



Prof. Gellert
Dializy są
do uniknięcia



Prof. Bogdański
Otyłość – leczmy
przyczynę,
a nie powikłania



Prof. Kowalski
BREAKING NEWS!
Szansa na wyleczenie
raka płuca

wprost

WYDANIE NR 3
MARZEC 2022

O ZDROWIU



WIZJONERZY ZDROWIA 2022

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W DOBIE WOJNY W UKRAINIE



Prof. Hryniewiecki
Sieć kardiologiczna jak onkologiczna

Misja polskich lekarzy
Ewakuacja dzieci chorych na raka

Prof. Augustynowicz
Szczepienia dzieci z Polski i z Ukrainy

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:



Na razie dajemy radę

Jeszcze kilka tygodni temu żyliśmy nadzieją, że pandemia COVID-19 wygaśnie, będziemy mogli „leczyć rany” i odbudowywać system ochrony zdrowia. Nikt nie wyobrażał sobie, że od końca lutego będziemy się mierzyć z wojną w Ukrainie i milionami uchodźców. To największe wyzwanie w naszej powojennej historii, również jeśli chodzi o system ochrony zdrowia, który mocno przecież ucierpiał w trakcie epidemii COVID-19.

W wielu dziedzinach mamy do czynienia z ogromnym długiem zdrowotnym, który może jeszcze wzrosnąć. Polacy otworzyli się na pomoc mieszkańcom Ukrainy, mają jednak obawy, jak będzie w tym trudnym czasie wyglądało leczenie, czy nie pogorszy się dostępność lekarzy, czy pacjenci będą mieli szansę na kolejne nowoczesne terapie ratujące życie. Jak podkreśla prof. Piotr Rutkowski, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Onkologicznego: „Na razie dajmy radę” – m.in. dzięki pomocy wolontariuszy, wysiłkowi lekarzy, pielęgniarek i całego personelu medycznego, ale też pracy instytucji publicznych. „Dajemy radę” i ewakuujemy dzieci onkologiczne z Ukrainy, na co z podziwem patrzy świat; pomagamy tym, którzy nie mieliby szans na przeżycie w bombardowanym kraju. Jak jednak zorganizować leczenie, by objąć jak najlepszą opieką zarówno pacjentów polskich, jak i tych, którzy się schronili przed wojną w naszym kraju? Jak re-



Katarzyna Pinkosz

redaktor prowadząca „Wprost o Zdrowiu”

organizować system ochrony zdrowia, jak udostępniać kolejne innowacyjne terapie, na które wiele osób nie może dłużej czekać?

„Dobrego lekarza można poznać po tym, ile czasu spędza przy trudnym chorym” – mówił prof. Marian Zembala. Profesor miał odwagę nie tylko przeszczepiać serca, dokonać pierwszego w Polsce przeszczepienia płuca i serca, ale też iść do polityki i walczyć o pacjenta. Gdy wrócił do zdrowia po udarze mózgu, którego doznał we Francji podczas Europejskiego Zjazdu Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów, miał odwagę przyznać, że zlekceważył pierwsze objawy udaru i nie zawsze w pełni stosował się do zasad leczenia. Będąc na wózku, walczył o swoje zdrowie, ale też o zdrowie innych. Apelowal: „Przestańcie palić papierosy, jest

to jeden z najważniejszych czynników sprzyjających zawałowi, nadciśnieniu, cukrzycy. Broń, Panie Boże, korzystaj z dopalaczy. Szanujcie swoje zdrowie, serce, które mamy jedno, i mózg, który mamy jeden”.

Będzie nam brakowało odwagi, szczerości i uważności Profesora, pochylenia się nad pacjentem, a czasem bezkompromisowości i powiedzenia wprost: „Oddalam to pytanie”, bo teraz są rzeczy ważniejsze. Żeby sprostać wyzwaniom, które są przed nami, potrzebni są dziś tacy lekarze i tacy ludzie jak On. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

wprost
O ZDROWIU

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

Redaktor prowadząca: Katarzyna Pinkosz
Redakcja: Dorota Bardzińska
Dyrektor projektu: Mariola Wiercińska
m.wiercinska@pmpg.pl,
tel. 500 112 406
Key Account Manager: Danuta Szyrszeń-

-Lasocka, d.lasocka@pmpg.pl,
tel. 515 259 368
Studio graficzne: Karol Kinal (szef studia),
Anna Abratańska
Korekta: Magdalena Ciszewska
ISSN 2082-0135

PARTNERZY WYDANIA



Spis treści

- 3 NA POCZĄTEK
- 4 POLSKI SZPITAL NA SZYNACH – ewakuacja z Ukrainy
- 6 EWAKUOWALIŚMY PONAD 100 DZIECI ZE SZPITALA WE LWOWIE – opowiada dr Paweł Szczuciński
- 8 WYZWANIE: WOJNA W UKRAINIE – eksperci o systemie ochrony zdrowia
- 10 BADANIA KLINICZNE SZANSĄ DLA PACJENTÓW – prezes ABM Radosław Sierpiński
- 12 CZY NIE ZABRAKNI NAM LEKÓW – Barbara Misiewicz-Jagiela i Katarzyna Dubno o bezpieczeństwie lekowym
- 14 NAJWAŻNIEJSZE JEST DOBRO PACJENTA – dyrektor Novo Nordisk Magdalena Paradzińska o działaniach firmy
- 16 MIMO KRYZYSÓW TRZEBA REALIZOWAĆ STRATEGIĘ – mówi prof. Piotr Rutkowski
- 18 TAKICH WYNIKÓW NIGDY NIE WIDZIELIŚMY – prof. Dariusz M. Kowalski o postępie w leczeniu raka płuca
- 20 MOŻNA POPRAWIĆ ROKOWANIA PACJENTEK – dr Magdalena Władysiek o nowotworach ginekologicznych
- 22 ZAHAMOWAĆ PRZERZUTY DO KOŚCI – w szpiczaku mnogim i guzach litych
- 24 NOWA METODA LECZENIA RAKA TRZUSTKI – prof. Wojciech Kielan
- 26 LECZYMY POWIKŁANIA, A NIE PRZYCZYNY – prof. Paweł Bogdański o terapii otyłości
- 29 OMINAĆ TRÓJKĄT BERMUDZKI – prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz o leczeniu cukrzycy
- 32 DIALIZY SĄ DO UNIKNIĘCIA – uważa prof. Ryszard Gellert
- 34 JEST STRATEGIA, POTRZEBNE PIENIĄDZE – prof. Tomasz Hryniewiecki o sytuacji w kardiologii
- 37 SZCZEPIONIA DZIECI Z UKRAINY TAK SAMO WAŻNE JAK SZCZEPIONIA POLSKICH DZIECI – mówi dr hab. Ewa Augustynowicz
- 40 CZY MOŻEMY SIĘ PRZYGOTOWAĆ NA KATASTROFĘ NUKLEARNĄ – odpowiada prof. Leszek Królicki
- 42 ARGUMENT, ŻE WARTO ŻYĆ – dr Aleksandra Lewandowska o psychiatrii dziecięcej
- 44 ZADBAJ O SIEBIE, BY LEPIEJ DBAĆ O INNYCH – przekonuje Ewa Stelmasiak
- 46 FUNDACJA BIEDRONKI: pandemia była dla nas podwójnym testem

Polski szpital na szynach

TA HISTORIA MIAŁA SIĘ NIGDY NIE WYDARZYĆ. Pomysł pociągu medycznego nasi ratownicy i lekarze podpatrzyli we Francji, gdzie w szczycie pandemii COVID-19 specjalnie przerobiony TGV przewoził chorych. Powstał pomysł zorganizowania czegoś podobnego w Polsce, ale przebieg pandemii na szczęście tego nie wymagał. Wraz z wybuchem wojny w Ukrainie polski szpital na szynach jednak wyruszył. Oto nasza relacja z pociągu bohaterów.

Rezygnacja i rozpacz w oczach sześćdziesięciokilkuletniej kobiety, która po wielu godzinach niepewności i strachu dostaje kubek ciepłej zupy w pociągu medycznym z Medyki do Gdyni – to obraz, który utkwi nam na długo w pamięci.

Cały ich dorobek został w ogarniętym wojną kraju. Ona, tak jak i reszta uchodźców w pociągu, nie wie jeszcze, co dalej – gdzie będą spali, gdzie zamieszkają. Wiedzą tylko, że pociąg o czwartej nad ranem dowiezie ich w bezpieczne miejsce. Do Gdyni. Nad morze trafią też chore dzieci, które w czwartkową noc jadą w wagonie szpitalnym tego samego pociągu. Na nie czekają miejsca w trójmiejskim hospicjum.

Mali pacjenci mają zapewnione leki, fachową pomoc lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych, którzy doglądają ich podczas całej podróży.

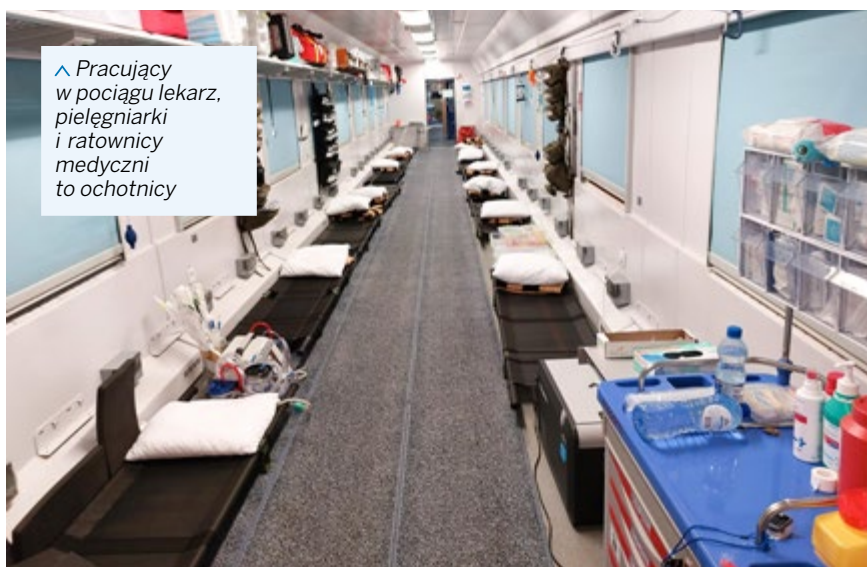
Ani przez chwilę ci specjaliści pasażerowie nie są sami. Kiedy sugerujemy ratownikom, żeby choć na chwilę się zdrzemnęli, jeden z nich żartuje, że dwadzieścia minut na całą noc wystarczy. To żart, ale nie tak daleki od rzeczywistości. W pociągu medycznym stale jest coś do zrobienia.

Pociąg wyruszył z Warszawy w czwartek rano. W środku przygotowano wszystko, co można znaleźć w normalnej placówce medycznej, takiej z fundamentami zamiast kół. Są łóżka dla dzieci, a na nich świeża pościel, są wszystkie potrzebne lekarstwa i opatrunki, które zmagazynowano w przerobionych przedziałach. Jest sala pierwszej pomocy, butle z tlenem. Wszystko przygotowane na co najmniej kilkadziesiąt osób. Słyszymy, że część wyposażenia trafiła tu prosto ze Stadionu Narodowego, gdzie zgromadzono duże zapasy, ale na szczęście nie było potrzeby sięgania po nie w czasie ostatniej fali pandemii. Są też maskotki, z nich najbardziej ucieszą się mali pasażerowie z Ukrainy.

Wszystko zorganizowane tak, żeby szybko udzielić pomocy i żeby podopieczni mobilnego szpitala czuli się bezpiecznie i wygodnie.

Jedziemy do Medyki przygotowani na trudne i zapadające w pamięć obrazy. Wollontariusze przekazują nam informację, że pociąg będzie ewakuował ciężko chore sieroty z domów dziecka, którym może towarzyszyć najwyżej kilkoro opiekunów.

– Przygotujcie się na mocne przeżycia i nie bójcie się powiedzieć, jeśli to, co zobaczycie, będzie za trudne do udźwignięcia – mówi nam i podróżującym pociągiem młodym harcerkom jedna z lekarek.



^ Pracujący w pociągu lekarz, pielęgniarki i ratownicy medyczni to ochotnicy

Kiedy około piętnastej docieramy do Medyki, mnóstwo czasu zajmują formalności po stronie ukraińskiej. Okazuje się, że zmieniła się lista ewakuowanych osób. Jak to na wojnie – plany trzeba weryfikować na bieżąco. Do pociągu docierają ciężko chore dzieci, ale nie są same. Towarzyszą im rodziny. Przestraszeni, wycieńczeni i głodni, ale wreszcie bezpieczni. Na dworcu w Medyce ich przyjazd filmuje kilku dziennikarzy. Nie wszyscy są z Polski, możliwe, że te zapadające w pamięć obrazy niedługo trafią w świat. Uchodźcy wypełniają kolejne wagony. Około osiemnastej ruszamy w kierunku Gdyni. Jeszcze tylko przystanek w Przemyślu, gdzie na peronie czekają kolejni chętni do wyjazdu. Dla nich również znajduje się miejsce.

Na twarzach rodziców ewakuowanych dzieci widać duże zmęczenie. Opowiadają, że trudno było im się dostać na przejście z różnych części Ukrainy. Chwilę oddechu łapią dopiero w szpitalnym wagonie, gdzie dzieci doglądają pielęgniarki i ratownicy medyczni. Przez cały czas starają się okazywać wdzięczność. To onieśmiela, bo zwyczajnie

rzeczy, jak ciepła zupa, butelka wody albo maskotka dla dziecka, dla nas nie są niczym niezwykłym. Przez ostatnie dni ci ludzie rzadko doświadczali zwyczajnej życzliwości.

– Dziękuję, jesteście szczęśliwi. Dziękujemy za wszystko – mężczyzna w średnim wieku, Oleg, wskazuje na swojego leżącego w wagonie szpitalnym syna i stara się rozmawiać z nami po angielsku.

Kiedy Oleg dowiaduje się, że trochę rozmawiamy po rosyjsku, jego entuzjazm staje się jeszcze większy i opowiada o trwającej prawie trzy doby podróży ze wschodniej Ukrainy. Mężczyzna zjada tylko część przygotowanych dla wszystkich posiłków. Resztę ostrożnie chowa do torby, jakby nie dowierzał, że koszmar wojny już się skończył i w kolejnych godzinach głód nie zagraża ani jemu, ani jego małemu dziecku.

Po kolejnych kilkudziesięciu minutach rozmowy w wagonach stopniowo cichną. Podróż jest długa, ale na leżankach wystarcza miejsca dla dzieci i ich rodziców. Wszyscy mogą się przespąć w dość komfortowych warunkach. Do Gdyni dociera-

my około czwartej nad ranem. Na miejscu wszystko jest dobrze przygotowane. Skuty mrozem peron wypełniają żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej, strażacy, ratownicy medyczni i policjanci. – Gra i trąbi – cieszy się na ten widok nasz konduktor. Służb jest tyle, że dosłownie każda rodzina może liczyć na osobistego „asystenta”. Kilkoro z opuszczających pociąg mimo zmęczenia i zwykłej dezorientacji spowodowanej sytuacją i nietypową porą podchodzi, żeby jeszcze raz podziękować za pomoc i się pożegnać.

Niektórzy trafiają teraz do hospicjów, o losie pozostałych służby zdecydują w specjalnie przygotowanej hali. Priorytetem jest jak najszybsze zabranie wszystkich z peronu i transport do ciepłego miejsca.

Sławomir Butkiewicz, ratownik medyczny ze szpitala MSWiA w Warszawie i pomysłodawca pociągu medycznego, opowiada, że koncepcja szpitala na szynach powstała w czasie pandemii COVID-19. Wtedy jednak nie było potrzeby organizowania takiego transportu. – Na tydzień przed wybuchem wojny nasz zespół ze szpitala MSWiA spotkał się w Kancelarii Premiera z Michałem Dworczykiem. Już wtedy płynęły do nas sygnały, że trzeba się przygotować na ewakuację uchodźców i pomoc medyczną. Zorganizowaliśmy pociąg, w którym cały zespół: lekarz, pielęgniarki i ratownicy medyczni, to ochotnicy. W pierwszej ewakuacji, która miała jedynie przetestować nasze możliwości, brało udział 25 osób, a zabraliśmy z sobą z Ukrainy 600 kobiet i dzieci – mówi Butkiewicz. Dodaje, że chociaż nasza podróż kończy się w piątek, to prawdopodobnie już w sobotę pociąg medyczny wyruszy w trasę po raz trzeci. Tym razem ma zabrać dzieci chore onkologicznie.

Naszą podróż kończymy w piątek rano w Warszawie, ale koniec podróży to nie koniec pracy. Nie dla wszystkich.

Butkiewicz pomaga jeszcze dwóm kobietom z dzieckiem, które zdecydowały się przyjechać do Warszawy. Ratownik bierze na ręce dwuletnie dziecko i odprowadza całą trójkę do swojego samochodu. Mały pasażer nie zostaje się z nową zabawką – pluszakiem, którego zobaczył zaraz po przebudzeniu. Pierwszy raz od wielu dni poranek przyniósł nadzieję zamiast strachu. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Tekst **DARIUSZ GRZĘDZIŃSKI,**
JOANNA MIZIOŁEK

Ewakuowaliśmy ponad 100 dzieci ze szpitala we Lwowie. Najmłodsze miało 37 dni i białaczkę

Rozmowa z **DR. PAWŁEM SZCZUCIŃSKIM**,
jednym z organizatorów ewakuacji dzieci
ze szpitali w Ukrainie

^ Dzieci trafiają do różnych ośrodków w Polsce. Dla części organizowane jest leczenie w innych krajach Europy



Jak dziś wygląda sytuacja w ukraińskich szpitalach? Są bombardowane?

Znam osobiście sytuację szpitala we Lwowie, o szpitalach w innych regionach Ukrainy wiem od rodzin pacjentów, których ewakuowaliśmy, oraz od lekarzy. W tej chwili próbuje się wydostać z Charkowa grupa 15 dzieci wraz z lekarzem. Jeśli im się uda, przyjadą do szpitala onkologicznego we Lwowie, a potem ze mną konwojem do Polski. Gdy byliśmy we wtorek we Lwowie, lekarze mówili, że nie wszyscy pacjenci chcą się ewakuować: boją się jechać w nieznane, dzieci są leczone, tu nie toczą się walki. Gdy przyjechaliśmy po trzech dniach, sytuacja była odmienna: nikt nie ma już wątpliwości, że dzieci trzeba szybko ewakuować. Mieliśmy spotkanie z dyrektorką szpitala przerwane alarmem bombowym. Musieliśmy zejść do podziemi.

To nie do opowiedzenia: normalnemu człowiekowi cierpienie skóra, gdy widzi dzieci chore onkologicznie w superklinice w Polsce, a gdy widzi je w piwnicy, gdzie musiały się kryć z powodu alarmu bombowego, to jest katastrofa.

Mam nadzieję, że uda nam się wydostać jak najwięcej dzieci z takich warunków. Może być jednak nawet około tysiąca dzieci chorych na nowotwory, które trzeba będzie ewakuować.

Szpital we Lwowie był pod ostrzałem?

W samym Lwowie na razie jest spokój, jednak wokół miasta jest coraz więcej umocnień. Szykują się do oblężenia miasta. Co kilka godzin są alarmy przeciwnie. To nie są ćwiczenia, nikt tak chorych dzieci nie zabierałby do piwnic, gdyby nie było takiej konieczności.

Jak reagują lekarze w tak dramatycznych okolicznościach?

Sami nie wiedzą, co robić. Na razie starają się leczyć. A my chcemy im pomóc.

ci. Zadzwoiłem do wiceministra Piotra Wawrzyka, on z kolei do naszego konsulatu we Lwowie. Uzgodniliśmy, że spróbujemy zorganizować konwój, by wywieźć dzieci do Polski. W organizacji bardzo pomógł konsulat, dr Roman Kizyma (lekarz onkolog ze szpitala we Lwowie), a prof. Wojciech Młynarski w tym, żeby rozwozić dzieci po poszczególnych ośrodkach w Polsce. Dla części dzieci organizowane jest leczenie w innych krajach Europy.

Normalnemu człowiekowi cierpienie skóra, gdy widzi dzieci chore onkologicznie w piwnicy, gdzie musiały się kryć z powodu alarmu bombowego, to katastrofa

Już ponad 100 dzieci chorych onkologicznie zostało ewakuowanych do Polski. Jak się udało zorganizować ewakuację?

Zadzwoiła do mnie siostra Małgorzata Chmielewska z prośbą o zawieszenie leków na Ukrainę. Gdy się skontaktowałem ze szpitalem we Lwowie, okazało się, że leki to nie wszystko: trzeba ewakuować dzie-

Ile może być jeszcze dzieci w szpitalu we Lwowie, które trzeba ewakuować?

Trudno na to pytanie jednoznacznie odpowiedzieć, ponieważ z uwagi na naszą akcję do szpitala we Lwowie przyjeżdżają chore dzieci z innych ośrodków. Musimy je po kolei ewakuować, ponieważ w szpitalu całkiem zabrakłoby miejsc.



Teraz z Kijowa jest ewakuowana grupa dzieci, która musi być dializowana. Szpital we Lwowie byłby w stanie część z nich przyjąć, jednak trzeba będzie je potem zabrać, gdyż będą przyjeżdżały kolejne dzieci.

To naprawdę dramatyczna sytuacja. Oczywiście, zabieramy nie tylko chore onkologiczne dzieci, ale też ich rodzeństwo i matki. Dzieci, które przywieźliśmy do Polski w piątek, były ze szpitali w Odessie, Charkowie, Dniepropietrowsku, Kijowie i Lwowie.

Jak się udaje przewieźć dzieci do granicy?

Pomaga konsulat (polski konsulat we Lwowie to ostatnia europejska placówka, która działa, wszystkie inne ewakuowały się ze Lwowa – przyp. red.), fundacje (m.in. Fundacja Rozwoju Polskiej Edukacji, powiązana z MEN – przyp. red.). Autokarami dowozimy dzieci do granicy. Strona ukraińska zorganizowała dwie karetki dla dzieci w najcięższym stanie.

Zdarzają się też chore dzieci, które wraz z rodzicami na własną rękę próbują przekraczać granicę.

W jakim stanie są ewakuowane dzieci, ich rodziny?

Niektóre są bardzo zmęczone, zwłaszcza te, które na przykład wcześniej jechały wiele kilometrów z Odessy. Niektóre trzeba wnosić do autokaru. Wszyscy są tu w ogromnych emocjach: są strach, lęk, nadzieja.

Dzieci boją się o swoich ojców, matki tych dzieci o mężów, którzy musieli pozostać, nie wiedzą, czy ich jeszcze zobaczą. Boją się też o swoje dzieci, o przyszłość, o Ukrainę, będą tęsknić do swojego kraju, do bliskich, którzy zostali. Z drugiej strony cieszą się, że ewakuują się do Unii Europejskiej, do bezpiecznego kraju, że dzieci mają szansę na leczenie. Są bardzo zżyci ze sobą i bardzo wdzięczni za pomoc.



dr Paweł Szczuciński

– pediatra, psychiatra, od wielu lat współpracuje z Polskim Centrum Pomocy Międzynarodowej, uczestniczył w wielu misjach humanitarnych na Bliskim Wschodzie, w Ameryce Południowej i Afryce

Uczestniczył pan w wielu misjach medycznych, m.in. w Lombardii na początku pandemii COVID-19, wcześniej w misjach humanitarnych na Bliskim Wschodzie, w Ameryce Południowej. Jak patrzy pan na ewakuację dzieci z Ukrainy?

To ogromne emocje, przede wszystkim dlatego, że dzieje się to w kraju, który jest naszym sąsiadem. Druga rzecz: pomagamy najciężiej chorym dzieciom, których życie zostało dodatkowo zagrożone. Dramatyzm tej sytuacji jest złożony. To ogromna odpowiedzialność, żeby nic nie stało się tym chorym dzieciom, im bliskim, żeby przeżyli. Są dzieci, dla których niebezpieczny może być nawet sam transport, a przecież nie mogą tam pozostać.

Najmłodsze dziecko, które ewakuowaliśmy, miało 37 dni. Choruje na białaczkę.

37-dniowe dziecko, którego doświadczenia życiowe to już nowotwór, alarm bombowy, ewakuacja... Dzięki temu, że zabraliście je do Polski, ma szansę żyć?

Ma ogromne szanse właśnie dlatego, że jest już w Polsce. Rokowanie w przypadku białaczki u tak małych dzieci jest dobre. Nie ma wątpliwości, że uratowaliśmy temu dziecku życie. Innym też. Ta akcja ratuje życie.

Wraca pan do Lwowa po kolejne dzieci?

Na pewno wrócę. Jako Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej będziemy dalej pomagać. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Wywiad został przeprowadzony 6 marca, od tego czasu sytuacja w wielu ukraińskich szpitalach się pogorszyła. Udało się ewakuować do Polski już ponad 300 dzieci chorych onkologicznie, część z nich została przewieziona do klinik w innych krajach.

Wyzwanie: wojna w Ukrainie

Osoby uciekające przed wojną z Ukrainy mają zagwarantowane **TAKIE SAME PRAWO DO OPIEKI ZDROWOTNEJ JAK POLACY**. Trudno jednak ukryć, że jest to wyzwanie dla polskiego systemu ochrony zdrowia poważnie poturbowanego przez pandemię COVID-19.

Waldemar Kraska,

wiceminister zdrowia: NIKOGO NIE FAWORYZUJEMY

W ciągu kilku ostatnich tygodni napłynęło do Polski prawie 2 mln uchodźców. Część z nich musi być hospitalizowana z powodu podróży, dziś w szpitalach jest 1,5 tysiąca osób, w tym 840 dzieci, najczęściej z powodu wychłodzenia czy wyziębienia. Nie widzimy, żeby te osoby zaburzały naszą służbę zdrowia. Aktywnie włączyliśmy się w pomoc dzieciom onkologicznym: ponad 300 dzieci z chorobami nowotworowymi trafiło do naszego kraju.

Dostęp do służby zdrowia dla uchodźców jest taki sam jak dla obywatela polskiego, nikogo nie faworyzujemy. Staramy się wszystko pogodzić, mam nadzieję, że Unia Europejska także aktywnie się włączy i przekaże środki dla Polski. Wyzwaniem jest fala uchodźców, więc ochrona zdrowia na pewno jest obciążona. Mamy jednak sygnały, że zgłaszają się chętni do pracy lekarze z Ukrainy. Wprowadziliśmy prosty system, który umożliwi wdrożenie do pracy, żeby mogli pracować w każdym miejscu, gdzie przebywają pacjenci z Ukrainy. („Sygnały Dnia”, 18.03.2022)



^ Nadarzyn – punkt tymczasowego zakwaterowania uchodźców z Ukrainy. Do Polski trafiło ich już ponad 2 miliony

prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński,

krajowy konsultant w dziedzinie ginekologii onkologicznej: NALEŻY ZWRÓCIĆ SIĘ O POMOC MEDYCZNĄ DO LEKARZY Z ZACHODU I POŁUDNIA EUROPY

Trudno wyrokować, jaka będzie skala osób wymagających pomocy onkologicznej. Mamy liczne zgłoszenia z różnych ośrodków onkologicznych wskazujące, że pacjenci będą transportowani zarówno transportem medycznym, jak również będą sami przekraczać granicę. Jesteśmy przygotowani na pewne działania, choć wiemy, że po pandemii nasz system ochrony zdrowia ma niewielkie rezerwy i powoli się one wyczerpują. Dotyczy to przede wszyst-

kim dużych ośrodków, do których pacjenci trafiają często w bardzo zaawansowanych stadiach choroby, wymagają też często dłuższych hospitalizacji.

Dziś otwieramy nasze serca, jednak musimy również działać systematycznie, konsekwentnie. Jestem przekonany, że polscy i ukraińscy pacjenci będą mogli u nas uzyskać pomoc, mam jednak nadzieję, że ta pomoc przyjdzie też z innych stron. Myślę o lekarzach i pielęgniarkach ukraińskich – trzeba ułatwić im weryfikację dokumentów, by mogli nam pomóc w opiece nad pacjentami ukraińskimi. Należy też zwrócić się o pomoc medyczną do lekarzy z zachodu i południa Europy. Być może trzeba będzie tworzyć szpitale polowe. Jesteśmy państwem przyfrontowym, pewne działania muszą być dokonywane w oparciu

o doktrynę wojenną. Nasze możliwości w zakresie udzielania pomocy medycznej na pewno ulegną zmianom. Trudno przewidzieć, jak będzie to rzutowało na sytuację polskich pacjentów, jak też pacjentów zza wschodniej granicy, staramy się jednak zrobić wszystko, by te obciążania były jak najmniejsze. *(Wypowiedź podczas konferencji „Nowotwory ginekologiczne – czas działać”, 10.03.2022)*

dr Paweł Szczuciński,
organizator pomocy dla dzieci
chorych onkologicznie z Ukrainy:
TWORZYMY NAJWIĘKSZY
ONKOLOGICZNY „MOST ŻYCIA”

Trwa nasza walka z czasem o ewakuację naszych „cancer kids”, jak pisze o nich prasa w zasadzie z całego świata, a 100 klinik onkologicznych na świecie czeka na nasze dzieci. To największy tego typu „most życia” w historii onkologii pediatricznej. Nie ma możliwości skutecznego leczenia, gdy mali pacjenci muszą kilka razy na dobę schodzić do schronów. Wielkie podziękowania dla wszystkich, którzy w tym biorą udział. Ostatnio, wykorzystując pociąg sanitarny, udało nam się zwiększyć bezpieczeństwo dzieci. Już po transporcie dowiedzieliśmy się, że dwoje najciężej chorych dzieci zmarło w Polsce. Takie wieści rozrywają nasze serca, choć wiemy, że nawet w czasie pokoju części naszych pacjentów nie da się uratować. Wkrótce przekroczymy liczbę 300 dzieci i kontynuujemy operację!

**gen. dyw. prof. dr hab.
n. med. Grzegorz Gielerak,**
dyrektor Wojskowego Instytutu
Medycznego: NASZA ODPOWIEDŹ
MUSI BYĆ DOPASOWANA
DO POTRZEB

Nawet jeśli do końca nie jesteśmy przygotowani na udzielenie pomocy wszystkim uchodźcom z Ukrainy – będą występować różnego rodzaju ograniczenia, jeśli chodzi o dostęp – to mamy moralny obowiązek udzielić takiej pomocy. Otwarta pozostaje natomiast kwestia, jakich użyć do tego zasobów oraz zmian organizacyjnych. Na pewno musimy założyć, że potrzeby zdrowotne tych osób będą ewoluować wraz z czasem ich pobytu w Polsce. Pierwszy

kontakt będzie związany z koniecznością zapewnienia pomocy medycznej w odpowiedzi na skutki rozstroju zdrowia spowodowanego wielodniową ucieczką przed wojną. Dominujące w tym względzie obok wychłodzenia, odwodnienia oraz fizycznego i psychicznego wyczerpania będą różnego rodzaju infekcje, zwłaszcza wirusowe układu oddechowego, w tym grypa, wirus RS oraz SARS-CoV-2. Niemal jednocześnie, co najwyżej z jedno-, dwutygodniowym opóźnieniem, objawiają się kliniczne skutki dekompensacji chorób przewlekłych, w tym najczęściej występujących populacyjnie: nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, cukrzycy, niewydolności serca, i związana z nimi konieczność zabezpieczenia szybkiej interwencji medycznej, leków.

W dalszym etapie można oczekiwać stabilizacji potrzeb medycznych na poziomie notowanym w populacji ogólnej z korektą pod kątem charakterystyki demograficznej obecnej fali migrantów – dominującą grupą są tu kobiety z małymi dziećmi. Stąd nasza odpowiedź na te potrzeby powinna być skalowana do okoliczności, co w maksymalnym stopniu pozwoli uniknąć chaosu wynikającego z ograniczeń w dostępności świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanego na przykład nieadekwatną do potrzeb mobilizacją zasobów medycznych.

**prof. dr hab. n. med. Dorota
Zozulińska-Ziółkiewicz,**
prezes Polskiego Towarzystwa
Diabetologicznego: TO NIE SPRINT,
TO MARATON

Obecnie zderzamy się z problemem, z którym będzie nam trudno sobie poradzić. Fala uchodźców jest znacznie wyższa niż oczekiwana. Do szpitali trafiają również pacjenci, którzy wymagają pomocy diabetologicznej. Problemem są zwłaszcza pacjenci z cukrzycą typu 1, u których może się rozwinąć kwasica ketonowa, jeśli nie dostaną insuliny. Obecna sytuacja jest dla nas wielkim wyzwaniem. Solidaryzujemy się z Ukrainą, gdzie giną niewinni ludzie, są ostrzeliwane szpitale, przedszkola, szkoły, to wielka tragedia narodu. Otwieramy się na pomoc, jednak nie ulega wątpliwości, że będzie się to wiązało z wielkimi obciążeniami. W tej chwili działają u nas emocje, jednak pomaganie to nie jest sprint,

to raczej maraton, musimy rozłożyć siły i środki, by pomagać dłużej, w dodatku tak, by nie ucierpieli na tym nasi pacjenci.

**prof. dr hab. n. med.
Dariusz M. Kowalski,**
prezes Polskiej Grupy Raka Płuca:
BĘDZIEMY SIĘ STARAĆ POMÓC

Wiem, że wiele dzieci z Ukrainy chorych na nowotwory już zostało przyjętych do polskich klinik. Jeśli chodzi o dorosłych pacjentów, to przyjeżdżają głównie kobiety, dlatego spodziewamy się raczej wzrostu liczby pacjentek z nowotworami kobiecymi. W przypadku naszej kliniki (chorób płuc w Narodowym Instytucie Onkologii) jeszcze nie mieliśmy zgłoszeń, choć pojawiły się sygnały, że będą się do nas zgłaszały osoby, którym udało się wyjechać z Ukrainy, a uczestniczyły w badaniach klinicznych. Jest utworzona infolinia dla pacjentów onkologicznych z Ukrainy: 800 190 590: tam należy dzwonić w pierwszej kolejności. Po zweryfikowaniu dokumentacji pacjentów, w zależności od rodzaju nowotworu i stopnia zaawansowania choroby, będziemy się starali im pomóc.

Tomasz Połec,
Polskie Towarzystwo Stwardnienia
Rozsianego: NIECH OFIARAMI TEJ
WOJNY NIE STANĄ SIĘ POLSCY
CHORZY

Jako ogólnopolska organizacja pacjentów jesteśmy na pierwszej linii frontu; to do nas zwracają się pacjenci z Ukrainy, którzy byli objęci leczeniem czy uczestniczyli w badaniach klinicznych. Jesteśmy wręcz zasypywani pytaniami o leczenie w Polsce. Problem jest bardzo żywotny, na co uczuliśmy przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Trzeba wypracować metodę objęcia opieką osób z Ukrainy, natomiast błagam o jedno: nie zapominajmy o naszych chorych. Niech ofiarami tej wojny nie staną się polscy chorzy – na stwardnienie rozsiane, ale też inne choroby. Jeśli system trzeba będzie przebudować, to tak, by nadal mogły z niego korzystać osoby, które do tej pory z niego korzystały i nadal chcą się leczyć. *(Wypowiedź podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Stwardnienia Rozsianego, 17.03.2022).* 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Badania kliniczne szansą dla pacjentów

Rozmowa z **DR. HAB.**

RADOSŁAWEM SIERPIŃSKIM,
prezesem Agencji Badań
Medycznych

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



2021 rok był rekordowy, jeśli chodzi o liczbę badań klinicznych w Polsce, zarówno komercyjnych, jak niekomercyjnych, co było możliwe dzięki finansowaniu przez Agencję Badań Medycznych. Dlaczego tak ważne jest prowadzenie w Polsce badań klinicznych?

Badania kliniczne stanowią warunek nowoczesnego systemu ochrony zdrowia. Jeśli wyobrazimy sobie piramidę potrzeb systemu ochrony zdrowia, to u jej podstawy znalazłaby się dostępność do usług medycznych. Na drugim szczeblu należałoby umieścić jakość ochrony zdrowia, czyli m.in. możliwość korzystania z najbardziej skutecznej diagnostyki i leczenia. Na samej górze piramidy znalazłby się badania kliniczne i naukowe, które są podstawą postępu w diagnozowaniu i leczeniu. Musimy prowadzić badania kliniczne z uwagi na konieczność rozwoju medycyny. Ważny jest też aspekt gospodarczy rynku badań klinicznych, związany m.in. z większą liczbą miejsc pracy czy wyższymi podatkami do budżetu. W krajach z najlepszymi systemami ochrony zdrowia, takich jak kraje Beneluksu czy Dania, przemysł badań klinicznych i biotechnologii jest porównywalny z przemysłem motoryzacyjnym i paliwowym, jeśli chodzi o wpływy do budżetu.

W Polsce dostęp do nowoczesnych terapii jest wciąż ograniczony. Badania kliniczne dają szansę pacjentom na bardzo nowoczesne leczenie?

To najważniejszy aspekt: dla wielu pacjentów badanie kliniczne oznacza dostęp

do najnowocześniejszych terapii. Wiele innowacyjnych terapii w Polsce nie jest jeszcze dostępnych i refundowanych. Często pacjent ma szansę w ramach badań klinicznych korzystać z najnowocześniejszych technologii, które będą dostępne na przykład w leczeniu nowotworowym dopiero za kilka lat. To szansa na poprawę zdrowia i wydłużenie życia.

Które z badań finansowanych do tej pory przez ABM były szczególnie ważne?

Na pewno bardzo istotne są programy strategiczne, na przykład dotyczące bardzo nowoczesnych technologii CAR-T czy mRNA. Niedługo będą one dostępne dla polskich pacjentów. Moim zdaniem bardzo ważny był też konkurs na badania kliniczne dotyczące chorób rzadkich, w którego ramach zostało dofinansowanych dziesięć projektów. Dzięki temu niektóre nowe terapie – np. w nowotworach dziecięcych – otrzymują wszyscy pacjenci z daną chorobą. Tak jest m.in. w przypadku jednego z podtypów białaczki.

ABM dofinansowała też wiele badań klinicznych związanych z pandemią COVID-19. Głośna niedawno była sprawa zamknięcia jednego z projektów dotyczącego amantadyny.

Dofinansowaliśmy wiele projektów dotyczących pandemii COVID-19. Bardzo istotne jest to, że potrafiłmy szybko reagować na pojawiające się potrzeby. Jeśli chodzi o badanie dotyczące amantadyny, to dzięki pierwszym wynikom badań prowadzonych pod kierownictwem prof. Adama Barczyka mogliśmy powiedzieć, że ona nie działa: zakończyliśmy dyskusję akademicką na ten temat. Niestety, okazało się, że jest to lek nieskuteczny w badanej grupie. Obecnie czekamy na wyniki drugiego projektu realizowanego w tym zakresie.

Jedno badanie kliniczne dotyczące amantadyny zostało zakończone, drugie jeszcze trwa. Oznacza to, że warto nadal je prowadzić?

Różnica między tymi badaniami jest zasadnicza. W badaniu wrocławskim, które zostało zakończone, oceniano amantadynę w leczeniu szpitalnym. Wyniki pokazały, że amantadyna nie pomaga na tym etapie. Była to jednoznaczna przesłanka, że badanie należy zakończyć. W drugim badaniu prowadzonym w Lublinie oceniani są pacjenci leczeni w warunkach domowych. Na razie nie zaobserwowaliśmy, że amantadyna działa lepiej w stosunku do standardowej terapii, ale też nie zaobserwowaliśmy działań niepożądanych. Grupy badane były jednak niewielkie, dlatego zdecydowaliśmy się

badanie kontynuować jeszcze przez półtora miesiąca, żeby móc jednoznacznie ocenić, jaki jest efekt leczenia.

Badanie kliniczne ma na celu pokazać, czy lek działa. Gdybyśmy wcześniej wiedzieli, że amantadyna działa, to nie przeprowadzilibyśmy badania. Podobnie, gdybyśmy wiedzieli, że nie działa. Uważam, że również bardzo wartościowa jest wiedza, którą mamy z badania.

Sukcesem za to zakończyło się badanie kliniczne dotyczące genetyki ciężkiego przebiegu COVID-19. Na czym to badanie polegało?

To ważny projekt zespołu prof. Marcina Moniuszki z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku: naukowcy zidentyfikowali konkretny gen, który czterokrotnie zwiększa ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19. To odkrycie już dziś przekłada się na konkretne działania: możemy sprawdzić w Internetowym Koncie Pacjenta, jak bardzo

badan komercyjnych m.in. wyrobów medycznych. Niedługo rozpocznie się konkurs na badania kliniczne wyrobów medycznych, wykorzystania robotyki, sztucznej inteligencji, telemedycyny. Widzę tu bardzo duży potencjał polskich badaczy; to może być nasza polska specjalność, zwłaszcza że coraz więcej się mówi o wykorzystaniu danych medycznych. Mam też nadzieję, że do końca pierwszego kwartału rząd przyjmie uchwałę „Plan rozwoju biomedycyny w Polsce” – ponad 2 mld zł ma zostać w najbliższych latach zainwestowane w biotechnologię: programy akceleracyjne dla start-upów, firm farmaceutycznych produkujących innowacyjne leki, ale także polskich firm farmaceutycznych, które mogą zapewnić bezpieczeństwo lekowe.

W Polsce nie mieliśmy także nigdy dużych badań epidemiologicznych, np. z zakresu zdrowia publicznego. W związku z tym na koniec roku planujemy pierwszy duży konkurs w tym zakresie. Pierwszy

komercyjnym. Poziom centrów nie odbiega od standardów w Europie Zachodniej, gdzie pacjent otrzymuje wysoką jakość opieki. Z drugiej strony zapewniamy sponsorom badań komercyjnych bardzo dobre warunki, centra komunikują się między sobą za pomocą systemu informatycznego, który jest spójny z systemami szpitalnymi. To może być duża zmiana polskiego rynku badań klinicznych, również jeśli chodzi o jakość opieki nad pacjentami. Każdy kolejny miesiąc przynosi otwarcie nowego centrum. Bardzo mnie to cieszy.

Jak się rozwija Warsaw Health Innovation Hub: wspólny projekt AMB i firm prywatnych, m. in. farmaceutycznych, ale też z zakresu IT?

To projekt łączący sektor publiczny z biznesem. Tworząc ten projekt i uzyskując poparcie premiera Mateusza Morawieckiego, założyliśmy, że sektor publiczny często ma zbieżne cele z firmami farmaceutycznymi, jeśli chodzi o poprawę warunków w systemie ochrony zdrowia. W WHIH jest już ponad dwadzieścia firm: farmaceutycznych, z zakresu wyrobów medycznych czy IT, które pracują nad tym, by razem ze stroną publiczną zaproponować rozwiązania dobre zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak dla parterów prywatnych. Jedną z firm zaproponowała np. stworzenie aplikacji dla osób niewidomych, która odczytuje ulotki leków. Można ją zainstalować w telefonie. To tylko przykład działania pokazującego, że wspólnie można opracować innowacyjne rozwiązania.

Czy dzięki działaniom ABM jest szansa, że w Polsce powstaną innowacyjne leki, wyroby medyczne?

Taki jest plan. Jeśli chodzi o „polski innowacyjny lek na raka”, będzie to bardzo trudne. Większe szanse na sukcesy są w branży wyrobów medycznych; mamy tu duże doświadczenie, bardzo dobrych technologów, informatyków, a sam proces certyfikacji i wprowadzania na rynek jest prostszy. Jest duża szansa, że dzięki wsparciu ABM uda się wprowadzić na rynek innowacyjne wyroby medyczne, np. protezy, stenty, czy rozwiązania informatyczne z zakresu nowych technologii. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Poza badaniami niekomercyjnymi m.in. w kardiologii, onkologii i pediatrii, będziemy tworzyć drugi filar działalności ABM, czyli wsparcie badań komercyjnych

jesteśmy narażeni na ciężki przebieg COVID-19. Niedługo pojawią się testy, dzięki którym będzie można sprawdzić, czy jest się nosicielem genu ciężkiego przebiegu COVID-19; w takiej sytuacji być może pacjenci powinni być objęci większym nadzorem medycznym w przypadku zakażenia.

Inne ważne badanie dotyczy zmienności genetycznej wirusa SARS-CoV-2; dzięki zespołowi prof. Krzysztofa Pyrcia mogliśmy badać zmienność genetyczną wirusa. Bardzo ważny jest też projekt SARSTer, kierowany przez prof. Roberta Flisiaka. Jego celem było ocenienie skuteczności terapii przeciw COVID-19. Na tej podstawie często podejmowano decyzje dotyczące rekomendacji leczenia. Projekty okazały się bardzo przydatne, pozwoliły nam lepiej poznać COVID-19.

Jakie są plany ABM na 2022 rok?

Poza badaniami niekomercyjnymi, które cały czas toczą się w zakresie kardiologii, onkologii i pediatrii, będziemy tworzyć drugi filar działalności ABM, czyli wsparcie

z wielu, gdyż to będzie strategia na najbliższe pięć lat: będziemy finansować duże badania epidemiologiczne dotyczące zdrowia Polaków, występowania chorób onkologicznych, kardiologicznych, wpływu środowiska na zdrowie. Myślę, że będą to duże badania na międzynarodowym poziomie. Minister zdrowia będzie mógł na tej podstawie podejmować decyzje dotyczące zdrowia, interwencje systemowe dla konkretnych grup chorych. Bardzo istotne, że będziemy mogli podejmować decyzje na podstawie danych pochodzących z Polski.

Dzięki wsparciu ABM powstały też Centra Wsparcia Badań Klinicznych. Jaka jest ich rola?

Sfinansowaliśmy już dwadzieścia trzy Centra Wsparcia Badań Klinicznych, które są połączone w jedną sieć: Polską Sieć Badań Klinicznych. Dysponuje ona jednym standardem, również prawnym i fiskalnym, co pozwoli na realizację badań na bardzo wysokim poziomie. Centra będą służyły zarówno badaniom komercyjnym, jak i nie-

Czy nie zabraknie nam leków?

Rozmowa z **BARBARĄ MISIEWICZ-JAGIELAK**, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

Trwa wojna na Ukrainie, w Polsce jest już około półtora miliona uchodźców. To potencjalnie więcej pacjentów, a chorzy są też transportowani do polskich szpitali. Czy nie zabraknie nam leków w aptekach i szpitalach dla tak nagle zwiększonej liczby pacjentów?

Na razie nie widzimy dużego zwiększenia zapotrzebowania na leki, słyszymy jednak, że całe oddziały szpitalne są transportowane do Polski. Jeśli tak będzie, to będziemy mieć zdecydowanie więcej pacjentów. Jeśli wcześniej się do tego nie przygotujemy, to faktycznie może się pojawić problem z dostępnością do niektórych leków. Epidemia COVID-19 nauczyła nas, że musimy być bardziej elastyczni, jeśli chodzi o produkcję leków. Nie mamy jednak dostępu do informacji z rządu, jak sytuacja się zmienia, żebyśmy mogli zareagować i np. zabezpieczyć więcej leków. Chcemy pomóc, ale musimy mieć informacje, że są planowane przyjęcia pacjentów z określonymi schorzeniami z Ukrainy. Na razie przyjeżdżają głównie matki z dziećmi, dlatego staramy się zapewnić więcej leków dla dzieci, np. przeciwinfekcyjnych, zwłaszcza że większość uchodźców jest niezaszczepiona przeciw COVID-19. Mieliśmy jedno spotkanie z ministrem zdrowia, który powiedział nam, żebyśmy zwiększyli zapasy wszystkich naszych leków. Ale to nie jest możliwe.

Dlaczego to nie jest możliwe? Nie wystarczy zwiększyć produkcję? Dla firm to przecież korzystne, więcej zarabia.

Nie do końca, dlatego że w sytuacjach kryzysowych kupujemy substancje czynne czy substancje pomocnicze niezbędne do produkcji leków w zupełnie innych cenach, poza tym oznacza to też pracę po godzinach, w weekendy. Jeśli zwiększylibyśmy zapasy wszystkich leków, to podejrzewam, że połowa byłaby do utylizacji. Zamrozilibyśmy niepotrzebnie część pieniędzy i nie moglibyśmy zareagować na realne potrzeby – dlatego żadna firma nie robi zapasów wszystkich leków. Konsultujemy się z lekarzami, śledzimy media, żeby ta zwiększona produkcja miała sens.

Lekarze podpowiadają, na które leki zapotrzebowanie może być większe?

Lekarze traktują nas jak partnerów, wiedzą, że bez leków nie jest możliwe leczenie i że z dnia na dzień nie jesteśmy w stanie zwiększyć produkcji. Pamiętam, jak przy trzeciej fali COVID-19 przerwani dyrektorzy szpitali dzwonili, że nie ma leków dla pacjentów, których było tak wielu: zapotrzebowanie na niektóre leki zwiększyło się o kilkaset procent. Mamy ogromne szczęście, że firmy działające w Polsce mają ogromne doświadczenie, działają z ogromnym zaangażowaniem, z pełnym poczuciem odpowiedzialności. W większości firm ustalono priorytety, które nie miały uzasadnienia biznesowego. Zabezpieczyliśmy dla Polski leki ratujące życie, antybiotyki, leki niezbędne do leczenia pacjentów z COVID-19, mimo że można było sprzedać je dużo drożej za granicą. Dzięki temu udało nam



Barbara Misiewicz-Jagielak

– wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, dyrektor ds. relacji zewnętrznych w Grupie Polpharma

się sprostac wyzwaniom. Im więcej jednak mamy informacji na temat potencjalnych pacjentów, tym możemy skuteczniej działać. Naprawdę wszystkie firmy chcą pomóc, co widać po pomocy dla Ukrainy – wszystkie firmy dają, co mogą. Oczywiście tak, żeby nie zabrakło leków dla polskich pacjentów.

Jak wygląda pomoc dla pacjentów dla Ukrainy?

Wysyłamy leki przez RARS (Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych) są to leki szpitalne z listy Ministerstwa Zdrowia polskiego, ukraińskiego. Decyzje zapadały błyskawicznie. We wszystkich fabrykach są prowadzone akcje wolontariackie koordynowane z urzędami miast i organizacjami pozarządowymi.

Czy dziś z powodu wojny w Ukrainie istnieje ryzyko, że zostaną przerwane łańcuchy dostaw z Chin: substancji czynnych, leków?

Dziś nie widać takich problemów, mam nadzieję, że sytuacja polityczna tego nie zmieni. Chiny przede wszystkim patrzą na biznes. To wszystko pokazuje jednak, że jak najwięcej leków i substancji czynnych powinno być produkowanych w Polsce. Pokazała to zarówno epidemia COVID-19, jak i obecnie sytuacja związana z wojną w Ukrainie. Zawsze powtarzamy, że bezpieczeństwo lekowe jest nie mniej ważne niż bezpieczeństwo militarne, bo pacjenci potrzebują leków, nie tylko tych najbardziej innowacyjnych, ale też tych, których używają na co dzień: na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, wysoki poziom cholesterolu itp.

Nie potrzebujemy już więcej dowodów na to, że produkcja w Polsce jest podstawą budowy bezpieczeństwa lekowego. Trzeba powołać jak najpilniej pełnomocnika rządu, który zacznie realizować projekt zainicjowany przez premiera Mateusza Morawieckiego, żeby produkcja farmaceutyczna w Polsce była traktowana jako priorytetowa.

Sytuacja związana z wojną w Ukrainie nie jest usprawiedliwieniem braku działań, jeśli chodzi o bezpieczeństwo lekowe?

Nie, szczególnie w tym momencie bezpieczeństwo lekowe jest priorytetem, żeby w naszych aptekach i szpitalach nie zabrakło leków. W Polsce wciąż nie ma konkretnych zachęt dla rozwoju przemysłu farmaceutycznego poza słowami, że „chcemy, żeby produkcja leków w Polsce się zwiększyła”. Za tymi słowami nic nie poszło. Bezpieczeństwo lekowe nie może być pozostawione tylko w rękach przedsiębiorców, to zadanie państwa. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone



Katarzyna Dubno
dyrektor ds. relacji
zewnętrznych i ekonomiki
zdrowia Adamed Pharma SA

Od początku wojny w Ukrainie Adamed Pharma z uwagą obserwuje sytuację i działa w sposób skoordynowany, aby działania pomocowe były adekwatne i skuteczne. W pierwszej kolejności zaoferowaliśmy wsparcie naszym współpracownikom z Ukrainy i ich najbliższym. Otrzymali wszelką potrzebną pomoc: schronienie, fundusze finansowe oraz opiekę psychologiczno-medyczną. Obecnie wspieramy także wszystkich, którzy byli lub nadal pozostają na terenach objętych wojną. Dbamy również o naszych współpracowników i ich rodzin z Ukrainy, którzy pracują na co dzień w naszym Centrum Produkcyjno-Logistycznym w Pabianicach. Również nasi polscy współpracownicy sami wychodzą z inicjatywą i organizują pomoc wewnątrz firmy, taką jak zbiórki rzeczy, pomoc w transporcie czy wsparcie w zakwaterowaniu. W dłuższej perspektywie jako Adamed Pharma będziemy również wspierać finansowo priorytetowe cele i współpracujące z nami organizacje NGO, by nieść pomoc systemowo i w zaplanowany sposób. W obliczu narastających i nieprzerwanych działań wojennych w Ukrainie działania pomocowe koncentrujemy na dostarczaniu potrzebnych leków dla szpitali na terenach objętych wojną. Pozostajemy w tym zakresie w kontakcie z polskim rządem, instytucjami państwowymi (w tym Rządową Agencją Rezerw Strategicznych), samorządem i organizacjami wyspecjalizowanymi w niesieniu pomocy w takich sytuacjach. Koncentrujemy nasze wysiłki na celowych działaniach, aby leki trafiały w sposób skuteczny tam, gdzie są najbardziej potrzebne.

Jednocześnie w sposób szczególny dbamy o dostępność leków dla pacjentów w Polsce. Mamy świadomość, że ze względu na dynamiczną sytuację związaną z konfliktem zbrojnym w Ukrainie wciąż zwiększa się populacja pacjentów, która będzie potrzebowała dostępu do leków. W tym momencie wszystkie zakłady produkcyjne Adamed pracują bez zakłóceń i dostarczają potrzebne produkty. Dysponujemy zapasami substancji czynnych, innych materiałów do produkcji oraz wyrobów gotowych.

W czasie pandemii COVID-19 cała branża krajowych producentów leków nauczyła się, jak reagować w sytuacji kryzysu, m.in. przez zarządzanie łańcuchami dostaw. Obserwujemy, które kategorie leków mogą się charakteryzować zwiększonym zapotrzebowaniem, i na tej podstawie reagujemy na konkretne braki. Staramy się zwiększać zapasy, ale co oczywiste, nie da się tego zrobić dla wszystkich leków i zapewne nie ma nawet takiej potrzeby. Dlatego tak ważna jest dla nas jako producentów współpraca z resortem zdrowia, aby na podstawie m.in. prognoz wzrostu zapotrzebowania czy analiz priorytetów zdrowotnych wspólnie ustalać poziom niezbędnych zapasów określonych leków. Musimy działać razem, w sposób stały i skoordynowany, aby pacjenci w Polsce mieli nieprzerwany dostęp do terapii.

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Najważniejsze jest dobro pacjenta

Rozmowa z **MAGDALENĄ PARADZIŃSKĄ**, dyrektor generalną Novo Nordisk Polska



Jaki wpływ na branżę farmaceutyczną w Polsce ma konflikt w Ukrainie?

Jako ludzie, jako pracownicy firmy, jesteśmy poruszeni wojną w Ukrainie. Firmy farmaceutyczne, które są zrzeszone w różnych organizacjach branżowych, podjęły wspólne działania, żeby wspierać uchodźców z Ukrainy. To ważne, żebyśmy w takich chwilach działali razem. Współpracowali między sobą, a także z Ministerstwem Zdrowia i organizacjami koordynującymi wsparcie dla nowo napływających osób.

Dla nas najważniejsze jest dobro pacjenta. W obecnych warunkach kluczowe jest, aby zarówno pacjenci przybywający do Polski z Ukrainy, jak i pacjenci polscy mieli zapewniony ciągły dostęp do leków i terapii niezbędnych do życia. Ważne, żebyśmy planowali pomoc tak, by docierała tam, gdzie trzeba i kiedy trzeba. Mam także nadzieję, że możemy liczyć na dostosowanie krajowych regulacji prawnych do

zwiększonych potrzeb związanych z włączaniem do systemu zdrowia bardzo dużej liczby osób, co pozwoli nam na zabezpieczenie dostępu do leczenia dla wszystkich pacjentów.

Wiele firm, w tym Novo Nordisk, zdecydowało się na przekazanie znacznych środków finansowych dla organizacji międzynarodowych wspierających osoby zmuszone do opuszczenia swoich domów. Dostarczamy darowizny leków na Ukrainę, wspieramy naszych pracowników w tym kraju i pomagamy tym, którzy zdecydowali się go opuścić i przenieść do Polski lub innych krajów ościennych. Zdajemy sobie przy tym sprawę, że nie mogą to być tylko doraźne działania, ale strategia, która pozwoli się przygotować na długofalowe wsparcie. Mamy do czynienia z maratonem, a nie sprintem. I tu, raz jeszcze powtórzę, konieczna jest współpraca wielu środowisk.

Oczy Polski i całego świata skierowane są na Ukrainę. Przed chwilą nasza uwaga była skupiona na epidemii COVID-19. Wydaje się, że w tej sytuacji troska o zdrowie w kontekście chorób przewlekłych powinna nabierać szczególnego znaczenia, ale rzeczywistość pokazuje, że schodzi ona na dalszy plan. Jak pani ocenia tę sytuację?

Od początku pandemii obserwujemy niepokojący trend, polegający na tym, że troska o pacjentów z chorobami przewlekłymi schodzi na dalszy plan. Nie powinno tak być, ponieważ choroby cywilizacyjne takie jak cukrzyca, otyłość i ich powikłania są wciąż głównym powodem zgonów w Polsce. W czasie pandemii sytuacja jeszcze się pogorszyła. Zwiększył się dług zdrowotny m.in. ze względu na to, że pacjenci nie mieli dostępu do lekarza. Widzimy, że dług zdrowotny się zwiększa i żeby zahamować ten proces, angażujemy się w programy edukacyjne i uświadamiające. „Razem ścigamy się z cukrzycą”: celem programu jest pokazanie, że za sprawą postępu medycyny cukrzyca – choroba kiedyś śmiertelna – dzisiaj jest chorobą przewlekłą. Można z nią żyć, pracować, osiągać cele i marzenia. Kampania „Porozmawiajmy szczerze o otyłości” ma na celu zwrócenie uwagi na to, że otyłość jest chorobą, a nie defektem estetycznym, i w związku z tym wymaga leczenia nie tylko dietą, ale także w zależności od decyzji lekarza prowadzącego – farmakologicznego lub chirurgicznego. Z kolei „Cities Changing Diabetes” to międzynarodowe działanie zrzeszające miasta, m.in. Londyn, Kopenhagę, Warszawę, Kraków, Rzym, Buenos Aires. Polega ono na wprowadzaniu interwencji specyficznych dla danych miast, a ich celem jest zahamowanie wzrostu zachorowań na cukrzycę typu 2 i otyłość. Dzięki tym programom mamy szansę wpływać na zmianę zachowań zdrowotnych ludzi, a co za tym idzie na zdrowie społeczeństwa.

Medycyna nigdy nie rozwijała się tak szybko jak teraz. Nie mówimy już tylko o metodach leczenia, ale także o rozwoju technologii w kontakcie z pacjentem, lekarzem i szeroką publiką. Czy mamy do czynienia z przełomem, który obserwuje pani także w Novo Nordisk?

Novo Nordisk jest innowacyjną firmą, która w skali globalnej jest inicjatorem wielu zmian zarówno w ujęciu terapeutycznym oraz technologicznym, jak i dotyczącym zrównoważonego rozwoju. Poszerzamy swoje zasięgi i zaangażowanie w nowe obszary terapeutyczne takie jak choroba Alzheimera, niealkoholowe stłuszczenie wątroby (NASH) i wiele innych. Z tym wiąże się rozwój nowych technologii, które będą wykorzystywane w leczeniu pacjentów z tymi chorobami. W działaniu przyświeca nam zasada „Driving Change”, która pokazuje, że jako firma dostrzegamy konieczność ciągłych zmian, a wręcz czujemy się zobowiązani do ich inicjowania i odpowiedzialni za nie. W oddziale polskim stawiamy na rozwój digitalizacji w kontaktach z lekarzami i pacjentami. Budujemy platformy

Patrząc na 100-letnią historię Novo Nordisk, widzimy, że u podłoża rozwoju naszej firmy niezmiennie leży precyzyjna wizja oparta na chęci zmiany – zadbania o konkretną potrzebę pacjentów. Przed uruchomieniem produkcji insuliny na masową skalę pacjenci nie mieli żadnej opcji leczenia. Przez te sto lat Novo Nordisk przesunęło granice innowacji, czego najświeższym przykładem jest zamknięcie białka w formie kapsułki, co jeszcze piętnaście lat temu wydawało się nieprawdopodobne. Wówczas jedyną możliwą formą podania białka były iniekcje. Wprowadzając nowe możliwości leczenia, wpływamy na system ochrony zdrowia poprzez dostarczanie coraz bardziej efektywnie działających leków. A jednocześnie za sprawą programów edukacyjnych zwracamy uwagę na profilaktykę i wartość zaangażowania pacjentów w proces leczenia.

Jak utrzymać motywację w firmie, w której rozwój innowacji wymaga nieustannego działania na wysokich obrotach?

roby przewlekłe, niesie ze sobą ogromną motywację do działania. Jest to bardzo duża odpowiedzialność, ale także ogromne źródło satysfakcji. Dbamy w firmie o wzajemne zaufanie i szacunek, o to, by było miejsce na rozmowy i omawianie spraw z różnych perspektyw. To wszystko pozwala na stworzenie atmosfery do dobrej współpracy. Dbamy o docenianie naszych pracowników, ich pomysłów, osiągnięć, zaangażowania i etycznych postaw. Stawiamy na pozytywną motywację i wzmacniamy poczucie sprawczości.

Innowacja nie toleruje przestoju. Jakie są perspektywy rozwoju Novo Nordisk w Polsce?

Są one związane z perspektywami rozwoju globalnego. Rozwijamy i pogłębiały badania w zakresie otyłości, cukrzycy i chorób rzadkich, ale także, jak już wspominałam, w nowych obszarach takich jak choroba Alzheimera, NASH czy schorzenia kardiologiczne. Aby móc realizować działalność w nowych obszarach, otworzyliśmy w Polsce w 2019 roku Centrum Rozwoju Badań Klinicznych. Zarządzamy wykonaniem badań klinicznych w 16 krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Jest to drugie po Stanach Zjednoczonych największe centrum badawcze Novo Nordisk. Mamy rozpoczętych 26 badań, a do końca roku będzie ich 40. Jest to bardzo duża inwestycja.

Cały czas poszerzamy nasze możliwości leczenia w obszarze diabetologii. Pracujemy nad tym, aby leki podawane dotychczas jedynie w formie iniekcji były dostępne dla polskich pacjentów także w formie doustnej. Pracujemy też nad insuliną podawaną w iniekcjach raz w tygodniu. I mamy nadzieję, że już niedługo skorzystają z niej polscy pacjenci. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **AGNIESZKA FEDORCZYK**

Poszerzamy swoje zasięgi i zaangażowanie w nowe obszary terapeutyczne takie jak choroba Alzheimera, niealkoholowe stłuszczenie wątroby (NASH) i inne

komunikacji i edukacji, a także informatyzujemy nasze działania w obszarze badań klinicznych. Jednym z platform dostępnych poprzez internet są „Forum dla otyłości” oraz „Diabetologiczna Akademia Novo Nordisk”, gdzie lekarze i pacjenci mogą znaleźć informacje na temat leczenia chorych na otyłość i cukrzycę.

Czy u podstaw działania innowacyjnej firmy leży wizja rozwoju obszaru ochrony zdrowia?

Innowacja to zawsze przejaw wizjonerstwa, pomysłu, wiedzy, ciekawości i pasji. Chęć wprowadzenia zmiany, nowej jakości. Patrząc na obszar otyłości jako choroby, w której świadomość jest wciąż niska, myślimy wielokanałowo. Z jednej strony mamy dostępne bardzo efektywne leki dla pacjentów z tą chorobą, a z drugiej strony rozmawiamy z interesariuszami o tym, w jaki sposób najlepiej zorganizować system leczenia.

Istotny jest dla nas wspólny cel, poczucie realnego wpływu na zmianę i możliwość wpływu na polepszenie życia chorych, a także świadomość, w którą stronę zmierzamy i w jaki sposób chcemy dojść do tego miejsca. Ważne jest, by każdy w firmie wiedział, w jaki sposób nasza praca przybliży nas do tego celu. Uświadomienie sobie sensu i potrzeby naszej pracy oraz faktu, że to, co robimy, ma realny wpływ na przedłużenie życia i poprawę jego jakości u pacjentów cierpiących na cho-



Magdalena Paradzińska

– dyrektor generalna Novo Nordisk Pharma sp. z o.o., wcześniej była m.in. starszym dyrektorem Działu Otyłości w Polsce

Mimo kryzysów trzeba realizować strategię

Rozmowa z **PROF.**

DR HAB. N. MED.

PIOTREM RUTKOWSKIM,

prezesem elektem
Polskiego Towarzystwa
Onkologicznego,
kierownikiem Kliniki
Nowotworów Tkanek
Miękkich, Kości
i Czerniaków NIO-PIB



Skończyła się kolejna fala COVID-19, trwa wojna w Ukrainie, w Polsce jest ponad 2 mln uchodźców, z których część zapewne będzie chorować na nowotwory. Jednocześnie na 2022 rok zaplanowano szereg zmian w onkologii. Jakie dziś są największe wyzwania?

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) jest realizowana, choć ma trochę opóźnień. Niezbędne są zmiany strategiczne, m.in. wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej w całej Polsce. Dla pacjentów oznacza to przede wszystkim koordynację leczenia: pojawi się infolinia, koordynator, który poprowadzi pacjenta przez ścieżkę leczenia. Ważna jest możliwość koordynacji nad pacjentami na poziomie województw. Na pewno konieczne jest przyspieszenie tworzenia unitów naczyniowych, czyli ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia poszczególnych nowotworów. Niezbędne jest też urealnienie wyceny świadczeń, zwłaszcza w chirurgii, gdzie są one bardzo mocno niedoszacowane.

Czy dużo więcej osób zgłasza się dziś z kartą DIŁO?

Tak, w 2020 roku mieliśmy znaczny spadek wystawionych kart DIŁO i rozpoznań nowotworów. Dane z 2021 roku pokazują znaczny wzrost wystawionych kart DIŁO – liczba jest wręcz rekordowa. Niestety, dużo osób zgłasza się w bardziej zaawansowanych stadiach choroby. Dłuższa jest kolejka do diagnostyki. Mamy więcej osób w programach lekowych, często leczonych paliatywnie.

Na to nakłada się sytuacja osób uciekających z Ukrainy?

Obecnie mamy już ponad 2 mln uchodźców, na razie są to głównie kobiety, dzieci, niewiele jest mężczyzn i osób starszych, aczkolwiek część chorych już wybiera możliwość leczenia w Polsce. Nie jest to najlepsze rozwiązanie, gdyż nasze kadry już wcześniej były na granicy możliwości leczenia polskich pacjentów. Do niedawna nie mieliśmy bardzo długich kolejek: na wizytę pierwszorazową pacjent czekał średnio 2-3 tygodnie, jeśli jednak ten czas przekroczy miesiąc, może to być problemem. Jeżeli przyjdzie do nas ok. 3 mln osób z Ukrainy, to znaczy, że o około 10 proc. wzrośnie populacja Polski i o około 10 proc. wzrośnie

liczba nowotworów. Oznacza to ok. 17 tys. dodatkowych nowych pacjentów; to bardzo dużo. Problemem jest też to, że stan zdrowia pacjentów ukraińskich jest inny, często są to dużo bardziej „zaniedbani” chorzy – zarówno onkologicznie, jak i generalnie zdrowotnie. Na Ukrainie jest więcej osób palących papierosy, nadużywających alkoholu, często gorzej kontrolowane są choroby współistniejące. To dodatkowe czynniki, które powodują, że nowotwory są wykrywane w bardziej zaawansowanym stanie, a wtedy koszty leczenia znacznie rosną. Wiceminister Waldemar Kraska mówił, że opieka zdrowotna będzie nas kosztować więcej o około 200 mln zł miesięcznie, zobaczymy jednak, jakie faktycznie będą to koszty. System opieki zdrowotnej na Ukrainie jest dosyć specyficzny, za wiele leków pacjent musiał płacić sam. My w ramach naszej pomocy humanitarnej zapewniamy taką samą terapię jak dla polskich pacjentów.

Pacjenci obawiają się, że kolejki do diagnostyki i leczenia będą dłuższe...

Chciałbym podkreślić, że pacjenci z Ukrainy nie będą traktowani priorytetowo, oczywiście z wyjątkiem sytuacji bez-

pośredniego zagrożenia życia. Jednak na pewno będzie to dodatkowe obciążenie dla systemu ochrony zdrowia. Nie chciałbym jednak, żeby to było źle postrzegane przez naszych pacjentów; to sytuacja nadzwyczajna, to nie jest wybór tych osób.

Jak dziś ośrodki radzą sobie z udzielaniem pomocy pacjentom z Ukrainy?

Bardzo dobrze działa infolinia NFZ dla pacjentów onkologicznych z Ukrainy, będzie ona też poszerzona o pacjentów hematoonkologicznych, by kierować ich od razu do ośrodków znajdujących się na określonym terenie. Wiele ośrodków już przygotowało się do udzielania pomocy, również w NIO działa infolinia obsługiwana przez osobę mówiącą po ukraińsku i rosyjsku. Bardzo dobrze, że pojawiła się możliwość szybkiego zatrudnienia osób z Ukrainy, my również już zatrudniliśmy je m.in. do obsługi pacjentów. Zgłaszają się do nas także lekarze wielu specjalności z Ukrainy, którzy chcieliby pomóc. Myślę, że to również nam pomoże w związku z naszymi niedoborami kadrowymi. Problemem jest też to, że pacjenci często nie mają pełnej dokumentacji medycznej: niekiedy trzeba powtórzyć całą diagnostykę.

Oczywiście to proces długoterminowy. Mam nadzieję, że nie wszyscy pacjenci zatrzymają się w Polsce, mamy deklarację wsparcia ze strony Unii Europejskiej i Stanów Zjednoczonych. Zobaczymy, jak ta sytuacja będzie się rozwijać. Najważniejsza jest koordynacja. Na razie jeszcze dajemy radę, nie jestem jednak w stanie przewidzieć rozwoju sytuacji. Miesiąc temu nikt nie mógł przewidzieć, że coś takiego się wydarzy.

Mimo tej trudnej sytuacji Narodowa Strategia Onkologiczna będzie jednak nadal realizowana?

Oczywiście, w obecnej sytuacji jest to wręcz konieczne. Potrzebne są szybkie zmiany organizacyjne, żebyśmy mogli lepiej skoordynować opiekę medyczną. Jeśli chodzi o realizację Narodowej Strategii Onkologicznej, to właśnie przygotowaliśmy roczny raport. Około 80 proc. działań odbywa się zgodnie z planem z niewielkimi opóźnieniami.

Co już udało się zrealizować?

Między innymi opracowaliśmy materiały edukacyjne dla klas 1-3 szkół podstawowych, zostały one przekazane do około 15 tys. placówek oświatowych. Wdrożono pilotażowy program dotyczący kompleksowych badań patomorfologicznych, zwiększono edukację onkologiczną dla studentów, doposażono podmioty zajmujące się leczeniem onkologicznym w zakresie rehabilitacji onkologicznej i radioterapii, w dużym procencie udało się wymienić starszego typu mammografy na mammografy cyfrowe, wdrożono unity zajmujące się diagnostyką i leczeniem raka jelita grubego. Wprowadzono wiele nowych cząsteczek do refundacji, m.in. w raku płuca, piersi, czerniaku, białaczkach. Rok 2021 był rekordowy pod względem liczby prowadzonych badań klinicznych: obecnie zajmujemy 11. miejsce na świecie pod względem liczby badań klinicznych i dostępności dla pacjentów. To wyżej niż Polska byłaby kwalifikowana na świecie pod względem jakichkolwiek działań medycznych. Dzięki działalności ABM bardzo wzrosła też liczba prowadzonych badań niekomercyjnych. To wszystko wiąże się ze znacznie większą dostępnością do nowych terapii dla polskich pacjentów – pod tym względem Polska dużo zrobiła w ostatnim czasie.

Co jest priorytetem w NSO na 2022 rok?

Na pewno opublikowanie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla nowotworów oraz standardów organizacyjnych ścieżki pacjentów (obecnie są w ocenie AOTMiT), legislacja umożliwiająca wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw HPV oraz ich wdrożenie. Chcemy też umożliwić przypomnienie pacjentom poprzez IKP o możliwości przeprowadzania badań profilaktycznych. Trwają prace nad Narodowym Portalem Onkologicznym. Chcemy też, by zostały wprowadzone testy HPV DNA w profilak-

tyce raka szyjki macicy; niedługo skończy się ich pilotaż, w którym uczestniczy ponad 20 tys. kobiet.

W tym roku jest szansa na wprowadzenie programu powszechnych szczepień przeciw HPV?

Tak, ustawa znajduje się na poziomie Rady Ministrów, minister Adam Niedzielski powiedział, że wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw HPV jest jednym z jego priorytetów. Na pewno, gdy ustawa znajdzie się w Sejmie, będziemy bardzo naciskać, żeby jak najszybciej została przyjęta.

Podczas właśnie zakończonego Europejskiego Kongresu Pacjentów Onkologicznych w Rydze podkreślono, że w krajach Unii Europejskiej każdy pacjent chory na raka powinien mieć równy dostęp do diagnostyki i leczenia onkologicznego. Czy to realne?

Dziś jeszcze nie, jednak przynajmniej diagnostyka i podstawowy plan leczenia powinny być usystematyzowane i ustandaryzowane na poziomie Europy. Do tej pory opieka zdrowotna nie stanowiła priorytetu w działaniach wielu państw. Dopiero epidemia COVID-19 pokazała, że Unia Europejska może wspólnie zrobić coś lepiej niż każde państwo osobno. Myślę, że w przypadku leczenia onkologicznego też tak się stanie. Wiele elementów Europejskiego Planu Walki z Rakiem jest zawartych w Narodowych Strategiach Onkologicznych poszczególnych krajów. Ważna jest też wymiana danych, działania na poziomie europejskim w kierunku większej cyfryzacji medycyny. Bardzo potrzebne są też dalsze działania antylobbyngowe przeciwko paleniu tytoniu, w tej sprawie też cała Unia Europejska powinna działać wspólnie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

– kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, zastępca dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie, prezes elekt PTO

Rak płuca to dziś w Polsce nowotwór numer jeden pod względem liczby zgonów, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Co roku zapada na niego ok. 22 tys. osób i 18 tys. umiera. To bardzo trudny pod względem rokowania nowotwór, przede wszystkim dlatego, że zwykle jest rozpoznawany już w stadium zaawansowanym. Czy jest szansa, żeby zacząć go wcześniej wykrywać?

Efektywność leczenia zależy od kilku elementów. Pierwsza rzecz to profilaktyka, czyli przede wszystkim walka z nałogiem palenia tytoniu – około 85 proc. zachorowań jest związana z ekspozycją na dym tytoniowy. Liczba osób palących co prawda spada, ale bardzo powoli. Drugą kwestią to wcześniejsze wykrywanie. Objawy wczesnego raka płuca są mało specyficzne, a do niedawna nie było żadnej metody, by wcześniej wykrywać ten nowotwór. Kilka lat temu badania potwierdziły jednak, że warto przeprowadzać u osób z grup ryzyka badania przesiewowe za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej.

W Polsce działa już program wczesnego wykrywania raka płuca koordynowany przez ośrodki wojewódzkie, w Warszawie jest to Klinika Chirurgii w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc kierowana przez prof. Tadeusza Orłowskiego. Do badania zapraszane są osoby w wieku 55-74 lata, które wykazują się konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkatom i są aktywnymi palaczami, a także byli palacze, jeśli okres, który minął od rzucenia palenia nie przekroczył 15 lat. Badaniu mogą też poddać się osoby w wieku od 50 lat, jeśli mają dodatkowe czynniki ryzyka, np. narażenie na działanie krzemionki, kadmu, azbestu, związków arsenu, spalin silników diesla itp.

Jeśli w niskodawkowej tomografii pojawia się niepokojące guzki, to w zależności od opisywanej morfologii zmiany, wielkości, lokalizacji, struktury, podejmowane są określone działania: albo obserwacja, albo skierowanie na dalszą diagnostykę i później leczenie. Program przesiewowy ma na celu zwiększenie wykrywalności raka płuca w niskich stopniach zaawansowania i zmniejszenie śmiertelności tej populacji.

Operacja daje szansę na wyleczenie, ale czy po jej wykonaniu stosuje się jeszcze leczenie uzupełniające?



Takich wyników nigdy nie widzieliśmy

Rozmowa z **PROF. DARIUSZEM M. KOWALSKIM**,
kierownikiem Oddziału Zachowawczego Kliniki
Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego
Instytutu Onkologii Państwowego Instytutu Badawczego
w Warszawie

Usunięty guz, włącznie z węzłami chłonnymi śródpiersia, podlega badaniu patomorfologicznemu. W zależności od jego wyniku pacjent może być zakwalifikowany do leczenia uzupełniającego: klasycznie jest to chemioterapia i/lub radioterapia.

Mimo wykonania operacji chirurgicznej, a często również leczenia uzu-

pełniającego chemio- lub radioterapią nowotwór może nawrócić. Czy jest dziś alternatywa bardziej skutecznego leczenia uzupełniającego?

To prawda, nawet w przypadku niskiego stadium zaawansowania choroba nowotworowa może wrócić. Szacuje się, że w pierwszym stopniu zaawansowania, jeśli nie podajemy leczenia uzupełniającego-

go, ryzyko nawrotu wynosi ok. 10-15 proc. W przypadku nowotworu w drugim stopniu zaawansowania ryzyko wzrasta nawet do 20-30 proc., a w trzecim stopniu wynosi nawet 60-70 proc.

Dlatego tak bardzo ekscytujące okazały się wyniki badania ADAURA, przedstawione w 2020 roku podczas kongresu ASCO (American Society of Clinical Oncology), a obecnie zaktualizowane. Potwierdziły one znamienne różnice, jeśli chodzi o rokowanie chorych poddawanych leczeniu uzupełniającemu po operacji radykalnej ozymertynibem: inhibitorem trzeciej generacji szlaku EGFR. Jeśli chory miał rozpoznany raka niepłaskonabłonkowego, to wykonywano dodatkowo ocenę statusu mutacji w genie *EGFR*. Gdy ta mutacja była obecna, to losowo przydzielano chorych do grupy przyjmującej ozymertynib jako leczenie uzupełniające przez trzy lata lub do grupy placebo. Podawanie ozymertynibu wykazało bardzo dużą redukcję ryzyka nawrotu choroby nowotworowej. Analizowano grupy pacjentów ze stopniem zaawansowania choroby od IB do IIIA. Okazało się, że im wyższy był stopień zaawansowania, tym redukcja ryzyka nawrotu choroby nowotworowej była większa. Dotyczyło to szczególnie drugiego i trzeciego stopnia zaawansowania, gdzie ta redukcja ryzyka wynosiła niemal 90 proc.

Ozymertynib to lek już dobrze znany onkologom, gdyż jest refundowany w Polsce w leczeniu zaawansowanego raka płuca z obecnością mutacji w genie *EGFR*?

Tak, ozymertynib jest zarejestrowany i w Polsce stosowany w ramach leczenia paliatywnego w pierwszej linii leczenia u chorych z rozsianym rakiem płuca, z obecnością mutacji aktywującej w genie *EGFR*. Może być również stosowany w drugiej linii leczenia u chorych z mutacją *EGFR*, jeśli w pierwszej linii był stosowany inny inhibitor EGFR (pierwszej lub drugiej generacji), a u chorego pojawiła się mutacja oporności T790M, gdyż ozymertynib ją przełamuje.

Obecnie wiemy już, że ten lek jest wysoce skuteczny, jeśli chodzi o zwiększenie efektywności leczenia radykalnego, czyli wyleczenia z choroby. Zwiększa on odsetek wyleczeń w ściśle wyselekcjonowanej, niewielkiej populacji chorych z rakiem niepłaskonabłonkowym i obecnością mutacji w genie *EGFR*.

A jak wielu pacjentów mogłoby skorzystać z takiego leczenia?

Jeśli chodzi o pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca, to 10-15 proc. ma mutację w genie *EGFR*. W przypadku zastosowaniu ozymertynibu w leczeniu uzupełniającym po wykonaniu operacji chirurgicznej, grupa osób, która mogłaby być poddana takiemu leczeniu, jest bardzo niewielka. Obecnie do leczenia radykalnego operacyjnego kwalifikuje się tylko ok. 15 proc. chorych z rakiem niedrobnokomórkowym. Spośród nich ok. 60 proc. ma raka niepłaskonabłonkowego, z których tylko 10-15 proc. będzie miało mutację w genie *EGFR*. Tak więc aktualnie będzie niewielu pacjentów, którym moglibyśmy podać to bardzo skuteczne leczenie.

W onkologii coraz częściej leki stosowane w późniejszych stadiach choroby są przesuwane do wcześniejszych etapów leczenia?

Tak, ta tendencja jest widoczna. Tu warto zaznaczyć, że to jest pierwszy lek z grupy terapii ukierunkowanych molekularnie, którego zastosowanie ma tak pozytywne wyniki.

Stosowanie ozymertynibu w leczeniu uzupełniającym po leczeniu radykalnym u pacjentów z NDRP i obecną mutacją w genie *EGFR* znalazło się m. in. w rekomendacjach NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Rekomendują go też polscy eksperci z Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej; lek znalazł się w pierwszej piątce TOP 10 ONKO jako terapia, która powinna stać się refundowana w 2022 roku w Polsce. Można ją nazwać przełomową?

To zdecydowanie przełomowe leczenie, dzięki niemu mamy redukcję ryzyka choroby nowotworowej w granicach 70-90 proc. Tak dobrych wyników bardzo dawno nie widzieliśmy. Bardzo byśmy chcieli, żeby było

możliwe zastosowanie tego leczenia przez naszych chorych w ramach refundacji.

W ostatnich latach w Polsce zaszły bardzo duże zmiany, wiele się poprawiło, jeśli chodzi o dostępność do nowych terapii w raku płuca. Wciąż dużo jeszcze przed nami?

Tak, to prawda, zarówno my, jak i nasi pacjenci jesteśmy bardzo wdzięczni za bardzo dobre decyzje refundacyjne ostatnich lat. Dzięki temu w wielu przypadkach rak płuca może stać się chorobą przewlekłą, co jeszcze niedawno było nie do wyobrażenia. Wciąż jednak pojawiają się nowe terapie, a mamy wrażenie, że w ostatnim czasie Ministerstwo Zdrowia nieco zatrzymało się w swoich dobrych poczynaniach, jeśli chodzi o procesy refundacyjne w raku płuca. Czekamy na refundację leków w rzadkich zaburzeniach molekularnych dotyczących bardzo niewielkich populacji chorych. Pojawiające się leki są bardzo skuteczne dla tych wąskich grup pacjentów. Chodzi tu np. o skojarzenie dabrafenibu z trametynibem u chorych z mutacją w genie *BRAF*, są nowe terapie dla chorych z rearanzacją w genie *RET*, dla pacjentów z genem fuzyjnym *NTRK*, pacjentów z tzw. mutacją omijającą w genie *MET* w ekzonie 14, z pierwotnymi mutacjami oporności w genie *EGFR* w ekzonie 20. Na pewno nie można zatrzymywać się w połowie drogi, jeśli chodzi o dostęp do skutecznego leczenia. Jeżeli powiedział się A, to trzeba powiedzieć B i C.

Jeśli chodzi o ozymertynib w leczeniu uzupełniającym po wykonaniu operacji radykalnej, to mamy do czynienia z inną sytuacją, bo mówimy o szansie na wyleczenie z choroby nowotworowej. Taki pacjent nie wymaga dalszego leczenia, jest całkowicie zdrowy, dlatego zrefundowanie tej terapii jest tak bardzo ważne. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



prof. Dariusz M. Kowalski

– kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, prezes Polskiej Grupy Raka Płuca

Można poprawić rokowania pacjentek

Rozmowa z **DR MAGDALENĄ WŁADYSIUŁ**, prezes Stowarzyszenia CEESTAHC, wiceprezes HTA Consulting

W jakim miejscu jesteśmy, jeśli chodzi o leczenie nowotworów ginekologicznych? Jak Polska wygląda na tle Europy?

Na to, jak wyglądamy na tle Europy, możemy popatrzeć przez dwa aspekty. Jeden to efekty zdrowotne, czyli np. 5-letnie przeżycia. Drugim aspektem może być mierzenie dostępności do technologii, w tym lekowych, choć również rozwój świadczeń w tym zakresie, a także zmiana całej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta. Efekt zdrowotny jest zależny tak naprawdę od ułożenia tych ścieżek, stosowania odpowiednich terapii w odpowiednim czasie u odpowiedniego pacjenta. To krótka definicja jakości, a żeby ta jakość była zachowana, to musimy u odpowiednich pacjentów włączać określone typy leczenia, czyli np. chirurgię, radioterapię, chemioterapię. W terapii mamy też w odwodzie różne leki, w tym najnowsze, szczególnie immunoterapię, która od kilku lat zaczyna dominować w onkologii. To bardzo ważne również z punktu widzenia nowotworów ginekologicznych. Rozwój medycyny jest związany także z tym, że zaczynamy coraz lepiej diagnozować pacjentki pod względem molekularno-genetycznym. Lepiej rozumiemy, jakie są mutacje, jakie są rokowania w zależności od mutacji genowych czy innych biomarkerów. To powoduje, że istotne staje się dobieranie takich terapii, które gwarantują u konkretnych pacjentek jak najlepsze efekty.

Widać bardzo duży postęp: w pierwszej linii leczenia np. raka jajnika są stosowane inhibitory PARP, niezależnie od statusu mutacji BRCA1 i BRCA2...

Do tej pory w przypadku chemioterapii myślało się raczej o tym, by stosować leki u wszystkich pacjentek. W przypadku nowoczesnych leków już tak nie jest. W raku jajnika zaczęliśmy różnicować pacjentki

z mutacjami w genach BRCA1, 2. Jeszcze niedawno dostępność do inhibitorów PARP miały w Polsce tylko pacjentki z mutacjami w genach BRCA1, 2. Od tego roku wszedł do refundacji nowy inhibitor PARP, który może być stosowany także niezależnie od statusu w genach BRCA, tak więc zaczęliśmy poprawiać możliwości stosowania terapii u pacjentek z przerzutowym rakiem jajnika. Z punktu widzenia dostępności do leków w raku jajnika sytuacja się poprawiła. Jeżeli popatrzymy

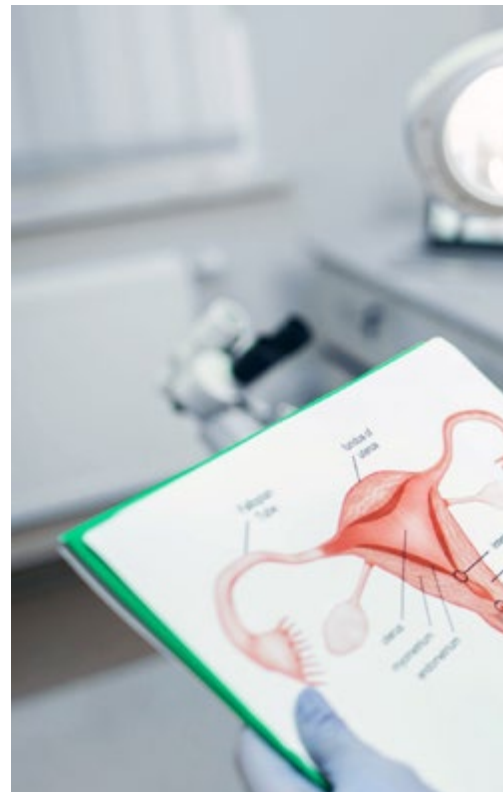
Jeśli chodzi o zapadalność, to rak trzonu macicy jest pierwszy wśród nowotworów ginekologicznych. Mamy około 56 tysięcy pacjentek z tym nowotworem

na inne nowotwory ginekologiczne, takie jak rak trzonu macicy (endometrium), to pojawiają się nowe leki z zakresu immunoterapii, m.in. przeciwciała anty-PD-1. U 10-15 proc. pacjentek rak trzonu macicy jest wykrywany już w formie zaawansowanej. Te przypadki są trudne do leczenia: 5-letnie przeżycia nie przekraczają 19-20 proc.

Rak trzonu macicy jako najczęstszy nowotwór ginekologiczny powoduje poważne wyzwania?

Populacja pacjentek z rakiem trzonu macicy jest coraz większa: już mamy około 56 tysięcy pacjentek z rakiem trzonu macicy, zapadalność roczna to około 6 tys. osób. Pacjentek jest coraz więcej, dlatego potrzeby systemowe będą rosły. Od wielu lat nie było żadnych nowych terapii w raku endometrium, więc immunoterapia wchodząca właśnie w tym obszarze jest długo oczekiwaną terapią.

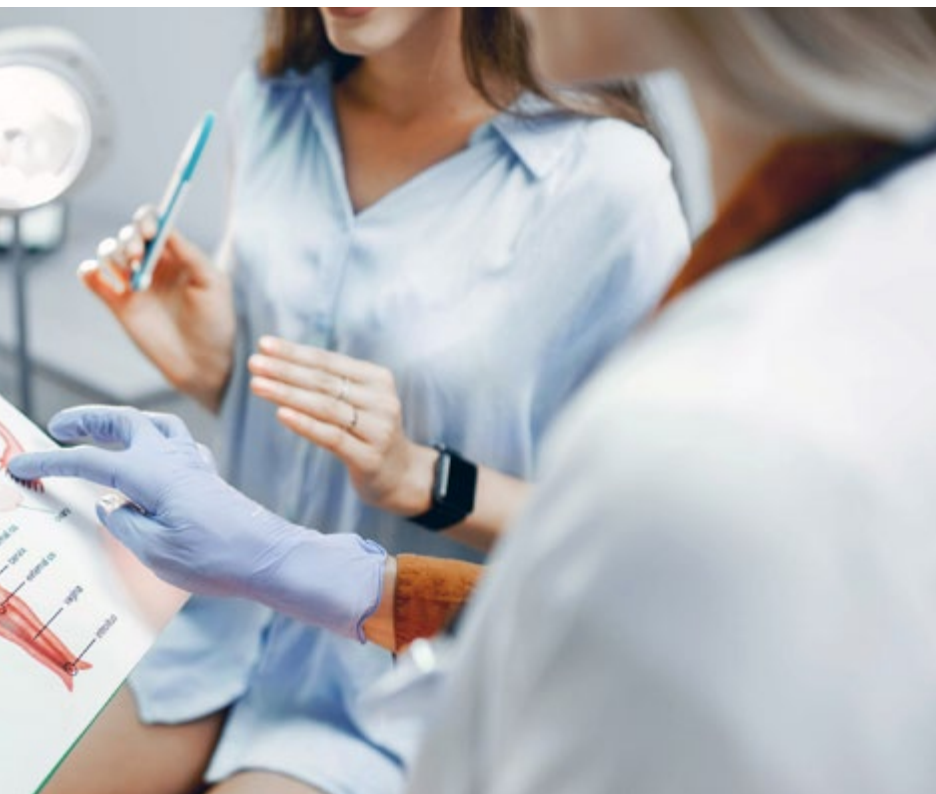
Jak wygląda dostępność nowoczesnych terapii ginekologiczno-onkologicznych w Polsce?



Tak jak wspomniałam: zależna jest od typu nowotworu, od kwestii związanych z mutacjami. W raku jajnika sytuacja w ostatnich latach się poprawia, są nowe cząsteczki, na razie są to pojedyncze leki. W raku trzonu macicy leki z grupy immunoterapii jeszcze nie weszły do refundacji w Polsce.

W leczeniu których nowotworów ginekologicznych najbardziej odstawiamy od Europy? Co należy poprawić?

Patrząc na efekty zdrowotne, widać ewidentnie, że cała Europa ma problem z rakiem jajnika. Te parametry przeżyć 5-letnich są niższe o około 40 proc. niż dla innych nowotworów ginekologicznych, gdzie przeżywalność – nawet w raku trzonu, jeżeli popatrzymy na całą populację – wynosi 75-80 proc. Polska ma tutaj trochę do nadrobienia w porównaniu z krajami europejskimi. Ma gorsze wskaźniki 5-letniego przeżycia niż średnia tych krajów. Mamy do nadrobienia możliwości diagnostyczne. W raku jajnika kluczowy jest moment diagnostyki – u około 70 proc. kobiet wykrywa się raka jajnika



w postaci zaawansowanej. Niestety, nie ma skutecznego badania przesiewowego w tym nowotworze. Czujność diagnostyczna, regularne wizyty i badania u ginekologa mogą dać szansę na wcześniejsze wyłapanie rozwijającego się nowotworu. W przypadku raka trzonu macicy wyzwaniem jest szybciej rozpoznany nowotwór, a łatwiej jest go rozpoznać. Sam fakt nieprawidłowości w miesiaczkowaniu jest wystarczający, żeby udać się z zapytaniem do ginekologa. Są jednak problemy z dostępnością do świadczeń, także dla pacjentek z przerzutowym nowotworem, szczególnie do immunoterapii.

Jak jest ze świadomością pacjentek w tym zakresie?

Jakbyśmy popatrzyły w długiej perspektywie, 30-letniej, na pewno doszło do dużych zmian. Jesteśmy bardziej świadomi swojego zdrowia, co ma na nie wpływ, kobiety są lepiej wykształcone. Poprawiła się świadomość zdrowotna, szczególnie w miastach. Bardzo dużo jest do zrobienia – nie tylko w kwestii świadomości, ale również dostępu do świadczeń – dla populacji w wioskach oraz małych miastach. Tam są pewne braki związane z dostępnością do niektórych badań czy pogłębionej diagnostyki.

Istotne znaczenie ma fakt, że w refundacji jest szczepionka przeciw HPV.

Tak i to jest bardzo duży postęp. Trzeba mieć świadomość, że szczepionka HPV w Polsce była refundowana, ale na poziomie samorządów w ramach programów polityki zdrowotnej. Niektóre województwa, powiaty, gminy decydowały się na wdrażanie szczepień dziewczynek. Prawdziwy efekt jest możliwy dopiero przy objęciu jak największej grupy szczepieniami. Poprawa odsetka populacji wyszczepionej będzie mogła zasadniczo wpłynąć na długofalowe efekty zdrowotne całej populacji, na pewno w zmniejszeniu częstotliwości występowania raka szyjki macicy. HPV powoduje także inne nowotwory: odbytu, pochwy, a także głowy i szyi, dlatego ta szczepionka daje szansę na spadek zachorowalności na wiele nowotworów, oczywiście w dłuższej perspektywie. Pierwsze efekty z 10-letnich obserwacji potwierdzają ochronny wpływ szczepienia na rozwój zmian na nabłonku szyjki macicy.

W raku endometrium dla pacjentek mających wznowę i źle rokujących potrzebna jest nowa terapia?

Tak, to prawda. Jeśli chodzi o zapadalność, to rak trzonu macicy jest pierwszy wśród nowotworów ginekologicznych. W ciągu ostatnich 20 lat bardzo nam ta populacja urosła, późne stadia wykrywa się relatywnie rzadziej niż w innych nowotworach ginekologicznych. Przeżywalność dla ogólnej populacji wynosi prawie 80 proc., ale nie zmienia to faktu, że pacjentki z przerzutowym rakiem bardzo źle rokują, gorzej niż pacjentki z rakiem jajnika. Tu istotna jest możliwość stosowania immunoterapii ze względu na fakt, że obecne efekty chemioterapii są niewystarczające. Ważna jest dalsza poprawa rokowania tych pacjentek: wydłużenie czasu do progresji, a potem – jeśli to możliwe – czasu przeżycia.

Co jest szczególnym wyzwaniem, jeśli chodzi o nowotwory ginekologiczne?

Po raku piersi widać, że inwestycje we wprowadzenie coraz większej liczby terapii, szczególnie u określonych grup pacjentek, mają sens. Wprowadzanie terapii na wcześniejszych etapach skutkowało tym, że w ciągu ostatnich 20 lat rak piersi stał się chorobą przewlekłą. Wchodzą pierwsze terapie w raku trzonu macicy, które dają szansę na dłuższe przeżycie, dlatego warto byłoby stworzyć rozwiązania, które będą stopniowo poprawiały szanse pacjentek.

A o co warto zaapelować do kobiet?

Żeby się badały, chodziły regularnie do ginekologa co najmniej raz w roku, rozmawiały o swoim stanie zdrowia, o niepokojących objawach, o lękach. Nie bagatelizujemy np. bólu brzucha, który się przedłuża. Traktujmy tematy zdrowotne bardzo poważnie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ANNA KOPRAS-FIJOŁEK**



dr Magdalena Władysiuk

– prezes Stowarzyszenia CEESTAHC (Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care), wiceprezes HTA Consulting

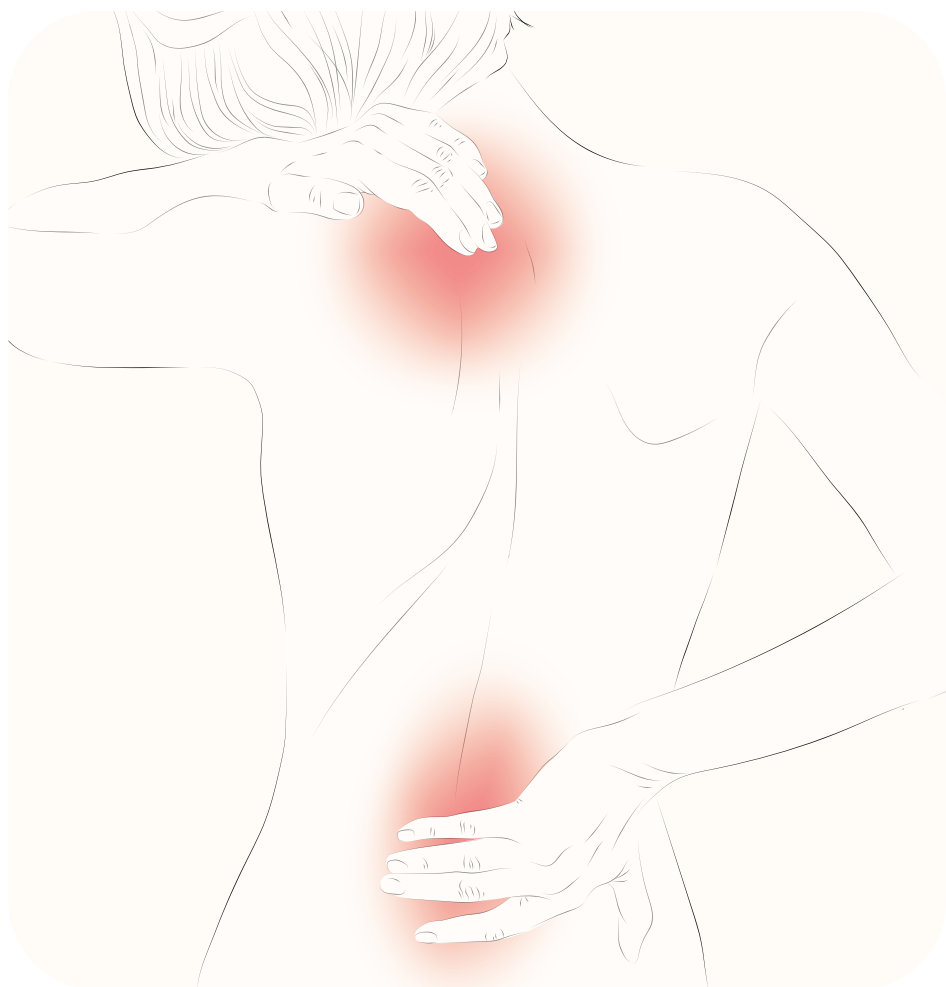
Zahamować przerzuty do kości

Chłopak na swoim ślubie doznaje złamania kręgosłupa. Okazuje się, że ma szpiczaka. To jedna z historii, które opowiada **ŁUKASZ ROKICKI**, prezes Fundacji Carita zajmującej się problemami chorych na szpiczaka mnogiego. Właśnie opracowała raport o zapobieganiu przerzutom tego nowotworu do kości.

W następstwie szpiczaka, tak samo jak w wypadku nowotworów płuc, piersi czy nerek, może dochodzić do przerzutów do kości. – Okazuje się, że trzy czwarte chorych je ma. Ludzie dowiadują się, że mają nowotwór krwi nie wtedy, kiedy wyszła im źle morfologia, ale w momencie, gdy łamią sobie kręgosłupy, nogi, miednice. Złamania poprzedzają bóle, ale wielu pacjentów nie zwraca na nie uwagi, sądząc, że to na skutek przeciążenia, zbyt długiego siedzenia przed komputerem czy złej postawy podczas jazdy na rowerze – mówi Łukasz Rokicki. Z kolei starsi myślą, że to wynik osteoporozy, jeśli jadąc samochodem, łamią sobie stopę. Tymczasem okazuje się, że... mają szpiczaka.

Potem zaczyna się chodzenie od specjalisty do specjalisty, bo lekarze też mają kłopot z rozpoznaniem tej trudnej hematologicznej choroby, są też tacy, którzy zupełnie to bagatelizują, odsyłając pacjentów do fizjoterapeuty albo na masaż. – Bo gdy ktoś zobaczy młodego i wysportowanego chłopaka, który ma jakieś bóle kręgosłupa, to nie pomyśli o nowotworze – mówi Łukasz Rokicki.

A pomyśleć trzeba, dlatego Fundacja Carita im. Wiesławy Adamiec zajęła się edukacją na temat tej choroby i opracowała raport „Zapobieganie powikłaniom kostnym w chorobach nowotworowych”, w którym koncentruje się na przerzutach nowotworu do kości w przypadku szpiczaka i guzów litych. W raporcie mówi się o potrzebie poprawienia dostępności do leków modyfikujących metabolizm kostny, by uniknąć złamań, ograniczyć je lub w ogóle do nich nie dopuścić. Autorzy raportu apelują o refundację jednego z takich leków, o nazwie denosumab. To lek biologiczny, który można stosować też u chorych z nowotworami litymi i daje on dobre wyniki.



BISFOSFONIANY NIE DLA KAŻDEGO

Szpiczak to choroba nowotworowa układu krwiotwórczego, której pierwszym objawem bardzo często są bóle kostne. W leczeniu stosuje się m.in. chemioterapię, leki celowane oraz przeszczepienia szpiku. Do terapii wspomagających należą leki modyfikujące metabolizm kostny. Zachorowania na szpiczaka stanowią 1 proc.

wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe i około 14 proc. na nowotwory układu krwiotwórczego. Rocznie zapada na szpiczaka 4,5-6 osób na 100 tys.

Celem leczenia przerzutów nowotworu do kości jest łagodzenie ich objawów oraz, jeśli to możliwe, zapobieganie postępowi choroby. Ostatecznie bowiem, gdyby nie leki modyfikujące metabolizm kostny, to wszyscy chorzy z czasem sta-

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK

liby się osobami niepełnosprawnymi na skutek złamań kości, do których z czasem dochodzi. Chorzy na szpiczaka nie mają dostępu do refundacji leku biologicznego, jednego z dwóch opcji terapeutycznych, a dostępnych bisfosfonianów nie można zastosować u każdego. Jak tłumaczy Łukasz Rokicki, w wielu przypadkach, gdy są już przerzuty do kości, stosowanie bisfosfonianów jest o tyle problematyczne, że sam szpiczak uszkadza nerki, leczenie przy pomocy bisfosfonianów także je osłabia, a 50 proc. pacjentów nie może tej terapii stosować. Stąd idea refundowania denosumabu, leku biologicznego, który już się sprawdził w nowotworach litych, ograniczając rozprzestrzenianie się choroby. – Zauważono także, że lek ten nie uszkadza nerek, tak jak to bywa w przypadku bisfosfonianów, które zawierają toksyczny kwas zoledronowy – tłumaczy Łukasz Rokicki. – Dlatego tak ważne jest wprowadzenie tego leku biologicznego, który może być stosowany u chorych z niewydolnością nerek. A dzięki formule przezskórnej, bo podaje się go za pomocą zastrzyków, jest łatwiejszy do stosowania i ogranicza kontakt pacjenta z placówkami zdrowotnymi – podkreśla.

Leczenie za pomocą denosumabu ma też znaczenie profilaktyczne, można uniknąć nie tylko złamań, ale i operacji.

POPARCIE EKSPERTÓW

Zastosowanie tego leku biologicznego w przerzutach do kości u pacjentów ze szpiczakiem znalazło uznanie wielu naukowców. Na ten temat wypowiedział



Cały raport dostępny na stronie:

WWW.FUNDACJACARITA.PL/NEWS/185

pewną grupę chorych, którzy nie mogą się leczyć za pomocą dotychczasowych terapii. – Doświadczenia ze stosowaniem bisfosfonianów zebrane w ciągu wielu lat dokumentują, że w codziennej praktyce klinicznej pojawia się specyficzna grupa pacjentów z przeciwwskazaniami do zastosowania bisfosfonianów lub ich nietolerancją, dla których denosumab jest jedyną opcją terapeutyczną. Brak refundacji tego leku sprawia, że jego zastosowanie nie jest możliwe u polskich pacjentów – stwierdził prof. Wojtukiewicz, dodając, że pozytywna rekomendacja prezesa AOTMiT z dnia 10 sierpnia 2021 roku daje nadzieję za-

metabolizm kostny jest niezwykle istotnym elementem leczenia, gdyż opóźnia czas wystąpienia pierwszych powikłań kostnych oraz korzystnie wpływa na odległe wyniki leczenia. Denosumab jest nie tylko skutecznym lekiem, który może być bezpiecznie stosowany u chorych ze szpiczakiem mnogim z niewydolnością nerek lub z przeciwwskazaniami do brania bisfosfonianów, ale również dzięki formule podskórnej jest łatwiejszy do stosowania i zmniejsza kontakt pacjenta z systemem ochrony zdrowia – twierdzi prof. Ewa Lech-Marańda. A jest to szczególnie ważne w dzisiejszych czasach, kiedy mamy jeszcze epidemię COVID-19, a w służbie zdrowia brakuje personelu.

Również prof. Krzysztof Giannopoulos, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, widzi potrzebę leczenia zabezpieczającego przed skutkami powikłań kostnych, które dotyczyłoby nie tylko chorych na nowotwory lite, ale także szpiczaka mnogiego. Zwrócił on uwagę, że na świecie ci chorzy mają już dostęp do całego spektrum leków. Aktualne zalecenia, jak również praktyka w krajach zachodnich i Stanach Zjednoczonych preferują stosowanie denosumabu. – W Polsce z terapii przeciwresorpcyjnej obecnie dostępny jest dwufosfonian, bez większych ograniczeń, oraz bez refundacji denosumab – mówi prof. Krzysztof Giannopoulos. – Cieszy mnie pozytywne zaopiniowanie przez prezesa AOTMiT objęcia refundacją denosumabu zarówno w populacji pacjentów z przerzutami do kości z guzów litych, jak i ze szpiczakiem plazmocytowym – dodaje profesor.

Także zdaniem prof. Macieja Krzakowskiego, krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej, trzeba wykorzystać nowe możliwości leczenia polegające na zapobieganiu przerzutom kostnym. Denosumab opóźnia wystąpienie pierwszych powikłań kostnych oraz korzystnie wpływa na odległe wyniki leczenia.

Należy mieć nadzieję, że raport Fundacji Carita, zawierający kompendium wiedzy na temat przerzutów nowotworowych, a w tym dotyczący szpiczaka, przyczyni się do skuteczniejszej pomocy wielu chorym. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

BARBARA KOT

Chorzy na szpiczaka nie mają dostępu do refundacji leku biologicznego, a dostępnych bisfosfonianów nie można zastosować u każdego

się w raporcie prof. Marek Wojtukiewicz, kierownik Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, który podkreślił znaczenie skutecznej profilaktyki zdarzeń kostnych u chorych z zaawansowanym nowotworem, gdyż, jak stwierdził, prowadzą one nieuchronnie do utraty mobilności. Zaznaczył też, że wprowadzenie do terapii leku biologicznego jest konieczne ze względu na

równno chorym, jak i lekarzom na dostęp do denosumabu.

Zdaniem prof. Ewy Lech-Marańdy, krajowego konsultanta w dziedzinie hematoonkologii, denosumab może być stosowany w przypadku niewydolności nerek, która dotyczy 20 proc. chorych z nowym rozpoznaniem szpiczaka i 50 proc. pacjentów będącym na dalszym etapie choroby. – Stosowanie leków z grupy modyfikujących

Nowa metoda leczenia raka trzustki

Rozmowa z **PROF. WOJCIECHEM KIELANEM**, prezesem Towarzystwa Chirurgów Polskich

Rak trzustki to agresywny i trudny do leczenia nowotwór. Dlaczego?

Rak trzustki stanowi około 3 proc. nowotworów w Polsce, pod względem liczby zachorowań zajmuje 10. miejsce u mężczyzn i 12. wśród kobiet. Jest nowotworem o bardzo złym rokowaniu. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowalności na nowotwory trzustki, zwłaszcza wśród kobiet. Niestety, nie widzimy poprawy rokowania mimo rozwoju nauki. Ze względu na początkowy brak objawów nowotwór ten jest rozpoznawany późno. Nie ma znanych i łatwo wykrywalnych stanów przednowotworowych tego nowotworu. Objawy nie są specyficzne. Często występuje utrata masy ciała oraz ból nadbrzusza. Nie ma akceptowanego społecznie i ekonomicznie swego badania, które byłoby użyteczne w ramach badań przesiewowych. Z powodu późnego wykrycia operacja resekcyjna jest możliwa tylko u około 20 proc. chorych, z których zaledwie 20 proc. osiągnie 5-letnie przeżycie. Pozostali chorzy są kierowani do leczenia paliatywnego, najczęściej chemioterapią. Systemowe leczenie paliatywne tylko nieznacznie przedłuża czas przeżycia i nie zwiększa odsetka przeżyć długoletnich. Dlatego właśnie jest to bardzo agresywny i trudny do leczenia nowotwór złośliwy.

Na czym polega nowatorska metoda leczenia raka trzustki (nieodwracalna elektroporacja wapniowa, elektrochemioterapia oraz elektroporacja), którą prowadzi Pana zespół, a która niedawno została dofinansowana w ramach grantu Agencji Badań Medycznych?

Nieodwracalna elektroporacja (IRE, ang. irreversible electroporation) polega na umieszczeniu elektrod w tkance guza i podaniu krótkich impulsów elektrycz-



nych (do 100 mikrosekund) o natężeniu pola elektrycznego w zakresie od 1500 do 3000 V/cm. Permeabilizacja, czyli zmiana struktury błony komórkowej, otwiera dodatkowe drogi transportu zarówno dla pojedynczych jonów, jak i innych cząsteczek, np. leków. Następuje gwałtowna zmiana potencjału błony komórkowej i zaburzenie jej funkcji ochronnej, co powoduje śmierć poprzez apoptozę, czyli samozniszczenie.

Postanowiliśmy wzbogacić tę metodę. Ponieważ zmienia się struktura błony komórkowej nowotworu, to do środka dostają się również leki. W naszym projekcie IREC do zabiegu elektroporacji zaplanowaliśmy podanie jonów wapnia lub bleomycyny dla zwielokrotnienia efektu przeciwnowotworowego. Jony wapnia zaburzają równowagę energetyczną komórki i nasilają nekrozę. Bleomycyna to chemioterapeutyk uznany

za najbardziej skuteczny w połączeniu z IRE. Dzięki zmianie struktury błony stężenie potrzebne do zabicia komórki nowotworowej jest około 200 razy mniejsze. Pozwala to na maksymalizację działania efektu zabiegu przy zmniejszonym ryzyku działań niepożądanych związanych z użyciem bleomycyny.

Według piśmiennictwa zabieg aktywuje również układ odpornościowy chorego, co może pomóc w walce z chorobą nowotworową. Zbadanie tego zjawiska jest również częścią projektu IREC. Atutem metody jest znikomy efekt termiczny. Ułożenie anatomiczne trzustki nie pozwala na zastosowanie klasycznych metod termicznej krioabłacji z uwagi na bezpośrednie sąsiedztwo ważnych struktur takich jak naczynia krwionośne i drogi żółciowe. Metoda IRE jest bezpieczna pod tym

względem w przypadku raka trzustki. Projekt uzyskał zgodę Komisji Etyki na jego wykonanie, jest finansowany ze środków Agencji Badań Medycznych.

różnych chemioterapeutyków była badana wcześniej przez zespół pani profesor między innymi przy użyciu linii komórkowych. Można powiedzieć, że pomysł

rzutowych, po wcześniejszym leczeniu chemioterapeutycznym.

Zapraszamy do kontaktu w przypadku pytań: chirurgia.ogolna.onkologiczna@gmail.com. W każdy wtorek o godzinie 12 prowadzone są również konsultacje w sekretariacie Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przy ul. Borowskiej 213, gdzie można uzyskać informacje od prof. Wojciecha Kielana, dr Julii Rudno-Rudzińskiej i dr Eweliny Frejlich. Zapraszamy do kontaktu i współpracy wszystkich lekarzy, którzy zajmują się leczeniem chorych z zaawansowanym nieoperacyjnym rakiem trzustki.

Metoda jest przeznaczona do leczenia paliatywnego raka trzustki, czyli dla pacjentów, u których chirurgiczne usunięcie zmiany nie jest możliwe

U jakich pacjentów można zastosować tę metodę leczenia? Dlaczego u tych pacjentów tak ważna jest możliwość przeprowadzenia tego typu terapii?

Metoda ta jest przeznaczona do leczenia paliatywnego raka trzustki, czyli dla pacjentów, u których chirurgiczne usunięcie zmiany nie jest możliwe. Niestety, jest to znaczna procentowo liczba chorych. Obecnie dla tych pacjentów w arsenale leczenia jest wyłącznie chemioterapia. Włączenie nowej metody może pozwolić na przedłużenie życia choćby w związku z dodaniem nowej metody i zyskaniem czasu wolnego od progresji choroby. Chcemy podkreślić, że nie jest to metoda alternatywna dla leczenia systemowego, czyli chemioterapii, obie te metody powinny się uzupełniać. Poszerzenie możliwości niesie korzyść dla chorych w tragicznej sytuacji życiowej.

W jaki sposób wpadliście na pomysł prowadzenia takiego leczenia? Czy jest ono prowadzone w innych krajach?

Sama metoda elektroporacji nie jest nowa, jest stosowana w przypadku nowotworów litych w Stanach Zjednoczonych, Danii czy w Czechach, ma wymagane akredytacje i certyfikacje również w Polsce.

Urządzenie do elektroporacji zostało zakupione przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w 2018 roku. Od tego czasu wykonaliśmy szereg zabiegów w przypadku raka trzustki i innych guzów litych, a wyniki zostały opublikowane w czasopiśmie naukowych. We współpracy z Katedrą Biologii Molekularnej i Komórkowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, z prof. Julią Kulbacką, rozpoczęliśmy projekt „Personalizacja leczenia raka trzustki”. Sama metoda elektroporacji z jonami wapnia i elektrochemioterapii z użyciem

projektu i wykorzystania tej metody w leczeniu pacjentów z rakiem trzustki jest owocem tej współpracy. Jest to nowatorskie podejście, ponieważ elektroporacja wapniowa i elektrochemioterapia są stosowane w innych krajach, np. w leczeniu czerniaka, ale nigdy nie były stosowane w przypadku raka trzustki.

Pierwszy zabieg elektroporacji pana zespół przeprowadził w 2018 roku. Jaki przyniósł efekt?

Pierwsze zabiegi wykonaliśmy cztery lata temu wspólnie z panem profesorem Pawłem Lampe, który wtedy miał największe doświadczenie w tego typu operacjach. Stosowaliśmy wtedy tylko zabieg elektroporacji bez wspomagania dodatkowo podawaniem jonów wapnia i leków chemioterapeutycznych. Obserwowaliśmy już wtedy dłuższe przeżycia chorych, dlatego wzbogacenie tej metody o wcześniej wspomnianą elektroporację wapniową i elektrochemioterapię stało się dla nas inspiracją do napisania wniosku o przyznanie grantu.

Czy do badania klinicznego mogą się zgłaszać pacjenci z całej Polski? W jaki sposób mogą uzyskać informację na jego temat?

Do badania mogą się zgłaszać pacjenci z całej Polski z rozpoznanym nieoperacyjnym rakiem trzustki bez zmian prze-

Obecnie badanie „Wpływ nieodwracalnej elektroporacji wapniowej, elektrochemioterapii oraz elektroporacji (IRE-CaCl₂, ECT oraz IRE) na jakość życia oraz przeżycie wolne od progresji u chorych na raka trzustki” jest finansowane w ramach konkursu Agencji Badań Medycznych. Jaką przyniesie korzyść pacjentom i naukowcom?

Badanie zamierzamy prowadzić przez pięć lat. Zoperujemy tą metodą 70 chorych. Badania prowadzone będą w II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej we współpracy z Katedrą i Zakładem Biochemii Medycznej, Katedrą Radiologii oraz Oddziałem Chemioterapii Szpitala Uniwersyteckiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Operacja tą metodą, dodatkowo z podaniem jonów wapnia i bleomycyny po zakończeniu leczenia chemioterapeutycznego, będzie jedyną możliwością dalszego leczenia chorych z wyraźnym przedłużeniem życia pacjentów z nieoperacyjnym rakiem trzustki. Zamierzamy to w naszym badaniu udowodnić. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



prof. dr hab. Wojciech Kielan

– kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich

Leczymy powikłania, a nie przyczynę

Rozmowa z PROF.
PAWŁEM BOGDAŃSKIM,
prezesem Polskiego
Towarzystwa Leczenia
Otyłości

Otyłość wciąż jest postrzegana jako problem estetyczny, kwestia zbędnych kilogramów. Zaledwie 15 proc. Polaków uważa otyłość za chorobę. Dlaczego nie powinniśmy mieć wątpliwości, że to choroba, którą trzeba leczyć, nie czekając na powikłania?

Otyłość to przewlekła choroba bez tendencji do samoistnego ustępowania, za to z tendencjami do nawrotów. Ma złożoną patogenezę oraz poważne konsekwencje społeczne, medyczne i ekonomiczne. Zagroza zdrowiu i życiu rosnącej liczby osób na całym świecie. Nie znam żadnej innej przewlekłej choroby o tak dużej liczbie potencjalnych powikłań i zaburzeń. Często są one traktowane jako niezależne jednostki

chorobowe, a tymczasem to powikłania otyłości. Otyłość powoduje dziewięćdziesięciokrotny wzrost ryzyka cukrzycy typu 2 w przypadku kobiet o BMI powyżej 35. Ponad połowa wszystkich przypadków nadciśnienia tętniczego jest związana z otyłością. Otyłość zwiększa ryzyko rozwoju miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji: choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, miażdżycy kończyn dolnych, arytmii, migotania przedsionków; jest niezależnym czynnikiem ryzyka nagłego zgonu sercowo-naczyniowego, zwiększa ryzyko rozwoju niewydolności serca, wielu chorób nowotworowych, choroby zwyrodnieniowej. Brytyjczycy szacują, że przyczyną wykonywania 70 proc. zabiegów

endoprotezy stawu kolanowego u kobiet jest otyłość. Jest ona też czynnikiem ryzyka zaburzeń gospodarki lipidowej, przewlekłej choroby naczyń żylnych, zakrzepicy, rozwoju bezdechu sennego, niepłodności. Jest również przyczyną wielu poważnych schorzeń i dramatów pacjentów.

Jak wiele osób w Polsce choruje dziś na otyłość?

Dane NFZ z 2016 roku mówią, że 68 proc. dorosłych mężczyzn i 53 proc. kobiet ma nadwagę, a ok. 25 proc. mężczyzn i kobiet choruje na otyłość. Pandemia COVID-19 jeszcze pogorszyła tę sytuację. Ogromna liczba osób przeszła z prawidłowej masy ciała do nadwagi i z nadwagi do otyłości.

Najbardziej ucierpieli ci, którzy już przed pandemią mieli nadwagę bądź chorowali na otyłość. Niezwykle martwi tempo przyrostu nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Mamy już piąte miejsce na świecie pod względem liczby dzieci z nadmierną masą ciała. Jesteśmy liderami w Europie, jeśli chodzi o wzrost liczby dzieci z otyłością. Szacuje się, że każdego roku będzie przybywać 400 tys. dzieci z nadwagą. Jeśli u dziecka czy nastolatka nie poradzi sobie z problemem otyłości, to ryzyko wystąpienia tej poważnej choroby w życiu dorosłym wzrasta osiemnastokrotnie.

Nawet co czwarta osoba w Polsce powinna mieć diagnozę „otyłość”. Jednocześnie jest to choroba bardzo rzadko rozpoznawana, mimo że tak łatwo ją rozpoznać...

Dokładnie tak. Otyłość to najbardziej nieuświadomiona choroba, a przecież można powiedzieć, że często widać ją w momencie, gdy pacjent przekracza próg gabinetu. Ten problem istnieje jednak nie tylko w Polsce. Dane ze Stanów Zjednoczonych pokazują, że od momentu przyjścia pacjenta do lekarza z powodu innych chorób do momentu, w którym diagnozuje się u niego otyłość, mija pięć lat. Powtórzę: pięć lat!

Choroba otyłościowa w liczbach

- > **68 proc. dorosłych mężczyzn i 53 proc. kobiet** ma nadwagę, a ok. 25 proc. mężczyzn i kobiet choruje na otyłość.
- > **Polska zajmuje piąte miejsce** na świecie pod względem liczby dzieci z nadmierną masą ciała, a pierwsze miejsce w Europie, jeśli chodzi o wzrost liczby dzieci z otyłością.
- > **Leczenie farmakologiczne należy rozważyć** u wszystkich, którzy chorują na otyłość (czyli mają BMI powyżej 30) lub nadwagę (BMI powyżej 27) i co najmniej jedno klasyczne powikłanie otyłości, a postępowanie niefarmakologiczne okazało się nieskuteczne.

ła, a także wykluczyć powikłania choroby otyłościowej, a jeśli takie są, to je leczyć. Lekarz powinien też opracować strategię dalszego postępowania.

Jesteśmy w przeddzień zbudowania jasnego, klarownego systemu, otwartego dla pacjentów. Potrzebujemy rozwiązań systemowych. Naszym zdaniem powinny być stworzone kompleksowe ośrodki leczące chorych na chorobę otyłościową. Obecnie pacjenci działają trochę na oślep: sami szukają dla siebie pomocy, często jeżdżą na wczasy odchudzające, stosują restrykcyjne diety, niestety, mało skuteczne. Coraz częściej mamy wręcz do czynienia z otyłością indukowaną głodówkami, dietami, w wyniku czego dochodzi do spadku podstawowej

kompleksową terapię pacjentów chorujących na otyłość. W takim ośrodku pacjent powinien mieć wsparcie całego zespołu terapeutycznego złożonego z lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty i psychologa. Lekarz, który zajmuje się leczeniem powikłań otyłości, powinien mieć także kontakt z chirurgiem bariatrycznym, a także z lekarzami zajmującymi się leczeniem powikłań choroby otyłościowej.

Już w kwietniu chcemy przedstawić pierwsze kompleksowe zalecenia i standardy leczenia otyłości. W oparciu o te standardy chcemy zaproponować system, który będzie dostępny dla pacjentów. Oczywiście, niezbędne są odpowiednie decyzje NFZ, który powinien być zainteresowany tym, żeby zaoszczędzić pieniądze, inwestując w takie działania. Można w ten sposób skutecznie zapobiec rozwojowi ponad 200 zaburzeń i powikłań. Alternatywą są wydłużające się kolejki do specjalistów, gdyż pacjenci będą mieli kolejne powikłania, które muszą być leczone. Musimy budować system, w którym lekarz dzięki podniesieniu edukacji czy zmianom systemowym będzie miał obowiązek, bez względu na specjalizację, rozpoznać tę chorobę. Widzę karty informacyjne ze szpitali, na których wypisane są wszystkie powikłania otyłości: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenie lipidowe, choroba zwyrodnieniowa, ale podstawowej diagnozy, czyli stwierdzenia, że pacjent choruje na otyłość, nie ma.

Najlepsze pakiety onkologiczne nie wystarczą, by poradzić sobie z ogromną falą chorób nowotworowych zależnych od otyłości

Jaki lekarz powinien zajmować się diagnozowaniem i leczeniem otyłości?

Każdy lekarz może rozpoznać otyłość i skierować pacjenta do odpowiedniego miejsca, gdzie pacjent może się leczyć. To duże wyzwanie, aby stworzyć mapę, która pokaże miejsca w każdym województwie, gdzie znajdują się osoby mające wiedzę i doświadczenie w leczeniu tej poważnej choroby. Zwykle pacjent idzie do lekarza rodzinnego, wiele osób trafia też do diabetologów albo do endokrynologów, gdyż często uważa się, że przyczyną otyłości mogą być np. zaburzenia endokrynologiczne. Na początku lekarz musi wykluczyć przyczyny medyczne, które mogą prowadzić do nadmiernego przyrostu masy ciała,

przemiany materii. Często ci pacjenci są potem oporni na jakiekolwiek leczenie.

Jakie są najważniejsze rozwiązania systemowe, które powinny być przyjęte, żeby pacjent nie był sam ze swoim problemem?

Pacjenci powinni mieć informację, dokąd mogą pójść, gdzie uzyskać kompleksową diagnostykę i leczenie. To wymóg naszych czasów: potrzebne jest wypracowanie i stworzenie całej sieci poradni/ośrodków dla pacjentów chorujących na otyłość. Jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości zaproponowaliśmy kryteria, które powinny zadecydować o tym, że dany ośrodek może być uznany za taki, który może prowadzić

Leczenie choroby otyłościowej jest ważne dla pacjenta, ale też opłacalne dla systemu ochrony zdrowia?

Amerykanie policzyli: jeden dolar zainwestowany w profilaktykę i leczenie otyłości zwraca się sześcioma dolarami. To sygnał dla organizatorów opieki zdrowotnej. Gdybyśmy stworzyli system leczenia otyłości, to

Nie znam żadnej innej przewlekłej choroby o tak dużej liczbie potencjalnych powikłań i zaburzeń. Często są one traktowane jako niezależne jednostki chorobowe, a tymczasem to powikłania otyłości

jesteśmy w stanie w dużej mierze ograniczyć pandemię cukrzycy typu 2. Leczymy powikłania choroby otyłościowej, powikłania powikłań, tymczasem nie leczymy przyczyny. Najlepsze pakiety onkologiczne nie wystarczą, by poradzić sobie z ogromną falą chorób nowotworowych zależnych od otyłości.

Wiele osób uważa, że w przypadku otyłości wystarczy po prostu mniej jeść, a więcej się ruszać. Na ile skuteczne jest leczenie farmakologiczne otyłości?

Mamy do czynienia z prawdziwymi ludzkimi dramatami spowodowanymi brakiem wiedzy, że istnieje inne leczenie niż dieta. Sposób odżywiania i aktywność fizyczna są ważne jednak, jeśli nie pomagają, to nie możemy pacjenta zostawiać czy obwiniać, że to jego wina i mówić, żeby „wziął się w garść”. Gdy mamy pacjenta z nadciśnieniem tętniczym, to na pierwszej wizycie zalecamy mu dietę, aktywność fizyczną, redukcję masy ciała, unikanie soli. U większości pacjentów takie leczenie jednak nie pomaga i już podczas drugiej, trzeciej wizyty włączamy leczenie farmakologiczne. W przypadku pacjenta z cukrzycą już w momencie rozpoznania choroby włączamy leczenie farmakologiczne, gdyż obawiamy się powikłań. Tymczasem, gdy mamy pacjenta, który waży 110 kg, mówimy o leczeniu dietą, choć wiemy, że choroba otyłościowa może generować 200 powikłań.

Niewdrożenie farmakoterapii w niektórych sytuacjach można wręcz potraktować jako zaniedbanie, które może doprowadzić do poważnych konsekwencji.

Jakie leki są dziś dostępne w terapii choroby otyłościowej?

Farmakoterapia jest jednym z elementów kompleksowego leczenia otyłości. W Europie mamy obecnie trzy dostępne leki zarejestrowane w leczeniu otyłości, czwarty zapewne będzie dostępny jeszcze w tym roku. Wszystkie przeszły bardzo do-

kładne badania w zakresie bezpieczeństwa i skuteczności. Leczenie trzeba indywidualnie dobrać do pacjenta, nie rezygnując z postępowania niefarmakologicznego, czyli odpowiedniego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej. Leczenie farmakologiczne rozważamy u wszystkich, którzy chorują na otyłość (czyli mają BMI powyżej 30) lub nadwagę (BMI powyżej 27) i co najmniej jedno klasyczne powikłanie otyłości, a przy tym postępowanie niefarmakologiczne okazało się nieskuteczne. Leki działają w różnych mechanizmach: jeden z nich powoduje zmniejszone wchłanianie tłuszczów, dwa inne działają tak, że pacjent mniej odczuwa głód, szybciej czuje się najedzony. Oddziałują też na ośrodek nagrody w mózgu, co sprawia, że za pacjentem „nie chodzą” ciągle myśli w stylu: „Coś bym zjadł”. Decyzje dotyczące wyboru konkretnego leku każdorazowo powinny być podejmowane indywidualnie przez lekarza, zgodnie z *Evidence Based Medicine* i jego dobrą praktyką kliniczną.

Jakie efekty może dać farmakoterapia?

Od leczenia farmakologicznego oczekujemy spełnienia kilku celów. Po pierwsze: redukcji masy ciała (w badaniach minimalny cel to „więcej niż 5 proc. powyżej placebo”, jednak potencjał najnowszych leków jest dużo większy). Ważne jest też zmniejszenie ilości tkanki tłuszczowej, zwłaszcza tkanki tłuszczowej trzewnej, która jest najgroźniejsza. Drugim celem nowoczesnej farmakoterapii jest utrzymanie zredukowanej masy

ciała. Istnieją dowody na to, że dzięki stosowaniu niektórych leków jesteśmy w stanie utrzymać zredukowaną masę ciała, nie dochodzi do efektu jo-jo, który tak naprawdę jest nawrotem choroby.

Trzeci cel farmakoterapii to ochrona przed rozwojem powikłań: cukrzycy typu 2, stanu przedcukrzycowego, nadciśnienia tętniczego, niealkoholowej tłuszczeniowej choroby wątroby. W tym zakresie mamy już na przykład wyniki badań, że stosowanie liraglutidu 3 mg zmniejsza ryzyko cukrzycy typu 2 o 80 proc. w ciągu trzech lat, a 70 proc. pacjentów ze stanem przedcukrzycowym mogliśmy w ciągu roku wyleczyć ze stanu przedcukrzycowego. To niebywałe dane.

Czwarty cel farmakoterapii to korzystny wpływ na te choroby, które już współistnieją z otyłością. Idealna sytuacja byłaby, gdyby pacjent, który ma otyłość i cukrzycę, mógł dostać lek skuteczny w obydwu chorobach. I tu znów liraglutyd ma rejestrację zarówno w cukrzycy, jak w otyłości. Podobnie mamy wyniki badań potwierdzające protekcyjne działanie tego leku na serce i na naczynia krwionośne w przypadku choroby niedokrwiennej serca, niealkoholowej choroby tłuszczeniowej wątroby, zespołu policystycznych jajników czy zespołu bezdechu sennego.

Dysponujemy nowoczesną farmakoterapią, ale też chirurgią bariatryczną, jeśli leki niewystarczająco pomagają. Wtedy możemy je potraktować jako przygotowanie do zabiegu bariatrycznego, by poprawić jego skuteczność i bezpieczeństwo. Leki możemy stosować zarówno przed zabiegiem bariatrycznym, jak i po nim. Powinniśmy indywidualnie dostosować do pacjenta takie metody, które pozwolą na osiągnięcie celów w bezpieczny i długotrwały sposób. Postęp leczenia widać na naszych oczach, musimy z tego korzystać. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański

– specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i hipertensjologii, kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych i Dietetyki Klinicznej UM w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Ominąć trójkąt bermudzki

Rozmowa z **PROF. DOROTĄ ZOZULIŃSKĄ-ZIÓŁKIEWICZ**,
prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Pacjenci z cukrzycą, zwłaszcza źle wyrównaną, byli narażeni na ciężki przebieg COVID-19. Dlaczego ta infekcja była dla nich tak groźna?

Zarówno z badań naukowych – a publikacji na ten temat było bardzo dużo – jak i z naszych doświadczeń, wyraźnie wynika, że pacjenci mający źle wyrównaną metabolicznie cukrzycę byli narażeni na większe ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19. Utrzymujące się wysokie wartości glikemii działają niekorzystnie na układ odpornościowy. Wszystko zaczyna się już od pierwszej linii obrony komórkowej: można powiedzieć, że sparaliżowani są „strażnicy”, którymi są granulocyty obojętnochłonne. Przy wysokich wartościach glikemii gorzej odpowiadają one na bodźce toksyczne. W trakcie infekcji wirusowej – a taką jest infekcja SARS-CoV-2 – uruchamia się obrona związana z limfocytami i makrofagami. Hiperglikemia powoduje jednak nadreaktywność makrofagów, które produkują zwiększoną ilość cytokin, które zamiast neutralizować reakcję zapalną, mogą powodować jej podsyćanie. Prawdopodobnie w takim mechanizmie dochodzi do cięższego przebiegu COVID-19.

Na ciężki przebieg COVID-19 miały też wpływ powikłania sercowo-naczyniowe?

Cięższy przebieg COVID-19 jest związany przede wszystkim ze źle przez lata wyrównaną cukrzycą, co powoduje przewlekłe powikłania, takie jak retinopatia cukrzycowa, cukrzycowa choroba nerek,

Rekomendacje ekspertów:

Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków powstał raport „Ocena dostępu do nowoczesnej farmakoterapii cukrzycy typu 2 w świetle rekomendacji klinicznych po blisko 2 latach refundacji”. Eksperti zalecają modyfikację warunków refundacji dla pacjentów z cukrzycą typu 2 z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym:

- > **rezygnacja z kryterium HbA1c** lub obniżenie wymaganej wartości do 7 proc.,
- > **objęcie refundacją** zarówno chorych leczonych jednym lekiem hipoglikemizującym, jak i chorych uprzednio stosujących insulinę,
- > **zmniejszenie wartości BMI** jako kryterium refundacji agonistów receptora GLP-1.

neuropatia cukrzycowa oraz bardziej złośliwy przebieg miażdżycy, która leży u podłoża chorób sercowo-naczyniowych, a także niewydolności serca. U takich pacjentów każda infekcja, nie tylko COVID-19, ma cięższy przebieg.

Czy zastosowanie nowoczesnych leków, takich jak flozyny i analogi GLP-1, może pomóc w wyrównaniu cukrzycy i nie tylko zredukować powikłania tej choroby, ale też ustrzec pacjenta przed ciężkim przebiegiem COVID-19?

Tak, poświadczają to wyniki badań klinicznych. Pierwsze badanie kliniczne (z empagliflozyną) zaskoczyło wszystkich. Brali w nim udział pacjenci z powikłaniami sercowo-naczyniowymi: okazało się, że podawanie tego leku powoduje istotną redukcję zgonów. Później pojawiły się kolejne badania z innymi flozynami,

a także z analogami GLP-1. Obecnie są już dowody na to, że stosowanie dapagliflozyny, empagliflozyny, kanagliflozyny oraz analogów GLP-1 (liraglutyd, semaglutyd, dulaglutyd) poprawia rokowanie pacjentów, zmniejsza ryzyko powikłań, wydłuża życie.

W Polsce flozyny są refundowane tylko dla pacjentów z poważnymi powikłaniami cukrzycy, bardzo źle wyrównanymi metabolicznie. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wraz z konsultantem krajowym w dziedzinie diabetologii i Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków występuje o rozszerzenie refundacji także na inne grupy pacjentów. Dlaczego to jest tak ważne?

Mamy świadomość, że te leki mogą wydłużyć chorym życie. Cieszymy się, że są refundowane, jednak kryteria refundacyjne bardzo zawężają grupę osób, które mogą korzystać z tych leków. Mamy świadomość, że korzyści byłyby jeszcze większe, gdyby te leki mogły być stosowane na wcześniejszych etapach choroby. W kryteriach refundacyjnych określono, że pacjent musi być przez pół roku nieskutecznie leczony dwoma lekami doustnymi, to znaczy mieć wartość hemoglobiny glikowanej powyżej 8 proc.,

Mamy świadomość, że flozyny mogą wydłużyć życie chorym z cukrzycą. Cieszymy się, że są refundowane, jednak kryteria refundacyjne bardzo zawężają grupę osób, które mogą korzystać z tych leków



żeby spełnić kryteria refundacyjne flozyn. A wiemy, że taka wartość hemoglobiny glikowanej pokazuje stan dużego niewyównania glikemicznego, sprzyjającego rozwojowi powikłań, jak również gorszemu przebiegowi wszystkich zakażeń, w tym COVID-19. Przewlekłe powikłania cukrzycy rozwijają się, jeśli wartość hemoglobiny glikowanej przekracza 7 proc. Bardzo zależy nam na tym, żeby zmienić kryteria refundacyjne, gdyż im wcześniej

te leki zostaną zastosowane, tym większe będą korzyści dla pacjentów.

Często mówimy o powikłaniach sercowo-naczyniowych cukrzycy, stosunkowo mniej się mówi o powikłaniach nerkowych. Dlaczego są one tak niebezpieczne?

Przewlekła niewydolność nerek jest ogromnym problemem. Pacjent z przewlekłą niewydolnością nerek przez długi

czas może nie być świadomy, że cierpi na to schorzenie. W przypadku chorób sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca, udar mózgu, niewydolność serca, pojawiają się objawy. W przypadku przewlekłej choroby nerek i niewydolności nerek pacjent długo nie ma żadnych objawów i nie dowie się o chorobie, jeśli nie wykona badań. Bardzo często, gdy badanie jest wykonywane, okazuje się, że pacjent ma już ciężką niewydolność nerek. Pojawiająca się w przewlekłej chorobie nerek albuminuria już jest niezależnym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a niewydolność nerek jest kolejnym, niezależnym czynnikiem zwiększonego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i zgonów. Cukrzyca typu 2,

**Flozyny to wyjątkowe leki,
które wykazują korzystne działanie zarówno
na serce, jak i na nerki**

choroby sercowo-naczyniowe i przewlekła choroba nerek: można powiedzieć, że to jest swoisty trójkąt bermudzki, w który wpada pacjent.

Flozyny to wyjątkowe leki, które wykazują korzystne działanie zarówno na serce, jak i na nerki. Jeśli pacjent ma cukrzycę i chorobę sercowo-naczyniową lub niewydolność nerek, to już od początku leczenia cukrzycy typu 2 powinniśmy stosować metforminę i jeden z leków z tych dwóch grup: flozyny lub analogi GLP-1. Jeśli pacjent ma niewydolność serca lub przewlekłą chorobę nerek, to priorytetem jest skojarzenie metforminy z flozyną. Jeśli ma chorobę sercowo-naczyniową o podłożu miażdżycowym, to preferujemy analogi GLP-1, zwłaszcza u bardzo otyłych pacjentów. Warto pamiętać, że przeciwwskazaniem do stosowania metforminy jest niewydolność nerek, a zarówno flozyny, jak i analogi GLP-1 można stosować przy znacznie niższych wartościach przesączania kłębuszkowego, które są już przeciwwskazaniem do metforminy. Leki te zmniejszają ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, progresji przewlekłej choroby nerek. Zwiększają szansę na dłuższe życie.

Czy efekty stosowania flozyn widzi Pani Profesor nie tylko w wynikach badań klinicznych, ale też w praktyce klinicznej?

W badaniach klinicznych widać było „twarde” punkty: zmniejszenie liczby zdarzeń sercowo-naczyniowych, liczby hospitalizacji i zgonów. Z praktyki klinicznej mogę powiedzieć, że zalecamy te leki również pacjentom poza kryteriami refundacyjnymi, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, jeśli pacjenta stać na ich wykupienie. Nie ulega wątpliwości, że są to leki, które w wielu sytuacjach pozwalają upraszczać terapię. Są pacjenci, u których w wielu przypadkach możemy znacznie zredukować, a nawet odstawić insulinę. Jeśli natomiast chodzi o równowagę glikemiczną, poprawę elementów metabolicznych, wyrównanie ciśnienia krwi, to mogę jednoznacznie powiedzieć, że po dołączeniu flozyn widać wyraźną poprawę. Pacjenci rzadziej trafiają do szpitala.

Czy poza poprawą stanu klinicznego chorego stosowanie nowych leków



prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WYKORZYSTAJMY OPŁATĘ CUKROWĄ

W 2021 roku pojawiły się pierwsze wpływy z tzw. opłaty cukrowej, nałożonej na słodzone napoje. Wyniosły one około 1,4 mld zł. Jest wiele potrzeb, na które warto te pieniądze przeznaczyć. Należy jednak pamiętać, że wprowadzenie opłaty cukrowej, zwanej też podatkiem cukrowym, to była klasyczna umowa społeczna: został nałożony podatek, społeczeństwo to zaakceptowało m.in. dlatego, że miał on być przeznaczony na zapobieganie i leczenie chorób, które są wywołane przez nadmierną konsumpcję m.in. cukru, czyli na zapobieganie i leczenie otyłości oraz cukrzycy. Potrzeb jest wiele, to zarówno profilaktyka otyłości, jak i cukrzycy, jednak na pewno część środków warto przeznaczyć również na rozszerzenie refundacji nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych czy systemów do monitorowania glikemii, na nowe technologie lekowe w leczeniu cukrzycy i otyłości. Złamanie tej umowy społecznej mogłoby spowodować utratę zaufania społecznego i na długo pogrzebać wszelkie koncepcje, by wprowadzać opłaty od niezdrowego jedzenia i przeznaczać je na leczenie chorób będących ich skutkiem.

„się opłaca”? Pacjent rzadziej będzie musiał przyjść do lekarza, być hospitalizowany?

Używamy ekonomicznych terminów w kontekście zdrowia, choć wiemy, że nie ma ceny, której nie warto zapłacić, żeby dłużej i zdrowiej żyć. Nie ulega jednak wątpliwości, że jeśli policzymy koszty dodatkowe, to są to leki, w które warto dziś zainwestować. Pacjent zyskuje zdrowie, a dalekosiężnie pojawiają się oszczędności budżetowe.

Dziś jesteśmy w wyjątkowo trudnej sytuacji związanej z napływającą falą uchodźców. Część z nich będzie musiała np. być hospitalizowana i dodatkowo

obciąży system ochrony zdrowia. W takiej sytuacji wyjątkowo warto zainwestować i wprowadzić leki, które ograniczą liczbę hospitalizacji?

Powiem wprost: biednego nie stać na bylejakosć w żadnym aspekcie. Trzeba na którymś etapie zainwestować. To bardzo trudna sytuacja, być może trudno nam dziś myśleć o inwestowaniu, jakim jest zastosowanie nowych leków, m.in. w cukrzycy typu 2. Dzięki temu możemy jednak uniknąć stosowania insuliny (co również jest kosztowne), wielu powikłań, hospitalizacji, wielu przedwczesnych zgonów. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz

– kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Dializy są do uniknięcia

Rozmowa z **PROF. DR. HAB. N. MED. RYSZARDEM GELLERTEM**,
nefrologiem, konsultantem krajowym w dziedzinie nefrologii

Co roku 80-100 tysięcy osób umiera w Polsce na choroby nerek. Umiera przedwcześnie. Około 24 tysięcy rocznie jest dializowanych. W opiece zdrowotnej wiele mówimy o chorobach serca i cukrzycy, a o chorobach nerek, które często współwystępują, nie. Dlaczego?

Możemy tylko apelować – ludzie, dowieďte się o swojej chorobie. Wystarczy badanie ogólne moczu, a przy okazji badania cholesterolu można zrobić badanie kreatyniny. To się wykrywa przy okazji, tylko trzeba to zrobić, trzeba o tym pamiętać. Należałoby wręcz zobowiązać lekarzy rodzinnych, diabetologów i kardiologów, żeby to badanie swoim pacjentom raz na jakiś czas zrobili. Raz w roku, raz na dwa lata – nie ma pośpiechu, bo ta choroba nie zabija od razu. Objawem zaawansowanej choroby nerek może być niedokrwistość, anemia. Wiele osób leczy się z powodu anemii, przyjmują żelazo, narzekają, że są słabi i zwalają to na niedokrwistość, nie wiedząc o tym, że przyczyną jest choroba nerek.

Na nerki choruje się długo, a sama choroba jest podstępna. Ludzie chodzą do lekarzy, ale oni nie rozpoznają choroby nerek...

Dlatego że nerki nie bolą. Boli torebka nerkowa przy stanie zapalnym, odmiedniczkowym zapaleniu nerek, bolą drogi moczowe, kiedy jest kamica moczowa i atak kolki. Wiemy, że jeśli są kamienie, to normalnie nie bolą. Dopiero kiedy kamień



uwięźnie w moczowodzie, to pojawia się ból i to nieprawdopodobny. Normalnie nerki nie bolą. Nikogo to więc nie niepokoi.

Przewlekła choroba nerek (PChN) jest zabójcza, zabiera pacjentowi wiele lat życia. O ile je skraca?

Każdy, kto ma przewlekłą chorobę nerek, ma skrócony oczekiwany czas przeżycia – niezależnie od wieku – o 30 proc. Dla kogoś, kto ma lat 40, jest to skrócenie dalszego oczekiwanego trwania życia o 12 lat. Zamiast umrzeć, mając lat 80, umrze w wieku 68 lat. Jeśli ktoś ma lat 60 lat, umrze, mając 74 lata, nie 80. Jeżeli pacjent ma 55-60 proc. utraty prawidłowej czynności nerek, to sytuacja zmienia się skokowo. Ludzie tracą 80 proc. oczekiwanego czasu życia. Jeżeli ktoś cierpi na zaawansowaną chorobę nerek, mając lat 40, to zamiast żyć na przykład jeszcze lat 40, będzie żył osiem lat! Nawet nie dożyje emerytury. Mając skuteczne leki, dodatkowo także takie o działaniu nefroprotekcyjnym, możemy spowodować, że ktoś, kto ma przed sobą jeszcze 20 lat życia, „zarobi” 10 lat! Jest

Przewlekła choroba nerek

- > **30 proc.** – o tyle, niezależnie od wieku, skraca się oczekiwany czas przeżycia u osoby z przewlekłą chorobą nerek.
- > **Co 3. pacjent z cukrzycą** ma przewlekłą niewydolność nerek.
- > **Co 3. pacjent z PChN** ma przewlekłą niewydolność serca
- > **95 proc. osób** z niewydolnością nerek umiera przedwcześnie. Niecałe 5 proc. dożywa dializoterapii.

o co walczyć. To jest wychowanie dzieci, wychowanie wnuków, pomoc rodzinie, lepsze funkcjonowanie społeczne. Nie ma inwalidyzacji w postaci powikłań chorób sercowo-naczyniowych będących następstwem przewlekłej choroby nerek, nie ma udarów, zawałów, zmniejsza się liczba no-

niewydolność nerek. Przewlekłą chorobę nerek ma mniej więcej połowa pacjentów z cukrzycą, a co trzeci pacjent z chorobą nerek ma cukrzycę. Te choroby są z sobą powiązane. Podobnie jest z niewydolnością serca. Połowa pacjentów z niewydolnością serca ma przewlekłą chorobę nerek, co trze-

Jaką rolę w terapii odgrywają flosyny?

To nieprawdopodobna grupa leków. Całkiem nowa, wymyślona do leczenia cukrzycy. One ją leczą, bo hamują wchłanianie cukru w nerkach, usuwają go z organizmu. Doprowadzają do diurezy osmotycznej. Oka-

Flosyny leczą cukrzycę i hamują jej powstawanie. U osób bez cukrzycy chronią serce. Chronią też nerki przed ciężką pracą związaną z wchłanianiem glukozy

ci pacjent z chorobą nerek ma przewlekłą niewydolność serca. Te trzy choroby bardzo z sobą współistnieją i jeszcze na dodatek najczęściej współistnieją z otyłością. Ten konglomerat jest zabójczy. Ale cóż, nie boli, więc nikt się nie bada. Brak świadomości to jest największy problem.

Myśląc o chorobie nerek, widzimy jedynie etap terapii nerkozastępczej. Dializoterapia to obciążenie dla systemu, ale także wyłączenie pacjenta z normalnego życia społecznego i zawodowego. Jak to wygląda z perspektywy Pana Profesora?

Zupełnie odwrotnie – dializoterapia to jest uratowanie komuś życia i utrzymanie go w życiu rodzinnym. Ci ludzie dawno już są wyłączeni z życia zawodowego przez swoją chorobę, osłabienie, niedokrwistość, nadciśnienie tętnicze, często stan po udarze. Najczęściej są na rencie z nie bardzo sobie wiadomych powodów. Tymczasem to jest tak naprawdę niewydolność nerek. Choroba postępuje powoli. Zaczyna się gdzieś w 30-40 roku życia. Do dializoterapii dożywa niecałe 5 proc. chorych. 95 proc. umiera przedwcześnie. To jest prawdziwa tragedia. Tych 95 proc. osób umiera bez rozpoznania. Co drugi pacjent, który dożywa do dializ, nie wie o swojej chorobie nerek. Przez 20 lat nikt mu nie stawia rozpoznania!

zało się, że flosyny nie tylko leczą cukrzycę, ale również hamują powstawanie tej choroby, w dużej mierze zapobiegają jej rozwojowi. Okazało się też, że u osób bez cukrzycy chronią serce. Chronią też nerki! To jest coś wspaniałego. Flosyny dodane do dotychczasowej terapii przynoszą rewelacyjne efekty. Mamy już kilka zarejestrowanych leków z tej grupy, jeden z nich ma już udowodnione działanie nerkoochronne, a drugi będzie miał niedługo. To bardzo ważne. Flosyny chronią bowiem nerki przed ciężką pracą związaną z wchłanianiem glukozy.

Są skuteczne leki, jest także dieta z ketoanalogami aminokwasów. Naprawdę mogliśmy wiele zdziałać, by chronić nerki, wydłużyć życie pacjentów i odroczyć leczenie dializami. Ludzie boją się dializ, boją się przeszczepu nerki, ale to naprawdę jest do uniknięcia, trzeba tylko wcześniej wiedzieć o swojej chorobie i odpowiednio wcześniej podać nowoczesne leki. Niewydolność nerek bardziej sprzyja zawałowi serca niż cukrzyca, hipercholesterolemia czy nawet palenie papierosów. Oprócz morfologii, badania ogólnego moczu, cholesterolu czy cukru trzeba też oznaczać kreatyninę. Niewiedza zabija. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ANNA KOPRAS-FIJOŁEK**

wotworów, które też wielokrotnie częściej występują w tej grupie pacjentów.

Z czego może wynikać ta nadal za niska świadomość?

Po pierwsze, o chorobach nerek się nie rozmawia. Skoro nerki nie bolą, o czym tu rozmawiać? Po drugie, lekarze powinni aktywnie poszukiwać tej choroby. Proszę zwrócić uwagę na jeszcze jedną ważną kwestię – mamy program Profilaktyka 40+, a tylko 1 proc. uprawnionych chce się włączyć w badanie swojego stanu zdrowia. Bagatelizujemy nasze zdrowie, bo mówimy: „Jakoś to będzie. Lepiej nie badajmy, bo nie daj Boże, coś wykryjemy”. Jest cała masa strachu, ale ten strach przekłada się na skrócenie życia, zawały, udary, infekcje, nowotwory. Co trzeci pacjent z cukrzycą ma



prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert

– kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego,
konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii

Jest strategia, potrzebne pieniądze

Rozmowa z **PROF. TOMASZEM
HRYNIEWIECKIM**, konsultantem krajowym
w dziedzinie kardiologii

Żyjemy w trudnych czasach, mieliśmy COVID-19, teraz wojna w Ukrainie. Czy jest jakieś światło w tunelu, jeśli chodzi o kardiologię jako naukę i jej rozwój, a także opiekę nad pacjentem?

Jeśli chodzi o naukę, to kardiologia się rozwija, a nasza opieka kardiologiczna jest na bardzo wysokim poziomie światowym. Tutaj nie mamy się czego wstydzić, od wielu lat dysponujemy najlepszymi technikami leczenia, stosowanymi w najbogatszych krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych. Ale chodzi oczywiście o to, aby były one łatwiej dostępne i szybciej można było znaleźć w systemie najbardziej potrzebujących naszej pomocy pacjentów, a także skierować ich do odpowiednich ośrodków specjalistycznych.

Czy epidemia COVID-19 czegoś nas nauczyła w zakresie organizacji służby zdrowia?

Pandemia uświadomiła wszystkim, że bez zmian organizacyjnych nie da się zapewnić właściwej opieki kardiologicznej nad pacjentami. Zawsze były u nas kolejki, ale teraz problemy związane z dostępem do opieki kardiologicznej

spowodowane przez epidemię COVID-19 jeszcze się nasiliły. Niestety, nie mamy na razie szansy na uporanie się z tym problemem. Ale w przyszłości będzie to możliwe dzięki temu, że nie straciliśmy czasu podczas epidemii, przygotowując zmiany organizacyjne. Mam na myśli Narodowy Instytut Kardiologii, który przygotowywał w tym czasie propozycję Krajowej Sieci Kardiologicznej, będącej rodzajem tzw. opieki koordynowanej. Chodzi o to, że pacjent musi wiedzieć, dokąd się udać w każdym momencie swojego leczenia, nie może być pozostawiony sam, ta droga nie powinna się w pewnym momencie urywać, jak to było do tej pory. Wielu chorych rezygnowało z leczenia, gdy nie mogli sami dotrzeć do odpowiednich placówek i specjalistów, zwłaszcza gdy poczuли się lepiej. A w ten sposób łatwo zaprzepaścić dobre do tej pory efekty leczenia. Dotyczy to choćby pacjentów po zawałach, których podczas ostrego zawału się ratuje szybko i nowocześnie, ale potem opieka

Pandemia uświadomiła wszystkim, że bez zmian organizacyjnych nie da się zapewnić właściwej opieki kardiologicznej nad pacjentami. Problemy związane z dostępem do opieki kardiologicznej się teraz nasiliły



nad nimi jest marna. A przecież jest to bardzo ważne, bo zawał może się powtórzyć. Zmianie sytuacji ma służyć właśnie Krajowa Sieć Kardiologiczna. Przy jej opracowywaniu inspiracją były zmiany w systemie ochrony zdrowia, które przeprowadzono w onkologii, choć szczegółowe rozwiązania wynikające z odmiennej specyfiki tej grupy chorób są inne. A przecież choroby układu krążenia są wciąż na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o przyczyny zgonów. To się zmieniło w krajach od nas bogatszych, które poradziły sobie z tym problemem. My postanowiliśmy iść tą drogą.

A w czym może pomóc państwo konsultantowi krajowemu w dziedzinie kardiologii?

Państwo może pomóc, wprowadzając jak najszybciej te rozwiązania; nie mówię, że są idealne, ale są konieczne. Zresztą robimy najpierw pilotaż, aby je przetestować, a potem na bieżąco będziemy je modyfikować. Trzeba to jak najszybciej wprowadzić w całą Polskę, bo nie mamy czasu. Ale jeszcze ważniejsze jest strategiczne podejście do problemów chorób układu krążenia. Chodzi o Narodowy Program Chorób Układu Krążenia, który jest zaplanowany na dziesięć lat, tak jak w wielu krajach na świecie, bo chodzi o wieloletnie spojrzenie na te sprawy, a nie tylko o doraźne ratowanie sytuacji. Pewnie, że to jest też potrzebne, zwłaszcza w okresie postpandemicznym, ale równie niezbędne jest szersze spojrzenie i plany na wiele lat, uwzględniające zwłaszcza zmundne działania. Mam na myśli profilaktykę, prewencję, poprawę stylu życia. Wymaga to cierpliwości, ale jest konieczne, aby były efekty. Tymczasem pacjenci wolą łykać tabletki, niż np. zmienić dietę, rzucić papierosy czy się ruszać. Ale my, lekarze, musimy ich do tego przekonywać. Jest to też zawarte w planie, który przygotowaliśmy, myślę o Narodowym Planie Chorób Krążenia. Co może zrobić państwo? Mam nadzieję, że ten program zostanie przyjęty do realizacji. Trwa proces legislacyjny, gotowy projekt został już przekazany z Ministerstwa Zdrowia do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. I mam nadzieję, że zostanie odpowiednio wyposażony finansowo, jego reali-

ZDJĘCIA: SHUTTERSTOCK

Coraz więcej pracy dla kardiologów

- > **Co roku** z powodu chorób układu krążenia umiera w Polsce 200 tys. osób.
- > **W ciągu najbliższych lat** prognozowany jest wzrost liczby nowych pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi. Szacuje się, że w 2025 roku będzie 426 tys. pacjentów chorujących na co najmniej jedną z dolegliwości kardiologicznych, co oznacza wzrost o 13 proc.
- > **W 2020 roku** w czasie pandemii COVID-19 nastąpiło pogorszenie w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Około 1/3 badanych zwiększyła masę ciała, a 34 proc. zmniejszyło w tym okresie swoją aktywność fizyczną.

zacja przez dziesięć lat może kosztować prawie trzy miliardy złotych.

Pan profesor już o tym trochę mówił, ale zadam to pytanie: jak sami sobie możemy pomóc, by nie chorować na serce.

Chodzi właśnie o te działania profilaktyczne, o których ciągle przypominamy pacjentom. Niestety oni tylko słuchają, ale za rzadko je podejmują. Jest także problem z przestrzeganiem zaleceń lekarskich, chodzi o leki, których branie się przerywa, często wtedy, gdy komuś się wydaje, że jest już zdrowy, bo lepiej się czuje. Jeszcze gorzej bywa ze zmianą stylu życia w kierunku prozdrowotnym, co jest trudne, bo najczęściej musimy zrezygnować z czegoś smacznego do zjedzenia albo z dających chwilową przyjemność nałogów. A przecież samo branie leków nie pomaga, jeśli nie idzie za tym zmiana stylu życia. Zachęcam więc do zmiany stylu życia, o czym warto pamiętać już dziś, a nie dopiero wtedy, gdy człowiek znajdzie się w szpitalu, czyli do rzucenia palenia, ruszania się chociaż pół godziny dziennie i rezygnacji np. z samochodu i windy. Są pacjenci, którzy nadmiernie wierzą reklamom, biorą suplementy zamiast lekarstw i uspokajają się w ten sposób, że coś dla siebie robią. To błąd, nie zastąpią one leków, są tak naprawdę bez wartości. Aby nie chorować na serce, trzeba ograniczyć w diecie tłuszcze zwierzęce, a zwiększać ilość spożywanych warzyw, najlepiej stosować dietę śródziemnomorską.

W jakim kierunku pójdzie kardiologia po epidemii COVID-19? Czy widzi pan jakiś skręt nauki po tej pandemii, rozwój w określonym kierunku?

Raczej nie, jeśli chodzi o moją dziedzinę. Mamy jeszcze więcej pracy przed sobą z powodu wydłużenia kolejek pacjentów, ale też wyraźnego zmniejszenia aktywności fizycznej i pogorszenia nawyków żywieniowych w czasie pandemii. Natomiast kardiologia bez względu na pandemię rozwija się w sposób ciągły i stabilny, pojawiają się coraz to nowsze techniki zabiegowe, dziś możemy leczyć wiele

wia pacjenta na odległość, a także urządzeń, które pacjent ma wszczepione, np. do elektroterapii.

A jak pan zamierza poradzić sobie z problemem uchodźców z Ukrainy, których trzeba otoczyć opieką. Ma pan jakiś plan?

To jest zadanie dla urzędników, ja mogę tylko im doradzać jako konsultant krajowy i lekarz specjalista. To oczywiście kolejna grupa pacjentów, która obciąża nasz system. A oni przecież też mają swoje kłopoty, ochronę zdrowia na niższym niż my poziomie. Ci pacjenci borykają się ponadto z chorobami typowymi dla tamtego społeczeństwa, chodzi zwłaszcza o choroby zakaźne, ale także dużym problemem są choroby naczyniowe. Myślę jednak, że z drugiej strony będziemy mogli liczyć na jakąś pomoc ze strony specjalistów z Ukrainy – lekarzy, przyjadą też do nas pielęgniarki, których brakuje w Polsce. To może być duże wsparcie dla naszego systemu ochrony zdrowia.

Samo branie leków nie pomaga, jeśli nie idzie za tym zmiana stylu życia. Warto to tym pamiętać dziś, a nie dopiero wtedy, gdy człowiek znajdzie się w szpitalu

chorób przezcewnikowo, tylko z nakłucia żyły lub tętnicy, lub zrobić dosłownie operacje przez dziurkę od klucza, a więc są to zabiegi mało inwazyjne. Może epidemii będziemy zawdzięczać jeszcze większy rozwój telemedycyny, która i tak ostatnio bardzo poszła do przodu, ale myślę, że będzie kolejne duże przyspieszenie w tej dziedzinie. Mamy już teleporady, choć nie są przecież dla każdego, ale jednak wybranym pacjentom służą. Dzięki telemedycynie jest na pewno możliwość monitorowania stanu zdro-

Zatem nie musi być tak źle?

Trzeba zawsze pozytywnie patrzeć. Wyzwań jest całe mnóstwo i ostatnie lata tylko dokładały problemów. Ale to jest tylko argument za tym, aby szybko poprawiać organizację w opiece kardiologicznej. I są do tego potrzebne dodatkowe pieniądze. Liczę na premiera, który dotychczas bardzo nas wspierał i w swoim exposé kardiologii to obiecał. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **BARBARA KOT**



**prof. dr hab. n. med.
Tomasz Hryniewiecki**

– konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, kierownik Kliniki Wad Nabytych Serca Narodowego Instytutu Kardiologii

Szczepienia dzieci z Ukrainy tak samo ważne jak szczepienia polskich dzieci

Rozmowa z **DR HAB. EWA AUGUSTYNOWICZ**
z Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowego Instytutu Badawczego

Jak wygląda obecnie realizacja kalendarza szczepień? Czy są opóźnienia po epidemii COVID-19? Jak wielu rodziców obecnie szczepi dzieci szczepionkami z obowiązkowego kalendarza?

Trudno na to pytanie jednoznacznie odpowiedzieć, ponieważ nie mamy elektronicznej bazy danych, jeśli chodzi o realizację programu szczepień ochronnych. W ocenie statusu zaszczepienia tak szczepionkami obowiązkowymi, jak i zalecanymi stosujemy dokumentację papierową prowadzoną przez Inspekcję Sanitarną. Ostatnie aktualne dane dotyczą 2020 roku. Podsumowania za 2021 rok spodziewamy się w najbliższym czasie. Funkcjonalność e-Karty szczepień i elektroniczny rejestr zrealizowanego szczepienia oraz elektroniczny rejestr niepożądanych odczynów poszczepiennych bardzo dobrze sprawdziły się w programie szczepień przeciw COVID-19, co umożliwiło śledzenie niemal na bieżąco stanu zaszczepienia. W przypadku szczepień dzieci i młodzieży funkcja elektronicznej dokumentacji szczepienia działa od marca bieżącego roku, jednak cały czas możliwe jest prowadzenie dokumentacji papierowej, a więc przed nami okres przejściowy. Ale najważniejsze, że widzimy zielone światło w kierunku pełnej elektronicznej dokumentacji odbytych szczepień, tak obowiązkowych, jak i zalecanych.

Od ponad 10 lat obserwowaliśmy niepokojący trend wzrostowy liczby osób uchylających się od szczepień obowiązkowych. Dane za lata 2019 i 2020 wskazują,

że ten trend nie jest tak dynamiczny, jednak niepokojące są dane dotyczące stanu zaszczepienia poszczególnymi szczepionkami. Takim papierkiem lakmusowym dla epidemiologów jest stan zaszczepienia przeciw odrze (szczepionką MMR przeciw odrze, śwince i różyczce). Dane są niepokojące: w 2020 roku stan zaszczepienia pierwszą dawką wynosił 92 proc., ale drugą dawką już tylko niespełna 86 proc. W przypadku odry to zdecydowanie za mało. Wirus odry cechuje się wysoką zakaźnością, stąd poziom odporności populacyjnej powinien być utrzymywany

tw. zalecanymi. Czy są plany rozszerzenia w najbliższym czasie kalendarza szczepień obowiązkowych?

Jeśli chodzi o rozszerzenie kalendarza szczepień w odniesieniu do powszechnych szczepień w całej populacji, to priorytetem pozostaje cały czas szczepienie przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV). Bezpłatne szczepienia przeciw HPV powinniśmy rozpocząć w ciągu najbliższych miesięcy. Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną w pierwszym etapie szczepieniami zostaną objęte nastoletnie dziewczynki, w kolejnych la-

Aktualnie dla naszego wspólnego bezpieczeństwa kluczowe są szczepienia polskich dzieci oraz dzieci z Ukrainy

powyżej 95 proc. W obliczu wyzwania związanego z napływem uchodźców z Ukrainy niezwykle ważne jest to, żeby szczepienia obowiązkowe MMR polskich dzieci były realizowane terminowo, a jeżeli nie podano wymaganych dwóch dawek szczepionki w 13-15 m.ż. i w 6. r.ż., żeby były jak najszybciej nadrabiane. Z kolei w przypadku dzieci z Ukrainy uzupełnienie szczepienia MMR, szczególnie u najmłodszych dzieci, powinno być absolutnym priorytetem.

Znaczna większość rodziców chce szczepić dzieci także szczepionkami

tach program będzie rozszerzony również o chłopców.

Część rodziców realizuje szczepienia obowiązkowe za pomocą szczepionek wysoko skojarzonych, które są w 100 proc. odpłatne. Czy są plany, by w ramach powszechnego kalendarza były dostępne dla rodziców bezpłatne szczepionki wysoko skojarzone?

Takie plany są, jednak wprowadzenie szczepionek wysoko skojarzonych do naszego kalendarza będzie wymagało jego większej przebudowy, np. zmiany schematu szczepień przeciw WZW ty-

pu B w odniesieniu do zasadności podawania pierwszej dawki tej szczepionki w pierwszych dniach życia. Wiele dotychczasowych priorytetów w reorganizacji kalendarza szczepień może zweryfikować sytuacja związana z napływem uchodźców z Ukrainy. Aktualnie dla naszego wspólnego bezpieczeństwa kluczowe są szczepienia polskich dzieci oraz dzieci z Ukrainy. Biorąc pod uwagę zgrupowania dużej liczby dzieci nieudpornionych w miejscach pobytu uchodźców, a następnie w środowiskach żłobków czy przedszkoli, realne staje się ryzyko wystąpienia zachorowań w ogniskach epidemicznych, np. odry lub krztuśca. Właśnie dlatego obecnie tak istotna jest terminowość realizacji szczepień i objęcie nimi dzieci z Ukrainy.

Będzie obowiązek zaszczepienia dziecka?

Każde dziecko – uchodźca z Ukrainy w ciągu pierwszych trzech miesięcy pobytu może mieć realizowany kalendarz szczepień w ramach szczepień dobrowolnych, po trzech miesiącach będzie objęte automatycznie szczepieniami obowiązkowymi. I tutaj na pewno kolejnym wyzwaniem będzie egzekwowanie takiego obowiązku w dotychczasowej formule. Musimy patrzeć realnie i opracować system, który ma szansę działać w praktyce. Być może będzie to system punktowania dziecka przy przyjęciu do żłobka czy przedszkola. Właśnie ograniczona akceptacja dla szczepień wśród osób z Ukrainy może być głównym elementem hamulcowym całego procesu realizacji kalendarza szczepień dzieci z Ukrainy. Poparcie dla szczepień wśród rodziców i opiekunów dzieci oraz młodzieży z Ukrainy jest zdecydowanie mniejsze niż w Polsce. Widać to również w obszarze szczepień przeciw COVID-19: do momentu wybuchu wojny w Ukrainie zaszczepionych było 35 proc. dorosłych. Mamy też świadomość, że w Ukrainie historycznie kalendarz szczepień był słabo realizowany, należy się liczyć z bardzo dużą liczbą nieudpornionych dzieci i młodzieży.

Oznacza to, że rodzice tym bardziej powinni sprawdzić, czy dziecko jest zaszczepione wszystkimi obowiązkowymi szczepieniami i w razie czego je zaszczepić?



Biorąc pod uwagę zgrupowania dużej liczby dzieci nieudpornionych w miejscach pobytu uchodźców, a następnie w środowiskach żłobków czy przedszkoli, realne staje się ryzyko wystąpienia zachorowań w ogniskach epidemicznych, np. odry lub krztuśca

Zdecydowanie tak, choć nie należy również wpadać w panikę. Jeśli chodzi o choroby, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, to pamiętamy dużą epidemię odry w Ukrainie w latach 2017-2019. Na szczęście została wygaszona, do czego przyczyniły się w znacznej mierze realizowane kampanie szczepień oraz edukacja. Nieudpornione mogą być małe dzieci, do 2-3 lat, które urodziły się już po epidemii. Dlatego jednym z priorytetów w

uzupełnianiu kalendarza szczepień dziecka z Ukrainy powinno być zaszczepienie najmłodszych dzieci szczepionką MMR przeciw odrze, śwince, różyczce. Równie ważne jest uzupełnienie zgodnie z wiekiem dziecka szczepienia przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi czy szczepienia przeciw WZW B.

Wracając do szczepień zalecanych z kalendarza szczepień: bardzo często



zalecana, o ile to tylko możliwe, biorąc pod uwagę, że to szczepienia odpłatne.

Dużo się mówi w ostatnim czasie również o szczepionkach dla dorosłych – nie tylko przeciw COVID-19 i grypie, ale też przeciw krztuścowi. Dla kogo to szczepienie jest szczególnie ważne?

Do czasów pandemii szczepienia dorosłych były w zasadzie białą plamą, obecnie świadomość korzyści ze szczepień u dorosłych jest na pewno większa.

Dobrym przykładem jest krztusiec, wysoce zakaźna choroba o ogromnej uciążliwości w swoim przebiegu u dorosłych, w przypadku której właśnie osoba dorosła jest źródłem zakażenia małych dzieci. W przypadku szczepień przeciw krztuścowi nie wystarcza szczepienia zrealizowane w dzieciństwie i młodości, żeby utrzymać właściwą odporność konieczne są dawki przypominające co 10 lat. Mamy do dyspozycji zalecaną (odpłatną) szczepionkę skojarzoną przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi. O tym szczepieniu powinniśmy pamiętać szczególnie osoby dorosłe czy starsze, które na co dzień kontaktują się z niemowlętami i małymi dziećmi. To szczepienie jest też zalecane dla kobiet w ciąży. Innym szczepieniem dorosłych, w tym szczególnie osób starszych oraz z grup ryzyka, osób z różnymi chorobami towarzyszącymi, o którym mówi się ostatnio częściej, jest szczepienie przeciw pneumokokom. Zapewnia ochronę przed pneumokokowym zapaleniem płuc.

mówi się o szczepieniach przeciw meningokokom. Czy rzeczywiście warto zaszczepić dziecko przeciw meningokokom, zwłaszcza grupy B?

Zdecydowanie tak. Liczba zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową nie jest co prawda wysoka, jednak przebieg choroby jest dramatyczny, dlatego warto wykorzystać zastosowanie wysoko skutecznej ochrony, jaką daje szczepienie, zwłaszcza przed zakażeniami wywołanymi przez serotypy typu B, ponieważ ciężkich zachorowań wywołanych tym serotypem jest u nas najwięcej. I co dodatkowo ważne: przypadki inwazyjnej choroby meningokokowej wywołanej serotypem B występują przede wszystkim w pierwszych miesiącach życia dziecka. Inwestycja w zdrowie dziecka poprzez szczepienia przeciw meningokokom, a w szczególności przeciw meningokokom typu B, jest silnie

szczepień. W obecnej sytuacji masowego napływu uchodźców jest to wręcz konieczne zarówno u dorosłych, młodzieży, jak i u małych dzieci. Szczepionki przeciw COVID-19 można podawać już od 5. roku życia. To jest cały czas priorytet. Osoba zaszczepiona dawkami podstawowymi powinna mieć podaną dawkę przypominającą. Odporność w ochronie przed objawami COVID-19 po kilku miesiącach wyraźnie spada; podanie dawki przypominającej silnie ją wzmacnia. To zalecane i jak najbardziej racjonalne postępowanie.

Nie powinno się poczekać do jesieni z podaniem dawki przypominającej?

Nie, szczególnie teraz, gdy mamy falę uchodźców, a wiemy, że na wschodzie fala zakażeń SARS-CoV-2 i choroby COVID-19 zawsze pojawiała się z małym opóźnieniem. W skupiskach uchodźców z Ukrainy są osoby zakażone SARS-CoV-2. Stąd też w naturalny sposób również w naszej populacji wirusa jest więcej. Nie warto odpuścić decyzji o szczepieniu na później. Działa tutaj ogólnie znana zasada, że tylko podana szczepionka zapewnia ochronę. W ciągu ostatniego roku tak dużo dowiedzieliśmy się na temat efektywności i działania szczepionek przeciw COVID-19, że z pełnym przekonaniem możemy powiedzieć, jeśli ktoś tego nie zrobił, lub przyjąć dawkę przypominającą. Jest to absolutny priorytet w sytuacji związanej z kryzysem spowodowanym wojną w Ukrainie. Nie wiemy, co przyniesie jesień, sytuacja jest dynamiczna. Myśląc o swoim zdrowiu, warto decyzję podejmować na bieżąco. Mamy dostępne szczepionki przeciw COVID-19. Wykorzystajmy to, wzmacniając szczepieniem ochronę przed chorobą. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Około 60 proc. osób w Polsce jest zaszczepionych przeciw COVID-19, jednak trzecią dawkę przyjęło tylko ok. 30 proc. osób. Idzie wiosna, czy warto dziś szczepić się trzecią dawką, czy lepiej poczekać na jesień?

Podanie trzeciej dawki jest kluczowe w utrzymaniu i wzmocnieniu ochrony, która działa po podaniu podstawowych

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



dr hab. Ewa Augustynowicz

– pracuje w Zakładzie Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP – PZH. Równocześnie pełni funkcję redaktora portalu SZCZEPIENIA.INFO. Od 2019 roku jest przewodniczącą Zespołu ds. Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia.

Czy możemy się przygotować na katastrofę nuklearną?

Rozmowa z **PROF. LESZKIEM KRÓLICKIM**

Jak pan patrzy na to, co się dzieje w Ukrainie? Ludzie się boją, że elektrownia atomowa zostanie zniszczona.

Przed wszystkim chcę wyjaśnić pewne ważne i niejednoznaczne dla wielu osób kwestie, aby nie były one przyczyną paniki. Musimy rozmawiać poważnie i rzeczowo.

Zniszczenie elektrowni jądrowej w wyniku działań wojennych może spowodować skażenie radiacyjne o różnym zasięgu i różnym ryzyku, tak samo jak awaria i każda inna katastrofa związana z elektrownią atomową. Oczywiście proszę pamiętać, że elektrownie mają szereg zabezpieczeń, osłon, mechanizmów ograniczających zagrożenia, jednak warunki wojenne mogą zmniejszyć ich skuteczność. Tak więc – odpowiadając na pytanie – zniszczenie elektrowni może spowodować skażenie, którego zasięg i związane z nim zagrożenie są niemożliwe do przewidzenia.

Dlaczego promieniowanie jest tak groźne? W jaki sposób wpływa na ludzki organizm?

Od razu zweryfikuję pytanie: groźne jest promieniowanie o odpowiednio dużym natężeniu, a nie każde promieniowanie! Zagrożenie promieniowaniem zależy od pochłoniętej dawki, nie każda dawka promieniowania jest szkodliwa. Promieniowanie stosujemy przecież w leczeniu i diagnostyce medycznej.

Duża dawka promieniowania będzie zagrażała pracownikom znajdującym się w elektrowni i osobom mieszkającym w jej pobliżu. Nie można przewidzieć jednoznacznie, gdzie położone będą granice strefy bezpośredniego zagrożenia – jak wspominałem, zależy to od wielkości awarii i wielu zmiennych czynników, takich chociażby jak pogoda i kierunek wiatrów. Jak mi wiadomo, w pobliżu granicy z Polską nie ma ukraińskich elektrowni atomowych. Najbliższa elektrownia zlokalizowana jest w miejscowości Równe – około 200 km od

granicy z Polską i ponad 600 km od Lublina czy Rzeszowa.

Porozmawiajmy o promieniowaniu o dużym natężeniu.

Określa się dwa typy zagrożenia – pierwsze z nich dotyczy bezpośrednich skutków działania bardzo dużej dawki promieniowania. Na taką dawkę są narażeni w przypadku awarii personel elektrowni czy grupy ratownicze. Skutkiem napromienienia całego ciała odpowiednio dużą dawką jest choroba popromienna. Z cząsteczek wody w wyniku napromienienia powstają tak zwane wolne rodniki. Są one bardzo aktywne chemicznie i powodują różnego typu uszkodzenia enzymów, genów i białek, szczególnie w szybko dzielących się komórkach. Przekroczenie dawki krytycznej powoduje wystąpienie tzw. subklinicznej formy choroby popromiennej – wśród objawów chorobowych



Przyjęcie płynu Lugola może spowodować zapalenie tarczycy i znaczny stopień zaburzenia jej funkcji. Grozi to trudnymi do leczenia powikłaniami

dominują zmęczenie i osłabienie, zmniejsza się też liczba białych ciałek krwi. Większa dawka wywołuje postać hematologiczną, charakteryzującą się przede wszystkim objawami związanymi z uszkodzeniem szpiku kostnego. Kolejna postać choroby to postać jelitowa spowodowana uszkodzeniem nabłonka jelit.

Drugi typ zagrożenia wiąże się ze zwiększonym ryzykiem choroby nowotworowej z powodu zmian genetycznych. Skutki te mogą wystąpić wiele lat po napromienieniu – nawet 10-20 lat po ekspozycji. Co więcej, nie można określić, czy choroba nowotworowa rozpoznana wiele lat po napromienieniu została wywołana promieniowaniem, czy też innymi czynnikami, np. paleniem pa-

pierosów. Efekty te można tylko szacować statystycznie. Dlatego też skutki te nazywa się skutkami stochastycznymi.

Muszę zaznaczyć, że organizmy żywe żyją od milionów lat w środowisku emitującym promieniowanie jonizujące i wykształciły mechanizmy przeciwdziałające skutkom tego promieniowania. Możliwa jest nawet naprawa genów uszkodzonych przez promieniowanie. Oczywiście mechanizmy te nie chronią nas przed skutkami każdej ekspozycji.

Czy grozi nam choroba popromienna?

Choroba popromienna to jest dokładnie to, co opisałem wyżej, mówiąc o pierwszym



typie zagrożenia. I podkreślę: nam nie grozi choroba popromienna jako bezpośredni skutek działania promieniowania jonizującego. Choroba popromienna grozi personelowi czy służbom ratowniczym i jest związana z bardzo dużą dawką promieniowania.

Ma pan w domowej apteczce płyn Lugola?

Nie, nie mam płynu Lugola i proszę nie używać tego leku w sposób niekontrolowany – zwłaszcza profilaktycznie – przed ewentualnym skażeniem! Przyjęcie płynu Lugola, który zawiera bardzo dużą dawkę jodu, może spowodować zapalenie tarczycy i znaczny stopień zaburzenia jej funkcji. Grozi to ostatecznie trudnymi do leczenia powikłaniami – chociażby zaburzeniami rytmu serca, w których wyniku może dojść na przykład do udaru mózgu.

Czy zwykły Kowalski może się jakoś przygotować na ewentualne zagrożenie skażeniem?

W rezerwach państwowych znajdują się tabletki zawierające odpowiednią dawkę jodu. Rezerwy te są przygotowane do zastosowania w przypadku realnego zagrożenia w grupach tych osób, które rzeczywiście odniosą korzyść z takiego postępowania. Opracowane są dokładne plany dystrybucji i przebiegu akcji podawania tabletek jodowych. Proszę nam zaufać, niekontrolowane przyjmowanie płynu Lugola może spowodować więcej powikłań niż korzyści.

Tabletki jodowe czy płyn Lugola chronią tylko przed gromadzeniem się radioaktywnego jodu w tarczycy i zmniejszają ryzyko wystąpienia raka tarczycy w przyszłości. Tak więc nie jest to panaceum na wszystkie zagrożenia wynikające ze skażenia!

Profilaktyka jodowa jest usprawiedliwiona wtedy, gdy nastąpi awaria elektrowni atomowej, i dotyczy ludności zamiesz-

kałej w pobliżu elektrowni. Zakres akcji profilaktycznej będzie weryfikowany w oparciu o dane dotyczące wielkości skażenia, typu radioaktywnych pierwiastków, przemieszczania się i nasilenia skażenia. Nie ma obecnie danych wskazujących na konieczność rozpoczęcia tego typu akcji w Polsce!

Co należy zrobić, jeśli się dowiemy, że jednak doszło do najgorszego? Jak należy się wówczas zachować?

Apeluję, aby w takich sytuacjach zaufać służbom ochrony radiologicznej i przestrzegać ich zaleceń. Tylko dzięki temu nasze zachowanie będzie racjonalne i unikniemy paniki. A panika jest równie niebezpiecznym i paraliżującym zagrożeniem.

Jest pan specjalistą medycyny nuklearnej. Czym się zajmuje ta gałąź medycyny?

Medycyna nuklearna zajmuje się zastosowaniem radioizotopów w diagnostyce i leczeniu chorych. Jest to szczególna dziedzina medycyny – stosujemy dawki promieniowania, które pozwalają skutecznie pomóc wielu chorym, a więc badania radioizotopowe nie mają nic wspólnego z katastrofą, wypadkiem, wojną.

Radioizotopy są dobrodziejstwem dla naszych chorych. Dzięki ich zastosowaniu możemy rozpoznać chorobę wieńcową, udar mózgu, ocenić czynność nerek, zbadać ukrwienie płuc i rozpoznać zatorowość. Możemy rozpoznać chorobę nowotworową, potwierdzić lub wykluczyć przerzuty. Na pewno każdy z państwa słyszał o pozytywnej tomografii emisyjnej – jednej z najczulszych metod w diagnostyce schorzeń onkologicznych – to również technika należąca do medycyny nuklearnej. W zakresie procedur leczniczych radiofarmaceutyki stosowane są między innymi w leczeniu nowotworów, ich przerzutów, chorób tarczycy, stanów zapalnych stawów.

Czy lekarze medycyny nuklearnej są w grupie osób narażonych na chorobę popromienną?

Nie jesteśmy – ani lekarze, ani personel, ani tym bardziej nasi chorzy – narażeni na chorobę popromienną. W ośrodkach medycyny nuklearnej nie stosujemy takich dawek, które mogłyby ją wywołać. Jak wspomniałem, wykorzystujemy ściśle określone, kontrolowane dawki. Oczywiście należy zachować odpowiednie zasady postępowania i racjonalnie traktować zagrożenie wynikające z narażenia na promieniowanie jonizujące.

Państwowa Agencja Atomistyki codziennie publikuje informacje o bieżącej sytuacji radiacyjnej w Polsce. Co właściwie oznaczają te dane? Kiedy powinny nas zaniepokoić?

Zwracam się z apelem o zaufanie do naszych służb, do wszystkich pracowników dbających o nasze bezpieczeństwo! Chcę w tym miejscu przekazać wyrazy uznania za ich pracę i odpowiedzialność. Stopień promieniowania jest stale monitorowany przez kilkadziesiąt stacji pomiarowych. Są one zlokalizowane przede wszystkim w okolicach naszej wschodniej granicy. Informacja o każdym zagrożeniu, a nawet o zwiększonym prawdopodobieństwie zagrożenia, jest natychmiast przekazywana odpowiednim organom, które są przygotowane do rozpoczęcia adekwatnego postępowania. Apeluję więc o przestrzeganie ogłaszanych zaleceń. Jest to niezwykle ważne, ponieważ tylko w ten sposób – powtórzę to jeszcze raz – unikniemy paniki, nasze postępowanie będzie racjonalne, a tym samym będzie znacznie skuteczniejsze. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA ŚWIERCZYŃSKA**



prof. Leszek Królicki

– konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej, kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego oraz Zakładu Medycyny Nuklearnej Centralnego Szpitala Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Jak na dzieci i młodzież wpływa trwająca dwa lata pandemia?

Jeszcze przed pandemią biliśmy na alarm, że u coraz większej grupy dzieci i młodzieży diagnozujemy zaburzenia psychiczne, emocjonalne, coraz więcej dzieci potrzebuje pomocy. Od października 2021 roku widzimy lawinowo narastającą konieczność hospitalizacji dzieci i młodzieży. Skala przerosła nasze wyobrażenia: obciążone i przeciążone są wszystkie oddziały stacjonarne. To pacjenci w bardzo głębokich kryzysach psychicznych.

Nie możemy pozwolić sobie na planowe przyjęcia pacjentów, bo mamy tak dużo dzieci i młodzieży po próbach samobójczych, w kryzysach psychicznych, w stanie zagrożenia życia bezwzględnie wymagających hospitalizacji psychiatrycznej.

Dlaczego tak wiele młodych osób przeżywa kryzys psychiczny?

W nas wszystkich jest dużo niepokoju, napięcia. Od kiedy rozpoczęła się pandemia, jesteśmy narażeni na niepewność, ciągle zmiany, stres. Każdy z nas w różny sposób sobie z tym problemem radzi, w zależności od wcześniejszych doświadczeń, ale też wsparcia, jakie dostaje. U dzieci i młodzieży przyczyną problemów jest nie tylko nauka zdalna, ale też brak kontaktu z grupą rówieśniczą. Nie każdy z uczniów miał wsparcie w domu, jeśli chodzi o edukację, większość miała zaległości w nauce. Część nauczycieli doskonale rozumiała te trudności, pomagała w przejściu przez trudny okres adaptacji; w innych szkołach od początku skrupulatnie sprawdzano głównie nabytą wiedzę. Powrót do szkoły po okresie nauki zdalnej przerósł możliwości większości młodych osób, które są dziś u nas w szpitalu. Często jednak jest to problem wtórny do wyjściowego, np. epizodu depresji, który nie został w odpowiednim czasie zdiagnozowany. U dzieci i młodzieży te epizody wyglądają zupełnie inaczej.

Przed pandemią samobójstwa były na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów u dzieci i młodzieży. A dziś widać wzrost we wszystkich grupach wiekowych

Argument, że warto żyć

Rozmowa z **DR ALEKSANDRĄ LEWANDOWSKĄ**, krajowym konsultantem w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Jakie nietypowe objawy mogą świadczyć u młodej osoby o depresji?

Gdy stawiam rozpoznanie depresji, niekiedy słyszę od rodzica: „Jak to, przecież ona ma kontakt z rówieśnikami, nie płacze, tylko cały czas jest naburmuszona i zła, nie leży w łóżku, nie mówi, że nie ma na nic siły”.

Faktycznie, u niektórych nastolatków obraz kliniczny epizodu depresji może się wiązać z takimi objawami jak wycofanie, niechęć do podejmowania aktywności i kontaktów z innymi ludźmi, ale czasem są one inne. Mogą np. występować zachowania impulsywne, gwałtowne, ryzykowne, jak picie alkoholu czy nadużywanie elektroniki. Nastolatek czy nastolatka często są przewrażliwieni na swoim punkcie. W depresji zauważamy także problemy z koncentracją, skupieniem uwagi, pojawiają się zaległości szkolne. Gdy widzimy jakąkolwiek zmianę w zachowaniu dzie-





ka, nie można tego lekceważyć. Lepiej zadziałać nadmiarowo, skonsultować się ze specjalistą, niż przeoczyć poważny problem.

Ma pani dziś na oddziale więcej dzieci po próbie samobójczej niż kiedyś?

Coraz więcej. W całym kraju widać, że jest coraz więcej prób samobójczych u dzieci i młodzieży, ale pamiętajmy, że wszelkie liczby są niedoszacowane, gdyż są to tylko te próby samobójcze, które zostały udokumentowane.

Już przed pandemią w Polsce samobójstwa były na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów u dzieci i młodzieży, zaraz po wypadkach i urazach. A dziś widać wzrost

we wszystkich grupach wiekowych: w grupie 7-12 lat w 2020 roku podjęto 29 prób samobójczych; w 2021 – 85. W grupie 13-18 lat w 2020 roku było 814 prób, a w 2021 – 1408. To zatrważające dane.

Rozmawia pani z młodymi osobami, które próbowały popełnić samobójstwo?

To trudne rozmowy.

Co mówi trzynasto-, czternasto-letnia dziewczynka lub chłopiec po próbie samobójczej? Dlaczego się na to decydują?

Bardzo często słyszę: „Pani doktor, niech pani poda mi argument, który mnie przekona, że warto żyć”. „Patrzę, co się wokół dzieje i nie widzę sensu”. „Jestem zmęczony takim życiem”.

Przyczyny tego, że nastolatek tak mówi, są różne: bardzo często jest to trudna sytuacja w środowisku domowym, przemoc, w tym przemoc rówieśnicza. Przychodzi moment, kiedy pojawia się poczucie bezradności, bezsilności, myśli samobójcze.

Często my, dorośli, nie wiemy, jak dać dzieciom siłę. Jak to zrobić?

Dzieci sygnalizują nam, dorosłym, że coś w naszym społeczeństwie nie działa. Musimy działać dwutorowo, gdyż są dzieci i młodzież wymagające hospitalizacji psychiatrycznej stacjonarnej i taką pomoc musimy im zapewnić. Potrzebne jest wsparcie systemowe: i tu są prowadzone prace w zakresie reformy psychiatrii dziecięcej. Dziecko powinno dostać jak najszybciej pomoc w swoim środowisku.

A indywidualnie... Tu mój apel do wszystkich: bądźmy uważni na siebie i na innych. Wszyscy potrzebujemy wsparcia, a szczególnie dzieci i młodzież. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



Dr Aleksandra Lewandowska

– ordynator oddziału psychiatrycznego dla dzieci Szpitala im. Józefa Babińskiego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Zadbaj o siebie, by lepiej dbać o innych

Rozmowa z **EWA STELMASIAK**, ekspertką specjalizującą się w zagadnieniach dobrostanu osobistego i organizacyjnego

Co to znaczy dbać o siebie?

W Polsce dbanie o siebie często kojarzone jest z dbaniem o wygląd: czy masz zrobione paznokcie, czy byłeś u fryzjera. Kolejny etap rodzimego rozumienia dbania o siebie to jeżdżenie do spa, żeby się zrelaksować, odpocząć, oderwać od codzienności. Takie działania są ważne, ale to nie wszystko. Są one poddawaniem się pewnym zabiegom, jest to bierne przyjmowanie tego, co ktoś robi dla nas. Natomiast dbanie o siebie, tak jak ja lubię o nim myśleć, to postawa aktywna. Od budowania własnej świadomości w zakresie swoich potrzeb poprzez poszukiwanie okazji do rozwoju świadomości po realizowanie wytyczonego sobie celu. Chodzi o uświadomienie sobie, jakie są nasze mocne strony, a czym trzeba się zająć, o co powinniśmy zadbać, żeby osiągnąć wymarzony

dobrostan. Jeden biega, dba o aktywność fizyczną, ale nie potrafi się wyciszyć czy poprosić o wsparcie. Drugi medytuje, ale nie będzie się zajmował sportami wysiłkowymi. Dbanie o siebie definiuję jako aktywną postawę mającą na celu zwiększanie swojego osobistego dobrostanu.

W światowej nomenklaturze na określenie dobrostanu używa się zamiennie terminów: wellness i well-being, które w Polsce kojarzą się z branżą kosmetyczną.

Wellness w oryginalnym znaczeniu jest procesem dokonywania świadomych wyborów na rzecz dobrego i zdrowego życia. Ze spa w dzisiejszym znaczeniu nie ma i nie miało nic wspólnego, zostało później przejęte przez branżę spa i uległo merkantylizacji.

Nurt wellness został zapoczątkowany w 1979 roku w Stanach Zjednoczonych, a jednym z jego twórców i propagatorów był amerykański lekarz John W. Travis.

Jak dbać o swój dobrostan?

Warto zacząć od stworzenia sobie pozytywnej wizji, odpowiadając na pytanie: Jak chcę się czuć w życiu? I potem działać tak jak w zarządzaniu strategicznym. Na przykład chcę być w szczęśliwym związku, być liderem lub liderką swojego dobrostanu, mieć czas na dbanie o siebie, czuć się ważna/ważny i kochana/kochany. Zwykle ta wizja sprowadza się do uczuć. Wszystkie działania podejmowane w świecie zewnętrznym mają służyć temu, żebyśmy czuli się dobrze: w związku, w pracy, z sobą – chcę się czuć lekko, chcę

schudnąć. Kolejny krok to zastanowienie się nad tym, jak teraz wygląda moje życie, jakie ono jest. Gdzie jestem w obecnej chwili? I zaplanować drogę od „teraz” do tego, gdzie chcę być. Jest to podstawowy model zarządzania, nie tylko sobą, swoim życiem, ale także stosowany w organizacjach czy w biznesie. Ocenienie stanu obecnego i zaplanowanie drogi mającej nas doprowadzić do określonego celu. Co musi się zdarzyć, żeby zrealizować pełnię swojego potencjału.

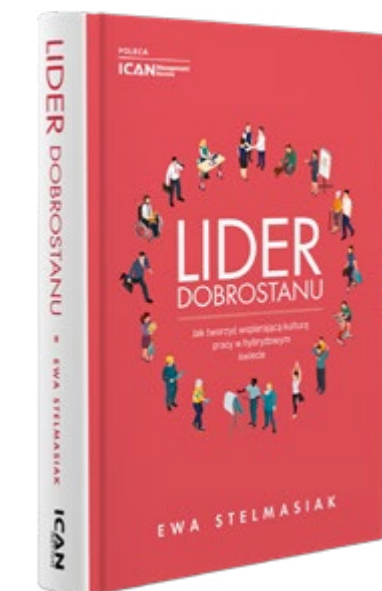
To bardzo ważne, by zacząć od tego, żeby wiedzieć, do czego dążę. Bo w przeciwnym razie, bez poczucia sensu, bez jasnej wizji i bez świadomości: „Po co ja to robię”, nie mamy motywacji wewnętrznej, żeby utrzymać się w praktykach mających doprowadzić nas do pozytywnej zmiany. Jeśli zdecydujemy się chodzić na jogę, to mówiąc sobie i pamiętając o tym, że robimy to po to, by ona nas wyciszyła i poprawiła stan naszego ciała, napełniamy się paliwem motywacyjnym, właśnie poczuciem sensu. Robimy coś nie dlatego, że powinniśmy, tylko dlatego, że widzimy w tym sens i dążymy do celu.

Poczucie sensu może dotyczyć także sytuacji trudnej, pandemicznej, wojennej, na przykład pomagania tym, którzy najbardziej tego potrzebują.

Jak więc czynić nasze życie lepszym mimo trudności – choroba w rodzinie, niepełnosprawne dziecko, rodzic z demencją, życie w obciążeniu wcześniej stanem pandemią, teraz konfliktem w Ukrainie?

Wracając w każdej sytuacji do poczucia sensu, tego, po co coś robimy. A gdy działamy bardzo aktywnie – pamiętając o regeneracji.

Pamiętajmy też, że nie możemy być non stop na najwyższych obrotach, i nauczmy się skutecznie odpoczywać. Żeby dawać z siebie, trzeba mieć zasoby. Opiekując się innymi, należy zadbać w pierwszej kolejności o siebie. Wiele osób działa impulsywnie, z potrzeby serca. Zaplanowanie działania na najbliższą przyszłość daje poczucie kontroli i sprawczości. Pozbądźmy się niezdrowego poczucia winy, że robimy za mało. Wycinanie siebie samego z obszaru swojej osobistej troski prowadzi do wyczerpania i wypalenia. Dbajmy o drobne przyjemności. Wyciszajmy umysł i troszczmy się o dobry sen. Sięgajmy po swoje sprawdzone rutyny dobrostanowe – to, co działa w na-



szym przypadku na pewno. Jeśli wiemy, że pomaga nam ćwiczenie oddechowe, róbmy je regularnie, jeśli lubimy biegać czy spacerować – biegajmy i spacerujmy, jeśli pomaga nam muzyka – słuchajmy jej. Pilnujmy, by robić to regularnie. Po to, by budować swój kapitał odporności na stres. Ważna jest perspektywa włączająca. Jest w niej miejsce na zadbanie zarówno o innych, jak i o siebie. Drobne, codzienne działania i kroki to monety, które wrzucamy do osobistej skarbonki dobrostanu dzień po dniu, sprawiając, że nasz kapitał odporności stale się powiększa, utrzymuje nas w dobrej formie i pozwala skutecznie realizować ambitne zadania.

Czy wypada dbać o swój dobrostan w wojennych czasach?

Przygnębienie, niedowierzanie, wściekłość, rozpacz, lęk, panika, współczucie, ale i nadzieja, kibicowanie, wiara w sprawiedliwość: każdy z nas mierzy się teraz z targającymi nami uczuciami. Jedni odcinają się od nich, inni ulegają negatyw-

nym emocjom. Większość balansuje gdzieś pomiędzy. Bywa, że myśli nie dają nam spokoju. Zabierają nas tam, dokąd prowadzą emocje. Poświęcamy energię na przeżywanie, zamiast wkładać ją w działanie. Tracimy koncentrację i efektywność, przez co zmniejsza się nasza zdolność zadbania o własne sprawy życiowe oraz skuteczne działania pomocowe. Wyczerpani zamartwianiem się nie będziemy użyteczni. W obecnej sytuacji nie tylko wypada zadbać o swój dobrostan, ale to po prostu konieczność. Pamiętajmy też, że emocji nie można ignorować ani im ulegać. Należy tworzyć przestrzeń do ich bezpiecznego wyrażania, ale nie pozwalać im się rozlewać po całym naszym życiu.

Dla kogo przeznaczona jest pani książka, która właśnie ukazała się w Polsce – „Lider dobrostanu. Jak tworzyć wspierającą kulturę pracy w hybrydowym świecie”?

Pisałam ją z myślą o liderach biznesu. Ale jest ona lekturą, z której może skorzystać każdy, kto chce być liderem własnego życia. Opisuję w niej historię i ideę nurtu wellness, zajmuję się tym, na czym polega dobrostan indywidualny i relacyjny. Zachęcam do podejmowania drobnych kroków tak, by wszystkim żyło się lepiej. Opisuję w niej historię osób, od których się uczyłam, którzy mnie inspirowali – menedżerów, naukowców i pracowników różnych branż z różnych stron świata. Osoby zarządzające w firmach znajdują w niej wskazówki, jak zadbać o ludzi i relacje między nimi w dobie transformacji świata pracy i powszechnego dzisiaj systemu hybrydowego. Dla wszystkich czytelników, abstrahując od biznesu, może być pomocnym przewodnikiem do osiągnięcia dobrostanu w każdym obszarze swojego życia. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **AGNIESZKA FEDORCZYK**



Ewa Stelmasiak

– ekspertka specjalizująca się w zagadnieniach dobrostanu osobistego i organizacyjnego, zajmuje się m.in. tworzeniem strategii i kultury dobrostanu. Autorka książki „Lider dobrostanu. Jak tworzyć wspierającą kulturę w hybrydowym świecie”.

Fundacja Biedronki: pandemia była dla nas podwójnym testem

Fundacja Biedronki powstała w kwietniu 2020 roku – w trudnym, pandemicznym czasie. – Lockdown był testem dla organizacji charytatywnych, który pokazywał ich zdolność do szybkiego reagowania. Dla nas był podwójnym testem, bo Fundacja dopiero powstawała – mówi **KATARZYNA SCHEER**, prezeska Fundacji Biedronki.

Misją Fundacji Biedronki jest pomaganie seniorom i poprawa jakości ich życia. Organizacja podejmuje inicjatywy na rzecz przeciwdziałania ubóstwu, niedożywieniu, samotności, a także wspiera polską geriatricę. W czasie pandemii Fundacja Biedronki uruchomiła program pomocy w walce z koronawirusem. Darowiznę w postaci środków ochronnych, czystości i dezynfekujących oraz spożywczych przekazano 670 ośrodkom sprawującym opiekę nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi, w tym 95 szpitalom, w których pacjenci na oddziałach covidowych otrzymali od Fundacji zarówno produkty do jedzenia, wodę, jak i kosmetyki. Dodatkowo w okresie świątecznym do seniorów z domów pomocy społecznej trafiły paczki z prezentami. Wartość przekazanej pomocy na ten moment to ponad 11 mln zł.

– Fundację Biedronki uruchomiono w czasie pierwszego lockdownu. Mimo ograniczeń funkcjonowania wielu instytucji udało nam się szybko i skutecznie zareagować na aktualne wydarzenia – każda placówka, którą wsparliśmy, dostała od Fundacji dopasowane do jej potrzeb produkty. To była mroźna praca, ale przyniosła efekty, z których dziś jesteśmy dumni. Zdaliśmy więc dwa testy: mimo pandemii udało nam się nie tylko uruchomić fundację, ale również szybko zorganizować skuteczny program pomocy – mówi prezeska Fundacji Biedronki Katarzyna Scheer.

W lutym 2022 r. rozpoczęto program „Fundacja Biedronki dla polskiej geriatrici”, w którego ramach szpitale i poradnie geriatryczne otrzymują darowiznę na zakup sprzętu. Pierwsza placówka, która dostała



^ Katarzyna Scheer, prezeska Fundacji Biedronki

pomoc, to Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach (blisko 600 tys. zł). Wsparcie pozwoliło na sfinansowanie wielu sprzętów, w tym aparatu USG czy urządzenia do tomografii komputerowej oka, przydatnego m.in. w diagnostyce chorób okulistycznych np. zwyrodnienia plamki żółtej czy nawet w wykrywaniu cukrzycy.

Fundacja Biedronki prowadzi również największy niepubliczny projekt pomocowy dla osób starszych, realizowany wspólnie z Caritas Polska i Caritas diecezjalnymi – „Na codzienne zakupy”. W jego ramach rocznie ok. 10 tys. seniorów regularnie otrzymuje comiesięczną pomoc finansową w wysokości 150 zł na zakupy m.in. żywności w sklepach Biedronka. Wartość przekazanej pomocy do stycznia 2022 r. to ponad 29 mln

zł. – Dzięki karcie 64 proc. seniorów kupuje więcej nabiału, 48 proc. mięsa, a 46 proc. warzyw i owoców. Co trzeci senior dzięki zaoszczędzonym środkom może pozwolić sobie na zrealizowanie recepty lub opłacenie rachunków* – tłumaczy Katarzyna Scheer.

Seniorzy otrzymują również tzw. Kopertę życia, która umożliwia służbom medycznym uzyskanie podstawowych informacji o zdrowiu seniora i przyjmowanych lekach (kartę z danymi senior trzyma w lodówce). Koperta pozwala szybciej podjąć odpowiednią decyzję terapeutyczną. Otrzymało ją już ponad 40 tys. seniorów.

Fundacja Biedronki wspiera również budowę pierwszego hospicjum stacjonarnego na terenach wiejskich Podlasia. Na budowę przeznaczono kwotę 7,6 mln zł. Otwarcie pierwszego skrzydła planowane jest w czerwcu. Fundacja prowadzi także program „Karta dobra”. – Założeniem programu jest wspieranie organizacji posiadających cele zbieżne z celami Fundacji Biedronki, jak poprawa jakości życia osób starszych, których sytuacja życiowa uniemożliwia zakup żywności, leków czy okularów. Seniorzy otrzymują od wspieranych przez nas organizacji karty przedpłacone na zakupy o wartości 150 zł miesięcznie – mówi Katarzyna Scheer. Do tej pory udzielono wsparcia 600 seniorom.

Wsparcie otrzymują również Ukraińcy uciekający przed wojną – Fundacja przeznaczyła na pomoc dla nich łącznie ok. 17 mln zł. 

* Badanie zostało przeprowadzone przez firmę Ipsos w grudniu 2021 r. metodą CATI na próbie 1016 beneficjentów programu

© Wszelkie prawa zastrzeżone
JAN MATURA

85

Wiosenna Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego XIV Konferencja „Kardiologii Polskiej”

OPOLE, 22-23.04.2022

**POLSKIE TOWARZYSTWO KARDIOLOGICZNE
DLA SPECJALISTÓW I PACJENTÓW**



www.wiosennakp.ptkardio.pl

biuro obsługi: www.kongresy.com.pl

 **glopi**
BUSINESS SERVICE



**porozmawiajmy
szczerze
o otyłości**

"Porozmawiajmy szczerze o otyłości"

to ogólnopolska kampania edukująca, że otyłość to choroba, która wymaga kontaktu z lekarzem i leczenia.

**Co czwarty
dorosły Polak
choruje
na otyłość!***

www.ootylosci.pl



2022© Novo Nordisk A/S, PL220B00018

* Raport „Cukier, otyłość – konsekwencje”, Narodowy Fundusz Zdrowia

Inicjator:



Mecenas:

