepnięcia, aczkolwiek wolelibyśmy, żeby chorzy mieli lepszy dostęp do czynników najnowszej generacji (rekombinowanych). To w pewnym sensie luksus, jednak na świecie od dawna już standard z uwagi na jeszcze większe komfort i bezpieczeństwo leczenia.

Okolo 40 chorych na hemofilię A powikłaną inhibitorem otrzymuje w Polsce emicizumab, czyli pierwszy podskórny lek stosowany w profilaktyce krwawień w hemofilii A. Niestety, nie możemy włączyć do tej terapii pacjentów bez inhibitora czynnika VIII, a dla co najmniej kilkunastu w Polsce byłaby to terapia wręcz umożliwiająca normalne życie. Chcielibyśmy mieć też dostęp do długo działających czynników krzepnięcia, których stosowanie umożliwia rzadsze wykonywanie wkłuć dożylnych. To szczególnie ważne dla tych chorych na hemofilię, u których wkłucia są bardzo trudne technicznie.

Szwankuje też opieka na poziomie najbliższym pacjentowi: nie każdy chory jest w stanie sam podać sobie leki, musi więc korzystać z pomocy lekarza rodzinnego, placówek opieki całodobowej, ewentualnie SOR. Personel medyczny często jednak nie zna tej choroby i nie wie, jak podawać czynnik krzepnięcia, więc woli, żeby pacjent szukał pomocy gdzie indziej. W rezultacie chory musi szukać pomocy daleko od miejsca zamieszkania lub wręcz pomija zalecane dawki czynnika.

Prawie wszyscy dorośli chorzy na ciężką hemofilię, jak również niektóre dzieci, wymagają stałej opieki doświadzonego fizjoterapeuty z uwagi na fakt, że choroba powoduje uszkodzenie stawów i mięśni (artropatię hemofilową). Nowoczesna rehabilitacja pozwala na ograniczenie następstw artropatii, uniknięcie niepełnosprawności oraz poprawę jakości życia. Dostęp do fizjoterapii jest w Polsce ograniczony, nie tylko w przypadku hemofilii. Ogromną trudnością jest również brak właściwego finansowania diagnostyki skaz krwotocznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Wszystkie badania, które wykonujemy, generują długi szpitala. To jedna z przyczyn, dla których ośrodki leczenia nie działają według oczekiwanych standardów lub wykonują badania diagnostyczne w bardzo niewielkim stopniu.

Perspektywy pacjentów chorych na mukowiscydozę, pozbawionych leczenia przyczynowego, nie napawają optymizmem: mediana długości życia to 24 lata, pacjenci pod koniec życia się duszą. Jest jakaś nadzieja?

Ostatnie lata przyniosły nowe możliwości dotyczące stosowania modulatorów genu CFTR. Jest to pewien przełom, na który czekaliśmy od wielu lat. To leczenie stało się faktem, choć musimy być świadomi trudności w znalezieniu środków na zastosowanie leku. Uważam, że powinniśmy patrzeć na kraje bliskie nam ekonomicznie. Jeżeli np. w Czechach są stosowane modulatory, to znaczy, że przy podobnym poziomie możliwości jako społeczeństwo bylibyśmy w stanie się pokusić o finansowanie tego typu terapii.

Wiadomo, że leki te przynoszą pacjentom korzyści.

Tak. Z jednej strony nie są one panaceum na wszystko, ich stosowanie nie zmienia istoty choroby, nie działają jak czarodziejska różdżka. Liczne badania kliniczne natomiast potwierdziły, że zmieniają one parametry spirometryczne, a więc przede wszystkim natężoną objętość wydechową pierwszosekundową, tzw. FEV1, parametr, który jest najbardziej wrażliwy i najczęściej używany w badaniach oraz praktyce klinicznej. Pomagają również zmniejszać objawy. Poprawia się jakość życia pacjenta. Potwierdzono też, że leki te redukują zaostrzenia infekcji układu oddechowego. Dostępne są przede wszystkim dla osób powyżej 12. roku życia. Spotykamy się z pierwszymi pacjentami, którzy w warunkach polskich otrzymywali te leki z różnych źródeł lub sami je finansowali.

Jak odbierane są przez środowisko lekarskie nowe możliwości terapii?

Jako lekarze jesteśmy zaintrygowani możliwościami, które te leki dają. Docelowo u części osób uda się nawet w znaczący sposób odwrócić pojawienie się niewydolności

Te leki to wielki postęp

Rozmowa

z DR. HAB. MED.

SZCZEPANEM COFTĄ

z Katedry i Kliniki

Pulmonologii,

Alergologii

i Onkologii

Pulmonologicznej

UM w Poznaniu

oddychania. Co za tym idzie, istnieje pewna szansa odwrócenia ryzyka doprowadzenia pacjenta do takiego stanu, w którym wymaga on przeszczepienia płuc.

Dlaczego jest taki problem z dostępnością leków? Jeśli lek nie będzie refundowany, trudno mówić o dostępności terapii...

Są to leki bardzo drogie. Ich koszt dla płatnika nie jest niebagatelny. Jest pewien konflikt interesu między płatnikiem, który chciałby wydawać jak najmniej, ale w sposób racjonalny; pacjentami, którzy chcą te leki uzyskać, oraz lekarzami, którzy powinni mieć możliwość stosowania tego leczenia dla zapewnienia optymalnej terapii oraz poprawy jakości życia swoich pacjentów.

Proces wprowadzenia tych leków nie przebiega łatwo, podobnie jak w obszarze wielu innych programów lekowych. Jako środowisko lekarskie możemy pomagać, przedstawiać argumenty dotyczące działania tych leków, wspomagać pacjentów i ich rodziny, natomiast musimy zachować racjonalną postawę. Kluczem do uzyskania efektu są skuteczne rozmowy płatnika z firmą produkującą lek. Możemy pokazywać argumenty, natomiast decyzja leży po stronie osób finansujących, przy życzliwości firmy farmaceutycznej, która musi rozróżnić możliwości finansowe w warunkach polskich. Cieszyłbym się, gdyby pacjenci uzyskali ten lek jak najwcześniej, jednak rozumiem, że aspekty kosztowe są ważne.

Czy pana zdaniem jest możliwy optymistyczny scenariusz dla pacjentów chorych na mukowiscydozę?

Nie ma odwrotu od konieczności finansowania tych leków, gdyż stanowią one istotny asumpt do zmienienia naturalnego przebiegu choroby. Leki tej grupy będą mo-

Długofalowe stosowanie modulatorów CFTR może spowodować, że średnia przeżycia pacjentów będzie miała szansę zwiększyć się o 10–15 lat



dyfikowane. W najbliższych latach pojawią się kolejne. Będą odpowiednio dobierane do konkretnej sytuacji klinicznej, konkretnych mutacji występujących u pacjentów. Jestem przekonany, że nie ma odwrotu od konieczności zastosowania modulatorów CFTR, to nieuniknione. Życzymy i pacjentom, i sobie, żeby rozmowy dotyczące finansowania tych leków przebiegały jak najszybciej, żebyśmy uzyskali efekt związany z poprawą parametrów spirometrycznych, jakości życia łączącej się ze zmniejszeniem objawów oraz znaczącego spadku liczby licznych zaostrzeń prowadzących do nie- wydolności oddychania.

Dostęp do leków, ich refundacja jest o tyle ważna, że dzięki temu udałoby się zmniejszyć liczbę hospitalizacji i związane z tym koszty...

Oczywiście, ale muszę powiedzieć, że te leki są nowe w warunkach światowych. Równolegle z dostępem do nich muszą być zaspokojone inne potrzeby pacjentów: żywieniowe dotyczące enzymów trzustko-

wych, suplementacja witamin. Pacjenci z mukowiscydozą stosują wiele leków.

Podstawowym wyzwaniem w Polsce jest w tej chwili tworzenie i rozwój ośrodków mukowiscydozy dla dorosłych. Tak jak pediatrizy znakomicie radzą sobie z mukowiscydozą, jest gęsta sieć ośrodków pediatrycznych w Polsce zajmujących się tą chorobą, tak jako pulmonolodzy dorosłych dopiero tworzymy te ośrodki. Dostęp do leków jest ważny, ale to musi iść w parze ze skuteczną edukacją nie tylko lekarzy, ale całego wielodyscyplinarnego zespołu medycznego. Trzeba włączyć w to pielęgniarki, fizjoterapeutów, dietetyków i pracowników intensywnej terapii. To musi być szeroka strategia pomocy pacjentom, udzielanej przez zespół medycznych profesjonalistów. Modulatory CFTR są jednym z elementów, bardzo ważnym. Nie ma odwrotu od tych leków. Musi to natomiast być scalone ze strategią poprawy jakości przede wszystkim opieki nad dorosłymi pacjentami.

Mówi się też o znaczeniu dostępności antybiotykoterapii dożylną domową...

Przed kilku laty udało się wprowadzić w Polsce – mieliśmy zaszczyt być pierwszym ośrodkiem prowadzącym – antybiotyko- terapię dożylną domową. Niewiele ośrodków ją wprowadza, żeby unikać pobytu pacjenta w szpitalu. Jeżeli się nie rozwinie z całym impetem możliwości antybiotyko- terapii dożylną domową, co jest już propozycją Funduszu, a z czego nie korzystamy do końca, będziemy niekonsekwentni. Powinniśmy walczyć o leki, modulatory CFTR, ale jednocześnie dążyć do rozwoju kompetentnej sieci wielodyscyplinarnych specjalistów medycznych, zajmujących się pacjentami z mukowiscydozą, zwłaszcza dorosłymi, z wykorzystaniem wszystkich możliwości, które już powstały.

Lek dostał niedawno negatywną opinię Agencji Oceny Technologii Me-

dycznych, a to oznacza, że jeśli decyzja ministra zdrowia będzie negatywna, to pacjenci nie będą mieli szans starać się nawet o dostęp indywidualny do leczenia w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Medycznych (RDTL). Jak jest pana zdanie w tej kwestii?

Musimy poddać się osądom instancji rządowych i płatnika. Przyjmujemy je pokornie, choć nie zwalnia nas to z ukazywania pogłębionej i szerszej perspektywy problemu dostępu do tych leków. One i tak się przebijają poprzez efekty, które są widoczne w wynikach badań naukowych, a także praktyce stosowania, w opiniach pacjentów i ich bliskich oraz środowiska medycznego, żyjącego naszym podopiecznym jak najdłuższego odroczenia dramatycznych i śmiertelnych skutków tej genetycznie uwarunkowanej choroby.

Jak się poprawia jakość życia pacjentów z mukowiscydozą po zastosowaniu modulatorów CFTR?

Opiekując się pojedynczymi pacjentami, którzy stosują modulatory CFTR, można potwierdzić, że w większości sytuacji pacjenci i ich rodziny podchodzą entuzjastycznie do efektów leczenia. Rzeczywiście, dochodzi do poprawy parametrów spirometrycznych, co ma ogromne znaczenie dla poprawy codziennego funkcjonowania chorego, który mniej się dusi, mniej kaszle, ma więcej siły. Zmniejsza się liczba zaostrzeń wymagających antybiotyko- terapii oraz pobytów chorego w szpitalu. To są wymierne efekty, które w długofalowym stosowaniu modulatorów CFTR mogą zdecydowanie spowodować, że średnia przeżycia pacjentów będzie miała szansę zwiększyć się o 10–15 lat w stosunku do tego, co notujemy obecnie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ANNA KOPRAS-FIJOŁEK**



Dr hab. Szczepan Cofta

Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu, naczelný lekarz Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu

Zmieńmy model leczenia

Rozmowa z **JOANNĄ TOMCZAK-HAŁABURDĄ**,
Country Commercial Lead ALK-Abelló Poland

Jak z perspektywy firmy, która od prawie 100 lat zajmuje się leczeniem alergii, oceniacie system leczenia uczulenia na jady owadów w Polsce? To jedna z najgroźniejszych alergii, która może skończyć się nagłym zgonem.

Z perspektywy trwającego już ponad dwa lata procesu refundacyjnego – ten system uderza w pacjentów. Szacuje się, że reakcje uogólnione, potencjalnie groźne dla życia, występują u ok. 5 proc. polskiej populacji, natomiast osób poddawanych odczulaniu w roku poprzedzającym pandemię było zaledwie ok. 3 tys. Pokazuje to, że dostęp do leczenia jest bardzo ograniczony. Powody są różne, przede wszystkim niska wiedza społeczeństwa dotycząca możliwości diagnozowania i leczenia oraz możliwość odczulania tylko w warunkach szpitalnych, ponieważ jest ono finansowane jedynie w obrębie świadczeń szpitalnych. W Polsce nie ma możliwości, by pacjent był leczony ambulatoryjnie, w poradni specjalistycznej, jak leczeni są pacjenci w wielu krajach, m.in. w bliskich nam Czechach czy Austrii.

Dlaczego warto, żeby pacjenci byli odczulani w przychodniach specjalistycznych?

Na rynku są dwa rodzaje preparatów do odczulania. Pierwszy to roztwór wodny; drugi (produkowany przez ALK) typu depot, o przedłużonym działaniu, na tyle bezpieczny, że leczenie nim w innych krajach jest prowadzone niemal wyłącznie w warunkach ambulatoryjnych. W Polsce natomiast odczulanie jest prowadzone tylko w 33 ośrodkach szpitalnych, dlatego wielu pacjentów ma duży problem z dotarciem do nich. Z badań wynika, że wiele osób miało w trakcie pandemii problem z dostępem do alergologów, ponieważ oddziały i całe szpitale były przekształcane w jednoimienne. W konsekwencji liczba pacjentów odczulanych na jady spadła o 30-50 proc. i wynosi ok. 1.8 tys. osób.



Forma depot jest na tyle bezpieczna, że odczulanie może odbywać się w przychodni, nie w szpitalu?

Nie odnotowaliśmy zgłoszeń przypadków wstrząsu anafilaktycznego. Jednak bez względu na to, gdzie pacjent jest odczulany, czy to w warunkach szpitalnych, czy też w ambulatorium, które wyposażone jest zawsze w zestaw przeciwwstrząsowy, pacjent musi pozostać przez pewien czas pod obserwacją lekarską.

W Polsce odczulanie pacjenta jest finansowane w ramach świadczenia szpitalnego. Pacjent leczony naszym preparatem trafia do szpitala na dzień lub dwa, zasadniczo niepotrzebnie, gdyż nie musiałby przebywać w placówce medycznej dłużej niż godzinę.

Jakie korzyści dla pacjentów i systemu wynikałyby z rozszerzenia leczenia w ambulatoriach?

Więcej pacjentów mogłoby być odczulanych. Wiele ośrodków ambulatoryjnych deklaruje chęć leczenia pacjentów, nie mają jednak takiej prawnej możliwości. Prezentowaliśmy Ministerstwu Zdrowia dane dotyczące potencjalnych oszczędności dla płatnika publicznego po przeniesieniu części leczenia ze szpitali do ambulatoriów. W skali roku można by zaoszczędzić 12-18 mln zł.

To duża kwota; w porównaniu z nią koszt samego leku jest znikomy.

Przeniesienie odczulania do ambulatorium wiązałoby się ze stosowaniem leków w formie depot. Są droższe?

Dziś cena naszego leku jest stosunkowo niska, będziemy jednak musieli ją podnieść, gdyż w Europie brakuje substancji czynnej. Sąsiadujące kraje zgłaszają dużo wyższe zapotrzebowanie na preparat od możliwości produkcji. Pozyskiwanie substancji czynnej nie jest prostym procesem technologicznym; musimy otrzymać jad od żywej osy lub pszczoły; nie da się go zsintetyzować. To praca wieloosobowych zespołów, wymagająca czasu i nakładów. Cena leku w Polsce jest dziś najniższa w Europie i przy proponowanym przez nas rozwiązaniu taka by pozostała. Nawet czeski płatnik w lipcu podjął decyzję o podniesieniu ceny, która dziś jest taka jak w innych krajach UE.

Co jeśli rozmowy z ministerstwem się nie powiedzą?

Nie wiem, jak zareaguje centrala naszej firmy. Proces refundacyjny toczy się od marca 2020 r., do tej pory nie ma decyzji ministerstwa. Niepokoją nas również informacje płynące od Fundacji Centrum Walki z Alergią, że nie przesuwają się leczenia do przychodni, gdyż trzeba ratować kliniki. Czy to oznacza, że pan minister przychyli się do obecnego modelu leczenia? Ten model ogranicza przecież dostęp do leczenia i jest kosztowny dla systemu. Rozwiązanie, które proponujemy, nie ma złych stron – wielu ekspertów z nami się zgadza. Są za to pozytywne: ograniczenie kosztów leczenia, poprawa dostępu dla pacjentów, gwarancja dostaw leku i ufkosowanie jego ceny.

Alergia na jad osy lub pszczoły może kosztować życie; zdarzają się przypadki, kiedy nie udaje się udzielić na czas pomocy uzależnionemu. Uczuleni w miesiącach letnich żyją w ciągłym lęku i wręcz w izolacji. Odczulanie chroni nie tylko przed skutkami uzależnienia, ale obniża też poczucie lęku osób, które dzięki temu mogą normalnie funkcjonować. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Odczulanie to podstawa leczenia alergii

Rozmowa z **DR. MED. GRZEGORZEM BUKATO**, kierownikiem działu medycznego i marketingu ALK-Abelló Poland

Warto się odczuć w przypadku alergii na roztocza, pyłki drzew i traw?

Rekomendacje towarzystw naukowych podkreślają, że jeśli to możliwe, należy zwalczać przyczynę choroby, nie tylko leczyć jej objawy. W przypadku alergii jest to możliwe, a efektywność odczulania potwierdzają badania kliniczne.

Nasze produkty są pochodzenia naturalnego. Z preparatu bazowego (pyłków, roztoczy, jadów) izoluje się i oczyszcza konkretne białka. Niektóre firmy produkują tzw. alergoidy (modyfikowane alergeny). Wydaje się jednak, że nie spełniają one pokładanych w nich niegdyś nadziei.

Do niedawna odczulanie było możliwe tylko w formie zastrzyków podskórnych. Czy preparaty podjęzykowe są skuteczniejsze?

Tabletki podjęzykowe (właściwie to tzw. liofilizaty, czyli odparowane w niskich temperaturach białka, kształtem przypominające tabletki) mają dobre i zweryfikowane wyniki badań klinicznych, dowodzące ich efektywności klinicznej. W przypadku wielu preparatów podawanych podskórnie wiemy z praktyki, że są skuteczne, nie zawsze wiadomo jednak, jakie dawki należałoby podawać dla optymalnego efektu i przez jaki czas będzie się utrzymywać skutek leczenia, ponieważ brakuje badań klinicznych. Preparaty podjęzykowe są uznawane na całym świecie. Rekomendacje GINA z 2020 i 2021 r. wskazują na stosowanie preparatów podjęzykowych w przypadku alergii na roztocza,



ponieważ właśnie te leki mają wiarygodne dane kliniczne.

Rekomendujemy podjęzykowe odczulanie całoroczne, trwające co najmniej trzy lata. U osoby, która przeszła taki cykl leczenia, efekt utrzymuje się przez wiele lat i w rezultacie zmniejsza się ryzyko wystąpienia ciężkiej astmy.

Dla pacjenta istotna jest różnica w cenie: w przypadku preparatów podskórnych odczulanie odbywa się w ramach NFZ, przy podjęzykowych – pacjent za leczenie musi zapłacić sam.

Mimo to pacjenci w coraz częściej decydują się na preparaty podjęzykowe. Widzą

skuteczność, a także wygodę – przyjmując preparat w domu, nie są konieczne wizyty u lekarza, jak to jest w przypadku odczulania podskórnego. Odczulanie podjęzykowe jest przez to mniej kosztowne dla systemu ochrony zdrowia.

W Europie preparaty odczulające są powszechnie refundowane, ponieważ alergia prowadzi do astmy, ciężkiej choroby pogarszającej jakość życia, efektywność w pracy, często prowadzącej do śmierci. W Polsce wystąpiliśmy o refundację preparatu na roztocza, który ma największe znaczenie z perspektywy klinicznej. Został on pozytywnie oceniony przez Radę Przejrzystości AOTMiT, zostaliśmy jednak zaskoczeni negatywną rekomendacją prezesa Agencji. Mimo to liczymy na pozytywne rozstrzygnięcie, ponieważ badania jednoznacznie wykazują korzyści płynące z jego stosowania, co zostało zauważone nawet przez lekarzy i pacjentów, którzy go wybierają, mimo że wiąże się to z kosztami. Niestety, nie wszystkich na to stać.

Jakie są perspektywy rozwoju firmy w najbliższych latach?

Mamy cel strategiczny: chcemy mieć pięć podjęzykowych leków dla „wielkiej piątki” alergenów: roztoczy kurzu domowego, pyłków traw, pyłków drzew, ambrozji oraz cedru japońskiego. Prowadzimy też badania dotyczące alergii na orzeszki ziemne – jesteśmy na etapie badań przedklinicznych. Dostarczamy ampułkostrzykawkę z adrenaliną o dwuletnim okresie ważności, niewymagającą przechowywania w lodówce (nie są dostępne w Polsce). Ważne są dla nas też leki odczulające na jad owadów oraz alergeny sierści psa i kota. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Jeśli to możliwe, należy zwalczać przyczynę choroby. W przypadku alergii jest to możliwe, a efektywność odczulania potwierdzają badania kliniczne

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

HPV to nie tylko rak szyjki macicy

Rozmowa z **PROF. TERESĄ JACKOWSKĄ**, konsultantem krajowym w dziedzinie pediatrii



Ile kobiet rocznie zapada na raka szyjki macicy?

W Europie rak szyjki macicy zajmuje 9. miejsce wśród najczęściej występujących nowotworów wśród kobiet i drugie pod względem liczby zgonów z powodu raka u kobiet w wieku od 15 do 44 lat. W Polsce w 2020 r. zachorowało 3862 kobiet, a 2137 zmarło. Polska charakteryzuje się najniższym odsetkiem pięcioletnich przeżyć chorych na raka szyjki macicy (56,4 proc.), a średnia dla krajów europejskich wynosi 62,4 proc. Ze względu na lokalizację i skąpe objawy jest on dość późno diagnozowany, co też ma wpływ na wyniki leczenia. Rak szyjki macicy to nie tylko ważny problem zdrowotny, lecz także społeczny. Dotyka młode kobiety (w wieku od 35 do 59 lat), aktywne zawodowo i wychowujące dzieci.

Jak wypadamy w kwestii realizacji szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), który wywołuje m.in. raka szyjki macicy, w stosunku do innych krajów europejskich?

Większość krajów UE prowadzi działania w zakresie profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy (szczepienia) lub profilaktyki

wtórnej (badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy). Wiele krajów również upowszechnia wiedzę o HPV m.in. poprzez wspieranie kompleksowych stron internetowych, zawierających informacje na temat HPV, szczepień, raka szyjki macicy i badań przesiewowych. Niewątpliwie kraje, które robią w tym zakresie najwięcej i z których warto czerpać inspiracje, to Belgia, Dania, Irlandia i Wielka Brytania. Polska obecnie niestety nie prowadzi narodowego programu profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy dla swoich obywateli.

Wdrożenie szczepień przeciw HPV zostało ogłoszone w Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), a ich bezpłatna realizacja została również ujęta w strategii ekipy rządzącej – Nowym Ładzie. To przełom?

Ogromny krok do przodu. Szczepionka od prawie 15 lat (2006 r.) jest dostępna na świecie, w tym w Polsce. Jednak dostępna była w obrocie prywatnym lub w nielicznych programach samorządowych. Znajdowała się w zalecanym programie szczepień. Już najwyższy czas, aby wzorem innych krajów europejskich

wprowadzić takie szczepienia w Polsce. Sukces i realizacja szczepień zapisanych w Narodowym Programie Onkologicznym czy w Nowym Ładzie natomiast zależy od wielu czynników. Gdy spojrzeć na kraje europejskie, widać wyraźnie, że jedne odniosły sukces, jeśli chodzi o odsetek zaszczepionych dziewcząt i chłopców, ale inne klęskę.

Dlaczego?

Oprócz wprowadzenia szczepień bardzo ważna jest edukacja dziewcząt i chłopców, rodziców, ale też personelu medycznego. Konieczne jest przedstawienie danych epidemiologicznych, informacji, w jaki sposób może dojść do zakażenia wirusem HPV, informacji, że to są zakażenia powszechne, wiedzy, czy można wiele razy, i to bezobjawowo, być zakażonym HPV, jakie są grupy ryzyka, czy chorują tylko kobiety, czy też mężczyźni, kogo i kiedy najlepiej szczepić.

W jaki sposób powinny być zorganizowane i sfinansowane szczepienia przeciw HPV?

Najlepiej, gdyby szczepienie przeciwko HPV było zalecane, ale bezpłatne dla

dziewcząt i chłopców w wieku 12–13 lat. Dla tych osób, które natomiast będą chciały się zaszczepić do 19. roku życia, mamy propozycję, by wprowadzić szczepionkę na listę refundacyjną.

Jak miałyby to wyglądać w praktyce?

Jako konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii nie widziałabym przeszkód, by w szczepienia zaangażowane były pielęgniarki szkolne. Edukacja pielęgniarek i ich zaangażowanie zwiększyłoby wyszczepialność u młodzieży. Były sugestie, by szczepienie było refundowane, a więc np. w połowie płatne, jednak patrząc na inne kraje, myślę, że będzie to bardzo niekorzystne i nie przyniesie oczekiwanego efektu epidemiologicznego.

roku, a nowotwory jamy ustnej i gardła są obecnie najczęstszym nowotworem związanym z HPV w Stanach Zjednoczonych.

Ważna jest też kwestia dostępności szczepionki. W Polsce od dawna rekomendowaliśmy, aby szczepionkę przeciwko zakażeniom wywołanym przez HPV wprowadzić do Programu Szczepień Ochronnych, ale był taki okres, że takiej możliwości nie było, bo dostępność szczepionki dla całej populacji była niemożliwa. Szczepionki obu firm najpierw musiały zostać dostarczone do krajów, gdzie już były stosowane w programach narodowych. W Polsce sytuacja poprawiła się w tych miastach, gminach, gdzie są prowadzone profilaktyczne programy samorządowe, gdzie dziewczynki i chłopcy są szczepieni przeciw HPV.

drogą płciową, antykoncepcja hormonalna, seks analny, palenie tytoniu czy osłabienie odporności z różnych względów. Koniecznie trzeba podkreślić, że nie każde zakażenie wirusem kończy się rakiem, ale niekiedy pierwsze zakażenie może być początkiem wystąpienia zmian dysplastycznych, które doprowadzą do nowotworu.

Często mówi się w kontekście szczepień na HPV o konieczności szczepienia dziewcząt. Chłopcy są trochę pomijani.

Niektóre państwa szczepią tylko dziewczynki, ale z 30 krajów w Europie 11 szczepi zarówno dziewczynki, jak i chłopców, ponieważ chłopcy też mogą zachorować na raka zależnego od HPV, a po drugie – przenosząc tego wirusa, który nie daje żadnych objawów – mogą zarażać w przyszłości swoją partnerkę czy partnera. Z pewnością będziemy rekomendowali wprowadzenie szczepionki u obu płci.

Ile osób można ocalić dzięki szczepieniom?

Po wprowadzeniu szczepień Australia (w 2007 r. dla dziewcząt, a od 2013 r. również dla chłopców) i Szwecja pokazują, że w zasadzie nie ma tam przypadków raka szyjki macicy. W Australii zaobserwowano znaczny spadek częstości występowania chorób szyjki macicy o wysokim stopniu złośliwości i brodawek narządów płciowych wśród kobiet, które zakwalifikowały się do szczepień. Zaobserwowano zmniejszenie częstości występowania brodawek narządów płciowych i HPV wśród heteroseksualnych mężczyzn jeszcze przed wprowadzeniem programu szczepień dla mężczyzn. Oczekuje się, że szczepionka 9vHPV zapobiegnie do 90 proc. przypadków raka szyjki macicy i 96 proc. raka odbytu. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała
AGNIESZKA SZCZEPAŃSKA

W Australii, gdzie szczepionkę przeciw HPV wprowadzono w 2007 r. dla dziewcząt, a od 2013 r. również dla chłopców, w zasadzie nie ma przypadków raka szyjki macicy

Ile jest rodzajów szczepionek przeciw HPV?

Mamy trzy szczepionki dostępne na rynku: szczepionka Cervarix (dwa typy wirusa HPV-16 i HPV-18 – prowadzące do zmian przednowotworowych narządów płciowych oraz raka szyjki macicy i raka odbytu), Gardasil 4 (cztery typy wirusa: HPV-16 i HPV-18 oraz HPV-6 i HPV-11 – prowadzące dodatkowo do występowania brodawek narządów płciowych, tzw. kłykcin kończystych) oraz najnowsza szczepionka Gardasil 9 (9 typów wirusa HPV: HPV-6, HPV-11, HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33, HPV-45, HPV-52, HPV-58). W przypadku zastosowania szczepionki dziewięciowalentnej mamy prawie 90 proc. skuteczności w zapobieganiu rakowi szyjki macicy. Jeśli chodzi o szczepionkę dwu- czy czterowalentną – 73 proc. Różnica jest znaczna. Warto wiedzieć, że wirus HPV odpowiada również za występowanie innych nowotworów – odbytu, sromu, pochwy, prącia oraz raków jamy ustnej. Większość z tych nowotworów, które rozwijają się w gardle (zwykle w migdałkach lub tylnej części języka), jest wywołwana przez HPV (70 proc. przypadków w Stanach Zjednoczonych). Liczba nowych przypadków rośnie każdego

Zakładam, że wielu z rodziców zapewne w ogóle nie słyszało o wirusie HPV lub nie uświadamia sobie, że w przyszłości jego córka lub syn mogą zachorować na nowotwór wywołany przez brodawczaka.

Gdy szczepionka była nowa (15 lat temu), mówiło się, że promuje rozwiązłość seksualną. Nic bardziej błędnie, zresztą są publikacje naukowe, które temu przeczą. Ginekolodzy obecnie rozpoznają zmiany dysplastyczne czy raka szyjki macicy u coraz młodszych kobiet.

Jakie są czynniki ryzyka?

Wczesny wiek inicjacji seksualnej, duża liczba partnerów seksualnych, współistnienie innych zakażeń przenoszonych



Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii, kierownik Kliniki Pediatrii i ordynator Oddziału Pediatrycznego CMKP

Jak system szczepień ochronnych w Polsce wygląda na tle krajów Unii Europejskiej? Czym się różni od systemów europejskich?

Nie wygląda źle, zwłaszcza że jest istotnie rozwijany, przede wszystkim w obszarze szczepień obowiązkowych. Jeżeli popatrzyć na kraje UE, główny wyróżnik polega na filozofii podejścia do szczepień obowiązkowych – Polska należy do grupy krajów ze stosunkowo długą listą szczepień objętych obowiązkiem. W niektórych państwach europejskich obowiązkowość szczepień zastąpiona jest różnego rodzaju zachętami i sankcjami, np. w zakresie ograniczenia dostępu do edukacji przedszkolnej, możliwości korzystania z usług publicznych etc. Duży nacisk położony jest wtedy także na edukację i budowanie świadomości znaczenia profilaktyki pierwotnej w zdrowiu populacyjnym. Sama lista szczepień obowiązkowych jest w takiej sytuacji bardzo krótka bądź nie ma jej wcale.

Jakie są mocne i słabe strony systemu szczepień?

Słabą stroną szczepień obowiązkowych jest bardzo mała elastyczność w wyborze metod działania. Mamy zestaw szczepionek obowiązkowych, które są dostępne dla pacjentów bezpłatnie, ale jeżeli chcemy skorzystać z innego preparatu niż kupiony przez Ministerstwo Zdrowia, musimy ponieść jego pełny koszt. Podobnie w sytuacji, kiedy zamiast dostępnych w ramach PSO (Programu Szczepień Ochronnych) szczepionek nieskojarzonych chcemy skorzystać ze szczepionki wysoko skojarzonej, musimy pokryć 100 proc. jej ceny.

W bardzo niewielkim stopniu wykorzystujemy w przypadku szczepień ochronnych analizę oceny technologii medycznych, tzw. HTA (Health Technology Assessment), która dla innych produktów leczniczych jest standardem pozwalającym porównać efektywność kliniczną i ekonomiczną różnych preparatów. Zapewne wynika to z bardzo ograniczonego funkcjonowania szczepionek w systemie refundacyjnym (jedyna szczepionka dostępna jako lek refundowany to szczepionka przeciw grypie), gdzie analiza HTA jest obowiązkowa. Należałoby rozpocząć prace nad szerszym dostępem do szczepień w systemie refundacji, natomiast sama analiza HTA może stanowić istotne wspar-

Szczepionka to lek

Rozmowa z **JAKUBEM SZULCEM**, ekspertem sektora ochrony zdrowia



cie decyzyjne dla MZ przy prowadzeniu zakupów centralnych.

Comoże być postrzegane w kategorii szans dla rozwoju systemu szczepień ochronnych w Polsce?

Na pewno powinniśmy pomyśleć o planie rozwoju szczepień ochronnych. Dziś nie wiemy, jakie szczepienia i na jakich zasadach chcemy wprowadzać do systemu szczepień. Kalendarz szczepień jest ustalany z roku na rok i trudno odgadnąć, jakie są długofalowe priorytety państwa w tym zakresie i w jakiej formule finansowej będą realizowane. Wyłączam tu oczywiście sytuacje ekstraordynaryjne, takie jak pandemia. Po drugie, mimo że program szczepień obowiązkowych w Polsce istotnie się w ostatnich latach rozwinął (mamy szczepienia przeciwko rotawirusom czy szczepienia przeciw pneumokokom) – środki przewidziane na jego realizację w ustawie

o świadczeniach się nie zmieniły i dzisiaj stanowią mniej niż 50 proc. zapotrzebowania. To oczywiście jest co roku korygowane w ustawie budżetowej, jednak brak długofalowego zabezpieczenia finansowego ma wpływ chociażby na możliwość terminowego ogłaszania przetargów na szczepionki. Kolejna sprawa to doświadczenia covidowe. Okazuje się, że w wielu przypadkach szczepienie niekoniecznie musi się odbywać w punkcie szczepień przy praktyce lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, a mechanizm centralnego zakupu nie jest jedynym możliwym, który można zastosować w przypadku większości szczepionek.

Jakie są bariery w rozwoju systemu szczepień ochronnych?

Jedną z nich jest bariera finansowa. Mamy niski poziom finansowania publicznego – mimo zmian (tzw. ustawa 6 proc.). Szczepienia ochronne i profilaktyka pier-

wotna to najbardziej efektywny sposób realizowania polityki zdrowotnej. Nie ma tańszej, bezpieczniejszej i bardziej efektywnej metody walki z chorobami niż szczepienie. Jeżeli celem dla nas jest zwiększenie zdrowia populacyjnego, zwiększenie dostępności do szczepień, zapewnienie jak największej wyszczepialności, powinniśmy zwiększać elastyczność finansowania i dostępu do szczepień.

Jak rozwijać kalendarz szczepień?

Warto by było, żebyśmy wiedzieli, jakie mamy priorytety, decyzje o włączeniu czy rekomendowaniu kolejnych szczepień nie były decyzjami, które zaskakują, tylko były rozpisane wcześniej. Bardzo ważne jest nieograniczanie się do tej jednej ścieżki – centralnego finansowania jednego produktu – która dzisiaj dominuje w polskim systemie szczepień ochronnych.

Powinien powstać kalendarz dla dorosłych?

Jak najbardziej. Cały czas intensywnie koncentrujemy się na dzieciach, natomiast

kosztu szczepionki z kosztem szczepienia jest błędne – kupno leku nie załatwia sprawy. Poza zakupem szczepionki musimy zadbać o jej przechowanie. Ważny jest koszt podania. Zazwyczaj decyzję o zakwalifikowaniu do szczepienia podejmuje lekarz podczas wizyty, a samo szczepienie wykonuje pielęgniarka. To jest koszt systemowy, który musimy ponieść, a który do niedawna przez większość osób był pomijany. Oczywiście, wykonanie szczepienia obowiązkowego teoretycznie jest uwzględnione w stawce kapitałowej POZ. W takiej sytuacji może warto się zastanowić nad tym, żeby wyodrębnić je jako osobną usługę, co natychmiast zmieni skłonność placówek ochrony zdrowia do organizacji szczepień. Koszt samego leku to zaledwie 34 proc. wszystkich kosztów. Pozostałe to właśnie koszty przechowywania, dystrybucji i podania.

A propos szczepień wysoko skojarzonych: są obecnie zalecane, ale nie są refundowane. Rodzice za to płacą. To się zmieni?

Nie ma tańszej, bezpieczniejszej i bardziej efektywnej metody walki z chorobami niż szczepienie

mamy przecież grupy ryzyka obejmujące dorosłych pacjentów, związane czy to z wykonywanym zawodem (np. medycznym), czy z chorobami przewlekłymi. Te osoby w szczególności powinny być objęte szczepieniami. Od dłuższego już czasu dyskutuje się, jaka populacja powinna być objęta możliwością zaszczepienia przeciwko pneumokokom, które niestety także wśród osób dorosłych – przede wszystkim u tych, które chorują przewlekłe – zbierają śmiertelne żniwo.

Czego nauczyliśmy się o szczepieniach ochronnych w dobie COVID?

Okazuje się, że można szczepić niekoniecznie wyłącznie w gabinecie lekarskim, że można zorganizować punkty, w których będziemy prowadzić szczepienia. Okazuje się, że szczepienia mogą być realizowane w innych miejscach, np. w aptekach. Epidemia uświadomiła też, że utożsamianie

Nie zrealizujemy w ten sposób postulatów pediatrów, ale zapewnimy poczucie elementarnej sprawiedliwości i ulżymy finansowo rodzicom, którzy jednak chcieliby, żeby ich dzieci niekoniecznie były klute kilka razy.

Takie rozwiązanie mogłoby też pozytywnie wpłynąć na wyszczepialność, bo rodzicom coraz trudniej decydować, że dziecko ma być szczepione sześć razy zamiast dwóch, a pełna odpłatność szczepionek skojarzonych jest istotną barierą finansową i może prowadzić do decyzji o niewykonaniu szczepienia w ogóle. Mówimy wyłącznie o koszcie preparatu, tymczasem trzeba do tego dodać koszt przechowania i dystrybucji trzech lub czterech szczepionek zamiast jednej, koszt wizyt lekarskich i zastrzyków, a także koszty alternatywne po stronie rodziców: większa liczba wizyt lekarskich, koszty dojazdu, zorganizowania opieki dla pozostałych dzieci w rodzinie etc.

Ostatnio wyraźnie uaktywniły się ruchy antyszczepionkowe. Można skutecznie sobie z nimi poradzić?

Najlepsza metoda to pokazywanie, jak wygląda rzeczywistość z punktu widzenia nauki. Powinniśmy o tym mówić jak najgłośniej i nie bać się dyskusji. Szczepionka jest lekiem. W przypadku każdego leku mogą wystąpić działania niepożądane. Gdybyśmy nie mieli szczepień ochronnych, to umieralibyśmy masowo na polio i krztusiec, mieli szereg powikłań związanych z ciężkimi przebiegami odry, świnki i różyczki itd. Nie pamiętamy już, jak wyglądał nasz świat jeszcze 60–70 lat temu. Jaka była umieralność dzieci do piątego roku życia? 30 proc.! Na trójkę dzieci, która się rodziła, tylko dwoje dożywało pięciu lat. Dzięki szczepieniom wyeliminowaliśmy choroby zakaźne, które nas zabijały. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ANNA KOPRAS-FIJOŁEK**



Jakub Szulc

ekspert sektora ochrony zdrowia, dyrektor w Alab Laboratoria sp. z o.o., sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2008–2012

Świadek czasu pandemii

„Covidowe twarze szpiczaka” to pierwsza w Polsce książka, w której znalazły się **RELACJE LEKARZY I CHORYCH Z TRUDNEGO CZASU EPIDEMII**. Chorzy na szpiczaka, podobnie jak inni pacjenci onkologiczni, są jedną z grup najbardziej zagrożonych ciężkim przebiegiem COVID-19.

Co jest trudniejszym wyzwaniem w czasach pandemii: nowotwór czy COVID-19; jak dać sobie radę w sytuacji zachorowania na obydwie te choroby – na te pytania odpowiada kilkudziesięciu pacjentów: bohaterów książki „Covidowe twarze szpiczaka”.

Miejsce akcji: Polska czasu pandemii, 2020 i 2021 r. Bohaterowie: chorzy na szpiczaka, którzy zachorowali na COVID-19. Część z nich od kilku lat leczyła się z powodu choroby nowotworowej. „Dla mnie pandemia zaczęła się już na początku lutego 2020 r., kiedy zadzwoniła córka z Irlandii, powiedziała, że na 100 proc. będzie pandemia. Poinstruowała mnie, że mam nosić maskę, myć często ręce, nie dotykać twarzy, w domu zrobić bufor na rzeczy, które przynoszę i się nie bać. Żyć normalnie, tylko przestrzegać zasad” – opowiada jedna z bohaterek. Jednak wielu chorych na szpiczaka, zdając sobie sprawę z zagrożenia, od początku pandemii niemal nie wychodziło z domu. „Panicznie się bałam. Nawet jak córka z zięciem robili grilla, to nie schodziłam do nich. Do dziś wszystkie zakupy przecieram, zanim włożę do lodówki. Odkażam, dezynfekuję” – mówi inna bohaterka książki.

W bardzo trudnej sytuacji byli pacjenci, którzy w czasie „zamrożenia” placówek ochrony zdrowia musieli szukać diagnozy. Często oznaczało to wielomiesięczne turlaczki od lekarza do lekarza, od szpitala do szpitala, prośbienie o poradę przez telefon, czekanie na możliwość wizyty w przychodni. Niektórzy usłyszeli diagnozę „szpiczak”, a po kilku dniach, gdy jeszcze dobrze nie oswoili się z tą diagnozą, dowiadawali się, że zostali zakażeni SARS-CoV-2. „Przewracam się w domu, łamię sobie kręgosłup, konieczne są trzy operacje. Potem pojawia się diagnoza nowotworu, a następnie COVID: choroba, która sama w sobie może spowodować śmierć. Człowiek od razu zastanawia



Covidowe twarze szpiczaka,

wyd. Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka, 2021.

Publikacja powstała jako kontynuacja książki „Wszystkie twarze szpiczaka”, upamiętniającej stulecie odzyskania przez Polskę niepodległości.

się, czy nie trafi pod respirator” – opowiada inny z bohaterów. Były osoby, które o zakażeniu koronawirusem dowiedziały się w trakcie leczenia choroby nowotworowej w szpitalu i prosto z hematologii zostały przewiezione do szpitala covidowego.

Część pacjentów ze szpiczakiem bardzo ciężko przeszła COVID-19. Były jednak też

osoby, które przeszły infekcję lekko bądź wręcz bezobjawowo. – Mamy wiele publikacji światowych dotyczących pacjentów ze szpiczakiem; śmiertelność wśród chorych w wyniku infekcji COVID-19 wynosiła od 30 do 60 proc. (najwyższa była w Anglii). Przebieg COVID-19 zależał w dużej mierze od tego, czy pacjent miał dobrze kontrolowaną chorobę nowotworową. Jeśli był w remisji, wymagał tylko obserwacji albo leczenia podtrzymującego, to często łagodnie przechodził COVID. Jeżeli był na początku leczenia szpiczaka albo miał nawrót, choroba była bardzo aktywna, to przebieg COVID-19 mógł być piorunujący – tłumaczy prof. Artur Jurczyszyn z Ośrodka Leczenia Dyskrazji Plazmocytowych Katedry Hematologii Collegium Medicum UJ w Krakowie, jeden ze współautorów i pomysłodawca książki.

„Lektura ciekawa, momentami wzruszająca – wyjątkowy dokument trudnych czasów” – pisze we wstępie prof. Maciej Małecki, dziekan wydziału lekarskiego CM UJ.

Mimo trudnych chwil i często licznych powikłań (zarówno szpiczaka, jak i COVID-19) bohaterowie „Covidowych twarzy szpiczaka” cieszą się z życia. Niektórzy chodzą po górach, pracują zawodowo. Inni realizują swoje pasje, cieszą się z rodziny. Podkreślają, że nawet w najtrudniejszych chwilach epidemii mieli ogromne wsparcie ze strony grupy hematologów zajmujących się leczeniem szpiczaka. „Wyjątkowi lekarze” – pacjenci ciepło i z dumą mówią o „swoich hematologach”, do których mogli zawsze zadzwonić z prośbą o pomoc. I dlatego „Covidowe twarze szpiczaka” to nie tylko świadectwo czasu epidemii, lecz także pozytywny zastrzyk energii w niełatwych czasach. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Tekst: **KATARZYNA PINKOSZ**

Wejdź na stronę: www.kruchekosci.pl

Kruche kości – osteoporoza

Co to jest za choroba?

Kiedy i jak się ją diagnozuje?

Kto jest najbardziej zagrożony osteoporozą?

Czy grozi Ci osteoporoza?



Sprawdź jakie są czynniki
ryzyka osteoporozy



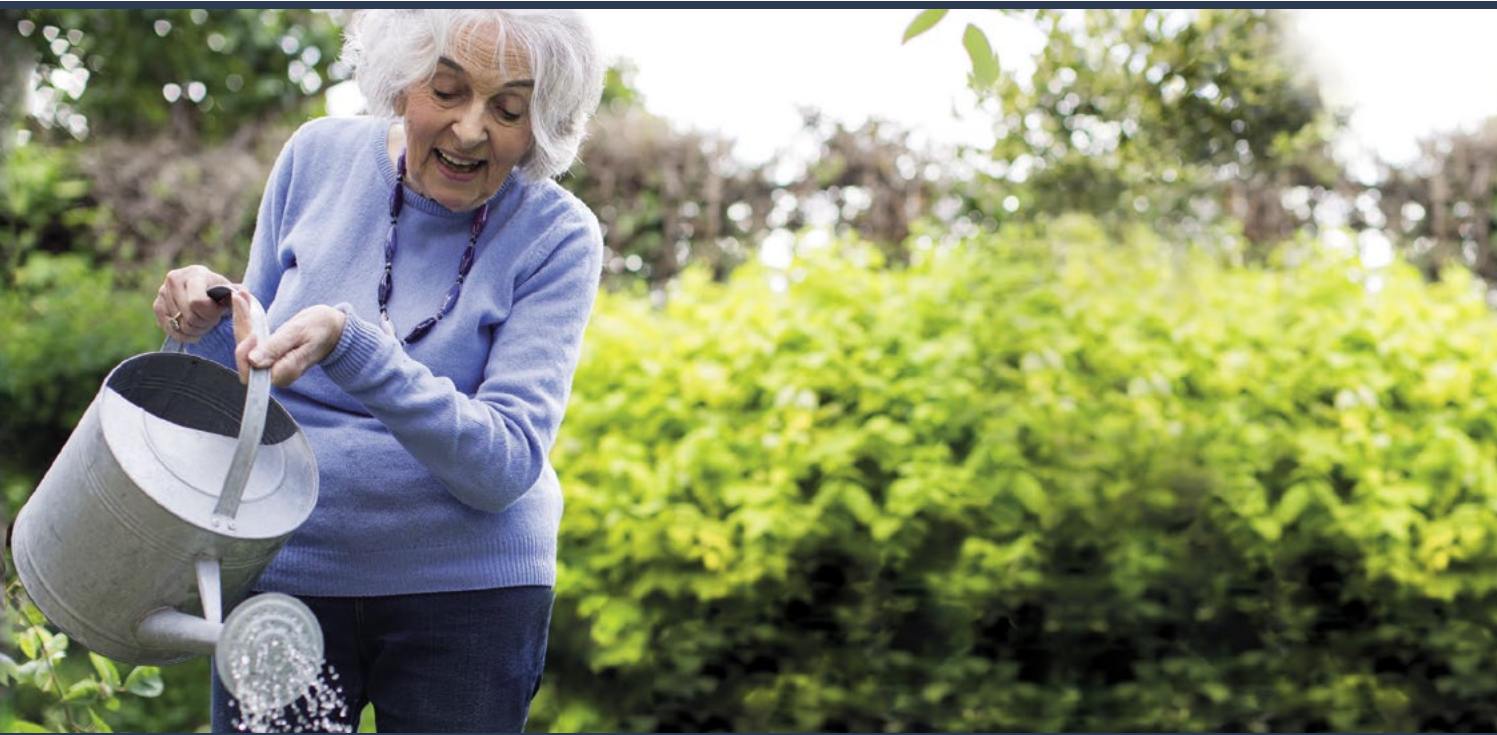
Poznaj historie innych i dowiedz się jakie są czynniki ryzyka

Masz już osteoporozę?

Dowiedz się jakie są sposoby leczenia osteoporozy

Czy i jakie ćwiczenia możesz wykonywać?

Jakie są zalecenia dietetyczne – co służy, a co szkodzi Twojemu zdrowiu?



Te i wiele innych, praktycznych informacji znajdziesz na stronie internetowej:

www.kruchekosci.pl



Amgen Biotechnologia Sp. z o.o.
ul. Puławska 145
02-715 Warszawa

Życie mimo pandemii

Pomimo pandemii, a czasem wbrew niej: trudne czasy wyzwalają inicjatywy, które zmieniają medycynę i życie pacjentów. Przedstawiamy nasz subiektywny wybór.

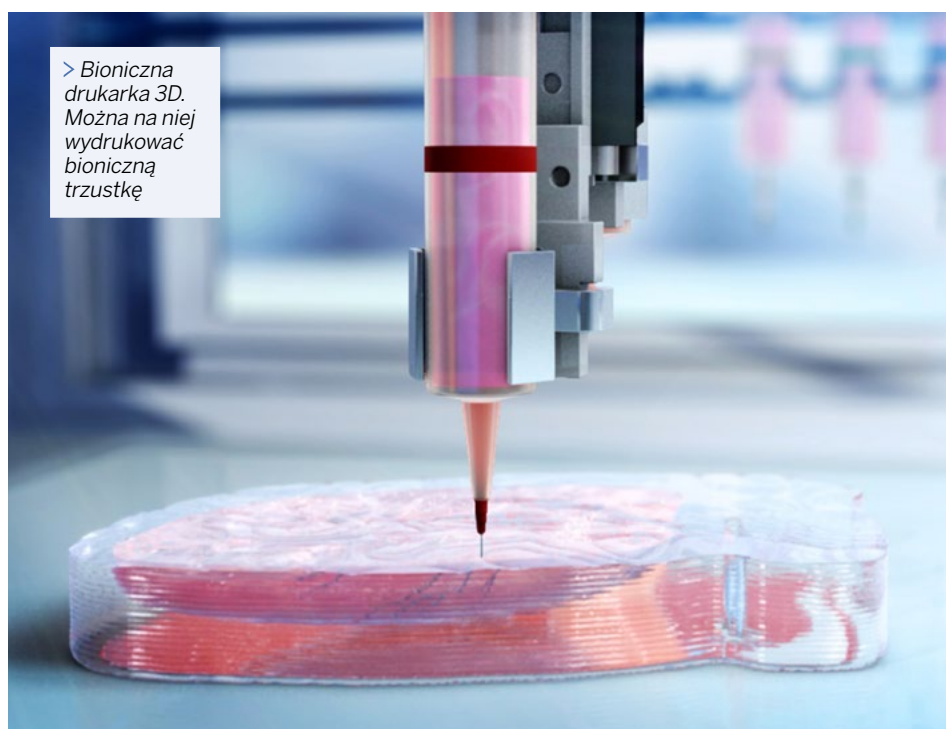
1 BIONICZNE NARZĄDY DZIĘKI... SZTUCE

Dr hab. Michał Wszola, twórca bionicznej trzustki, postanowił nie tylko połączyć medycynę ze sztuką, lecz także zebrać w ten sposób kolejne środki na budowę nowoczesnego centrum biotechnologii, w którym będą tworzone narządy bioniczne. Tuż przed wakacjami odbyła się w warszawskich Łazienkach wystawa artystycznych zdjęć mikroskopowych, wykonanych w laboratorium Fundacji Badań i Rozwoju Nauki, której radzie przewodniczy dr Michał Wszola. Ilustrują one proces tworzenia bionicznej trzustki. To obrazy jak ze wszechświata – bioniczna trzustka wydrukowana w technologii 3D przypomina pędzące w przestrzeń gwiazdy; komórki naczyń łączących się w struktury przywodzą na myśl zielonkawę mgławicę; układ naczyniowy trzustki kojarzy się z zatopionymi w bursztynie dmuchawcami...

Efektom wystawy była aukcja charytatywna „Bioniczna rewolucja”, podczas której sprzedawano obrazy. Fundusze zasiliły bioniczną rewolucję, czyli tworzenie narządów z żywych komórek z zastosowaniem technologii biodruku 3D, które będą mogły w przyszłości zastąpić uszkodzenia części naszego ciała. Leczenie pacjentów będzie się odbywało w międzynarodowym centrum nowych technologii, które powołuje dr hab. Michał Wszola i jego zespół. Tam też będą powstawać wynalazki.

2 RATUNEK DLA DZIECI CHORYCH NA RAKA

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu dzięki wprowadzeniu technologii CAR-T uratowano w 2020 r. życie czwórce dzieci, które chorowały na dotychczas nieuleczalną postać białaczki. A stało się to dzięki prof. Alicji Chywickiej. Pani profesor, hematolog dziecięcy i kierownik Kliniki Transplantologii Szpiku, Onkologii



i Hematologii Dziecięcej „Przylądek Nadziei”, zrobiła wszystko, aby mali pacjenci podczas pandemii byli leczeni na takim samym poziomie jak wcześniej.

To właśnie w 2020 r. udało się w klinice po raz pierwszy zastosować u dzieci z białaczką nowatorską terapię genową CART T-cell, w której wykorzystuje się do walki z nowotworem układ odpornościowy dzięki zaprogramowaniu limfocytów T w taki sposób, by rozpoznawały komórki nowotworowe i je zwalczały. Programem leczenia objęto wszystkie dzieci, u których nie dały wyników inne terapie.

Podczas pandemii nie zawiedli ludzie dobrej woli, którzy nie zostawili dzieci chorych na nowotwory samych. W ramach akcji „Strażacy przeciw białaczce” strażacy zabawiali chore dzieci pod drzwiami kliniki, tańczyli na szczudłach. – Dzieci sie-

działy w oknach z nosami przyklejonymi do szyb – wspomina prof. Alicja Chywicka.

Babcia jednego z chorych dzieci zorganizowała przejazd motocyklistów pod kliniką. W dniu św. Mikołaja natomiast pod oknami kliniki konno przejechała straż miejska: funkcjonariusze przebrani za mikołajów rozbawili dzieciaki, a także personel szpitala.

3 #UDARUJŹYCIE

Inicjatywa dotyczyła udaru mózgu i pagowania szybkiego reagowania, gdy pojawiają się jego objawy, co szczególnie na początku pandemii COVID-19 bywało trudne. Stąd pomysł na akcję #uDARujżycie. W spocie akcji wystąpili prof. Bartosz Karaszewski (kierownik Katedry Neurologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycz-

nego), dr n. med. Bożena Adamkiewicz (z Wysokospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, konsultant wojewódzka ds. neurologii) oraz dr hab. n. med. Michał Karliński (z II Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie). Inicjatywa miała na celu zwrócenie uwagi na potrzebę podjęcia szybkiego działania, gdy rozpoznamy u kogoś niepokojące objawy świadczące o udarze mózgu, takie jak: niewyraźna mowa, opadający kącik ust, nagle zawroty i silny ból głowy, zaburzenia widzenia, utrata władzy w kończynach.

Celem akcji było przypomnienie, że tylko niezwłoczna interwencja może pomóc #uDARowaćycie. W leczeniu udaru mózgu najważniejsze są pierwsze godziny od jego wystąpienia. Jeśli pacjent trafi do szpitala w ciągu trzech godzin od momentu pojawienia się objawów o podłożu neurologicznym, szansa na to, że wyjdzie ze szpitala sprawny, wynosi nawet 70 proc. Jeśli zjawi się tam pod koniec tzw. okna terapeutycznego, czyli koło szóstej godziny, szanse na utrzymanie sprawności spadają do 35 proc. Ważne, by dożylnie leczenie trombolityczne rozpoczęto tak szybko, jak to możliwe, ale nie później niż 4,5 godz. od momentu wystąpienia pierwszych objawów. Trombektomia mechaniczna, która polega na usunięciu skrzepu ze światła naczynia mózgowego, jest możliwa wyłącznie w przypadku zamknięcia dużego naczynia wewnątrzczaszkowego. #uDARujycie, nie czekaj!

Być może dzięki tej akcji udało się uratować więcej osób.

4 NOWE LECZENIE ARYTMIJ POD LUPĄ

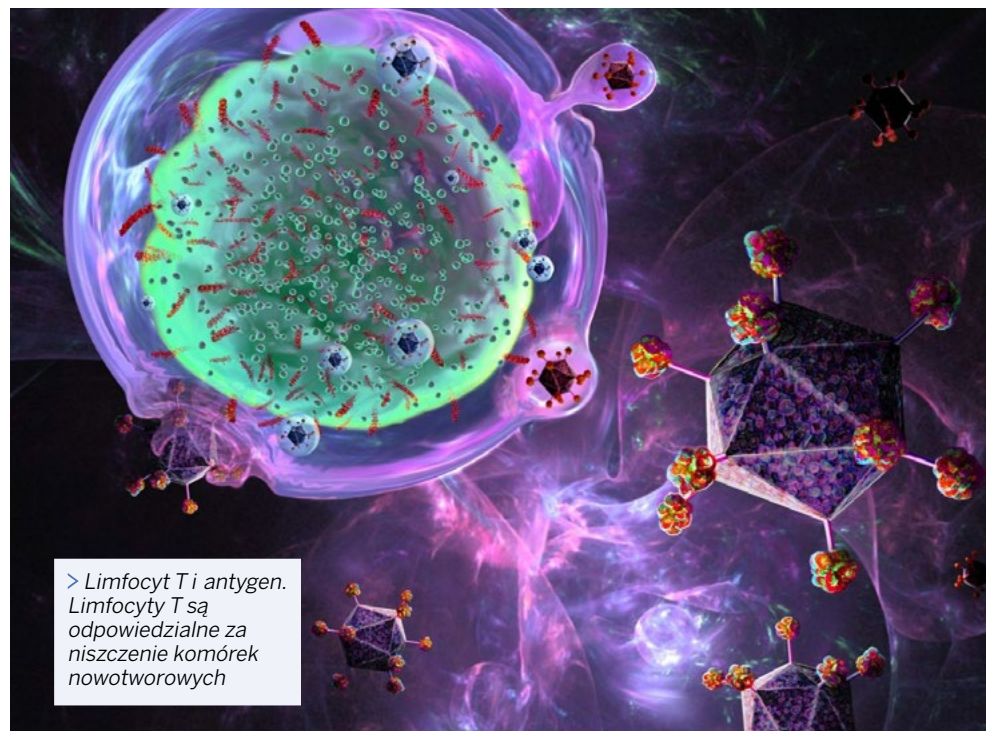
Gliwiczcy radioterapeuci z Narodowego Instytutu Onkologii, we współpracy z kardiologami z Górnośląskiego Centrum Medycznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, od kilku miesięcy realizują eksperymentalny projekt innowacyjnej terapii arytmii serca u pacjentów, którym dotychczasowe metody nie pomogły. Tacy chorzy są zwykle leczeni farmakologicznie lub poddawani zabiegom mającym skorygować zaburzenia rytmu serca za pomocą wstrząsu elektrycznego. Nie w każdym przypadku to się udaje. Zauważono, że w takich przypadkach można zastosować radioterapię polegającą na jednorazowym podaniu wysokiej dawki promieniowania jonizującego. – Napromieniamy miejsce, które jest źródłem arytmii w sercu. Identyfikujemy je za pomocą badania elektrofizjologicznego i trójwymiarowego mapowania elektroanatomicznego. Następnie dane dotyczące ogniska arytmii, z którego nieprawidłowe impulsy elektryczne rozchodzą się po

całym sercu, są przenoszone na badanie obrazowe, z którego korzystamy, planując radioterapię, a więc na tomografię komputerową. Oznaczamy to miejsce i precyzyjnie planujemy rozkład dawki promieniowania, aby podać ją dokładnie w ognisko arytmii, jednocześnie chroniąc przed uszkodzeniem pozostałe części serca, tętnice wieńcowe i inne struktury – tłumaczy dr hab. Sławomir Blamek, główny badacz z Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach. – Jest to leczenie ostatniej szansy, które daje nadzieję na ograniczenie liczby napadów tachykardii i związanych z nimi wyładowań kardiowertera-defibrylatora – dodaje dr hab. Sławomir Blamek. – U wszystkich dotychczas przebadanych po leczeniu chorych stwierdziliśmy znaczącą poprawę w zakresie liczby i nasilenia epizodów tachykardii komorowej.

U większości z nich dolegliwości ustąpiły całkowicie. Jest to jednak bardzo wczesna ocena, na odległe wyniki trzeba będzie poczekać – zastrzega ekspert.

5 NOWE ŹRÓDŁO LEKÓW PRZECIWMIAŹDŻYCOWYCH

Dr hab. Michał Ponczek z Wydziału Biologii i Ochrony Środowiska Uniwer-



sytetu Łódzkiego wraz z naukowcami z Pakistanu zidentyfikowali substancję odpowiedzialną za rozwój miażdżycy. Na podstawie tej wiedzy już powstają pomysły na nowe leki, które w przyszłości mogą zastąpić statyny. Jeśli udałoby się opracować terapię na bazie wynalezionej substancji modyfikującej działanie enzymu, który ma wpływ na powstanie miażdżycy, to moglibyśmy skuteczniej przeciwdziałać tej chorobie, a także hamować jej postęp, nie doprowadzając do udarów mózgu i zawałów serca. Dr hab. Michał Ponczek wraz z naukowcami z Lahore College for Women University już zaczęli pracę nad nowymi lekami. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Tekst: BARBARA JAGAS

Wytoczyliśmy za ciężkie działa

Maseczki, przymusowa izolacja, smartfony: najpoważniejsze konsekwencje pandemii dotkną psychikę dziecka. Maseczki cały czas przypominają, że sytuacja jest wyjątkowa.



wowego będzie miało dziecko. Rodzice stwarzają też określone warunki. Przebywając z nimi, dziecko może codziennie wysłuchiwać kolejnych wiadomości, ile osób zachorowało, ile umarło, ile jest pod respiratorem. Wzrasta wtedy przekonanie, że dzieje się coś złego. Inaczej jest, kiedy rodzice chronią dziecko przed tego typu informacjami. Wiele zależy od tego, w jaki sposób przekazujemy informacje: czy mówimy, że trzeba myć ręce, bo to ważne dla zdrowia, czy dlatego że się zarazimy i będziemy ciężko chorować. Wiele zależy od tego, czy my mamy w sobie lęk. Jeśli tak, to wtedy nawet jeżeli dziecko nie wszystko rozumie, to dzięki neuronom lustrzanym przejmie stany emocjonalne rodzica.

Duże znaczenie ma też postawa organizatorów życia społecznego. Było opisywane przedszkole, z którego usunięto niemal wszystkie zabawki, bo „wirus może się na nich gromadzić”, a odległość od bawiącego się kolegi była cały czas korygowana kijkami odpowiedniej długości. Przypominano dzieciom, by nie zbliżały się do kolegi na odległość bliższą niż długość kijka.

Wiele działań, które podejmowaliśmy, chcąc się chronić przed zachorowaniem, było zbędne i nietrafione, niepotrzebnie podwyższały poziom lęku i niepokoju. Można stwierdzić obecność koronawirusa na przedmiotach, nie stwierdzono jednak ani jednego przypadku, żeby w taki sposób doszło do zakażenia.

ODBUDOWAĆ PSYCHIKĘ

Jak odbudowywać psychikę w czasach pandemii? Jak najdalej od ekranów (od smartfonów po telewizory), jak najwięcej aktywności fizycznej na świeżym powietrzu, przebywanie – jeśli to możliwe i bezpieczne – jak najczęściej z innymi. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Tekst: **DR ALEKSANDRA PIOTROWSKA**, psycholog dziecięcy

Małe dzieci nie pamiętają już sytuacji, kiedy nie było maseczek i epidemii. Zastanawia mnie jednak, jak będzie np. z powstawaniem obrazu człowieka w oczach najmniejszych dzieci, które nie pamiętają czasu „sprzed maseczek”.

OPÓŹNIENIE ODCZYTYWANIA EMOCJI

Gdy chcemy bardzo wcześnie diagnozować możliwości intelektualne dziecka, wnioskujemy o tym m.in. z tworzonego przez nie uogólnienia postaci ludzkiej: prosimy o narysowanie ludzkiej postaci i dużą uwagę przywiązujemy do tego, jak wygląda na tym rysunku twarz. Żeby jednak twarz narysować, to trzeba ją widzieć. Przez wiele miesięcy dzieci na dworze widywały twarze w maskach. Może to utrudnić wytwarzanie pewnych uogólnień, rozwój wyższych form myślenia. Maseczka

powoduje, że mimiki niemal nie widać. Być może okaże się, że pojawi się opóźnienie rozwoju umiejętności odczytywania emocji.

Myślę, że najpoważniejsze będą konsekwencje pandemii dla rozwoju emocjonalnego. Bez wątpienia rozwój niektórych dzieci nie zakłóca epidemia. Są jednak też takie, które miewają wręcz ataki lęku, boją się, że coś złego stanie się im lub bliskim.

Maseczki cały czas przypominają, że sytuacja nie jest taka, jak powinna. Przedłużające się pobudzenie osi stresu może skutkować narastaniem zaburzeń lękowych.

NEURONY LUSTRZANE

To, czy dziecko zareaguje traumą, czy spokojem, zależy od wielu czynników. Na pewno w dużym stopniu od rodziców: po pierwsze to oni, „przekazując materiał genetyczny”, mają ogromny wpływ na to, jaki typ funkcjonowania układu ner-



Zmieniamy oblicze chorób genetycznych

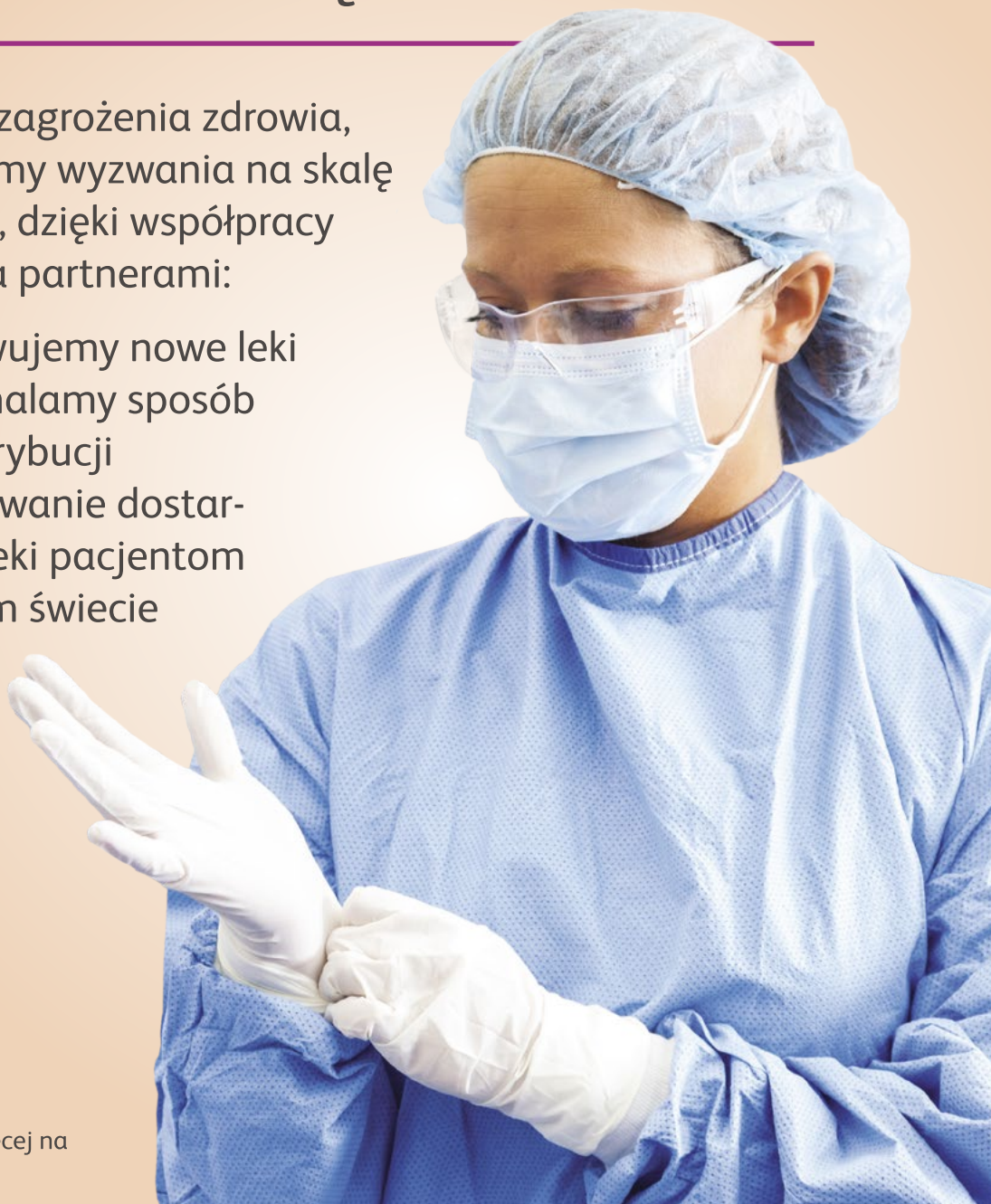
Novartis zmienia kształt medycyny,
aby poprawić jakość życia ludzi
z rzadkimi chorobami genetycznymi.

Wykorzystując najnowocześniejsze
technologie, pracujemy nad
przekształceniem obiecujących terapii
genowych w sprawdzone metody leczenia.

Zmieniamy życie pacjentów dzięki nauce™

W czasie zagrożenia zdrowia,
kiedy mamy wyzwania na skalę
światową, dzięki współpracy
z wieloma partnerami:

opracowujemy nowe leki
udoskonalamy sposób
ich dystrybucji
nieprzerwanie dostar-
czamy leki pacjentom
na całym świecie



Dowiedz się więcej na
bms.com

 Bristol Myers Squibb™

ONCPL2011661-01,12.2020