



PROF. PIOTR JANKOWSKI



PROF. RYSZARD GELLERT



PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC



PROF. AGNIESZKA SZADKOWSKA



PROF. MAREK RĘKAS

WYDANIE ELEKTRONICZNE ŚWIAT LEKARZA 3D

MEDYCyna • FARMACJA • NAUKA • KULTURA • PRAWO • POLITYKA

WYDANIE SPECJALNE ŁĄCZONE

Egzemplarz bezpłatny



PROF. LESZEK
CZUPRYNIAK



PROF. DOROTA
ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ



PROF. PRZEMYSŁAW
MITKOWSKI



WICEMINISTER ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI



POSŁANKA
BARBARA DZIUŁK



POSEŁ TOMASZ LATOS



POSŁANKA VIOLETTA POROWSKA

DEBATA ROLA TELEMEDYCyny W DIABETOLOGII I KARDIOLOGII PRZEŁOM W OPIECIE NAD PACJENTAMI

**ARKADIUSZ GRĄDKOWSKI: INNOWACYJNE TECHNOLOGIE
TELEMEDYCZNE – CO MUSI SIĘ ZMIENIĆ? str. 16**



serce na nowo

OGÓLNOPOLSKI PROGRAM PROFILAKTYKI
CHOROBY SERCA

„Serce na nowo” – powołany kilkanaście lat temu przez Adamed Pharma ogólnopolski program profilaktyki chorób serca i naczyń, w ramach którego firma prowadzi działania na rzecz zwiększenia świadomości zdrowotnej, społecznej oraz zawodowej osób z chorobami układu krążenia. Dzięki profilaktyce, a przede wszystkim wiedzy, pacjenci mają szansę zapobiegać rozwojowi chorób układu sercowo-naczyniowego a w konsekwencji ich powikłaniom takim jak np. zawał mięśnia sercowego czy udar mózgu.

www.sercenanowo.pl

ADAMED DLA PLACÓWEK MEDYCZNYCH, PLACÓWKI DLA PACJENTÓW

Trwa akcja społeczna w ramach programu „Serce na nowo” dla **placówek publicznych** wspierająca **rehabilitację kardiologiczną** w Polsce.

Misją firmy Adamed jest **odpowiadanie na kluczowe wyzwania współczesnej medycyny**. Wśród najważniejszych z nich są choroby układu krążenia, które są główną przyczyną śmierci na całym świecie.

Dlatego też, w trosce o poprawę jakości życia polskich pacjentów cierpiących na choroby układu sercowo-naczyniowego, w ramach programu społecznego „Serce na nowo” Adamed przekazuje publicznym placówkom zdrowotnym **35 voucherów na łącznie 175 zestawów do hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej**.

- ✓ **Jeden voucher** uprawnia placówkę do otrzymania **5 zestawów** do hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej.
- ✓ W skład zestawu wchodzi: **smartphone z dedykowaną aplikacją mobilną, urządzenie do pomiaru EKG, ciśnieniomierz, waga oraz licencja dostępu do oprogramowania i usług wsparcia technicznego** przez 12 miesięcy od dnia wdrożenia systemu w placówce.

Szczegółowe informacje i formularz zgłoszeniowy dostępne na stronie www.sercenanowo.pl
* Obowiązują warunki określone w Regulaminie.




ADAMED
Dla Rodziny





FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Debaty na czasie, kolejna przed nami

Pierwsze półrocze tego roku zamykamy prezentacją tematów, których realizacja nastąpi już w czasie wakacji.

Te dyskusje zamykają bardzo pracowite pierwsze półrocze, zapowiadają wprowadzenie wielu kolejnych zmian w ochronie zdrowia w Polsce, których – na szczęście – nie zatrzymała wojna na Ukrainie. A przecież mogła.

Telemedycyna, zwłaszcza telemonitoringi glikemii i zapisów kardiologicznych urządzeń wszczepialnych oraz rehabilitacja kardiologiczna, będą działać niezależnie od okoliczności.

Podobnie rzecz się ma w przypadku programu Cities Changing Diabetes: prozdrowotne inicjatywy umożliwiające łatwiejsze uprawianie sportu i aktywności fizycznej na świeżym powietrzu, a także intensywna edukacja diabetologiczna są niezbędne. Muszą zakorzenić się w życiu codziennym i w świadomości mieszkańców nie tylko Krakowa i Warszawy.

Wiecie, jakiego tematu nie poruszyliśmy do tej pory w publicznej debacie? Tego, o którym myślimy od marca, ale go się boimy. Nie wiecie, co mam na myśli?

Oto pytania pomocnicze: Kto z nas, lekarzy, wie jak opatrzyć zranionego bombą fosforową? Jak pomóc poszkodowanemu przez bombę hiperbaryczną? Jak zachować się w budynku zajęтым przez terrorystów, czy

patrzeć im prosto w oczy czy pod nogi? A kto z Was, koledzy lekarze, potrafiłby opatrzyć ranę szarpaną w lesie, w pełnej ciemności?

Wiem jedno: jeśli ktoś podkłada bombę w tłumie, nie wolno zachowywać się tak jak 11 lipca na Krakowskim Przedmieściu w Warszawie.

Mieliśmy dużo szczęścia, mogło zginąć kilkaset osób.

Lekcja ratunkowej medycyny wojennej jest jeszcze przed nami. I nie ma znaczenia, czy ten temat lubimy czy nie.

*Prof. dr hab. n. med. Waldemar Wierzba,
Redaktor Naczelny*

PS

W pierwszym półroczu na łamach magazynu Świat Lekarza 3D poruszaliśmy wiele aktualnych problemów dotyczących kardiologii, dermatologii, okulistyki. Wskazywaliśmy ważne aspekty związane z pandemią COVID-19, eksperci mówili m.in. o długu zdrowotnym w kardiologii, onkologii, zmianach skórnych i problemach ze wzrokiem wywołanymi koronawirusem. Specjaliści wypowiadali się także o nowoczesnych terapiach, leczeniu systemowym, nie pominęli też profilaktyki.

W dziale Vademecum lekarza przypominamy najciekawsze materiały i zapraszamy do lektury!

PARTNERZY WYDANIA

Abbott
life. to the fullest.®

ADAMED

Medtronic

POLMED
SPÓŁNOŚCOWA IZBA GOSPODARZĄCZA
W KRAKOWIE I WARSZAWIE

RADA NAUKOWA:

PROF. DR HAB. N. MED. **JAKUB BARAN** | PROF. DR HAB. N. MED. **MARIUSZ BIDZIŃSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **IWONA BOJAR** | PROF. NADZ. DR HAB. N. MED. **DARIUSZ BOROŃ** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **PIOTR CHŁOSTA** | PROF. DR HAB. N. MED. **GRZEGORZ CIEŚLAR** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **MARCIN CZECH** | PROF. DR HAB. N. MED. **MAREK DĄBROWSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **TOMASZ DREWA** | PROF. DR HAB. N. MED. **KRZYSZTOF J. FILIPIAK** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **EDWARD FRANEK** | PROF. DR HAB. N. MED. **ADAM FRONCZAK** |
 PROF. DR HAB. N. O ZDROWIU **ROBERT GAŁĄZKOWSKI** | PROF. DR HAB. **JERZY GAŚSOWSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **RYSZARD GELLERT** | GEN. DYW. PROF. DR HAB. N. MED. **GRZEGORZ GIELERAK** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **JAKUB GOŁĄB** | PROF. DR HAB. N. MED. **RENATA GÓRSKA** |
 [PROF. DR HAB. NAUK PRAWNYCH **ANTONI HANUSZ** | PROF. DR HAB. N. MED. **PIOTR HOFFMAN** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **IWONA HUS** | PROF. DR HAB. N. MED. **GRZEGORZ JAKIEL** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **ARTUR JAKIMIUK** | PROF. DR HAB. N. MED. **PIOTR JANKOWSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **ARTUR JURCZYSZYN** | PROF. DR HAB. N. MED. **PAWEŁ KAMIŃSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **MACIEJ KRZAKOWSKI** | PROF. DR HAB. N. MED. **JERZY KONSTANTYNOWICZ** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **TOMASZ KONOPKA** | PROF. DR HAB. N. MED. **ANNA KOSTERA-PRUSZCZYK** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **PIOTR KUNA** | PROF. DR HAB. N. MED. **ANDRZEJ LEWIŃSKI** | PROF. DR HAB. N. MED. **JAN LUBIŃSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **BOGUSŁAW MACHALIŃSKI** | PROF. DR HAB. N. MED. **LESZEK MARKUSZEWSKI** |
 PROF. DR HAB. **HENRYK MRUK** | PROF. DR HAB. N. MED. **EWA MRUKWA-KOMINEK** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **JOANNA NARBUTT** | PROF. DR HAB. N. MED. **RAFAŁ NIŻANKOWSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **PRZEMYSŁAW OSZUKOWSKI** | PROF. DR HAB. N. MED. **ALFRED OWOC** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **JAROSŁAW PINKAS** | PROF. DR HAB. N. MED. **RYSZARD PORĘBA** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **PIOTR PRUSZCZYK** | PROF. DR HAB. N. MED. **MANSUR RAHNAMA-HEZAVAH** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **BOŻENA ROMANOWSKA-DIXON** | PROF. DR HAB. N. MED. **GRAŻYNA RYDZEWSKA** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **ALEKSANDER SIEROŃ (PRZEWODNICZĄCY RADY NAUKOWEJ)** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **WŁADYSŁAW SINKIEWICZ** | PROF. DR HAB. N. MED. **HENRYK SKARŻYŃSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **TOMASZ STOMPÓR** | PROF. DR HAB. N. MED. **PIOTR SUWALSKI** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **JACEK P. SZAFLIK** | PROF. DR HAB. N. MED. **ANDRZEJ SZUBA** |
 PROF. DR HAB. N. O ZDROWIU **ANDRZEJ ŚLIWCZYŃSKI** | PROF. DR HAB. N. MED. **PIOTR TYSZKO** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **MIECZYŚLAW WALCZAK** | PROF. DR HAB. N. MED. **IRENA WALECKA** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **KRZYSZTOF WARZOCZA** | PROF. DR HAB. N. MED. **BOŻENA WERNER** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **ANDRZEJ WOJTYŁA** | PROF. DR HAB. N. MED. **LUCJAN WYRWICZ** |
 PROF. DR HAB. N. MED. **KATARZYNA ŻYCIŃSKA** | DR N. MED. **EWA CHLEBUS** | DR HAB. N. MED. **MICHAŁ FARKOWSKI** |
 DR N. MED. **PIOTR DĄBROWIECKI** | DR HAB. N. MED. **MICHAŁ LEW-STAROWICZ**, PROF. CMKP |
 DR HAB. N. MED. **RENATA TALAR-WOJNAROWSKA**, PROF. UM W ŁODZI | DR N. MED. **JAROSŁAW UCIEKLAK**

HONOROWA RADA NAUKOWA

prof. dr hab. n. med. **WACŁAW DROSCZ** | prof. dr hab. n. med. **WALDEMAR KARNAFEL** |
 prof. dr hab. n. med. **STANISŁAW RADOWICKI** | prof. dr hab. n. med. **KAZIMIERZ ROSZKOWSKI-ŚLIŻ** |
 prof. dr hab. n. med. **BOLESŁAW RUTKOWSKI** | prof. dr hab. n. med. **KAZIMIERZ SUWALSKI** |
 prof. dr hab. n. med. **JERZY SZAFLIK** | prof. dr hab. n. med. **TADEUSZ TOŁŁOCZKO** |
 prof. dr n. med. **JERZY WOY-WOJCIECHOWSKI**

PRACOWALI Z NAMI

prof. dr hab. n. med. **WŁADYSŁAW GRZESZCZAK**
 prof. dr hab. n. med. **STEFAN KRUŚ**
 dr **KRZYSZTOF TRONCZYŃSKI**
 dr n. med. **ANDRZEJ WŁODARCZYK**

FOT. TOMASZ ADAMASZEK



18

POSŁANKA VIOLETTA POROWSKA

Bardzo ważne jest wdrażanie standardów organizacyjnych opieki diabetologicznej, programów profilaktycznych, zasad i wymagań dotyczących opieki w ramach POZ, diabetologicznej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego.

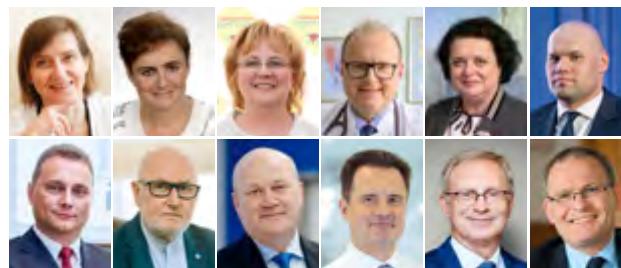
FOT. MARCIN KMIĘCINSKI/PAP



22

WICEMINISTER ZDROWIA MACIEJ MIŁKOWSKI

Prewencja otyłości to bardzo istotny problem, zwłaszcza po pandemii. Dobrze, że w walce z otyłością wśród najmłodszych w Krakowie i Warszawie swoje siły łączą różne instytucje i środowiska.

**DEBATA ŚWIATA LEKARZA****6 Rewolucja w monitorowaniu w diabetologii i kardiologii**

Systemy ciągłego monitorowania glikemii zrewolucjonizowały podejście nie tylko do monitorowania cukrzycy, ale też jej leczenia. Dziś nazywane są wręcz lekiem.

ROZMOWA NUMERU

- 18** Telemedycyna umożliwia rozwój opieki koordynowanej w diabetologii – Rozmowa z posłanką Violetą Porowską

PROFILAKTYKA

- 22** CCD: Walka z otyłością i cukrzycą – problem globalny, rozwiązania lokalne
- 28** Wytyczamy szlaki – jesteśmy pionierami, jeśli chodzi o partnerstwo publiczno-prywatne – Rozmowa z Piotrem Najbukiem

PO GODZINACH

- 43** Pierwsze Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny
- 45** Dionizy Purta w panteonie sztuki ludowej

VADEMECUM LEKARZA

- 30** Fantazję ułańską zostawmy na lepsze czasy – rozmowa z prof. Przemysławem Mitkowskim
- 33** Przewlekła choroba nerek zabija częściej niż rak – rozmowa z prof. Ryszardem Gellertem
- 36** ATLAS na ASCO, czyli nowy sposób leczenia szpiczaka opracowany przez polskich hematologów – rozmowa z dr. hab. Dominikiem Dytfeldem
- 38** Musimy zmienić myślenie o chorobach dermatologicznych – rozmowa z prof. Joanną Narbutt
- 41** Nietypowe oblicze czerniaka – Rozmowa z prof. Piotrem Rutkowskim

ŚWIAT LEKARZA3D

WYDANIE SPECJALNE ŁĄCZONE Nr 9/2022 (25) i nr 4(99) 2022

REDAKTOR NACZELNY:
PROF. DR HAB. N. MED. WALDEMAR WIERZBA
waldemar.wierzba@mediatv.com.pl

REDAKTOR PROWADZĄCY/ WYDAWCA:
PAWEŁ KRUS

pawel.krus@mediatv.com.pl

Z-CY RED. NACZ.:
ANNA ROGALA
anna.rogala@mediatv.com.pl
KATARZYNA PINKOSZ
katarzyna.pinkosz@mediatv.com.pl

DYREKTOR DS. WYDAWNICZYCH I REKLAMY:
MARIUSZ SŁOMKA
mariusz.slomka@mediatv.com.pl

ZARZĄD:
JOANNA SIERPIŃSKA – PREZES
joanna.sierpinska@mediatv.com.pl

WSPÓŁPRACA:
**EWA BARCISZEWSKA, BOŻENA STASIAK,
JAROSŁAW GUGAŁA, BEATA NESSEL-ŁUKASIK,
HALINA STERCZYŃSKA, MACIEJ PINKOSZ**

KOREKTA:
GRAŻYNA BOCZKOWSKA

STUDIO GRAFICZNE:
ANNA STĘPŃIAK
studio@mediatv.com.pl

PRENUMERATA:
prenumerata@nazdrowie.pl

ADRES WYDAWCY I REDAKCJI:
Media TV Plus Sp. z o.o.
ul. Tarczyńska 5/9 lok. 36, 02-025, Warszawa
tel. (22) 626 88 68
www.swiatlekarza.pl

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę reklam, prezentacji produktów ani tekstów promocyjnych. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

COPYRIGHT © MEDIA TV PLUS SP. Z O.O.
ZDJĘCIA: © Depositphotos
ZDJĘCIA NA OKŁADCE:
Fot. Ewa Lubaszka, Tomasz Adamaszek, Agnieszka Meissner AGMA STUDIO, Fot. archiwum prywatne

MAGAZYN WYŁĄCZNIE DLA LEKARZY

Rewolucja w monitorowaniu w diabetologii i kardiologii

Systemy ciągłego monitorowania glikemii zrewolucjonizowały podejście nie tylko do monitorowania cukrzycy, ale też jej leczenia. Dziś nazywane są wręcz lekiem.

TEKST: KATARZYNA PINKOSZ, BOŻENA STASIAK



W debacie Świata Lekarza udział wzięli:

PROF. DR. HAB. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ, PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO

PROF. DR. HAB. AGNIESZKA SZADKOWSKA, KIEROWNIK KLINIKI PEDIATRII, DIABETOLOGII, ENDOKRYNOLOGII I NEFROLOGII UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

PROF. DR. HAB. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC, KIEROWNIK KATEDRY I KLINIKI PEDIATRII, DIABETOLOGII I ENDOKRYNOLOGII GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO, KONSULTANT WOJEWÓDZKI W DZIEDZINIE ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ

PROF. DR. HAB. LESZEK CZUPRYNIAK, KIEROWNIK KLINIKI DIABETOLOGII I CHOROBY WEWNĘTRZNYCH WUM



KATARZYNA PINKOSZ:

Nie jest możliwe efektywne leczenie cukrzycy bez jej dobrego monitorowania. Jak ważne w kontrolowaniu cukrzycy są systemy do ciągłego monitorowania glikemii?

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ:

To technologia XXI wieku, która zrewolucjonizowała podejście do leczenia cukrzycy i do wyrównania glikemii. Dzięki systemom monitorowania glikemii pacjent nie tylko wie, jaką obecnie ma wartość glikemii, ale też jaka jest tendencja: czy stężenie glukozy rośnie, czy spada. Śledzenie zmian wartości glikemii pozwala lepiej leczyć cukrzycę. Jest to szczególnie ważne w przypadku insulinoterapii, zwiększa bezpieczeństwo terapii, pozwala osiągnąć lepsze wartości glikemii. To ważne nie tylko dla pacjenta, ale również dla zespołu terapeutycznego, ponieważ widzimy, czy pacjent faktycznie ma dobrze wyrównaną cukrzycę. Nie patrzymy wyłącznie na wartość hemoglobiny glikowanej, która jest

uśrednieniem glikemii z ostatnich 3 miesięcy, ale definiujemy czas przebywania w zakresie docelowej glikemii.

PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC:

Wszyscy zgodzimy się z tym, że nowoczesne systemy monitorowania glikemii są przełomem w monitorowaniu i leczeniu cukrzycy. Na podstawie kilku pomiarów za pomocą glukometru widzimy jedynie punktowe informacje na temat poziomu glikemii, natomiast nie wiemy, jakie one były w ostatnim czasie, kiedy nie wykonywaliśmy pomiarów. Nie wiemy też, czy poziom glikemii ma tendencję rosnącą czy malejącą. Dzięki systemom monitorowania glikemii pacjent może przewidzieć, czy glikemia wzrośnie i podjąć odpowiednią decyzję terapeutyczną, np. zwiększyć dawkę insuliny; wie też, jaką wielkość posiłku spożyć, czy może niedługo wykonywać wysiłek fizyczny i jaki powinien on być. Systemy monitorowania glikemii pomagają w podejmowaniu decyzji terapeutycznych i wykonywaniu codziennych czynności. Ogromna jest też ich rola ►



Komentarze:

POSŁANKA **BARBARA DZIUK**

PROF. DR HAB. PIOTR JANKOWSKI, KIEROWNIK KATEDRY I KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I GERONTOKARDIOLOGII CMKP

PROF. DR HAB. MAREK RĘKAS, KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE OKULISTYKI PRZEWODNICZĄCY SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA **POSEŁ TOMASZ LATOS**

PROF. DR HAB. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI, PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

PROF. DR HAB. RYSZARD GELLERT, KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE NEFROLOGII WICEMINISTER ZDROWIA **MACIEJ MIŁKOWSKI**

ARKADIUSZ GRĄDKOWSKI, PREZES OGÓLNOPOLSKIEJ IZBY GOSPODARCZEJ WYROBÓW MEDYCZNYCH POLMED

FOT. EWA LUBASZKA, TOMASZ ADAMASZEK, AGNIESZKA MEISSNER AGMA STUDIO, FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

- edukacyjna: pacjent uczy się, jaki wpływ na jego organizm ma określona wielkość i rodzaj wysiłku fizycznego oraz posiłku. Dzięki tym informacjom możemy personalizować leczenie. Efekt edukacyjny przekłada się na efekt terapeutyczny.

Systemy monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym, które są połączone z osobistymi pompami insulinowymi, pełnią dodatkową funkcję terapeutyczną. Odczyty są przesyłane z sensora przez transmiter do pompy insulinowej: pompa dozuje insulinę, jednak może też zatrzymać podaż insuliny, jeśli poziom glikemii obniża się. W nowoczesnych pompach insulinowych podawane są automatycznie, bez udziału pacjenta, korekty insuliny na podwyższające się poziomy glikemii oraz jest dokonywana automatyczna zmiana bazy na podstawie informacji o poziomach glikemii płynących z sensora. Dzięki temu u pacjentów stosujących nowoczesne technologie uzyskujemy poziomy glikemii niemal jak u zdrowej osoby.

PROF. LESZEK CZUPRYNIAK: Do niedawna nie mieliśmy lepszego wskaźnika niż wartość hemoglobiny glikowanej, który mówi o średnim stężeniu glukozy we krwi z ostatnich 2-3 miesięcy. Jeżeli jednak pacjent ma okresy niedocukrzeń, to nie pokaże ich wartość hemoglobiny glikowanej. Pacjent nie będzie o nich wiedział, a mają ogromne znaczenie. Oczywiście, może on mierzyć poziom cukru glukometrem, jednak zrobi to najwyżej kilka razy dziennie; to tak, jakby ktoś prowadząc samochód, otwierał oczy kilka razy w trakcie jazdy.

Stosowanie systemów ciągłego monitorowania glikemii, w szczególności systemów do monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (real time CGM, rtCGM), oznacza, że pacjent ma oczy cały czas otwarte i może widzieć, ile ma cukru we krwi w dowolnej chwili. Po to, żeby dojechać bezpiecznie do celu, trzeba mieć



FOT. AGNIESZKA MEISSNER AGMA STUDIO

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ:

Mamy twarde dowody naukowe, że systemy ciągłego monitorowania glikemii pozwalają poprawić kontrolę glikemii i zwiększyć bezpieczeństwo terapii.

oczy cały czas otwarte. Właśnie temu służy ciągłe monitorowanie glikemii.

Dlaczego hipoglikemie, szczególnie nocne, są dla pacjenta tak niebezpieczne?

PROF. LESZEK CZUPRYNIAK:

Zdrowa osoba jest „zaprogramowana” na utrzymywanie stałego poziomu cukru we krwi. Gdy zaczyna brakować glukozy, organizm broni się, a mózg zaczyna wysyłać sygnały ostrzegawcze. Zdrowa osoba czuje głód, boli ją głowa, staje się zdenerwowana. Chory na cukrzycę, gdy ma niedocukrzenie, zaczyna się denerwować, staje się agresywny, poci się, ma szerokie źrenice, problem ze skupieniem myśli, koncentracją, drżą mu ręce. W nocy niedocukrzenie może chorego na cukrzycę wybudzić, jednak często zdarza się, że przespia on objawy niedocukrzenia.

Gdy chory ma często nocne niedocukrzenia, to mózg zaczyna się do tego przyzwyczajać i obniżać próg stężenia glukozy, przy którym zaczyna reagować stymulując wydzielanie hormonów podnoszących glikemię. W efekcie pacjent może nie odczuwać delikatnych niedocukrzeń także w ciągu dnia. Mamy wiele danych, które pokazują, że jeśli poziom cukru jest zbyt niski, to również uszkadza naczynia krwionośne. Jeszcze 10 lat temu uważaliśmy, że w leczeniu cukrzycy najważniejsze jest to, żeby poziom cukru nie był przede wszystkim za wysoki. Obecnie wiemy, że trzeba zwrócić uwagę w leczeniu, żeby przede wszystkim nie był on zbyt niski.

Jak systemy ciągłego monitorowania glikemii sprawdzają się w praktyce klinicznej?

PROF. AGNIESZKASZADKOWSKA:

Bardzo dobrze, obecne systemy mają bardzo wysoką dokładność pomiaru, dużo większą niż było to 10-15 lat temu. Już dziś wielu pacjentów stosujących te systemy, opiera się tylko na nich, ustalając dawkę insuliny, podejmując decyzje dotyczące aktywności fizycznej, spożywanego posiłku. Nie odnoszą się już do odczytów wartości glikemii z glukometru.

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ:

Wielu dorosłych pacjentów, dla których te systemy do tej pory nie są refundowane, decyduje się na ich samodzielny zakup. Nawet pacjent, który wielokrotnie mierzył glikemię za pomocą glukometru, przekonuje się do tego rozwiązania. Nie musi się „kłuć” kilka razy dziennie, jednak najważniejsze jest to, że lepiej kontroluje chorobę i funkcjonuje w bezpieczeństwie glikemicznym. Mamy twarde dowody naukowe, że systemy ciągłego monitorowania glikemii pozwalają poprawić kontrolę glikemii i zwiększyć

szyć bezpieczeństwo terapii. Zmniejszają ryzyko ciężkiej hipoglikemii wymagającej hospitalizacji, a także cukrzycowej kwasicy ketonowej. Ponadto, ich stosowanie zmniejsza ryzyko rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy. System monitorowania glikemii powoduje, że korzystanie z glukometru jest marginesowe. Powoduje też oszczędności budżetowe w zakresie wykupywania pasków do glukometrów.

Czy są pacjenci, dla których stosowanie systemów monitorowania glikemii byłoby szczególnie ważne?

PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC: Jeśli chodzi o systemy monitorowania metodą skanowania, to są one wskazane właściwie dla każdego pacjenta chorującego na cukrzycę, który stosuje metodę intensywnej insulinoterapii, to znaczy przynajmniej trzy razy w ciągu doby podaje sobie insulinę. Ci pacjenci są szczególnie narażeni na hipoglikemię. Każdy chory stosujący tzw. intensywną insulinoterapię powinien móc stosować taki system monitorowania. System poprzez skanowanie powinien całkowicie zastąpić glukometr: mamy XXI wiek, wiemy, że im więcej pomiarów glikemii, tym większa szansa na lepsze poznanie organizmu, podejmowanie lepszych decyzji terapeutycznych, które pozwalają pacjentowi jak najdłużej przebywać w tzw. normoglikemii.

W efekcie stosowania systemów monitorowania glikemii powoli zastępujemy parametr hemoglobiny glikowanej, który świadczy o uśrednionym poziomie glikemii, dużo dokładniejszym parametrem „Time-in-Range” (TIR), który jest określony jako odsetek czasu, przez jaki stężenie glukozy u danej osoby znajduje się w zakresie normy. Polskie i międzynarodowe towarzystwa diabetologiczne zalecają stężenie glukozy między 70 a 180 mg/dl. Powyżej 70% czasu powinno się spędzać w tym zakresie, a dzieci z cukrzycą typu 1 nawet 90%. Nie jest możliwe osiągnięcie tak dobrego wyrównania cukrzycy przy kilku, a nawet kilkunastu pomiarach glukozy w ciągu doby przy pomocy glukometru. Polscy pacjenci pediatryczni, stosujący systemy monitorowania glikemii, są bardzo dobrze wyrównani. Stało się to możliwe dzięki refundacjom nowoczesnych technologii monitorowania glikemii, szczególnie CGM w czasie rzeczywistym w populacji pediatrycznej, dlatego tak bardzo oczekujemy refundacji tych systemów w populacji osób dorosłych ➤

FOT. EWA LUBASZKA



PROF. PIOTR JANKOWSKI, KIEROWNIK
KATEDRY I KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
I GERONTOKARDIOLOGII CMKP:

Cukrzyca jest jednym z najpoważniejszych czynników powodujących choroby układu krążenia, przyczyniających się m.in. do występowania zawałów serca, udarów mózgu, niewydolności serca, ale też wielu innych chorób układu krążenia. To ryzyko postępujących powikłań można odwrócić poprzez skuteczne, skrupulatne leczenie cukrzycy. Z jednej z ostatnich metaanaliz, opublikowanej kilka miesięcy temu, wiemy, że obniżenie poziomu hemoglobiny glikowanej o pół procenta jest związane z 15-procentowym zmniejszeniem ryzyka sercowo-naczyniowego. Nie jest to jednak proste, gdyż „nadmierny entuzjazm” w leczeniu, czyli stosowanie zbyt dużych dawek insuliny, może spowodować hipoglikemię, ale też inne powikłania.

Dlatego niezmiernie ważna jest kontrola glikemii. Prosimy pacjentów o regularne sprawdzanie stężenia glukozy w krwi włosniczkowej, pacjenci muszą nakłuwać nawet kilka razy dziennie opuszki palców. Postęp techniki powoduje, że nie jest to konieczne, dzięki urządzeniom do ciągłego monitorowania glikemii. Pozwalają one zoptymalizować terapię, dobrać leczenie tak, żeby poprawić kontrolę glikemii, obniżyć stężenie hemoglobiny glikowanej, przy zmniejszonym ryzyku wystąpienia hipoglikemii.

Niezmiernie ważny jest komfort pacjenta, ale też aspekt edukacyjny. Systemy ciągłego monitorowania glikemii pozwalają pacjentowi sprawdzić, w jaki sposób spożycie określonego posiłku ma wpływ na poziom glikemii. Pacjent łatwo może przekonać się, jakie produkty spożywcze zwiększają szybko i nadmiernie stężenie glukozy, a które nie mają takiego działania. Pacjenci lepiej przyswajają wiedzę dotyczącą żywienia, częściej stosują się do zaleceń, jeśli mają założony aparat do ciągłego pomiaru glikemii. Regularnie stosują też leki przeciw-cukrzycowe. Wszystko to przekłada się na mniejsze ryzyko występowania powikłań kardiologicznych. Wszyscy pamiętamy, że najważniejszymi powikłaniami hiperglikemii są różnorakie choroby serca i naczyń, ale trzeba podkreślić, że także epizody hipoglikemii mają działanie niekorzystne, między innymi upośledzają wydolność mięśnia sercowego. Ciągła kontrola glikemii pozwala na skuteczne i bezpieczne leczenie cukrzycy, co przekłada się na rokowanie. ■

- chorujących na cukrzycę typu 1, szczególnie z nieświadomością hipoglikemii.

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ: Już dziś dzieci chore na cukrzycę w Polsce są doskonale leczone, najlepiej na świecie – jak mówią pediatrzy. To pokazuje, że polski pacjent potrafi korzystać z systemów monitorowania glikemii, a co najważniejsze: że chce się dobrze leczyć. Jeśli dorośli pacjenci będą mieli możliwość korzystania z systemów do ciągłego monitorowania glikemii, z terapii pompowej, to na pewno poprawi się ich wyrównanie glikemiczne i zmniejszy ryzyko hipoglikemii.

PROF. LESZEK CZUPRYNIAK: Przede wszystkim na systemach monitorowania glikemii skorzystaliby pacjenci, dla których wiedza o aktualnym stężeniu glukozy we krwi jest najważniejsza: to osoby podejmujące decyzje terapeutyczne o podawanej dawce insuliny na podstawie uzyskanych pomiarów. Im częściej podają sobie insulinę w ciągu dnia, tym bardziej skorzystają na możliwości stosowania systemów monitorowania glikemii. Jednak skorzystaliby z nich nawet chorzy przyjmujący insulinę raz na dobę.

Drugą grupą są pacjenci, u których niezbędne jest jak najlepsze wyrównanie cukrzycy. Jest to ważne u wszystkich chorych, jednak grupą szczególną są kobiety w ciąży chorujące na cukrzycę, gdyż im lepiej mają wyrównane cukry, tym ciąża przebiega bezpieczniej dla nich i dla dziecka. Takie systemy powinny stosować wszystkie kobiety w ciąży chorujące na cukrzycę typu 1, jak również kobiety, które zachorowały na cukrzycę ciążową i muszą przyjmować insulinę. U pozostałych nie jest konieczne podawanie insuliny, wystarczy odpowiednia dieta, jednak one też powinny sprawdzać stężenie glukozy kilka razy dziennie, dlatego również odniosłyby korzyści z możliwości stosowania takich systemów. Ze względu na to, że kobieta leczy siebie, ale jednocześnie zapobiega powikłaniom u dziecka, jak również powikłaniom okołoporodowym, ta grupa pacjentek powinna być bardzo dobrze wyrównana.

Są też osoby, które ze względu na wykonywany zawód powinny mieć bardzo dobrze wyrównaną cukrzycę: to np. kierowcy. Hipoglikemia może stanowić zagrożenie nie tylko dla nich, ale też dla innych osób. Jest też grupa osób niewidomych z cukrzycą, którym systemy monitorujące glikemię bardzo ułatwiłyby funkcjonowanie. Zawsze zachęcam też do korzystania z systemów monitorowania glikemii również osoby z nowo rozpoznaną cukrzycą, które muszą nauczyć się inaczej funkcjonować. I nie chodzi tu tylko o cukrzycę typu 1, ale również o cukrzycę typu 2, gdyż podstawą jest modyfikacja stylu życia. Jeśli pacjent stosuje CGM, to natychmiast widzi, po zjedzeniu jakich posiłków stężenie cukru we krwi rośnie bardzo szybko, jak działa aktywność fizyczna, itp.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



PROF. MAREK RĘKAS, KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE OKULISTYKI:

W Polsce ok. 3 mln osób choruje na cukrzycę, a u ok. 14-17 proc. chorych na rozwija się powikłania dotyczące narządu wzroku, głównie w postaci cukrzycowego obrzęku plamki (DME). Obecnie leczymy DME w ramach funkcjonującego od niedawna programu. Każdy pacjent, który zgłasza się do nas z cukrzycowym obrzękiem plamki, może mieć rozpoczęte leczenie lekami anty-VEGF, nawet jeśli nie jest dobrze wyrównany od strony diabetologicznej. Natomiast do zmiany leku na lek oryginalny niezbędne jest, żeby miał dobrze wyrównaną cukrzycę. Wyrównanie cukrzycy jest ważne, gdyż w przeciwnym wypadku leczenie jej powikłań jest mniej skuteczne.

Miałem przyjemność wypróbować na sobie, jak działa system do monitorowania glikemii. Z mojego punktu widzenia jako lekarza okulisty to bardzo dobra rzecz, ponieważ pomaga zmienić nawyki, daje pacjentowi wiedzę, a lekarzowi prowadzącemu pełny obraz, jak pacjent jest wyrównany. Jedyną wadą systemów jest ich cena, gdyż na razie nie są one refundowane. Opiniowałem jednak wnioski do ministra zdrowia dotyczące udostępnienia systemów monitorowania glikemii dla osób chorych na cukrzycę słabowidzącym i niewidomym. Jeśli stosują glukometr, to muszą kłuć się kilka razy dziennie, by sprawdzić sobie poziom glukozy. Wklucie to dla nich problem, a z drugiej strony tracą czucie w opuszkach palców i nie mogą używać alfabetu Braille'a. Tak więc możliwość zastosowania systemów monitorowania glikemii byłaby dla nich bardzo korzystna.

Jako okuliści leczymy powikłania cukrzycy. Retinopatia cukrzycowa w każdym jej stadium jest powikłaniem cukrzycy. W przypadku DME stosujemy program lekowy, czyli leki anty-VEGF oraz steroidy, laseroterapię i leczenie operacyjne w postaci witrektomii, jeśli dochodzi do zaawansowanych stadiów obrzęku plamki czy rozwarstwienia siatkówki, krwotoków, proliferacji szklisto-siatkóvkowych. Leczenie może zahamować rozwój choroby, jednak podstawą jest dobre wyrównanie cukrzycy. ■



PROF. LESZEK CZUPRYNIAK:

Grupą szczególną są kobiety w ciąży chorujące na cukrzycę, gdyż im lepiej mają wyrównane cukry, tym ciąża przebiega bezpieczniej dla nich i dla dziecka.

Systemy monitorowania glikemii mają ogromny potencjał edukacyjny. Bardzo efektywna byłaby więc np. ich refundacja przez pierwsze trzy miesiące od rozpoznania.

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ:

U każdego pacjenta, który jest leczony insuliną, korzystanie z tych systemów zwiększa bezpieczeństwo i skuteczność terapii. Są one szczególnie przydatne w przypadku chorych, którzy stosują intensywną insulinoterapię; w Polsce mówimy o funkcjonalnej czynnościowej intensywnej insulinoterapii. To taka metoda leczenia, w przypadku której pacjent decyduje o podawanej sobie dawce insuliny. Pacjent leczony w taki sposób na pewno bardzo skorzysta z systemów do ciągłego monitorowania glukozy. Nie podaje więc sobie dawki insuliny wyliczonej przez lekarza, tylko wie, jak dla siebie taką dawkę wyliczyć i dopasowywać do danej sytuacji.

Mamy dowody pokazujące, że pacjenci na intensywnej insulinoterapii

stosujący systemy ciągłego monitorowania glikemii są lepiej wyrównani. Korzyści ze stosowania systemów do ciągłego monitorowania glikemii mogą jednak osiągnąć również pacjenci, którzy nie są leczeni insuliną; jest to dla nich bardzo dobre narzędzie edukacyjne. Pacjent z nowo rozpoznaną cukrzycą może zauważyć, po jakich posiłkach poziom cukru najszybciej u niego rośnie, jak działa aktywność fizyczna. U takich pacjentów nawet okresowe zastosowanie tych systemów jest dobrym narzędziem edukacyjnym.

Tak, jak wspominał prof. Czupryniak: szczególną grupą są kobiety w ciąży. W ciąży są bardzo restrykcyjne kryteria kontroli glikemii, których osiągnięcie wymaga ścisłej kontroli. Możliwość korzystania z systemów do monitorowania glikemii byłby korzyścią dla matki i dla rozwijającego się dziecka.

Czym systemy monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym różnią się od systemów do skanowania?



TOMASZ LATOS, PRZEWODNICZĄCY SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA:



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Rozwiązania telemedyczne to prawdziwy przełom w codziennej opiece nad chorymi. Ma to ogromne znaczenie nie tylko dla chorego, ale dla całego systemu ochrony zdrowia, który dzięki temu może stać się bardziej wydolny. To nie tylko rozwiązania poprawiające komfort życia pacjenta, ale też droga do poprawy współpracy pacjenta i lekarza, do zmniejszania ryzyka powikłań. Nie ulega wątpliwości, że powinniśmy wykorzystywać te wszystkie nowoczesne metody, do których mamy dostęp.

Doskonale sprawdzają się one w kardiologii, diabetologii czy nefrologii, ale nie tylko. Sam jestem radiologiem i widzę, jak dużo dobrego dla pacjentów przynosi telemedycyna. Szczególnie że w tej dziedzinie wy-

stępują braki specjalistów, co w wielu przypadkach opóźnia diagnostykę i rozpoczęcie leczenia. Teraz, kiedy wiele procedur możemy wykonywać zdalnie, zdalnie zbierać dane, a w razie wątpliwości również zdalnie konsultować je ze specjalistami z zagranicy, ułatwia to diagnostykę i leczenie. Oczywiście zyskuje na tym przede wszystkim pacjent, ale też i radiolodzy, którzy są mniej obciążeni pracą.

Trzeba jednak mieć na uwadze, że choć jak najbardziej należy korzystać z telemedycyny, to są też takie sytuacje, kiedy konieczny staje się bezpośredni kontakt pacjenta z lekarzem. A nawet w sytuacji, kiedy nie ma bezpośredniego zagrożenia dla chorego, raz na jakiś czas powinien obejrzeć go lekarz. ■

➤ **PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC:**

Systemy możemy podzielić na dwa rodzaje: pierwszy to system monitorowania glikemii poprzez skanowanie (FGM), jak system Flash (Free Style Libre): tu potrzebny jest udział pacjenta, który musi odbiornik (może to być smartfon) zbliżyć do sensora, odczytać poziom glikemii i trendy zmian glikemii. Są też systemy monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM), które nie wymagają udziału pacjenta – widzi on ciągle na odbiorniku (którym może być pompa insulinowa) poziom glikemii i trendy zmian glikemii.

PROF. AGNIESZKA SZADKOWSKA:

Główną różnicą jest to, że systemy do ciągłego monitorowania glukozy metodą skanowania wymagają aktywnego udziału pacjenta – musi on zeskanować sensor, żeby zobaczyć wynik. Skanowanie jest konieczne co najmniej raz na 8 godzin, ze względu na to, że transponder zapamiętuje wyniki z 8 godzin. Po to, by mieć wyniki z całej doby, muszą być co najmniej trzy skanowania co 8 godzin.

Systemy ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym automatycznie wysyłają informacje do odbiorników: pacjent w każdej chwili ma dostęp do wyników; zapis jest prowadzony w sposób ciągły, nie zależy od żadnych czynności wykonywanych przez pacjenta. Gdyby zdarzyło się, że pacjent ani razu nie spojrzy przez całą dobę na wyniki, to i tak zostaną one zapisane w pamięci urządzenia. Poza tym systemy ciągłego monitorowania glukozy w czasie rzeczywistym mają alarmy ostrzegawcze – zarówno niskich, jak wysokich wartości glikemii, a także alarmy predyktoryjne ostrzegające przed zbliżającym się wysokim lub niskim stężeniem glukozy, oraz alarmy tempa zmian wartości stężenia glukozy. Dostarczają więc dużo więcej informacji.

Systemy monitorowania metodą skanowania powinny być używane przez wszystkich pacjentów stosu-



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC:

System poprzez skanowanie powinien całkowicie zastąpić glukometr: mamy XXI wiek, wiemy, że im więcej pomiarów glikemii, tym większa szansa na lepsze poznanie organizmu, podejmowanie lepszych decyzji terapeutycznych.

ających metodę intensywnej insulinoterapii, to znaczy mających co najmniej 3-4 wstrzyknięcia insuliny na dobę, dobierających dawki insuliny w zależności od wielkości posiłku, rodzaju aktywności fizycznej, stanu zdrowia. Pacjenci widząc aktualną wartość glikemii oraz strzałki trendu, czyli prognozę zmian glikemii w ciągu najbliższych kilkunastu minut mogą podejmować bardziej trafne decyzje terapeutyczne. Przy tej samej wartości glikemii, jeśli pacjent wie, że stężenie glikemii spada, to podejmie inną decyzję, niż w przypadku, gdy glikemia wzrasta.

Pacjenci, którzy mają nieświadomość hipoglikemii, albo mający bardzo częste hipoglikemie, powinni używać systemów ciągłego monitorowania glukozy w czasie rzeczy-

wistym. Gdy pacjent nie czuje objawów hipoglikemii, to może nie zareagować i nie spożyć glukozy w odpowiednim czasie, co może skutkować wystąpieniem istotnej klinicznie lub ciężkiej hipoglikemii. Natomiast alarm CGM obudzi pacjenta w nocy czy w ciągu dnia ostrzeże go, że ma niską wartość glikemii czy występuje zagrożenie hipoglikemią. Większość naszych pacjentów nie ma ograniczeń zawodowych, prowadzą samochody, uprawiają sporty, dlatego bardzo ważne jest, żeby mieli systemy, które ostrzegają ich o zbliżającej się hipoglikemii.

Optymalnie byłoby, żeby pacjent miał możliwość wyboru systemu monitorowania, i taką decyzję mógł podjąć po konsultacji z lekarzem?

PROF. AGNIESZKA SZADKOWSKA:

Tak, byłoby optymalne, gdyby pacjent miał taki wybór, by – po przedstawieniu zasad działania poszczególnych systemów – mógł sobie wybrać urządzenie, które najbardziej odpowiadałoby jego potrzebom. Dobrze byłoby, aby większość pacjentów miała systemy z alarmami ostrzegawczymi. Obecnie dostępne w Polsce urządzenie do skanowania nie ma alarmu, jednak firma opracowała już trzecią generację systemu, który co prawda nadal wymaga skanowania, ale posiada też alarmy niskich i wysokich wartości glikemii. Dla pacjentów takie alarmy są bardzo ważne, jeśli chodzi o bezpieczeństwo.

PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC:

Pacjenci, którzy są z nieświadomością hipoglikemii, nie odczuwają obniżania się poziomu glikemii, szczególnie poniżej 70 mg/dl, powinni być wyposażeni w systemy ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym: sensor przesyła informację do pompy insulinowej o obniżającym się poziomie glikemii, ➤



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Telemedycyna w kardiologii

PROF. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI, PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO, KIEROWNIK PRACOWNI ELEKTROTHERAPII SERCA W SZPITALU KLINICZNYM IM. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO W POZNANIU:

Telemonitoring urządzeń wszczepialnych jest jakby stworzony dla kardiologii i wykorzystywany w niej od ok. 20 lat. Dziś mamy do czynienia już z trzecią generacją systemów zdalnego monitorowania urządzeń wszczepialnych. Pierwsza wymagała udziału pacjenta do inicjowania transmisji danych z urządzenia, druga robiła to już sama, a trzecia, oprócz automatycznego przekazywania danych, dokonuje ich analizy, oblicza odpowiednie wskaźniki i prognozuje ryzyko pogorszenia hemodynamicznego, z nawet dwutygodniowym wyprzedzeniem.

Dzięki telemonitoringowi mamy możliwość obserwowania pacjenta przez 24 godziny na dobę, przez 7 dni w tygodniu. Jest to niezwykle cenne narzędzie, szczególnie w przypadku chorych z zaburzeniami rytmu i niewydolnością serca. System można wdrożyć u pacjentów z wszczepionym kardiostymulatorem, kardiowerterem-defibrylatorem oraz z układem do stymulacji resynchronizującej. Można niemal na bieżąco śledzić, czy występują epizody arytmii, na przykład częstoskurcz komorowy czy migotanie przedsionków, możemy ocenić, czy urządzenie właściwie rozpoznało zaburzenia rytmu oraz – w przypadku utrwalonej arytmii komorowej – czy ją skutecznie przerwało.

Istotne korzyści może odnieść grupa chorych z występującym po raz pierwszy migotaniem przedsionków. Informacje o zagrożeniu pacjenta możemy otrzymać jeszcze w okresie, w którym nie odczuwa niepokojących objawów. Pozwala to na wdrożenie odpowiedniej terapii i uchronienie pacjenta przed koniecznością hospitalizacji.

Wiele z obecnie dostępnych urządzeń ma możliwość obliczenia czasu codziennej aktywności fizycznej, częstotliwości rytmu w trakcie snu, ułożenia ciała, zmian impedencji wewnątrz klatki piersiowej – ten ostatni to parametr pokazujący uwodnienie płuc, informuje o zagrożającym obrzęku płuc, czyli wskazuje na ryzyko zaostření niewydolności serca.

Dane z urządzenia do serwera są zwykle przekazywane w nocy, dzięki technologii sieci komórkowej, i są dostępne dla osób sprawujących opiekę nad chorym w następnym dniu roboczym. Lekarz je interpretuje i decyduje, jaki wdrożyć sposób postępowania, czy konieczne są jakieś korekty (np. zmiana dawkowania leków), czy konieczna jest hospitalizacja.

Telemonitoring urządzeń wszczepialnych pozwala na zdalną kontrolę zarówno stanu samego pacjenta, jak i wszczepionego urządzenia. ■

- w odpowiedzi pompa insulinowa sama zatrzyma podaż insuliny. Pacjenci sami nie sprawdzą sobie poziomu glikemii w momencie wystąpienia hipoglikemii, jeśli jej nie odczuwają.

Jak widać, jest duża indywidualizacja: dla niektórych pacjentów lepsze będą systemy poprzez skanowanie, dla innych lepszy będzie system do ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym. Dlatego refundacja powinna dotyczyć wszystkich rodzajów systemów monitorowania glikemii. Refundacja tylko jednego rodzaju systemu byłaby ogromnym błędem i szkodą dla pacjentów, szczególnie z nieświadomością hipoglikemii. Medycyna w XXI wieku w każdej dziedzinie dąży do indywidualizacji leczenia pacjenta, dlatego powinien być dostęp do różnych nowoczesnych technologii leczenia i jego monitorowania jak w przypadku pacjentów chorych na cukrzycę.

Pandemia wpłynęła na rozwój telemedycyny. W jaki sposób najnowsze technologie monitorowania cukrzycy przyczyniły się do tego, że chorzy mogą obecnie normalnie funkcjonować?

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ: Faktycznie, COVID-19 sprawił, że w diabetologii zaistniała telemedycyna i dziś już znakomicie się sprawdza. Telewizyty są możliwe dzięki nowym technologiom stosowanym w monitorowaniu glikemii, dzięki temu, że możemy uzyskiwać dane z urządzeń: pomp insulinowych, glukometrów, systemów ciągłego monitorowania glikemii. Zauważyłam, że pacjenci, którzy mają możliwość korzystania z tych nowoczesnych systemów bardziej przygotowują się do e-wizyt, są bardziej skupieni na analizowaniu wyników, jak również bardziej stosują się do otrzymanych wskazówek.

Na szczęście podczas pandemii mieliśmy już możliwość korzystania z e-recept, dzięki temu pacjenci czuli się bezpieczniej, ponieważ cały czas mogliśmy wystawić im recepty. Nawet obecnie, gdy pacjenci mają do wyboru e-wizytę lub wizytę osobistą, wielu z nich wybiera e-wizytę.

Nie ulega wątpliwości, że te systemy monitorowania glikemii nie tylko poprawiają samoopiekę pacjenta, ale też ułatwiają kontakt z lekarzem prowadzącym; szerzej – z zespołem terapeutycznym. Pacjent nie musi przyjeżdżać do lekarza, żeby uzyskać poradę, możemy to zrobić z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych. Oczywiście, dla wielu pacjentów jest bariera cenowa. Rozpowszechnienie tych systemów pozwoliłoby w szerszym zakresie korzystać z takiej formy kontaktu w opiece diabetologicznej. To bardzo ważne w sytuacji braku kadr, pogorszenia dostępności do lekarzy, długich kolejek.

PROF. RYSZARD GELLERT,
KRAJOWY KONSULTANT
W DZIEDZINIE NEFROLOGII,
DYREKTOR CENTRUM
MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO:



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Sztuczna inteligencja, innowacje technologiczne coraz powszechniej angażują się w życie pacjentów, w różne dziedziny medycyny. Zdalne monitorowanie glikemii u pacjentów z cukrzycą, śledzenie ryzyka jej najpoważniejszych powikłań – kardiologicznych, nefrologicznych – pozwala na wczesne uchwycenie nieprawidłowości, zaburzeń, których pacjent nawet może jeszcze nie być świadomy. Nefrologi wykorzystują te możliwości np. w domowej dializoterapii otrzewnowej, co jest niezwykle wygodne i dla samego pacjenta, i dla lekarza. Dziś mamy platformy telemedyczne do dializ domowych, korzystamy z cyklorów, wyposażonych w specjalne moduły do analizy danych, których wyniki są następnie przesyłane online i dostępne dla chorego oraz dla lekarza.

Pacjent nie musi do nas przyjeżdżać – a bywa, że są to duże odległości, poza tym często musieli im towarzyszyć opiekunowie, biorąc dzień wolny. Zmniejszenie dystansu między pacjentem a lekarzem, nie tylko w sensie dosłownym, a także między lekarzem a lekarzem to ogromna korzyść ze zdalnego monitorowania chorego. W tym drugim przypadku chodzi o możliwość międzynarodowych konsultacji, wymiany informacji na forach ogólnoswiatowych, szybkiego skanowania i przesyłania informacji między ośrodkami.

Dziś mamy wiele coraz doskonalszych urządzeń, czujników do ciągłego monitorowania glikemii, co zmniejsza ryzyko powikłań naczyniowych, w tym właśnie nefrologicznych, a to z mojego punktu widzenia, nefrologa, daje nadzieję na lepsze wyniki leczenia pacjentów z cukrzycą, nadciśnieniem i niewydolnością nerek w skali globalnej. ■

Pozwoliłoby to poprawić standard opieki diabetologicznej nad pacjentem, zwiększyć jego motywację do dobrego leczenia.

Jaka jest różnica dla lekarza w prowadzeniu pacjenta, który używa systemów do ciągłego monitorowania glikemii?

PROF. AGNIESZKA SZADKOWSKA:

Olbrzymia. Jeśli pacjent stosuje tylko glukometr, to nawet, jeśli wykona 8-10 pomiarów dziennie – a przecież to nie jest mało – to ja mam wykonanych 8-10 „zdjęć” glikemii na dobę. W przypadku pacjenta stosującego system ciągłego monitorowania glikemii, mam „nagranie” z całych 24 godzin, to kilkadziesiąt wyników. Dzięki temu wiem, jak w ciągu całej doby zmieniały się wartości glikemii. Mogę trafniej ocenić, jak wyrównany metabolicznie jest pacjent i podejmować lepsze decyzje terapeutyczne. Dla pacjentów z cukrzycą typu 1 oraz dla pacjentów z cukrzycą typu 2 czy „typu 3” leczonych metodą intensywnej insulinoterapii, metoda CGM powinna być standardem w opiece medycznej. Świat w tym kierunku idzie. Dzięki systemom ciągłego monitorowania glikemii mamy lepiej wyrównanych metabolicznie pacjentów, którzy też czują się bezpiecznie. To zupełnie inna jakość opieki.

Każdy pacjent z cukrzycą niezależnie od jej typu, który jest leczony metodą intensywnej insulinoterapii, powinien mieć stały dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii. Natomiast pacjenci, którzy nie są tak intensywnie leczeni, być może nie potrzebują stałej możliwości stosowania systemów CGM. Powinni mieć jednak taką możliwość okresowo, np. przy modyfikacji terapii, żeby można było przekonać się, czy zmieniona terapia jest skuteczna. Pacjent dzięki tym systemom może nauczyć się, jak monitorować cukrzycę, jakie spożywać posiłki, jak prowadzić aktywność fizyczną.

Stosowanie wymienionych systemów przyczynia się do rozwoju telemedycyny, dostarcza ogromną liczbę danych, które mogą być wykorzystywane, żeby pacjent był lepiej leczony?

PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC:

Systemy monitorowania glikemii, które są refundowane w populacji pediatrycznej, świetnie sprawdziły się w okresie pandemii. Dzięki udostępnianiu poprzez aplikacje danych pacjenta lekarzowi, pielęgniarkie edukacyjnej, była możliwość zdalnego monitorowania i leczenia choroby. Spowodowało to, że u naszych pacjentów pediatrycznych nie pogorszył się poziom wyrównania metabolicznego, a nawet zauważyliśmy większe zaangażowania pacjentów i ich rodzin w leczenie cukrzycy. Liczba zdalnych wizyt diabetologicznych w czasie pandemii w populacji pediatrycznej zwiększyła się o 20%, a u znacznej części pacjentów zwiększył się TIR, czyli odsetek prawidłowych poziomów glikemii w ciągu doby. W dynamiczny sposób na naszych oczach rozwinięła się telemedycyna, która w wielu obszarach pozwala nam dobrze kontrolować wyrównanie metaboliczne naszych chorych.

PROF. LESZEK CZUPRYNIAK:

Skoro samo zastosowanie CGM obniża poziom HbA_{1c} – a mamy na to twarde dowody naukowe – to znaczy, że jest to lek. Do lepszego wyrównania cukrzycy prowadzi samo zastosowanie odpowiedniej technologii, dzięki dostarczeniu pacjentowi informacji, na podstawie których może on podejmować samodzielnie decyzje. A w cukrzycy typu 1 to pacjent jest swoim „lekarzem”, codziennie podejmuje decyzje, jaką wziąć dawkę insuliny, co jeść i kiedy, jak się ruszać. Dlatego na system monitorowania glikemii w coraz większym stopniu patrzymy jak na terapię. Wiemy, że



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

PROF. AGNIESZKA SZADKOWSKA:

Pacjenci, którzy mają nieświadomość hipoglikemii, albo mający bardzo częste hipoglikemie, powinni używać systemów ciągłego monitorowania glukozy w czasie rzeczywistym.

pacjent, który je stosuje, będzie miał lepsze wyrównanie cukrzycy niż pacjent, który tego systemu nie stosuje. Oczywiście, musi wiedzieć, jak ma reagować, musi być wyedukowany, jego wizyta u lekarza trwa dłużej, gdyż trzeba wspólnie przeanalizować wyniki, jednak na pewno przekłada się to na lepsze wyrównanie metaboliczne choroby. Dodatkowym atutem systemów monitorowania glikemii jest to, że pacjent może przysyłać wyniki pomiarów lekarzowi, lekarz może mieć w nie stały wgląd: to było ważne szczególnie w okresie epidemii COVID-19, gdy wizyty są ograniczone. U pacjentów leczonych insuliną te systemy są wręcz konieczne. To narzędzie, które powinno być jak najszerszej wykorzystywane, najlepiej u wszystkich pacjentów z cukrzycą, a szczególnie u chorych z cukrzycą typu 1. ■

FOT. TOMASZ ADAMASZEK



WICEMINISTER ZDROWIA MACIEJ MIŁKOWSKI:

Jeśli chodzi o refundację systemów monitorowania glikemii, zarówno systemów do ciągłego monitorowania glikemii sprzężonych z pompami insulinowymi, jak systemów do skanowania, to planujemy tu bardzo istotne zmiany. Jeszcze tę kwestię negocjujemy, ustalamy, jakie grupy docelowe powinny być objęte refundacją i w jakim to powinno być zakresie. Mamy też pewne problemy administracyjne, ponieważ część tych urządzeń może być refundowana w drodze obwieszczenia, zaś inne w drodze rozporządzenia, mam jednak nadzieję, że wkrótce uda się te sprawy uregulować. Cieszę się z bardzo dobrej i efektywnej współpracy z Polskim Towarzystwem Diabetologicznym, eksperci przekazują nam dane pokazujące, jak bardzo tego urządzenia do monitorowania glikemii są efektywne i jak ważne są nie tylko w monitorowaniu glikemii, ale też w leczeniu chorych na cukrzycę. Zastanawiamy się jeszcze nad tym, jak wykorzystać dane zbierane przez systemy monitorowania glikemii. Chcielibyśmy móc analizować, jak skutecznie są leczeni chorzy na cukrzycę, jak zmieniają swoje nawyki.

Jeśli chodzi o refundację monitoringu urządzeń wszczepialnych, to jak najbardziej Ministerstwo Zdrowia jest temu przychylne. Doskonale znam ten problem jeszcze z czasów, gdy pracowałem w Instytucie Kardiologii i widziałem efektywność tego typu urządzeń. Bardzo chcielibyśmy, żeby refundacja urządzeń do telemonitoringu pojawiła się jak najszybciej, prowadzimy prace, by tak się stało. Wciąż jeszcze problemem są kwestie danych osobowych i ich ochrony, ze względu na RODO. Mam jednak nadzieję, że uda się tę kwestię rozwiązać, wszyscy jesteśmy zgodni co do tego, że jest to bardzo ważna kwestia, a urządzenia do telemonitoringu są efektywne i potrzebne pacjentom.

Planowane są zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wyrobów medycznych dostępnych na zlecenie w zakresie monitorowania glikemii systemami do ciągłego monitorowania jak również do systemu monitorowania metodą skanowania. Planowane konsultacje mają się odbyć w okresie wakacyjnym, aby we wrześniu br. można było dokonać zmian. Nie są prowadzone prace nad zmianami związanymi z koszykiem świadczeń gwarantowanych, aby wnioskodawcą zmian świadczeń gwarantowanych był podmiot odpowiedzialny. ■

Choroby metaboliczne i kardiologiczne to bez wątpienia jedne z największych wyzwań dla współczesnego systemu ochrony zdrowia. Chcąc z nimi skutecznie walczyć, musimy uzbroić lekarzy i placówki medyczne w najnowocześniejsze rozwiązania służące do wczesnej diagnostyki i skutecznego leczenia tych chorób. W mojej ocenie to właśnie etap diagnostyki jest szczególnie istotny, bo dzięki niemu jesteśmy w stanie szybko zareagować w przypadku wystąpienia pierwszych niepokojących symptomów. W sytuacji wdrożenia leczenia na jak najwcześniejszym etapie choroby jesteśmy w wielu przypadkach w stanie powstrzymać bądź znacznie opóźnić rozwój choroby.

Z punktu widzenia pacjentów bardzo pozytywne jest to, że w ostatnich latach dokonał się niezwykle rozwój w obszarze diagnostyki chorób metabolicznych i kardiologicznych. Dzięki telemonitoringowi i zastosowaniu urządzeń wszczepialnych możliwe jest dokładne monitorowanie pracy serca czy stężenia glukozy we krwi, bez konieczności częstych wizyt u lekarza. To znacznie ułatwia i skraca proces diagnostyki oraz leczenia, przy jednoczesnym zredukowaniu liczby wizyt i konieczności oczekiwania w kolejkach do lekarzy specjalistów.

Jednak aby polscy pacjenci mogli skorzystać z innowacyjnych technologii medycznych, muszą one trafić do koszyka świadczeń gwarantowanych. Z satysfakcją przyjęliśmy fakt, że znalazły się one w projekcie najnowszego rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i najbliższa aktualizacja koszyka umożliwi pacjentom dostęp do tych rozwiązań. Mamy nadzieję, że wejście w życie nowego rozporządzenia nastąpi jak najszybciej.

Należy jednak pamiętać, że obecne procedury związane z umożliwieniem powszechnego stosowania innowacyjnych technologii medycznych, czyli dodaniem tych rozwiązań do koszyka świadczeń gwarantowanych, są bardzo niejasne. W pol-

Co musi się zmienić w polskim systemie ochrony zdrowia, aby skutecznie wdrażać innowacyjne technologie telemedyczne w kardiologii i diabetologii?

ARKADIUSZ GRĄDKOWSKI, PREZES OGÓLNOPOLSKIEJ IZBY GOSPODARCZEJ WYROBÓW MEDYCZNYCH POLMED

skim systemie brak jest rozwiązań umożliwiających firmom zgłaszanie wniosków o włączenie nowego rozwiązania, tj. technologii medycznej, do koszyka świadczeń gwarantowanych. W efekcie na wdrożenie przełomowych rozwiązań z obszaru wyrobów medycznych do powszechnego stosowania często trzeba czekać latami.

Analogiczny problem, czyli brak jasnej procedury, występuje również w przypadku wyrobów medycznych na zlecenie. Nie ma konkretnie określonych reguł, na podstawie których można wprowadzić nowe grupy produktowe do wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Tym samym firmy oferujące innowacyjne rozwiązania, które nie mają doświadczeń z polskim system finansowania, nie mają też wiedzy, w jaki sposób zapewnić dostęp do swojego wyrobu dla pa-

cjentów w ramach finansowania publicznego. Zarówno wykaz wyrobów na zlecenie, jak i wyroby stosowane w procedurach szpitalnych są finansowane na podstawie swobodnej decyzji ministra zdrowia.

Mówiąc o systemie generalnie, coraz bardziej zauważalny jest brak szerszej polityki dotyczącej wyrobów medycznych, pokazującej strategiczne kierunki rozwoju tego sektora w polskim systemie ochrony zdrowia. Tego rodzaju dokument funkcjonuje w przypadku leków i jestem głęboko przekonany, że przy odrobinie determinacji ze strony Ministerstwa Zdrowia istniałaby możliwość stworzenia również podobnego opracowania dla sektora wyrobów medycznych. Wierzę, że jego powstanie byłoby niewątpliwą korzyścią dla całego polskiego systemu ochrony zdrowia i dla pacjentów. ■



FOT. MARCIN FIAŁKOWSKI.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

POSŁANKA BARBARA DZIUK

W polskiej ochronie zdrowia brakuje systemu wprowadzania innowacyjnych wyrobów medycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Nie ma również ścieżki administracyjnej wprowadzania produktów do wykazu produktów medycznych wydawanych na zlecenie. Postęp technologiczny w grupie wyrobów medycznych jest bardzo szybki, natomiast polscy pacjenci na dostęp do nich czekają latami.

Myślę, że czas uporządkować tę kwestię, nie można wymagać od ministra zdrowia podejmowania decyzji indywidualnych w przypadku każdego z innowacyjnych rozwiązań. Należałoby stworzyć system szybkiego i precyzyjnego trybu zgłaszania wyrobów medycznych, do finansowania publicznego, podobnie jak ma to miejsce w przypadku leków. ■



Diabetyk może bardzo dużo zyskać dzięki telemedycynie. Dzieci mają już do niej powszechny dostęp i w ich przypadku kontrola glikemii nabrała spektakularnego wymiaru – redukujemy poziom HbA1c najlepiej w Europie.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Z **POSŁANKĄ VIOLETTĄ POROWSKĄ**,
PRZEWODNICZĄCĄ PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU
DS. PRAW PACJENTA, ROZMAWIA RED. PAWEŁ KRUSZ.

Telemedycyna umożliwia rozwój opieki koordynowanej w diabetologii

Powiedziała Pani niedawno, że „Z perspektywy misji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia centralnym ogniwem jest perspektywa pacjenta”. Niestety w codziennej praktyce ten pacjent często gdzieś „umyka”, o czym nierzadko przekonują się diabe-tycy. Pojawiła się jednak szansa, że niebawem może się to zmienić. Takie możliwości wynikają z raportu „Ścieżka opieki nad chorymi na cukrzycę”, który powstał m.in. z Pani inicjatywy.

Ten raport przygotowała Fundacja Ekspertki dla Zdrowia we współpracy i z inicjatywy Parlamentar- nego Zespołu do spraw Praw Pacjenta. Uznałam, że schemat optymalnego leczenia cukrzycy, przygotowany jeszcze w 2018 roku, powinien być wprowadzony przez Ministerstwo Zdrowia. Optymalizacja opieki nad chorym na cukrzycę w świetle dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Zdrowa przyszłość, ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 roku”, znalazła swoje odbicie w raporcie, wskazujemy w nim konkretne działania i dajemy szczegółowe rekomendacje.

Dlaczego cukrzyca? Jest jeszcze wiele innych chorób, wymagających systemowych działań.

Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjenta jeszcze w poprzedniej kadencji zbudował fundament do systemowego podejścia do cukrzycy. Kiedy zostałam jego liderką, uświadomiłam sobie, jak wiele zostało jeszcze do zrobienia. Postanowi-

Bardzo ważne jest wdrażanie standardów organizacyjnych opieki diabetologicznej, programów profilaktycznych, zasad i wymagań dotyczących opieki w ramach POZ, diabetologicznej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego.

łam pracować z żelazną konsekwencją nad koordynowaną opieką diabetologiczną. I to po prostu robię.

Zaległości z przeszłości były ogromne.

Konieczne były przełomowe decyzje dla diabetyków. Polski pacjent jeszcze nie tak dawno nie korzystał ze zdobyczy współczesnej medycyny, wprowadzanych w Europie kilkanaście lat wcześniej. Potrzeba było determinacji politycznej, ➤

- pieniędzy i... odwagi. Kto mógł wtedy przypuszczać, że stosowanie flogzyn zredukuje wydatki na insuliny, wszyscy bali się lawinowo rosnących kosztów leczenia, bali się o budżet.

Dziś cukrzycę dzieci leczymy najskuteczniej w Europie.

Coś się jednak udało! (śmiech) Natomiast w leczeniu dorosłych problemem jest liczba chorych: w Polsce cukrzyca typu 2 dotyka ponad 3 mln osób, a prawdopodobnie jest ich jeszcze więcej, z czego ponad 20 proc. nie wie, że choruje. W 2030 roku w statystykach NFZ możemy mieć aż ok. 4,2 mln zdiagnozowanych pacjentów.

Co nam grozi?

Powiem wprost: w 2020 roku cukrzyca odpowiadała za ok. 16% przyrostu zgonów, w porównaniu z 2018 rokiem. Takie zniwo zbieramy po sytuacji nadzwyczajnej, po pandemii. Nie dziwi więc, że cukrzyca znalazła się w centrum bieżącego zainteresowania Zespołu Parlamentarnego oraz na liście krajowych priorytetów zdrowotnych, obok chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i chorób układu oddechowego.

Czy cukrzyca powinna być leczona w sposób skoordynowany?

Jako nowe świadczenie, realizowane w ramach umowy z NFZ, rekomendujemy kompleksową poradę diabetologiczną, z ustaleniem planu leczenia cukrzycy typu 2.

Taki jest mój plan. Cieszę się, że pacjenci mają już dostęp do nowoczesnych leków. Obecnie czekamy na decyzję o wprowadzeniu telemonitoringu glikemii dla kolejnych grup chorych, ale... w cukrzycy nie można przeoczyć ani żadnej osoby z grupy ryzyka ani precyzyjnych rozwiązań organizacyjnych. Cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną i powinna być kontrolowana na każdym etapie.

Nie możemy dopuścić do powstania powikłań, prowadzących do inwalidztwa czy skracania życia.

Raport, z którym się zapoznałem, liczący kilkadziesiąt stron, jest bardzo szczegółowy. Chyba nie ma obszaru, związanego z cukrzycą, którego by nie dotyczył.

Istotnie, znalazły się w nim różne aspekty postępowania z pacjentem, różne obszary dotyczące poszczególnych grup, w szczególności dzieci, kobiet w ciąży, chorych z chorobami współtowarzyszącymi itp. Bardzo ważne jest wdrażanie standardów organizacyjnych opieki diabetologicznej,



Podczas XIX gali Nagród Zaufania Złoty OTIS posłanka Violetta Porowska wraz z wiceministrem zdrowia Maciejem Miłkowskim i prof. Piotrem Hoffmanem wręczyli pierwsze stypendium dr Karolinie Łuczowskiej, laureatce Nagrody Zaufania Złoty OTIS w kategorii debiut naukowy

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

programów profilaktycznych, zasad i wymagań dotyczących opieki w ramach POZ, diabetologicznej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego. Jeśli chodzi o kompetencje ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, to będą one zwiększane, rozszerzony zostanie katalog ambulatoryjnych pakietów specjalistycznych, w celu ograniczenia zachowawczych hospitalizacji.

W opiece nad pacjentem diabetologicznym pojawia się wiele nowych rozwiązań, np. Karta Pacjenta Diabetologicznego.

Ta karta ma ułatwiać monitorowanie i ewaluację programu leczenia. Dane w niej zawarte powinny być obowiązkowo raz do roku sprawozdawane do powstającego Krajowego Rejestru Pacjentów z cukrzycą.

Jako nowe świadczenie, realizowane w ramach umowy z NFZ, rekomendujemy kompleksową poradę diabetologiczną, z ustaleniem planu leczenia cukrzycy typu 2. Tu kwalifikowaliby się głównie pacjenci, u których cele terapeutyczne nie są osiągnięte, a wynik hemoglobiny glikowanej, wskaźnik HbA_{1c} , jest wyższy niż 7,5%. Także wówczas, gdy wystąpiły powikłania, również te farmakologiczne, spowodowane źle dobranymi lekami. Dokładnie precyzując to zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, określając, kiedy lekarz POZ powinien skierować chorego z cukrzycą typu 2 do konsultacji diabetologicznej. Pierwsza kompleksowa porada powinna mieć miejsce podczas corocznej kontroli, druga może być w ramach teleporady.

W raporcie sporo miejsca poświęcono upowszechnieniu rozwiązań telemedycznych. W opiece nad diabetologiem już dziś odgrywają ważną rolę. Co choremu na cukrzycę może zaoferować telemedycyna?

Diabetolog może bardzo dużo zyskać dzięki telemedycynie. Dzieci mają już do niej powszechny dostęp i w ich przypadku kontrola glikemii nabrała spektakularnego wymiaru – redukujemy poziom HbA_{1c} najlepiej w Europie.

Obecnie pracujemy nad upowszechnieniem telemonitoringu wśród dorosłych. Będzie wprowadzany etapami:

Pierwsza kompleksowa porada powinna mieć miejsce podczas corocznej kontroli, druga może być w ramach teleporady.

po dzieciach przyjdzie czas na kobiety ciężarne i osoby niewidome, które za sprawą cukrzycy tracą czucie w palcach i nie mogą odczytywać alfabetu Braille'a. Rozważamy też rozszerzenie grupy chorych dorosłych diabetyków na

intensywnej insulinoterapii. I pewnie byłoby jeszcze więcej grup, ale... musimy trzymać się budżetu.

Wspomniała Pani, że priorytetem w monitoringu glikemii powinny być kobiety ciężarne. Dlaczego?

Biorąc pod uwagę ryzyko hipoglikemii w nocy monitorowanie u tych pacjentek ma podstawowe znaczenie. Dostępne dane oraz praktyka kliniczna wskazują, że to właśnie glikemia nocna w dużej mierze wpływa



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Podczas XIX gali Nagród Zaufania Złoty OTIS Violetta Porowska z postankami Katarzyną Sójką i Barbarą Dziuk

na nadmierne wzrastanie płodu oraz powikłania. Dlatego, moim zdaniem, wszystkie chore na cukrzycę kobiety w ciąży powinny mieć dostęp do systemów monitorowania glikemii, niezależnie od stopnia zaawansowania ich schorzenia.

Czy telemedycyna skróci kolejki do lekarzy? Tak sobie marzę...

Czas pracy lekarza staje się bezcenny. Musimy go szanować i optymalizować jego wykorzystanie, dlatego tak ważne jest masowe wprowadzanie nowych technologii, takich jak elektroniczne systemy do monitoringu glikemii, umożliwiające szybkie dostarczanie lekarzowi danych do oceny, a w jej konsekwencji do optymalizacji i indywidualizacji zalecanego leczenia. Bez konieczności wizyty w przychodni.

Jeśli weźmiemy pod uwagę, że ok. 30 proc. chorych na cukrzycę nie osiąga docelowych wartości glikemii, co zwiększa ryzyko ciężkich powikłań, to szersze wprowadzenie telemedycyny, a konkretnie zastosowanie nowoczesnych technologii telemedycznych, przełoży się na zwiększenie dostępu do pracowników opieki medycznej.

Rozmawiał: Paweł Kruś



Konferencję prowadziła red. Katarzyna Pinkosz, w dyskusji udział wzięli m.in. dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, kierownik projektu CCD, Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia.

CCD: Walka z otyłością i cukrzycą – problem globalny, rozwiązania lokalne

Polskie dzieci są zaliczane do najszybciej tyjących w Europie. Nadmierna masa ciała dotyczy prawie 1/3 ośmiolatków, a to oznacza, że znajdują się w grupie ryzyka rozwoju cukrzycy. Według raportu otwarcia Programu Cities Changing Diabetes „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy” polscy uczniowie są grupą zagrożoną otyłością i cukrzycą. Dokument wskazuje, jakie działania należy podjąć na poziomie szkoły, gminy i systemu ochrony zdrowia, by zahamować epidemie otyłości i cukrzycy. Do światowego programu walki z cukrzycą – Cities Changing Diabetes (CCD) – przystąpiły dwa polskie miasta: Warszawa i Kraków.

OPRACOWAŁA: ANNA ROGALA | FOT. MARCIN KMIECIŃSKI/PAP

Cities Changing Diabetes to światowy program walki z cukrzycą, funkcjonujący od 2014 r., który zasięgiem obejmuje 130 mln osób w 41 miastach na świecie, m.in. Berlinie, Buenos Aires, Rzymie, Houston, Madrycie, Malmö, Meksyku, Szanghaju. Inicjatorami tego międzynarodowego projektu są: Steno Diabetes Center Copenhagen, University College London oraz firma Novo Nordisk. Cukrzyca jest jedną z najszybciej rozwijających się chorób cywilizacyjnych.

– Celem programu Cities Changing Diabetes jest zmniejszenie skali zachorowań na cukrzycę o 10% do 2045 r. przez zmniejszenie skali otyłości o 25% – wyjaśniała podczas konferencji prezentującej raport otwarcia Programu CCD „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy” **Magdalena Paradzińska**, dyrektor generalna Novo Nordisk Pharma w Polsce.

FOT. MARCIN KMIĘCINSKI/PAP



**WICEMINISTER ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Dobrze, że w walce z otyłością wśród najmłodszych w Krakowie i Warszawie swoje siły łączą różne instytucje i środowiska.

– Program koncentruje się na działaniach w dużych aglomeracjach miejskich, ponieważ specyfika miast powoduje, że tam dużo szybciej rozwijają się choroby cywilizacyjne, z otyłością i cukrzycą na czele. Inicjatywy wdrażane w poszczególnych miastach są dostosowane do ich potrzeb. Przykładowo: w Belgradzie (Serbia) wprowadzono program badań profilaktycznych połączony z zajęciami sportowymi, w szkołach w Buenos Aires (Argentyna) zachęca się dzieci do udziału w zajęciach sportowych, a pracownicy klubu piłkarskiego w Leicester (Wielka Brytania) są zaangażowani w edukację mieszkańców na temat cukrzycy. Natomiast w Polsce chcemy skoncentrować się na interwencjach skierowanych do dzieci, młodzieży, a także nauczycieli – mówiła Magdalena Paradzińska.

POLSKI PROGRAM: KONCENTRACJA NA SZKOŁACH

W 2019 r. do programu CCD przystąpiły dwa polskie miasta: Warszawa i Kraków. Rada naukowa Programu CCD skupiła swoje działania w środowisku szkolnym, na uczniach i nauczycielach. W tym celu opracowano i zrealizowano w 2021 r. w obu miastach badanie ankietowe wśród nauczycieli samorządowych szkół podstawowych. Raport „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy”, przygotowany przez Uczelnię Łazarskiego, zawiera aspekty kliniczne i społeczne cukrzycy, przegląd badań wtórnych zdrowia i stylu życia zarówno uczniów, jak i nauczycieli. Zaprezentowano wyniki badań ankietowych, w których wzięło udział ponad 4200 nauczycieli. Dane pokazują m.in. ich poziom wiedzy o cukrzycy, doświadczenia własne w kontakcie z uczniami chorymi na cukrzycę typu 1, zachowania prozdrowotne. Raport przedstawia też rekomendowane działania na najbliższe lata. W prace nad tym dokumentem zaangażowa-

ło się grono ekspertów: lekarzy, naukowców, samorządowców, przedstawicieli administracji rządowej.

– Cities Changing Diabetes jest programem, który uświadamia nam, że świat jest ogromny, a problemy są wspólne – mówiła **dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka**, kierownik projektu CCD w Polsce. – Przygotowany raport wykazuje, że tylko dzięki silnemu partnerstwu systemu, regulatorów, samorządu i szkoły można osiągnąć suk-



FOT. MARCIN KMIĘCINSKI/PAP

**DR N. EKON. MAŁGORZATA
GAŁĄZKA-SOBOTKA**

Na decyzje dotyczące odżywiania dzieci ogromny wpływ mają rodzice, dlatego edukacja musi być skierowana także do nich.

ces w walce z nadwagą i otyłością. Chcemy pobudzić aktywność i inicjatywę w społecznościach, które tworzą szkoły. Nie chcemy przynosić do placówek konkretnych rozwiązań, bo choć problem jest globalny, to jego rozwiązanie musi być lokalne. Dlatego planujemy przedstawić know-how warsztatów, które będą prowadzone w szkołach, szyte na miarę interwencji w zakresie profilaktyki i edukacji dla dzieci, nauczycieli, rodziców oraz ➤



FOT. MARCIN KMECINSKI/PAP

PROF. LESZEK CZUPRYNIAK

Połowa Polaków w czasie pandemii przytyła średnio o 6 kilogramów!



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. MACIEJ MAŁECKI

Prewencja czynników ryzyka, takich jak otyłość, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia lipidowe, jest najbardziej wartościowa.

► lokalnego środowiska. Na decyzje dotyczące odżywiania dzieci ogromny wpływ mają rodzice, dlatego edukacja musi być skierowana także do nich – wyjaśniała dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka.

EPIDEMIA OTYŁOŚCI I CUKRZYCY W POLSCE

Według danych OECD 56,7% dorosłych Polaków ma nadwagę lub otyłość, a wynikające z nich choroby powodują skrócenie życia średnio o 3 lata i 10 miesięcy. Nadwaga i otyłość dotyczą polskich dzieci i młodzieży: 10% dzieci w wieku 1-3 lata ma nadwagę lub otyłość, a 18,4% jest zagrożonych nadmierną masą ciała. Problem dotyczy także niemal 30% dzieci 8-letnich i ok. 20% dzieci i młodzieży w wieku 10-16 lat.

– Na cukrzycę w Polsce choruje co najmniej 3 mln osób – podkreślił **prof. Leszek Czupryniak**, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przedstawiciel Rady Naukowej CCD w Polsce. – Problem narastał od lat, zapadalność rosła, ale obecnie jeszcze bardziej się pogłębiła w wyniku pandemii COVID-19: wiele osób zostało w domach i pracowało zdalnie. Efektem tego jest wysyp młodych 20-30-latków, którzy przytyli 10-15 kg, a u wielu z nich doprowadziło to do rozwoju cukrzycy typu 2. Połowa Polaków w czasie pandemii przytyła średnio o 6 kilogramów! To dobry pomysł programu CCD, aby we współpracy z nauczycielami, kuratoriami i prezydentami miast uczyć najmłodszych zasad zdrowego odżywiania i stylu życia, aby w przyszłości zapobiegać ich nadwadze, otyłości i cukrzycy.

– Prewencja czynników ryzyka, takich jak otyłość, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia lipidowe, jest najbardziej wartościowa – uważa **prof. Maciej Małecki**, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Metabolicznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagielloń-

skiego w Krakowie, przedstawiciel Rady Naukowej CCD w Polsce. – Gdy mówimy o prewencji wtórnej, np. po zawale serca, to znaczy, że system opieki zdrowotnej poniósł porażkę. Wtedy można tylko łagodzić skutki nieuleczalnej choroby, wiążącej się z wieloma różnymi powikłaniami, m.in. kardiologicznymi. Powinniśmy zapobiegać takim zdarzeniom medycznym. Gdy dziecko ma kilka, kilkanaście lat, utrwalają się jego nawyki dotyczące żywienia czy uprawiania sportu.

Raport „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy” przedstawiły **Marta Pawłowska** oraz **Monika Zamarlik** z Rady Programowej CCD. Według danych zebranych w raporcie polskiej edycji programu CCD, aż co piąty polski uczeń nie je rano śniadania, tylko 25% ośmiolatków codziennie je warzywa, zaledwie 17% nastolatków spełnia zalecenia umiarkowanej aktywności fizycznej według WHO, 30% ośmiolatków ma kłopoty ze snem.

– Polski nastolatek spędza średnio przed monitorem aż 12 godzin dziennie, 40% młodzieży w wieku 10-17 lat regularnie dosładza potrawy i napoje, a tylko jeden na trzech nastolatków je regularnie warzywa i owoce w zalecanej ilości – alarmowała Marta Pawłowska. – Co piąty nastolatek ma już za sobą stosowanie jakiejś diety odchudzającej – mówiła. Zwróciła też uwagę, że do otyłości może prowadzić niewystarczająca liczba godzin snu. Badania wykazały związek między krótkim czasem snu a zwiększonym ryzykiem nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży.

Podczas spotkania poruszono też kwestię określania kogoś jako otyłego, bo za dużo je i nie lubi aktywności fizycznej. **Dr hab. Michał Brzeziński**, pediatra z Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Me-

dycznego, twierdził, że takie stwierdzenia należy odłożyć je do lamusa. – Często powodem złego odżywiania czy stylu życia jest brak wiedzy, realnych warunków do kształtowania dobrych nawyków, których nie wdrażają szkoła ani dom. Czasem brakuje po prostu animatora, który zorganizowałby dzieciom zajęcia.

DZIAŁAĆ LOKALNIE...

W Krakowie od 2020 r. jest realizowany Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” dla mieszkańców po 25. r.ż. Prowadzona jest edukacyjna kampania „Kraków stawia na Rodzinę”, w ramach której odbywa się wiele akcji, takich jak np. „Rodzinne pływanie”, w czasie Świąta Rodziny Krakowskiej dostępne są bezpłatne badania profilaktyczne i konsultacje lekarskie; Zdrowe Żywienie = Mądre Myślenie – uczy dzieci zdrowych nawyków żywieniowych, aktywnego stylu życia oraz promuje zdrowe produk-

ty spożywcze. **Elżbieta Kois-Żurek**, dyrektor wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, opowiedziała też o kampanii „Kraków w formie”, zachęcającej do aktywności fizycznej z hasłem przewodnim: „Chodź na pole! Odkryj, ile możliwości daje Ci miasto, żeby aktywnie spędzić czas”. W ramach tej kampanii w krakowskich parkach odbywają się maratony fitness, zajęcia wspinaczki skałkowej czy lekcje chodu sportowego pod okiem Roberta Korzeniowskiego. Ponadto Urząd Miasta Krakowa planuje w jednym z DPS zorganizować kuchnię wydającą dania przeznaczone dla uczniów ze specjalnymi potrzebami żywieniowymi, np. alergią, celiakią, cukrzycą.

Prozdrowotne inicjatywy w stolicy przedstawiła **Beata Krzyszton-Uljasz**, naczelnik wydziału w Biurze Polityki Zdrowotnej Urzędu M. St. Warszawy. Program promocji zdrowia „Aktywny Senior” skierowany do ➤



FOT. MARCIN KMIĘCINSKI/PAP

GRZEGORZ BŁAŻEWICZ

Raport stanowi cenne źródło informacji i wniosków dla ministra zdrowia, NFZ oraz ministra edukacji.

PORÓWNANIE CZĘSTOŚCI NADWAGI I OTYŁOŚCI LATA 2017-2020 Z LATAMI 2007-2009 – DZIECI I MŁODZIEŻ SZKOLNA

Płeć	Kategoria masy ciała	OLAF 2007-2009 % (95% przedział ufności)	NPZ dzieci i młodzież 2017-2020 % (95% przedział ufności)
Chłopcy	Nadwaga i otyłość	24,6 (23,66-25,52)	32,32 (30,36-34,43)
	Otyłość	8,8 (8,17-9,39)	13,50 (12,02-15,08)
Dziewczęta	Nadwaga i otyłość	17,4 (16,58-18,15)	25,84 (24,00-27,76)
	Otyłość	4,2 (3,84-4,68)	7,97 (6,86-9,21)

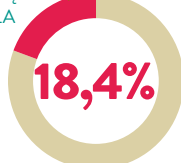
NADWAGA I OTYŁOŚĆ DZIECI I MŁODZIEŻY

DZIECI W WIEKU 1-3 LAT

NADWAGA
LUB OTYŁOŚĆ



ZAGROŻENIE
NADMIERNĄ MASĄ
CIAŁA

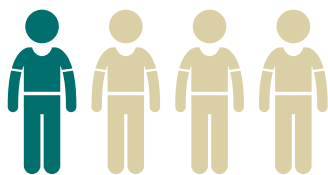


DZIECI
W WIEKU 8 LAT



DZIECI I MŁODZIEŻ
W WIEKU 10-16 LAT





1 NA 4 OŚMIOLATKÓW
SPOŻYWA WARZYWA
KAŻDEGO DNIA



1 NA 3 NASTOLATKÓW JE
WARZYWA I OWOCE W
ZALECANEJ ILOŚCI



2 NA 3 NASTOLATKÓW JE
SŁODYCZE CZĘŚCIEJ NIŻ RAZ
W TYGODNIU

SPOŻYWANIE ŚNIADAŃ W DNI SZKOLNE WEDŁUG PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA (% BADANYCH UCZNIÓW KLAS VII)

Śniadania	Ogółem	Dziewczęta	Chłopcy	Miasto	Wieś
Nigdy	20,8	24,6	16,9	20,0	23,1
1-2 dni	10,9	13,0	8,6	11,4	9,6
3-4 dni	12,1	11,4	12,7	9,8	8,6
Każdego dnia	56,2	51,0	61,7	56,8	54,6
			p<0,001		
			p=0,547		

FOT. MARCIN KMIĘCINSKI/PAP



BEATA KRZYSZTON-ULIASZ

W działania związane z walką z otyłością i cukrzycą zaangażowane są również miejskie podmioty lecznicze.

➤ osób powyżej 60. r.ż. zapewnia im m.in. wykłady na temat odżywiania, ćwiczenia, pływanie. W ramach „Warszawskich Dni Zdrowia” w różnych dzielnicach miasta realizowane są różne wykłady, m.in.: „Czy szczęście może zacząć się od talerza?”, „W jakich produktach jest cukier?”, „Słodkie życie bez cukru”. W działania związane z walką z otyłością i cukrzycą zaangażowane są również miejskie podmioty lecznicze, organizowane są akcje bezpłatnych badań z okazji Dnia Kobiet czy warsztaty „Świadome życie z cukrzycą”. Urząd Miasta Warszawa przygotowuje się do wdrożenia nowego programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki oraz leczenia nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży do 15. r.ż. zamieszkałych na terenie m.st. Warszawy – jego realizacja ma się rozpocząć w 2023 r.

...I SYSTEMOWO

Eksperti podkreślali, że w walce z nadwagą i otyłością wśród dzieci i młodzieży potrzebne są zdecydo-

wane, długofalowe i kompleksowe działania służące zatrzymaniu epidemicznego wzrostu zachorowalności w Polsce na chorobę otyłościową i cukrzycę typu 2.

– Systemowe rozwiązania powinny polegać na integracji medycyny i telemedycyny szkolnej z podstawową opieką zdrowotną. Bilanse szkolne muszą być cyfrowe i zintegrowane z bilansem pediatrycznym, dzięki temu szybsza będzie diagnoza problemu i podjęcie wczesnej interwencji – wyjaśniała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. W imieniu ekspertów tworzących raport zaapelowała o nowelizację zapisów ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami z 2019 r. Istotną kwestią jest stworzenie trzystopniowej sieci ośrodków współtworzących kompleksowy system prewencji i leczenia otyłości. – Sukces będzie większy, jeśli w inicjatywy na rzecz walki z otyłością zaangażowane będą szkoły i samorządy. My dajemy know-how – przekonywała dr n. ekon. Małgorzata

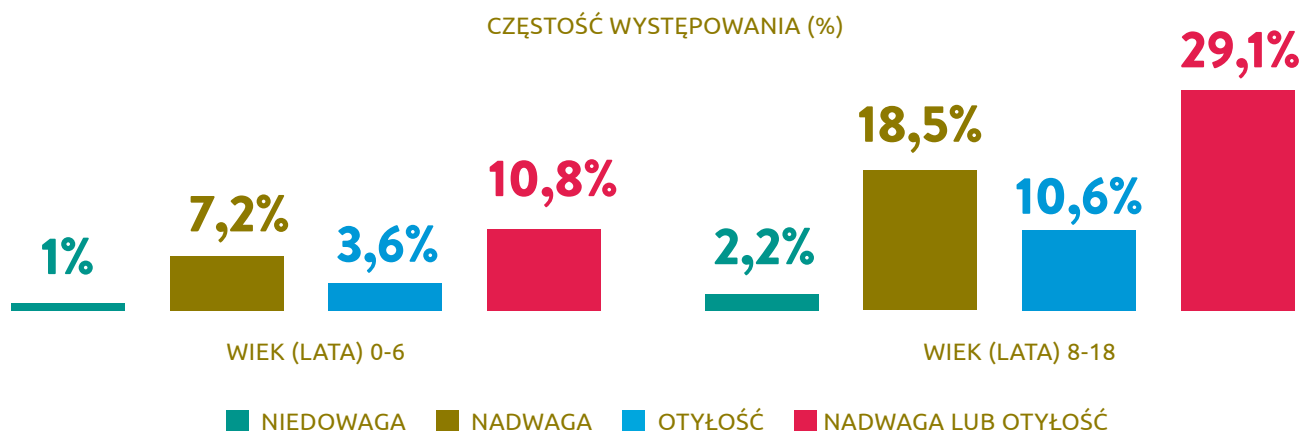
CZY WŚRÓD PANA/PANI UCZNIÓW BYŁY LUB SĄ OSOBY Z CUKRZYCĄ TYPU 1?
(WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO WŚRÓD NAUCZYCIELI W WARSZAWIE)

TAK **41,7%** NIE **26,7%** NIE WIEM **31,6%**

CZY WIEDZĄC O ISTNIENIU PORADNI PROFILAKTYKI I LECZENIA OTYŁOŚCI DORADZAŁBY PAN/PANI SKONSULTOWANIE W NIEJ SWOJEGO UCZNIA?
(WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO WŚRÓD NAUCZYCIELI W KRAKOWIE)

TAK **58,1%** NIE, TO ZADANIE RODZICÓW I/LUB PERSONELU MEDYCZNEGO **25,4%** NIE WIEM **16,5%**

ILE DZIECI JEST CHORYCH NA OTYŁOŚĆ WG ZESTAWIEŃ INSTYTUTU CENTRUM ZDROWIA DZIECKA? CZĘSTOŚĆ NIEDOWAGI, NADWAGI I OTYŁOŚCI; NPZ 2017-2020



Gałązka-Sobotka, kierownik projektu CCD w Polsce.

O inicjatywie z uznaniem wyrażał się **Maciej Miłkowski**, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. – Raport przekazałem już do Departamentu Zdrowia Publicznego, żeby go przeanalizował i wdrażał istotne elementy. Obecnie kończą się prace nad bilansami elektronicznymi, które przyniosą nam niezbędną wiedzę na temat populacji. Dzięki nim będzie możliwe porównywanie szkół i sprawdzenie, która z nich ma większą lub mniejszą „nadwagę”. Rozważamy też porady dietetyczne i poradnie leczenia otyłości. Mamy również świadomość, że ustawa o medycynie szkolnej jest do poprawy. Prewencja otyłości to bardzo istotny problem, zwłaszcza po

pandemii. Dobrze, że w walce z otyłością wśród najmłodszych w Krakowie i Warszawie swoje siły łączą różne instytucje i środowiska – podkreślał Maciej Miłkowski.

– Raport stanowi cenne źródło informacji i wniosków dla ministra zdrowia, NFZ oraz ministra edukacji – uważa **Grzegorz Błazewicz**, zastępca Rzecznika Praw Pacjenta. – Rzecznik Praw Pacjenta od kilku lat postulował o przedmiot „wiedza o zdrowiu” w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych. Edukacja dzieci od najmłodszych lat gwarantuje, że te dzieci, a następnie młodzież i dorośli, będą bardziej odpowiedzialnie podejmować decyzje związane ze stylem życia i zachowaniami prozdrowotnymi.

W imieniu pacjentów chorych na cukrzycę **Anna Śliwińska**, prezes

Stowarzyszenia Diabetyków Polskich, pochwaliła inicjatywy samorządów i władz. – Organizowanie różnego rodzaju programów samorządowych, lokalnych, mających na celu aktywizację mieszkańców, ułatwianie im aktywności, to bardzo dobre przedsięwzięcia. Ważne jest nie tylko leczenie, ale też profilaktyka. ■

Raport „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy” dostępny na stronie: <https://izwz.lazarski.pl/projekty-badawcze/szkola-gmina-system-partnerstwo-przeciw-epidemii-otylosci-i-cukrzycy/>

Wykresy i tabele pochodzą z raportu „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy”.

Wytyczamy szlaki

– jesteśmy pionierami, jeśli chodzi o partnerstwo publiczno-prywatne

ROZMOWA Z **PIOTREM NAJBUKIEM**, DYREKTOREM
DS. PR I POLITYKI RZĄDOWEJ ASTRAZENECA PHARMA POLAND.

Konkurs #Nephrohero – Wyścig z niewidzialnym wrogiem – jak wcześniej wykrywać przewlekłą chorobę nerek? jest pierwszym konkursem w ramach Warsaw Health Innovation Hub (WHIH). Skąd pomysł na ten konkurs i jaki jest jego cel?

W ramach współpracy partnerów biznesowych ze stroną publiczną szukaliśmy istotnego i niezaspokojonego problemu zdrowotnego, który jest dotkliwy dla społeczeństwa i dotyczy dużej liczby osób, a który można rozwiązać właśnie dzięki innowacyjnej platformie współpracy. Dlatego też pierwszy konkurs w ramach WHIH dotyczy przewlekłej choroby nerek (PChN), na którą choruje około 4,2 mln dorosłych Polek i Polaków. Warto wiedzieć, że chociaż PChN jest łatwo wykrywalna i stosunkowo prosta do leczenia w początkowej fazie, to nierozpoznana i nieleczona postępuje niezauważenie, w konsekwencji prowadząc do przedwczesnej śmierci lub do całkowitej niewydolności nerek. Co istotne, ponad 90% osób z PChN nie jest świadomych choroby, a także jest ona rozpoznawana zbyt późno. #Nephrohero to projekt, który ma na celu wsparcie profilaktyki, czyli wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek, gdyż obecnie brakuje odpowiedniego poziomu świadomości o chorobie, o potrzebie wczesnej diagnostyki, o konieczności wdrożenia ścieżek postępowania, a następnie monitorowania pacjentów z PChN. Warto również zauważyć, że chociaż pierwszy projekt WHIH nie dotyczy konkretnego leku czy wyrobu medycznego, to z założenia będzie dawał wsparcie licznej grupie chorych, dzięki czemu będzie mógł rozwiązać istotną potrzebę zdrowotną.

FOT. WOJCIECH KOBYLAŃSKI

Kto mógł wziąć udział w konkursie #Nephrohero i do kogo był kierowany?

Projekt z założenia był kierowany do podmiotów, które mają wystarczające zdolności do sprostania wyzwaniom związanych z tym problemem zdrowotnym, więc zakładaliśmy, że w konkursie wezmą udział m.in. konsorcja obejmujące uczelnie medyczne, przedsiębiorstwa, jak również start-upy. Istotna była różnorodność tych podmiotów, gdyż zaproponowane w ramach projektu rozwiązanie mogło być adresowane zarówno do osób wykonujących zawód medyczny (np. lekarze, pielęgniarki), podmiotów leczniczych, jak i do pacjentów. Ze względów formalno-prawnych do konkursu mogły przystąpić podmioty uprawnione do prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce (szczegółowe warunki opisano w Regulaminie).



Termin składania zgłoszeń już minął. Czy może Pan zdradzić, jakie było zainteresowanie konkursem i jakie inicjatywy zgłoszono?

Mogę powiedzieć, że zainteresowanie konkursem było bardzo duże, dostaliśmy aż 10 aplikacji od 10 konsorcjów, co oznacza, że konkursem zainteresowane są dziesiątki podmiotów z Polski. W projekcie wzięły udział zarówno uczelnie medyczne, jak i przedstawiciele wiodących firm life-sciences i ciekawych start-upów. I to nas cieszy szczególnie, bo właśnie taki był cel WHIH, by zaprosić do współpracy różnorodne podmioty z sektora medycznego, które podzielią się swoimi pomysłami na innowacyjne rozwiązanie, mające szansę na szybkie wdrożenie w polskim systemie ochrony zdrowia. Zgłoszono rozwiązania, ułatwiające i przyspieszające diagnostykę w przewlekłej chorobie nerek, usprawniające ścieżkę cho-

rego, jak i poprawiające jakość świadczeń opieki zdrowotnej w tym obszarze, a także podnoszące świadomość na temat PChN.

Czy został już wytypowany zwycięzca?

Aktualnie jesteśmy w procesie rozpatrywania aplikacji i wyniki powinny zostać opublikowane w połowie lipca 2022 r. Nadmienię, że Astra-Zeneca jako główny sponsor Konkursu, deklaruje alokację budżetu na poziomie minimum 400 000 zł. Sponsor nie ustanawia maksymalnej liczby wybranych projektów, zastrzegając, że minimalna ilość projektów wybranych w ramach konkursu to jeden, a także zastrzega sobie prawo do zwiększenia alokacji na projekt.

#Neprohero to pierwszy konkurs w ramach WHIH. Czym jest Warsaw Health Innovation Hub i w jakim celu powstał?

WHIH to wspólny projekt Agencji Badań Medycznych i wiodących podmiotów z sektora medycyny, farmacji i biotechnologii, realizowany przez Wydział Innowacji i Rozwoju Biotechnologii ABM. To unikalna na skalę Europy Centralnej platforma współpracy podmiotów gospodarczych, publicznych i naukowych, której celem jest poprawa systemu opieki zdrowotnej w szybki i mierzalny sposób. W WHIH wytyczamy szlaki i jesteśmy pionierami, jeśli chodzi o partnerstwo publiczno-prywatne, gdyż umożliwiamy wymianę doświadczeń i pomysłów pomiędzy podmiotami z sektora medycznego, a także stwarzamy warunki do przekształcania pomysłów w usługi, procesy i produkty, które podnoszą jakość i efektywność polskiego systemu opieki zdrowotnej. Kluczowym elementem koncepcji WHIH są projekty Partnerów

WHIH nakierowane na powstawanie innowacji medycznych i technologicznych służących rozwojowi polskiego sektora biomedycznego i pragmatycznego wykorzystania innowacji na potrzeby podnoszenia standardów świadczonych usług zdrowotnych. Ponadto wyznaczyliśmy cztery główne priorytety WHIH: walkę z rakiem, walkę z COVID-19 i jego następstwami, wzmocnienie e-zdrowia oraz rozwój Value Based Healthcare. Po oficjalnej inauguracji Warsaw Health Innovation Hub mającej miejsce w czerwcu 2021 r., Partnerzy Strategiczni rozpoczęli prace nad identyfikacją pierwszych realnych obszarów poprawy diagnostyki i leczenia pacjentów w Polsce oraz wypracowaniu rekomendacji konkretnych rozwiązań. Konkurs #Neprohero jest pierwszym projektem, który został zaakceptowany i jest realizowany.

Rozmawiała: Sonia Młodzianowska

Fantazję ułańską zostawmy na lepsze czasy

Z **PROF. DR. HAB. N. MED.**
PRZEMYSŁAWEM MITKOWSKIM,
PREZESEM POLSKIEGO
TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO,
ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ.

**PROF. PRZEMYSŁAW
MITKOWSKI**

*jest kierownikiem
Pracowni Elektroterapii
Serca i Kliniki Kardiologii
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu, Prezesem
Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego*

*W 2020 r. liczba przyjęć do szpitali z przyczyn
kardiologicznych spadła aż o 25 proc., a liczba
procedur wysoko specjalistycznych o 10-20 proc.
Co piąta osoba nie uzyskała pomocy w 2020 roku.
W 2021 r., poza krótkim okresem w lecie, kiedy
mieliśmy dobrą sytuację epidemiczną, nie mogliśmy
odrabiać „długu kardiologicznego”.*

Panie Profesorze, szacuje się, że w Polsce jest już ponad 180 tys. nadmiarowych zgonów od początku pandemii COVID-19. Poza zgonami spowodowanymi COVID-19, najwięcej mamy „nadmiarowych” zgonów kardiologicznych. Dlaczego?

Szczegółowych danych co do przyczyn zgonów za 2021 rok jeszcze nie mamy. W 2020 roku o prawie 17 proc. wzrosła liczba zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych, co stanowiło połowę wszystkich nadmiarowych zgonów niezwiązanych bezpośrednio z COVID. Przyczyn jest wiele: w pierwszym okresie byliśmy przekonani, że epidemia szybko się skończy, podobnie jak wcześniejsza spowodowana wirusem SARS-CoV-1. Dlatego początkowo towarzystwa naukowe zalecały przekładanie planowych zabiegów i operacji, jeśli nie było bezwzględnej konieczności ich wykonania. Nie mogliśmy też zapewnić bezpieczeństwa pacjentów, ponieważ bardzo szybko wyczerpywały się zapasy rękawiczek, brakowało kombinezonów, testów. Pacjenci zaczęli obawiać się kontaktów z systemem ochrony zdrowia, zakładali, że może to spowodować ryzyko zakażenia. Unikali wizyt w poradni, w szpitalach. Wprowadzono e-porady, okazały się jednak w kardiologii niezbyt dobrym substytutem normalnych wizyt. Co gorsza, pacjenci zaczęli również unikać kontaktów z personelem medycznym w stanach ostrych, jak zawał serca, udar mózgu, gdzie czas od wystąpienia objawów do rozpoczęcia interwencji odgrywa ogromną rolę, gdyż uszkodzenia niektórych narządów, w tym serca, są nieodwracalne. Żeby tę sytuację zmienić, PTK wraz z Ministerstwem Zdrowia, przeprowadziło kampanię edukacyjną „NIE #zostańdому z zawałem!”.

Pandemia spowodowała, z wielu względów, pogorszenie dostępu do systemu ochrony zdrowia. Jeśli pacjent miał pozytywny test w kierunku koronawirusa, to odraczano zabiegi, których wykonywanie w danym momencie nie było niezbędne. Wiele szpitali zostało przemianowanych w jednoimienne. Jeśli znajdowały się w nich oddziały kardiologiczne, to skupiały się wyłącznie na leczeniu osób zakażonych COVID-19 i problemach kardiologicznych. Przez to nie leczyły chorych przewlekłe, którzy nie mieli koronawirusa. Często ci pacjenci pozostawali bez opieki, gdyż w innych ośrodkach kolejki znacznie się wydłużyły.

W szpitalach covidowych pracują osoby, które normalnie zajmowały się pacjentami w innych szpitalach, w których dziś staramy się mniejszą

liczbą personelu zapewnić opiekę kardiologiczną. Niestety, nie ma przez to możliwości zajmowania się wszystkimi chorymi, którzy tego wymagają. A przecież jeszcze przed pandemią były kolejki do planowych procedur kardiologicznych.

Dane NFZ wskazują, że w 2020 roku liczba przyjęć do szpitali z przyczyn kardiologicznych spadła aż o 25 proc.; ci pacjenci pozbawieni zostali zabiegów. Liczba procedur wysoko specjalistycznych spadła o 10-20 proc. Oznacza to, że co piąta osoba nie uzyskała pomocy w 2020 roku. Udzielenie pomocy zostało przeniesione na 2021 rok; niestety, poza krótkim okresem w lecie, kiedy mieliśmy dobrą sytuację epidemiczną, nie mogliśmy odrobić „długu kardiologicznego”.

Jaka sytuacja jest teraz, w trakcie piątej fali COVID?

Możemy mówić o kolejnych falach, to pojęcie jest bardzo obrazowe, jednak naprawdę jest jedna pandemia, która ulega zaostrzeniu w poszczególnych okresach, co jest spowodowane kolejnymi mutacjami wirusa oraz większą predyspozycją do zapadania na infekcje wirusowe jesienią czy wczesną wiosną. Musimy patrzeć na informacje z krajów zachodnich, w których jest bardzo wysoka liczba zachorowań. Jesteśmy w tej szczęśliwej sytuacji, że wiemy, co nas czeka w ciągu kilku tygodni. To najwyższa pora na wprowadzanie pewnych działań, choć mogą się one wydawać drastyczne i uciążliwe. Spowodują jednak, że nie będziemy musieli przesuwac większości personelu medycznego do opieki nad chorymi na COVID.

Nie jestem w stanie zrozumieć, dlaczego w Polsce jest jeden z najniższych poziomów wyszczepienia w Europie. Rozumiem, że wszyscy mogą sobie mówić, że są zdrowi, a infekcja im niestraszna, jednak te same osoby zachowują się zupełnie inaczej, gdy po zakażeniu leżą w szpitalu i wymagają tlenoterapii. Musimy zdawać sobie sprawę z pewnej odpowiedzialności społecznej: nawet jeśli ktoś przechodzi łagodnie infekcję, to stanowi potężne zagrożenie dla innych osób. Również dla tych, które są zaszczepione, czyli zrobiły wszystko, co możliwe, żeby się chronić, mają jednak wiele chorób współistniejących i nawet błaha infekcja może spowodować u nich poważne konsekwencje. Jeśli spełnią się zapowiedzi stu tysięcy zachorowań dziennie, to nawet jeżeli mniejszy odsetek z nich będzie wymagał hospitalizacji, to będzie ich tak wiele, że praktycznie będziemy leczyć tylko chorych na COVID. Nie będziemy leczyć chorych kardiologicznych, którzy ➤

- będą tego wymagali. Dlatego tak ważne jest zaszczepienie się przeciw COVID-19.

COVID ma wpływ na układ oddechowy, powoduje zmniejszenie stężenia tlenu we krwi; jeśli ten stan trwa długo, pozostawia po sobie coś, co nazywamy (nieco poetycko) „mgłą covidową”. Tak naprawdę są to następstwa przewlekłego niedokrwienia mózgu. Mózg nie regeneruje się. W rezultacie osoba, która wcześniej świetnie liczyła w pamięci, może mieć problemy na poziomie tabliczki mnożenia. Zajęcie procesem chorobowym płuc nie zawsze cofa się do stanu sprzed choroby, ktoś, kto wchodził na czwarte piętro bez zatrzymywania się, teraz może nie być w stanie wejść na pierwsze.

Co oprócz szczepień należałoby zrobić, by poprawić sytuację pacjentów, jeśli chodzi o opiekę kardiologiczną?

Warto rozważyć „zdjęcie” limitów na procedury kardiologiczne, zarówno w kardiologii interwencyjnej, jak elektroterapii i elektrofizjologii. Zwłaszcza, że już niedługo może się okazać, że wykonywanie tych zabiegów będzie mocno ograniczone z powodu zamykania oddziałów albo braku personelu.

Druga rzecz: ważne byłoby wprowadzenie terapii, które poprawiają rokowanie u chorych kardiologicznych, np. w niewydolności serca. Warto byłoby też zliberalizować niektóre zapisy programów lekowych, żeby więcej osób mogło skorzystać z nowych technologii i nowych leków. Trzeba również objąć refundacją „nowe” leki poprawiające rokowanie choćby w niewydolności serca: floszyny i sakubitryl/ walsartan.

Dług kardiologiczny będzie nadal narastał?

Niestety tak; jestem o tym przekonany. Osoby trafiające do szpitali mają bardziej zaawansowane postaci chorób przewlekłych niż przed 2020 rokiem. Wymagają poważniejszych interwencji. Wszystko jest systemem naczyń połączonych: jeśli będziemy leczyć chorych efektywnie, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami towarzystw naukowych, to stan zdrowia pacjentów poprawi się, co spowoduje zmniejszenie konieczności hospitalizacji. Pośrednio przekłada się to na zmniejszanie długu kardiologicznego. Z drugiej strony; jeśli pacjenci są lepiej leczeni, nie muszą przebywać w szpitalu, to zmniejsza się u nich ryzyko zakażenia SARS-CoV-2. Staramy się testować pacjentów zanim zostaną przyjęci do szpitala, nie da się jednak wykluczyć sytuacji, że pacjent jest zakażony, a choroba rozwinie się dopiero po 2-3 dniach.

Długofalowo, by zmniejszać dług zdrowotny, musimy leczyć zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych. Leki, które są zalecane, wydłużają życie i zmniejszają ryzyko hospitalizacji: nawet o 20 proc. To bardzo dużo.

Na które leki najbardziej czekają dziś kardiolodzy i pacjenci?

W niewydolności serca są to floszyny oraz lek sakubitryl/ walsartan. To leki, które nie tylko wydłużają życie i zmniejszają ryzyko hospitalizacji. One poprawiają komfort życia, przywracają możliwość samodzielnej egzystencji a nawet powrót do pracy czy aktywności społecznej. Czekamy też na możliwość stosowania nowych leków zmniejszających stężenie cholesterolu. W ostatnich latach w zaleceniach bardzo mocno zmniejszają się docelowe wartości cholesterolu LDL u chorych z miażdżycą tętnic. Wiemy, jaka kombinacja terapii zmniejszających stężenie lipidów jest konieczna, by poprawić rokowanie pacjentów i osiągnąć cele terapeutyczne. W przypadku stężenia LDL cholesterolu obowiązuje zasada „im niżej, tym lepiej”.

Czy nie ma Pan Profesor jednak wrażenia, że w ciągu ostatnich 2 lat mówi się niemal wyłącznie o pandemii, a kwestia stosowania nowych leków kardiologicznych, nie do końca znajduje zrozumienie?

Mamy tendencję do tłumaczenia braku działania pandemią. Musimy z tym skończyć, bo świat i inne problemy również istnieją. W Polsce już mamy 180 tys. nadmiarowych zgonów, z czego połowa to zgony z powodu chorób przewlekłych, które możemy i powinniśmy lepiej leczyć.

W ubiegłym roku refundację uzyskało wiele częstoczek w onkologii. To bardzo dobrze, jednak warto pamiętać, że śmiertelność w niewydolności serca nie jest mniejsza niż w chorobach onkologicznych! Zgony kardiologiczne są pierwszą przyczyną zgonów w Polsce. My, lekarze, czuliśmy się o wiele bardziej komfortowo, gdybyśmy mogli zaoferować pacjentom terapię, które są dla nich najkorzystniejsze, gdyż zmniejszają ryzyko hospitalizacji i zgonu, poprawiają rokowanie, wydłużają życie. Poprawiają również rokowanie w przypadku zakażenia SARS-CoV-2.

Osoby z dobrze leczonymi chorobami przewlekłymi miałyby większe szanse wyjścia obronną ręką, jeśli zachorują na COVID-19?

Byłyby bardziej odporne na pogorszenie w zakresie stanu układu oddechowego, do którego dochodzi w COVID. Jeśli serce jest niewydolne, do tkanek doprowadza mniej tlenu. Jeśli dodatkowo zostaje pogorszona wymiana gazowa w przebiegu COVID, to skutki są bardzo poważne. Mamy tzw. drugi typ zawału serca: może do niego dojść nie z powodu dużych zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych, tylko z powodu gorszej wymiany gazowej, niedoboru tlenu. Niedokrwienie może być na tyle duże, że powoduje zawał serca.

Kolekdy pracujący w szpitalach covidowych opowiadają o przypadkach, kiedy chorują całe rodziny, połowa osób umiera. W statystykach widzimy to bezosobowo, nie widzimy dramatów całych rodzin. Musimy być bardziej odpowiedzialni i ten „gen nieposłuszeństwa” oraz „fantażję ułańską” schować na lepsze czasy. ■



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Przewlekła choroba nerek zabija częściej niż rak

Z **PROF. DR. HAB. N. MED. RYSZARDEM GELLERTEM**,
KONSULTANTEM KRAJOWYM W DZIEDZINIE NEFROLOGII,
ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ

Dane są szokujące: 4,5 mln osób w Polsce ma przewlekłą chorobę nerek, 90 proc. o tym nie wie. Dlaczego tak dużo osób choruje?

Te statystyki są podobne we wszystkich krajach. Choroba zaczyna się najczęściej ok. 40. roku życia, na skutek wielu czynników. Problemem jest to, że „nie boli”, a jedynym objawem często jest nadciśnienie tętnicze, choć również nie zawsze. Pacjent czuje się nieco słabszy, wydaje mu się jednak, że to jest normalne; czterdziestolatek często myśli: „Widocznie wcześniej się starzeję”. Zdarza się, że wstaje w nocy do toalety, jednak wydaje mu się, że to kwestia wieku albo wypijania dużej ilości płynów wieczorem. Panowie myślą, że może to problem z prostatą... Nie czują się chorzy. Są delikatne zmiany w zachowaniu, jednak nie wydają się pacjentowi problemem. Druga rzecz: jeśli pacjent na nic się nie skarży, to lekarz nie zleca badań. A nie ma badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób nerek: i to jest tragedia.

Jakie objawy powinny być jednak powodem niepokoju? Wspominał Pan o delikatnych objawach, które się pojawiają.

Są one bardzo nieswoiste: to np. uczucie zmęczenia, szybsze męczenie się, nieco gorszy apetyt. Jednak są to objawy, które występują późno, kiedy pacjent „stracił” już połowę nerek! Wczesnych objawów nie ma.

Dlaczego nerki zaczynają chorować?

Z powodu naszego stylu życia, nadmiaru leków, które przyjmujemy, środków konserwujących, które znajdują się w żywności, alergii na leki, na antybiotyki: przyczyn jest wiele. Gdy np. mamy wysypkę, to nie zdajemy sobie sprawy z tego, że problem dotyczy także nerek, tylko tego nie widać i nie czuć, bo w nerce nie ma nerwów czuciowych, bólowych. Dość późnym, ale wciąż jeszcze nikogo nie niepokojącym objawem, jest konieczność oddawania moczu w nocy. ➤

Nerki są wrażliwym narządem, ale bardzo długo potrafią chronić organizm przed toksemią mocznicową. Symptomatologia jest tak nikła, że jedynym sposobem, by wcześniej rozpoznać przewlekłą chorobę nerek, jest wykonywanie badania ogólnego moczu oraz sprawdzanie stężenia kreatyniny. Osoby, w których rodzinach ktoś miał przewlekłą chorobę nerek lub mają one cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, choroby reumatyczne, koniecznie powinny tego typu badania wykonywać co roku. Przewlekła choroba nerek skraca życie o 30 proc. Walczymy o to, żeby oczekiwany okres przeżycia wydłużyć o połowę. Jest więc o co walczyć.

Wystarczyłoby proste badanie profilaktyczne?

Tak, proste zalecenia, w stylu: „Masz nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom glukozy, białko w moczu, krwinki czerwone w moczu – oznacz kreatyninę”; „Masz 30 lat, zrób badanie moczu; masz 35 lat: oznacz pierwszy raz kreatyninę, nawet jeśli nigdy nie miałaś/ -eś problemu. A potem sprawdź, czy w normie jest eGFR”. Warto, żeby pacjenci o tym wiedzieli.

Dlaczego jednak lekarze nie kierują pacjentów na takie badania?

Bo pacjenci na nic się nie skarżą! A nie ma programu profilaktycznego, który zakłada wykonanie takich badań, zaś POZ nie ma środków, by je wykonywać.

Powinien być taki program profilaktyczny?

Tak, o to walczymy od lat jako środowisko, o to walczą pacjenci, przede wszystkim ci, którzy już stracili własne nerki, właśnie dlatego, że takiego programu nie było. Jednak oni mają 60-70 lat, są na rencie, emeryturze, zwykle schorowani; nie mają dużej siły przebicia w społeczeństwie. Co roku 100-120 tys. osób umiera przedwcześnie z powodu przewlekłej choroby nerek.

To więcej niż z powodu zawału serca?

Tak, to bardzo niedoceniona choroba, z racji małej symptomatologii. Ale ta choroba zabija, tak jak cukrzyca, wielokrotnie ryzyko zgonu z powodu zawału, udaru, nowotworu, czy infekcji. Cukrzycę też często wykrywa się przypadkiem, a nie dlatego, że ktoś ma objawy. W niewydolności nerek przyzwyczajamy się do tych delikatnych objawów, one narastają powoli. Nerki robią, co mogą; a my przyzwyczajamy się do tego, że jesteśmy słabsi, mamy mniejszą wydolność fizyczną czy mniej jemy – pacjenci często sami ograniczają sobie np. jedzenie mięsa, bo źle się po nim czują.

Dużo mówi się, jak dbać o serce. A jak dbać o nerki?

Tak samo: serce i nerki chorują razem. Zawsze, gdy choruje serce, to chorują też nerki, a gdy chorują nerki, to

choruje również serce. Zawsze razem; to jest uzasadnione fizjologicznie. Klasycznym przykładem jest nadciśnienie tętnicze: choroba nerek powoduje nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie tętnicze uszkadza nerki. Uszkadza też serce. Niewydolność serca zwykle wiąże się z niewydolnością nerek, różnie nasiloną. Te dwa narządy chorują razem. A leczy się je niemal tymi samymi lekami. Większość leków, które są skuteczne w hamowaniu choroby nerek, jest też skuteczna w leczeniu choroby serca. Niewydolność serca, zmiany niedokrwienne w sercu – te same zmiany są też obecne w nerkach. Tylko że nerki dużo dłużej nie dają o sobie znać.

Osoby mające nadciśnienie tętnicze są dużo bardziej narażone na choroby nerek?

Zwykle mają już chore nerki.

Są leki, które mogą chorobę zatrzymać?

Tak, jednak nie leczy się choroby, o której się nie wie. Choroba skraca oczekiwaną dalszą długość życia o ok. 30 proc. Jeśli jednak nic nie zrobimy, nie zaczniemy leczyć, to za kilka lat ta oczekiwana długość życia będzie krótsza o 80 proc. Walczymy więc np. o 20 lat życia 40-latką, który statystycznie miałby przed sobą jeszcze 40 lat życia, gdyby nie choroba nerek. Połowa osób, które dożywają schyłkowej niewydolności nerek, kiedy są już konieczne dializy lub przeszczepienie nerki, wcześniej nawet nie wiedziały, że choruje! A prze-

Wiemy, że serce i nerki chorują razem. Zawsze, gdy choruje serce, to chorują też nerki, a gdy chorują nerki, to choruje również serce. Zawsze razem.

cież większość z nich chodziła do lekarza, tylko nikt nie rozpoznawał u nich choroby. Lekarze o tym wszystkim wiedzą, to nie jest wiedza nieznana; nie zleca się jednak badań, jeśli pacjent nie ma objawów, na nic się nie skarży.

Ktoś musi wziąć na siebie – może nie tyle odpowiedzialność, ile satysfakcję z dobrego dbania o społeczeństwo – i zalecić wykonywanie takich badań, gdyż rozmawiamy o czymś, co może wydłużyć średnią długość życia w Polsce o 2 lata! Ta choroba bardzo dużo kosztuje, nie tylko zdrowie i życie pacjenta, ale także całe społeczeństwo. Z powodu chorób nerek tracimy rocznie ok. 7 mld zł: w postaci rent, utraconych podatków, zwolnień lekarskich, hospitalizacji.

Duża część pacjentów zgłasza się do nefrologów na II miesiącu przed koniecznością dializ...

Niestety, są też kolejki do poradni nefrologicznych, jest zbyt mało nefrologów, bo skoro „nie ma choroby”, to „nie ma lekarzy”. Żeby ten samonapędzający się mechanizm przerwać, trzeba przede wszystkim chorobę wykrywać i uświadomić społeczeństwu, że ona jest, trzeba się badać, leczyć. Bez odpowiednich wskázówek ze strony Ministerstwa Zdrowia, niewielu lekarzy rodzinnych zacznie tę chorobę wykrywać. Są zalecenia towarzystw naukowych: kardiologicznego, nefrologicznego, diabetologicznego, jednak okazuje się to niewystarczające.

Gdyby miał Pan rekomendować zmiany w systemowym leczeniu przewlekłej choroby nerek: jakie byłyby Pana zalecenia?

Trzeba wprowadzić tzw. koordynowaną opiekę nefrologiczną; pracuję nad tą koncepcją od 20 lat; od 10 lat środowisko nefrologiczne zaczęło zabiegać o jej wprowadzenie, od 6 lat czekamy na jej wdrożenie: projekt jest gotowy. Pandemia przerwała początek jego realizacji. Jednak środowisko nefrologiczne dużo potrafi, co widać po tym, jak udało się nam w czasie pandemii COVID-19 zmniejszyć śmiertelność pacjentów z upośledzoną odpornością, m.in. dializowanych, do poziomu, który był przed epidemią. Pacjenci nie umierali częściej. Wiemy, jak o nich zadbać, mamy to szczegółowo opracowane. Potrzeba jednak zachęty, by to robić, podobnie jak np. w przypadku programu przesiewowego raka jelita grubego, raka piersi, raka szyjki macicy. Raka wszyscy się boją, jednak przewlekła choroba nerek zabija częściej niż rak, tylko wolniej. W 2040 roku będzie to piąta przyczyna śmiertelności przedwczesnej.

Czyli niezbędne są badania profilaktyczne, a potem opieka koordynowana?

Wykonywanie badania ogólnego moczu i oznaczenie poziomu kreatyniny powinno być obowiązkowe. Kiedyś takie badania były wykonywane w ramach medycyny pracy. Trzeba takiego badania wymagać. Większość pacjentów wie, że powinna sprawdzić od czasu do czasu stężenie cholesterolu czy glukozy, jednak o sprawdzeniu kreatyniny nikt nie myśli. Być może za każdym razem, gdy lekarz zleca sprawdzenie cholesterolu czy glukozy, powinien zlecić też sprawdzenie kreatyniny. Zwłaszcza że wiemy, jak chorobę leczyć, mamy leki. W przypadku wczesnych stadiów choroby nerek, gdy nie ma jeszcze dużych zaburzeń w organizmie, świetnie poradzą sobie lekarze rodzinni, kardiolodzy, diabetolodzy; muszą tylko mieć świadomość, że pacjent choruje.

Powtarza Pan, że dializy to sukces nefrologów, ale klęska medycyny...

Tak, klęska, bo nie udało się uratować pacjentowi jego własnych nerek, a jest to możliwe. W Polsce każdego roku 6 tys. osób rozpoczyna leczenie dializami, a 3 tys. z nich nawet nie wiedziało, że ma chorobę nerek, zanim nie trafiło na dializy. To jest wręcz skandal. Każdego roku 100-120 tys. osób rocznie umiera przedwcześnie bez szansy na leczenie, bo nie miało świadomości, że choruje! A tylko 6 tys. osób dożyło do schyłkowej niewydolności nerek; takie są proporcje.

Jak pacjenci z chorobami nerek przeszli epidemię COVID-19? Początkowo mówiło się o bardzo wysokiej śmiertelności...

Początkowo śmiertelność osób dializowanych i po przeszczepieniu nerek była bardzo wysoka, ok. 28 proc. Problemem było też to, że pacjenci zarażali się 40-krotnie częściej, w porównaniu z populacją ogólną. Obniżona odporność pacjentów dializowanych powodowała, że częstość występowania zakażeń była

Wystarczą proste zalecenia, w stylu: „Masz 30 lat, zrób badanie moczu; masz 35 lat: oznacz pierwszy raz kreatyninę, nawet jeśli nigdy nie miałaś/-eś problemu. A potem sprawdź, czy w normie jest eGFR”.

40-krotnie wyższa. Dzięki wielu zmianom organizacyjnym, które udało nam się wprowadzić, a także dzięki szczepieniom, udało się zmniejszyć poziom zakażeń praktycznie do takiego, jak w populacji ogólnej. Obecnie ci pacjenci nie chorują dużo częściej niż populacja ogólna, jak również nie umierają z tego powodu częściej. Dzięki temu uratowaliśmy wiele osób, to zasługa nefrologów. W tym bardzo trudnym czasie udawało się też nefrologom wykonywać badania, które umożliwiały co roku przeszczepienie nerki u blisko 800 osób. Można powiedzieć: wbrew całemu systemowi, gdyż nie było specjalnych funduszy, żeby zgłaszać i kwalifikować pacjentów do przeszczepów, wykonać odpowiednie badania; ani transplantolodzy, ani nefrolodzy nie mają na to środków.

Wiemy, że bardzo ważne jest to, żeby przeszczepić nerkę, zanim pacjent zacznie być dializowany, jednak nasz system ochrony zdrowia bardzo to utrudnia. Udaje się to najwyżej u 50 osób rocznie, przełamanie barier stawianych przez system opieki zdrowotnej jest wręcz nieprawdopodobnym wysiłkiem. Dla chorób nowotworowych stworzono kartę DİLO, taka sama szybka ścieżka powinna być stworzona dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, by w momencie stwierdzenia obniżonego eGFR, wykonać odpowiednie badania i rozpocząć leczenie. ■



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

ROZMOWA Z **DR. HAB. N. MED. DOMINIEM DYTFEDEM**,
PREZESEM POLSKIEGO KONSORCJUM
SZPICZAKOWEGO (POLISH MYELOMA
CONSORTIUM).

ATLAS na ASCO, czyli nowy sposób leczenia szpiczaka opracowany przez polskich hematologów

Polscy hematoonkolodzy zmieniają sposób leczenia szpiczaka?

Mamy nadzieję, że tak się stanie, choć nasze badanie dotyczyło tylko jednego z aspektów leczenia szpiczaka, to znaczy leczenia podtrzymującego po przeszczepieniu szpiku. Warto jednak przypomnieć, że w przypadku przeszczepienia szpiku rokowanie pacjentów jest w tej chwili najlepszą opcją leczenia. Stosowanie leczenia podtrzymującego, gdy pacjent znajduje się w remisji choroby, to szansa na to, że choroba nie wróci przez długie lata.

Badanie ATLAS to niekomercyjne badanie kliniczne. Niekomercyjne, czyli nie realizowane przez firmę farmaceutyczną, tylko jako pomysł naukowców. Jak to się stało, że Polskie Konsorcjum Szpiczakowe rozpoczęło ten projekt?

Badanie ATLAS to jedno z pierwszych niekomercyjnych badań Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego i pierwsze badanie polsko-amerykańskie, prowadzone we współpracy z prof. Andrzejem Jakubowiakiem z Uniwersytetu w Chicago, światowej sławy hematologiem, pomysłodawcą i głównym badaczem po stronie amerykańskiej. Celem badania ATLAS było porównanie skuteczności dwóch rodzajów leczenia podtrzymującego u chorych na szpiczaka plazmocytozy po autologicznym przeszczepieniu szpiku. W badaniu wzięło udział 159 pacjentów z Polski oraz

21 z USA; w ramieniu badanym podawano karfilzomib z lenalidomidem i deksametazonem (KRd); w ramieniu kontrolnym lenalidomid. Badanie prowadzimy od 5 lat.

Zaproszenie do zaprezentowania wyników badań podczas największego zjazdu onkologicznego było zaskoczeniem?

I niezwykle wyróżnieniem. Do prezentacji ustnych podczas ASCO są zakwalifikowane tylko najciekawsze prace. Dodatkowym wyróżnieniem jest to, że prezentacja została również zakwalifikowana do elitarnej grupy najciekawszych abstraktów „Best of ASCO”.

Z jakim przyjęciem spotkaliście się podczas ASCO?

Prezentacja wzbudziła duże zainteresowanie zarówno podczas ASCO jak EHA. Było to najważniejsze badanie dotyczące leczenia szpiczaka, badanie trzeciej fazy; jedyne, które porównywało standardowe leczenie podtrzymujące po transplantacji szpiku (lenalidomidem) do nowej terapii KRd. Wiele osób podchodziło do mnie po prezentacji, artykuł na temat naszego badania ukazał się na pierwszej stronie ASCO News. Nie jest to jeszcze może badanie na Nagrodę Nobla, jednak na pewno jest to znaczące badanie, szeroko komentowane.

Badany sposób leczenia okazał się bardziej skuteczny?

Tak, badanie ATLAS pokazało, że podawanie schematu KRd jest skuteczniejsze niż dotychczas stosowane leczenie. Mamy nadzieję, że dzięki temu nasza terapia zostanie uznana za nowy standard leczenia. Dodatkowo, u części pacjentów, którzy mieli dobre rokowanie, po 6 cyklach sprawdzaliśmy, czy mają chorobę resztkową. Jeśli jej nie mieli, a dodatkowo byli to chorzy niskiego ryzyka cytogenetycznego, to po 8 cyklach (zamiast 36) „łagodiliśmy” leczenie, to znaczy przechodziliśmy na podawanie samego lenalidomidu. Udowodniliśmy, że tego rodzaju postępowanie jest właściwe, a pacjenci bardziej korzystają na takim leczeniu niż ci, którzy przyjmowali sam lenalidomid.

Dodatkowo, nasze badanie jest jednym z nielicznych, w ramach którego modyfikuje się terapię na podstawie wyniku badania MRG (minimalnej choroby resztkowej oraz ryzyka cytogenetycznego). To unikalne w skali świata, niewiele jest tego rodzaju badań klinicznych.

Jakie są efekty stosowania KRd po przeszczepieniu szpiku?

Udowodniliśmy, że jest to leczenie bardzo bezpieczne. Mimo że jest to terapia trójkłowa, to jej tolerancja była dobra. To bardzo ważne, ponieważ konieczne są częste wizyty w szpitalu, gdyż leki trzeba podawać kilka razy w miesiącu. Pacjenci mieli jednak poczucie, że to leczenie im służy, byli gotowi poświęcić swój czas. Mogło budzić zdziwienie podawanie tak intensywnej terapii w czasie remisji choroby, gdy pacjent nie ma żadnych objawów – a tak właśnie się dzieje po przeszczepie szpiku. Nasi pacjenci bardzo dobrze jednak rozumieli, że podanie terapii daje im większą szansę na dłuższy czas remisji choroby.

Choroba u nich nie wróciła?

U części nie. Niestety, u części nastąpił nawrót, szpiczak niestety jest chorobą nawrotową. Jednak redukcja ryzyka progresji i zgonu u chorych leczonych nowym schematem wynosiła aż 44 proc. Mediana czasu wolnego od progresji to 59 miesięcy dla schematu KRd i 41 miesięcy dla lenalidomidu. Dla połowy pacjentów uczestniczenie w naszym badaniu klinicznym i otrzymywanie trójkłowego schematu oznaczało 5 lat bez choroby. To bardzo dużo w przypadku szpiczaka.

Jest szansa, że to badanie zmieni sposób leczenia szpiczaka?

Tak właśnie dlatego tak nam zależało, żeby ogłosić wyniki właśnie podczas ASCO. W Stanach lekarz indywidualnie dobiera leczenie do pacjenta, proponuje mu taką terapię, jaką uzna, że jest dla niego najlepsza.

Schemat opracowany przez polskich naukowców będzie zalecany przez światowe towarzystwa hematologiczne?

Mamy nadzieję, że tak się stanie. Wierzimy, że może to zmienić sposób leczenia i pomóc pacjentom. Niestety, w Polsce na takie leczenie pewnie będziemy musieli jeszcze poczekać. Na razie wciąż jeszcze czekamy na wprowadzenie w ogóle leczenia podtrzymującego po przeszczepieniu, gdyż nie jest ono dostępne, to znaczy: refundowane.

Dla chorych w Polsce udział w tym badaniu miał ogromne znaczenie, gdyż obydwie grupy chorych dostały lepsze leczenie niż jest dostępne w ramach refundacji?

Tak, 159 osób w Polsce dostało leczenie podtrzymujące po przeszczepieniu, które nadal w Polsce nie jest niestety refundowane. Mogę powiedzieć, że takie leczenie powinno być stosowane – z przesłanek lekar-

Celem badania ATLAS było porównanie skuteczności dwóch rodzajów leczenia podtrzymującego u chorych na szpiczaka plazmocytozowego po autologicznym przeszczepieniu szpiku.

skich, medycznych, ludzkich. Standardowo czas po przeszczepieniu bez progresji choroby to ok. 2 lata, dzięki leczeniu podtrzymującemu lenalidomidem wydłuża się on do ok. 4 lat, a w przypadku podawania schematu KRd – do 6 lat.

To czas życia, dla pacjentów nieoceniony...

Tak; dlatego z jednej strony chcemy zmieniać standard leczenia na świecie, z drugiej – pomagamy pacjentom w Polsce. Z trzeciej – cieszymy się, że polska nauka wchodzi na salony światowej nauki. To ogromne uznanie dla polskich lekarzy, naukowców, uniwersytetów. Pokazanie, że jeśli tylko się chce, to można osiągnąć bardzo wiele.

Czy prowadzicie kolejne badania?

Polskie Konsorcjum Szpiczakowe prowadzi obecnie 5 badań niekomercyjnych, w tym kolejne badanie polsko-amerykańskie COBRA w leczeniu indukującym szpiczaka. Cieszę się, że możemy nadal rozwijać polsko-amerykańską współpracę. Mam nadzieję, że kolejne badania również okażą się sukcesem, rozwiną polską naukę, a przede wszystkim pomogą pacjentom.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz



Z **PROF. DR. HAB. JOANNA NARBUTT**, KIEROWNIKIEM KLINIKI DERMATOLOGII, DERMATOLOGII DZIECIĘCEJ I ONKOLOGICZNEJ UM W ŁODZI, KRAJOWYM KONSULTANTEM W DZIEDZINIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII, ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ.

Musimy zmienić myślenie o chorobach dermatologicznych

FOT. URSZULA CZAPLA

W marcu odbył się kongres Amerykańskiej Akademii Dermatologii, jedna z największych konferencji dermatologicznych na świecie. Jakie były najważniejsze doniesienia tam prezentowane? Czy widać, jak zmienia się dermatologia?

Doniesienia kongresowe pokazały, jak bardzo obecnie dermatologia się rozwija, zwłaszcza w kierunku leczenia systemowego wszystkich przewlekłych chorób o przebiegu zapalnym, takich jak łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, wyprysk alergiczny, łysienie plackowate, bielactwo. Jednym z wiodących tematów było właśnie łysienie plackowate oraz bielactwo, ponieważ przez wiele lat – można powiedzieć – staliśmy w miej-

scu, jeśli chodzi o leczenie tych schorzeń. Obecnie ukazały się pierwsze wyniki badań klinicznych nowych cząsteczek, głównie inhibitorów kinaz janusowych. Wydaje się, że będą one światłem w tunelu dla pacjentów z tymi chorobami. To ważne, gdyż widzimy, że takich osób przybywa; schorzenia te zaczynają w coraz większym stopniu dotyczyć również populacji dziecięcej.

Przełomem jest również trend pokazujący, że co prawda w dermatologii nadal podstawą pozostaje leczenie miejscowe, przeciwzapalne, jednak w większości chorób będziemy stosować również leki ogólne, systemowe, m.in. biologiczne, które znajdują duże zastosowanie w medycynie.

W trakcie kongresu wiele sesji było poświęconych relacji pacjent-lekarz, poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta, holistycznej opiece nad chorymi. Przewlekłe choroby skóry, również z powodu stygmatyzacji, która się z nimi wiąże, mają bardzo negatywny wpływ na jakość życia, funkcjonowanie zawodowe, społeczne. Mówiło się o tym już od pewnego czasu, obecnie jednak przykładą się do tego coraz większą wagę. Pomaga to spojrzeć na pacjenta w sposób holistyczny.

Dermatologia idzie w bardzo ciekawym kierunku, będzie wymagała od nas zdobywania wiedzy na temat farmakoterapii, działań niepożądanych, stosowania leków dermatologicznych łącznie z terapiami przyjmowanymi przewlekłe przez pacjenta z powodu innych schorzeń. Bardzo rozwija się również medycyna estetyczna, która w dużej części jest działką dermatologii. Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej nie są już wykorzystywane wyłącznie w celu poprawienia urody, ale również mocno wspomagają kurację dermatologiczną. Przykładem jest ciężki trądzik, po którego wyleczeniu często pozostają blizny. Obecnie są już możliwości z zakresu medycyny estetycznej, głębokie pilingi, laseroterapia, które dopełniają farmakoterapii, by podnieść jakość życia pacjenta. Jest to wręcz element leczenia.

Coraz większą rolę w leczeniu dermatologicznym odgrywa leczenie systemowe. Oznacza to, że choroba skóry nie jest „tylko” chorobą skóry? Choruje cały organizm?

Skóra ma swój własny układ immunologiczny i własny układ endokrynologiczny – to również są odkrycia ostatnich lat. Coraz więcej dowiadujemy się na ten temat. Skóra to bardzo ważny organ, który musi być przestrzajany ogólnoustrojowo, gdyż stosowanie preparatu miejscowego wyłącznie na wykwit skórny nie jest w stanie zablokować rozwijania się procesu chorobowego. Niestety, nawet wielu lekarzy, którzy nie są dermatologami, postrzega wykwity na skórze jako coś, co wystarczy posmarować i powinno zniknąć. Tak nie jest. Skóra ma wyjątkową pamięć immunologiczną, jest bardzo skomplikowanym organem.

Również pacjentom pewnie często trudno wytłumaczyć, że konieczne jest przewlekłe leczenie. A nie jest łatwo stosować się do zaleceń przez miesiące i lata...

Musimy zmienić myślenie o chorobach dermatologicznych. Jeśli pacjent choruje na cukrzycę, to wie, że przez całe życie konieczne jest przyjmowanie leków albo insuliny. Choroby skóry przez wiele lat były postrzega-

ne jako zmiany na skórze, które pojawiły się i trzeba się ich pozbyć. Pacjenci nie rozumieją, że to przewlekłe choroby, często trwające przez całe życie. Nie potrafimy dziś wyleczyć łuszczycy czy atopowego zapalenia skóry; możemy jednak wprowadzić pacjenta w remisję, stosować niskie dawki leków, nawet próbować je na jakiś czas odstawić, licząc, że na tyle przestroiliśmy immunologicznie skórę, że da sobie ona przez pewien czas radę.

Dużym problemem jest też to, że wiele chorób dermatologicznych dotyczy młodych dorosłych, a także populacji dziecięcej.

Dzieciom i młodzieży szczególnie trudno przestrzegać zaleceń i pogodzić się z tym, że choroba może trwać przez całe życie...

To prawda, trudno im przestrzegać zaleceń, jeśli konieczne jest codziennie stosowanie leczenia miejscowego, a często tak właśnie się dzieje. To duży problem psychologiczny. Problemem jest również stygmatyzacja, zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży. Wszędzie panuje kult bycia pięknym, a coś bardziej widać niż skórę i włosy?

Mówiła Pani o przełomach, jakie pojawiają się, jeśli chodzi o leczenie łysienia plackowatego, bielactwa, ale również, że te problemy coraz częściej dotyczą dzieci. Dlaczego tak się dzieje?

To choroby o podłożu autoimmunologicznym, ich liczba wzrasta, podobnie jest z innymi chorobami o podłożu autoimmunologicznym, jak np. cukrzyca typu 1. Na pewno dużą rolę odgrywają czynniki genetyczne, jednak również środowiskowe, jak infekcje, przewlekły stres,

Skóra to bardzo ważny i skomplikowany organ, który musi być przestrzajany ogólnoustrojowo, ma również wyjątkową pamięć immunologiczną. Stosowanie preparatu miejscowego wyłącznie na wykwit skórny nie jest w stanie zablokować rozwijania się procesu chorobowego.

być może również bardziej modyfikowana żywność. Dużą wagę przykładalabym do przewlekłego stresu, który towarzyszy nam wszystkim od najmłodszych lat. To jeden z uznanych czynników wywołujących choroby autoimmunologiczne.

Na pewno lepiej dziś też diagnozujemy choroby skóry, lepsza jest też dostępność do specjalistów, większa świadomość pacjentów, że można coś z danym problemem zrobić, bardzo rozwija się też farmakoterapia. Wszystko to powoduje, że pacjentów przybywa. ➤

➤ ***Jak ocenia Pani Profesor dostęp w Polsce do najnowocześniejszych terapii dermatologicznych?***

Bardzo wiele w ostatnim czasie się zmieniło, największy sukces dotyczy leczenia łuszczycy. Obecnie mamy już duże portfolio nowoczesnych leków refundowanych, choć jest jeszcze kilka rzeczy, które chcielibyśmy zmienić i mam nadzieję, że uda się to w miarę szybko. Zależy nam na zmianach w już istniejących programach lekowych, na możliwości zwiększenia liczby leków do leczenia łuszczycy u dzieci. W AZS mamy refundację dupilumabu, pierwszego leku biologicznego, który jest absolutnym przełomem i będzie złotym standardem w leczeniu tej choroby. Na razie mamy jego refundację tylko w leczeniu osób dorosłych, mam jednak nadzieję, że w tym roku uda się go zrefundować przynajmniej jeszcze dla młodzieży, ponieważ w tej grupie szczególnie ważne jest dobre leczenie i pomoc. Walczymy nie tylko o skórę, ale też o zdrowie psychiczne.

Jakie są więc największe wyzwania jeszcze na ten rok?

Mamy nadzieję na ostateczne zniesienie pewnych granic administracyjnych w programach lekowych, przede wszystkim zniesienie przerwy w leczeniu; chcielibyśmy zwiększyć portfolio leków dla dzieci w łuszczycy, wprowadzić dupilumab dla młodzieży; te kwestie są najważniejsze. W wielu krajach świata pacjenci mają dostęp także do innych nowoczesnych leków, m.in. inhibitorów kinaz janusowych; liczymy na to, że one również wejdą do leczenia. Zdajemy sobie jednak sprawę, że ze względu na cenę może to być problemem.

Refundacja nowych leków, w tym biologicznych, dotyczy zwykle pacjentów chorujących na łuszczycę czy AZS. W wielu krajach te bardzo nowoczesne leki są stosowane off label, poza wskazaniami, także w innych chorobach skóry. To drogie leki, a terapia jest przewlekła, pacjentów nie stać na ich zakup. Firmy występują o refundację zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, jednak ChPL jest opracowana na podstawie badań klinicznych, a dla małych grup pacjentów takie badania często nie są wykonywane. Muszę jednak zaznaczyć, że z roku na rok mamy coraz więcej pieniędzy przeznaczanych w ramach Funduszu Medycznego dla szpitali o trzecim poziomie referencyjności, możemy też korzystać z Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych, procedura jest dużo prostsza niż kilka lat temu. Dlatego dziś mamy dużo większe możliwości, by pacjentowi pomóc.

Polska dermatologia dziś nie odbiega od światowej?

Zdecydowanie jesteśmy na światowym poziomie. Mamy dostęp do wiedzy, możliwość uczestniczenia w kongresach naukowych, wiemy, jak pokierować pacjentem. W Polsce toczy się dużo badań klinicznych, które dają pacjentom dostęp do nowoczesnych terapii, często z nich korzystają, są to badania wieloośrodkowe, trzeciej fazy, bardzo dobrze monitorowane. Pacjenci są coraz bardziej świadomi korzyści z badań klinicznych, często sami ich poszukują.

Jak epidemia COVID-19 zmieniła leczenie chorób skóry?

Na początku pandemii wszyscy zachwycili się telemedycyną w dermatologii, przyznam jednak, że nie mam z nią zbyt dobrych doświadczeń. We wszystkich chorobach przewlekłych pacjenci kontynuujący leczenie i będący w stabilnym stanie mogą kontaktować się poprzez telemedycynę z lekarzami, szczególnie, jeśli byłoby to możliwe poprzez wideoczaty. Jeżeli jednak chodzi o wizyty pierwszorazowe, to teleporady w dermatologii zupełnie się nie sprawdzają. Mieliśmy przypadki na początku pan-

Pacjent chorujący na cukrzycę wie, że przez całe życie będzie musiał przyjmować leki albo insulinę. Choroby skóry przez wiele lat były postrzegane jako wykwyty skórne, które pojawiły się i trzeba się ich pozbyć. Pacjenci nie rozumieją, że są to przewlekłe choroby, często trwające przez całe życie.

demii, kiedy np. lekarz zalecał leczenie na trądzik – bo tak wynikało z opisanych objawów – a po kilku dniach pacjent przyjeżdżał na izbę przyjęć i okazywało się, że choruje na półpaśca.

Teleporady mogą mieć swoje miejsce w leczeniu, jednak prawdziwa medycyna face to face pozostanie. Tym bardziej, że wiemy, jak ważne jest holistyczne podejście do pacjenta, wysłuchanie go, przekonanie do leczenia.

Na początku pandemii dużo mówiło się o zmianach skórnych towarzyszących COVID-19. Czy dziś jest już opisywana nowa jednostka chorobowa, jak pocovidowe zmiany skórne?

W przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 występowały zmiany skórne, nie były one bardzo odmienne od występujących w przebiegu innych chorób wirusowych. Najczęstszym problemem jest obecnie łysienie pocovidowe – to klasyczne łysienie poinfekcyjne. U niektórych pacjentów faktycznie utrata włosów była duża. Dobrą wiadomością jest jednak to, że po kilku miesiącach następuje odrost włosów. ■



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. PIOTREM RUTKOWSKIM**,
KIEROWNIKIEM KLINIKI
NOWOTWORÓW TKANEK MIĘKKICH,
KOŚCI I CZERNIAKÓW NARODOWEGO
INSTYTUTU ONKOLOGII IM. MARII
SKŁODOWSKIEJ-CURIE – PIB.

Nietypowe oblicze czerniaka

Czy wciąż obowiązuje schemat ABCDE, czyli: A (asymetria), B (nierówne brzegi), C (kolor: czerwony lub czarny), D (duży rozmiar), E (ewolucja, czyli postępujące zmiany)? Można na tej podstawie podejrzewać, a nawet rozpoznać, czerniaka?

Ten schemat obowiązuje dla większości czerniaków, które możemy wykryć i zdiagnozować „okiem nieuzbrojonym”, czyli wtedy, gdy pacjent bada się sam lub lekarz wysuwa podejrzenie czerniaka. Dla bardzo wczesnych czerniaków ten schemat może nie wystarczyć, gdyż nie zawsze spełniają one te wszystkie kryteria. Dlatego często niezbędne jest wykonanie badania dermatoskopowego.

Jeśli chodzi o schemat ABCDE, to bardzo ważnymi kryteriami oceny jest asymetria, nierówne brzegi, kolor, rozmiar, jednak najważniejsza jest ewolucja, czyli zmiana. Powinniśmy szczególnie zwracać uwagę na dwa przypadki: pierwszy – na skórze już była zmiana barwnikowa, która zaczęła się zmieniać. Drugi: pojawiła się nowa zmiana, która zaczyna rosnąć. Na podstawie kryterium ABCDE można rozpoznać ok. 50-60 proc. wczesnych czerniaków, dlatego bardzo ważne jest badanie dermatoskopowe.

Jakie są nietypowe miejsca, gdzie może pojawić się czerniak?

Czerniaki mogą pojawiać się w miejscach trudno dostępnych, dlatego tak ważna jest ocena całej skóry. Rzadko występują one na owłosionej skórze głowy, choć tak może się zdarzyć. Nietypowe miejsca to również dłonie, stopy, przestrzenie międzypalcowe, okolice narządów płciowych, odbytu. To nie są miejsca standardowo badane; pacjent musi się zgłosić, chce pokazać swoją skórę.

Czerniak na błonach śluzowych czy np. w okolicach narządów płciowych jest wykrywany przez pacjenta?

Część tych zmian może być wykryta podczas badań ginekologicznych. Z kolei czerniak w obrębie błony śluzowej jamy ustnej jest czasem wykrywany przez stomatologa lub laryngologa. Czerniak oka może zdiagnozować okulista. Są to jednak rzadko występujące zmiany.

Jaka jest czułość badania wykonanego dermatoskopem?

W przypadku osoby wykształconej w dermatoskopii czułość i swoistość diagnostyczna wynosi ok. 95-98 proc. Zdarza się jednak, że nawet bardzo dobry dermatoskopista nie rozpozna czerniaka. Powodem jest to, że obraz czerniaka jest bardzo różnorodny, szczególnie gdy jest to czerniak bezbarwnikowy: są to zdecydowanie trudniejsze przypadki do wykrycia. Ludzkie ➤

- oko ma swoje ograniczenia, mimo bardzo precyzyjnych urządzeń. Jednak jak na razie automatyczne sposoby detekcji, z wykorzystaniem sztucznej inteligencji, nie okazały się skuteczniejsze.

Elementy sztucznej inteligencji są już wykorzystywane w diagnostyce?

Tak, gdy wykonujemy wideodermatoskopię, to systemy analizujące obraz mogą informować, że zmiana jest podejrzana. Często jednak, gdy później przyglądam się tym zmianom, to widzę, że wideodermatoskop wykry-



FOT. DEPOSITPHOTOS

wa zmiany, które nie są nowotworowymi. Zależy nam na tym, żeby wykryć czerniaka we wczesnym stadium, ale po drugie – żeby nie wykonywać niepotrzebnie wycięcia zmian skórnych. Zdarza się, że pacjent ma nawet kilkadziesiąt zmian skórnych, nie chodzi o to, żeby je wszystkie usunąć, gdyż nie jest to potrzebne. Większość to nie są zmiany nowotworowe.

Rocznie w Polsce wykrywa się ok. 4 tys. zachorowań na czerniaki. Część zmian jednak jest bardzo trudnych do interpretacji, np. na skórze twarzy, występujące u osób w wieku podeszłym. Mogą to być rozległe zmiany o charakterze plam soczewicowatych, na których niekiedy rozwija się czerniak. W obrębie zmiany, która jest łagodna, bardzo trudno wykryć małe ognisko czerniaka. W takich przypadkach możemy wykorzystać inne metody badania, jak refleksyjna mikroskopia konfokalna, dostępna w kilku miejscach w Polsce. To bada-

nie może być również przydatne w przypadku występowania zmian w znamionach wrodzonych: często wcale nie jest to czerniak, po prostu znamię ulega degeneracji. To badanie bardzo czułe, niestety trwa bardzo długo, dlatego w realiach klinicznych nie zawsze jest możliwe jego przeprowadzenie.

Jakie mogą być objawy czerniaka gałki ocznej?

Niepokój mogą wzbudzić np. zaburzenia widzenia: w takich przypadkach zawsze należy iść na wizytę do okulisty. Zdarza się jednak też, że czerniak jest wykrywany przypadkowo w trakcie badania okulistycznego, nie dawał wcześniej żadnych objawów. Większość tych czerniaków leczy się za pomocą radioterapii, żeby nie usuwać gałki ocznej.

Jak obecnie wygląda dostęp do nowoczesnego leczenia w Polsce? Czy dziś jest on już optymalny, jeśli chodzi o te bardziej zaawansowane stadia czerniaka?

Tak, jeśli chodzi o dostęp do nowoczesnego leczenia, to jest on bardzo dobry. Obecnie w Polsce funkcjonu-

W 2020 roku o ok. 15 proc. spadła liczba nowo rozpoznawanych czerniaków. W 2021 roku liczba kart DILO i rozpoznań czerniaka była rekordowa.

je 30 ośrodków, które mają dostęp do wszystkich metod leczenia czerniaka, to znaczy do immunoterapii i leczenia ukierunkowanego molekularnie. Liczba tych ośrodków jest na dziś wystarczająca. Zależy nam na tym, żeby wszystkie zespoły w ośrodkach zajmujących się leczeniem były dobrze wyedukowane, dlatego nasza Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Narodowym Instytucie Onkologii zaproponowała krótkie staże dla lekarzy z ośrodków, które mają programy lekowe.

W wielu specjalnościach onkologów zwracają uwagę, że z powodu pandemii były duże opóźnienia diagnostyczne. Czy jest to widoczne również, jeśli chodzi o czerniaki?

Tak, mamy dane pokazujące, że w 2020 roku o ok. 15 proc. spadła liczba nowo rozpoznawanych czerniaków. Natomiast w 2021 roku wzrosła o ok. 10 proc.; liczba kart DILO i rozpoznań czerniaka była w tym roku rekordowa. Na szczęście, poza jednostkowymi przypadkami, nie widać obecnie przypadków bardzo zaawansowanych czerniaków; zwykle są one wykrywane we wcześniejszych stadiach.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Pierwsze Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny

Gości oczarowały arie w wykonaniu Eweliny Sielskiej-Badurek i Pawła Pecuszoka. Podczas koncertu Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny miała miejsce aukcja na rzecz II stypendium naukowego Nagrody Zaufania Złoty OTIS. Pięć prac wylicytowano za łączną kwotę 6600 zł. Kilka dni po koncercie 1500 zł przekazała Izba Gospodarcza Farmacja Polska.

Paweł Kruś, witając gości, gorąco podziękował doktorowi Pawłowi Pecuszokowi i dyrektorowi Andrzejowi Mrowcowi, dzięki którym koncert Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny z aukcją na rzecz II stypendium naukowego Nagrody Zaufania Złoty OTIS odbył się w siedzibie Warszawskiego Towarzystwa Muzycznego, w zabytkowym Pałacu Szustra.

Wyjaśniając nazwę koncertów „Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny”, Paweł Kruś powiedział: „Jesteście Państwo Mistrzami Medycyny, śpiewają Mistrzowie Medycyny i jednocześnie wielcy artyści. Pozostali z nas są Mistrzami Mediów Medycznych i Przyjaciółmi Medycyny. Razem możemy sięgnąć gwiazd i zadziwić świat.”

Pierwsze Nagrody Zaufania Złoty OTIS dla młodzieży medycznej za de-



- biut naukowy zostały przyznane trzy lata temu. Poziom prac i dorobek dwudziestokilkulkatków zrobił na Kapitulie Nagrody ogromne wrażenie. Autorem pomysłu ufundowania stypendium jest prof. Romuald Olszański. – Stypendium dla najzdolniejszej młodzieży medycznej ma być symbolem naszego środowiskowego poparcia i podziwu dla młodych naukowców. Chcemy, by dzięki stypendium mogli poświęcić się swojej naukowej pasji – mówił red. Paweł Kruś.



W pierwszej aukcji na rzecz stypendium zaprezentowano pięć prac: trzy akwarele Albina Waczyńskiego (1929-2003), psychiatry, dla którego sztuka była pasją życia; akryl na płótnie „Imigrant” Tobiasza Kenio, laureata stypendiów Prezydenta Miasta Białegostoku oraz Marszałka województwa podlaskiego; olej na płótnie Dionizego Purty, jednego z najwybitniejszych twórców ludowych, wielokrotnie nagradzanego, nieoficjalnie nazywanego następcą Nikifora Krynickiego.

Licytacji towarzyszyły emocje, uśmiech i... burza, która swoim akompaniamentem zatwierdzała kwoty aukcji. Łącznie na II stypendium naukowe uzyskaliśmy 6 600 zł. Prace wylicytowali przedstawiciele firm WPD Pharmaceuticals, właści-

ciel portalu pacjenci.pl oraz nabywcy, którzy chcieli zachować anonimowość.

Na scenie wystąpili znakomici artyści: Ewelina Sielska-Badurek – mezzosopran, Paweł Pecuszok – tenor i Bartłomiej Zajkowski – pianista. Gości oczarowały m.in. przepięknie wykonane arie Georgesa Bizeta, Stanisława Moniuszko, pieśni Ernesto De Curtis, a także z filmów „Czarnoksiężnik z krainy Oz”, „Śniadanie u Tiffany’ego”.

Artyści na bis zaśpiewali wraz z publicznością „Usta milczą, dusza śpiewa” z operetki „Wesoła wdówka” Franciszka Lehára.

Warto przybliżyć sylwetki artystów, którzy nie tylko wspaniale śpiewają, ale także są lekarzami. Ewelina Sielska-Badurek leczy zaburzenia głosu jako lekarz foniatra, zajmuje się pracą naukową w dziedzinie głosu, publikuje artykuły, prowadzi warsztaty i wykłady w Polsce, Europie i USA. Paweł Pecuszok jest specjalistą medycyny rodzinnej, geriatrią. Natomiast Bartłomiej Zajkowski to pianista, kompozytor, autor piosenek, muzyki filmowej oraz teatralnej.

Kilka dni po koncercie otrzymaliśmy informację, że członkowie Zarządu Izby Gospodarczej Farmacja Polska, wyrazili zgodę na wkład Izby



Dionizy Purta, Żęcie, 2021, olej, płótno, 90 x 40

Podczas pierwszego koncertu Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny miała miejsce niezwykle aukcja na rzecz II stypendium naukowego Nagrody Zaufania Złoty OTIS. Olej Dionizego Purty „Żęcie” wylicytował nabywca, pragnący zachować anonimowość.

w stypendium. Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA” dokłada cegiełkę w wysokości 1500 zł!

Łącznie na II stypendium naukowe uzyskaliśmy już 8 100 zł. Bardzo dziękujemy wszystkim, którzy licytowali obrazy, oraz darczyńcom!

Kolejny koncert połączony z aukcją odbędzie się 30 sierpnia. Bliższe informacje na stronie swiatlekarza.pl oraz zlotyotis.pl

Przygotowała: Anna Rogala

Dionizy Purta w panteonie sztuki ludowej



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

DIONIZY PURTA to jeden z najwybitniejszych twórców ludowych, znany głównie z rzeźby. Jego figurki stanowią rarytas kolekcjonerski, znajdują się w najważniejszych etnograficznych zbiorach muzealnych w kraju, ale również w kolekcjach prywatnych zagranicą.

TEKST: PROF. JERZY KONSTANTYNOWICZ

Przez ponad 50 lat działalności Dionizy Purta wykształcił własny niepowtarzalny charakter rzeźby w drewnie i – jakkolwiek banalnie to zabrzmie – rozpoznawalny i oryginalny styl. Oczywiście można tego artystę zestawiać z innymi przedstawicielami sztuki intuicyjnej, art brut, a nawet z wybitnymi reprezentantami prymitywizmu (z Nikiforem i Ociepką włącznie), można też jego styl porównywać ze sztabowymi przedstawicielami tego gatunku jak np. Jędrzej Wowro. Jednakże zawsze pozostaje nieodparte wrażenie, że rzeźby Dionizego są osobne, oddzielne, jedyne w swoim rodzaju – emanują po prostu inną duchowością. Gdyby ustawić i skumulować te dzieła w jednej zagęszczonej gromadzie, uderzające byłoby wrażenie materii pochodzącej prosto z natury, a może raczej siły surowca, jakim są drewno, korzenie, gałęzie, huba... Gdy natomiast obcuje się z figurką autorstwa Dionizego sam na sam, oko w oko, efekt jest porażający. Jego wielokolorowe zwierzęta, ludzie i humanoidy, dobre anioły, spokojni i opanowani święci, jaskrawo udekorowane ptaki i ptaszoidy z nakrapianymi różną barwą skrzydłami, stwory o fantastycznych proporcjach – przemawiają, dają znaki, czarują, straszą, ostrzegają, podpowiadają coś lub wskazują drogę, ptaki wydają dźwięki lub śpiewają, sówie oczy magnetyzują, postaci krzyczą albo milczą, jedne są sarkastyczne, inne przeszywają wzrokiem, inne jeszcze skłaniają do wzruszenia lub medytacji albo przywołują spontaniczny uśmiech, poprawiając nastrój. Znajdujemy tu różne inspiracje – od dawnej sztuki średniowiecznej, po elementy folklorystyczne i egzotyczne, nacechowane nie-



FOT. PODLASKI INSTYTUT KULTURY



- powtarzalnymi wzorami skomponowanymi z jaskrawych barw.

Niezwykle ciekawy jest warsztat, a ściślej proces tworzenia rzeźb przez Dionizego Purte. Ważne wydaje się to, że przeważającą część tych rzeźb stanowią twory skonstruowane z kilku pojedynczych, osobnych elementów, które samodzielnie nie zaistniałyby jako dzieło sztuki, zaś złożone w całość, scalone, uzyskują raptem niezwykle atrybuty, nabierają znaczenia i tożsamości, a wręcz nabywają cech osobowych. Polichromatyczne formy, chimery ludzko-zwierzęce, bardzo osobiste i osobiwe podejście artysty do wątków religijnych, a do tego niejednokrotnie zmieszane elementy sacrum i profanum wywołują skojarzenia z realizmem magicznym. Oddzielnie wystrugane elementy, kunsztownie wyciosane fragmenty z desek, pilśni, patyków łączą się tu z naturalnym, surowym, nieopracowanym korzeniem albo gałęzią... i nagle rodzi się ludzka, zwierzęca lub anielska postać, z ekspresją i pełnym wyrazem. W moim odczuciu dzieła Purty są nawiązane tylko z pozoru, bowiem znacznie więcej w nich głębi i przekazu, tęsknoty za jakimś zaginionym, starym i romantycznym światem, oniryzmu i fantazji prosto z marzeń sennych. Dlatego powstaje wrażenie, że rzeźby te – mimo uproszczeń formy i geometryzacji – są nadspodziewanie plastyczne, po prostu żyją. Jan Leończuk pisał o rzeźbach Dionizego: „Wyrośli z ziemi i nieba. Z tęsknoty artysty do dotknięcia dłutem rzeczywistości nierozpoznawalnej...”. Pasja, naturalny talent i wrażliwość, pomysłowość oraz śmiała zabawa z formą i kolorem, oryginalna technika i szczerość – razem wzięte – określają tę twórczość najlepiej.

Dionizy Purta to członek białostockiego Stowarzyszenia Twórców Ludowych, Towarzystwa Przyjaciół Sztuk Pięknych w Białymstoku, a także Stowarzyszenia Twórców Ludowych w Lublinie. Uczestniczył w wielu plenerach rzeźbiarskich



FOT. PODLASKI INSTYTUT KULTURY

DIONIZY PURTA

(ur. 22 maja 1941 r. we wsi Lewonie, mieszka i pracuje w Białymstoku) to jeden z najwybitniejszych twórców ludowych zajmujących się rzeźbą w drewnie. Jego dzieła i kolekcje – mimo podlaskiego i wiejskiego rodowodu – wykraczają daleko poza ten region w sensie geograficznym i daleko poza skojarzenia z wiejskością w sensie mentalnym i estetycznym. Są znane i cenione przez koneserów art naif w Polsce i zagranicą. Purta jest laureatem prestiżowej ogólnopolskiej Nagrody im. Oskara Kolberga za zasługi dla kultury ludowej (2020).



FOT. PODLASKI INSTYTUT KULTURY

i konkursach, wystawach indywidualnych i zbiorowych, z których miłośnikom sztuki zapadły w pamięć m.in. „Rzeźbione historie” z 2009, zrealizowane za sprawą stypendium Marszałka Województwa Podlaskiego. W 2017 r. artysta uzyskał stypendium Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego na projekt pięknej urzekającej wystawy „Między ziemią i niebem – święci i anieli”. Dionizy Purta uczestniczył w Konkursie Współczesnej Ludowej Sztuki Religijnej w Kielcach, w renomowanym międzynarodowym „Art Naif Festiwal” w Katowicach (2012). Bywa regularnym gościem lubelskich Jarmarków Jagiellońskich oraz organizowanych w Kazimierzu Dolnym Targów Sztuki Ludowej.

Kiedyś rzeźby Dionizego można było odnaleźć w zbiorach sztuki ludowej i nieprofesjonalnej w kraju (w tym również pośród znanych kolekcji prywatnych np. mecenasa sztuki nieprofesjonalnej Leszka Macaka w Krakowie, Elżbiety Dzikowskiej w Warszawie, Krzysztofa Kawęczyńskiego w Biebrzańskim Muzeum Sztuki w Goniądzu, od dawna również w dziale etnografii Muzeum Podlaskiego w Białymstoku). Dzisiaj jego figurki są obiektem pożądania, stanowią rarytas kolekcjoner-ski, znajdują się w najważniejszych etnograficznych zbiorach muzealnych w kraju (obszerna ekspozycja w Podlaskim Muzeum Kultury Ludowej w Wasilkowie), ale również w kolekcjach prywatnych zagranicą – m.in. we Francji, Litwie, w Berlinie. Mimo upływu czasu Dionizy Purta nie przestaje tworzyć, powstają nowe zaskakujące rzeźby, kapliczki, wieloelementowe figurki, madonny, zatroskane i dumne postaci świętych i różnobarwni aniołowie... Artysta zwykł mawiać: „Jak nie rzeźbię, to choruję”.

Na swoich drewnianych fantastycznych ptakach, na jaskrawych kolorowych skrzydłach aniołów Dionizy Purta wlatuje i właśnie ląduje w panteonie sztuki ludowej. ■

X ZJAZD – XXVI SYMPOZJUM POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ



20-22 PAŹDZIERNIKA 2022
HILTON GDAŃSK

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak

Przewodniczący Zarządu Głównego PTEiDD

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec

Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONACH
PTEIDD.PL ORAZ GRUPAMEDICA.PL

ZAPRASZAMY DO GDAŃSKA

#1 NAJCZĘŚCIEJ WYBIERANY SYSTEM CIĄGŁEGO MONITOROWANIA GLIKEMII OPARTY NA SENSORACH^{1,2}



Mały, dyskretny,
14-dniowy sensor¹



Łatwość stosowania, wysoka
dokładność pomiaru^{1,3}



Ocena kontroli glikemii
w oparciu o nowoczesne
parametry kliniczne^{1,3}



Możliwość zdalnego
udostępniania wyników
rodzinie i lekarzowi⁴



Najniższa cena⁵



**System FreeStyle Libre bezpiecznie
i skutecznie zastępuje glukometr***

Dowiedz się więcej na www.libre.pl

1. Podręcznik użytkownika systemu FreeStyle Libre.

2. Dane oparte na liczbie użytkowników systemu FreeStyle Libre na całym świecie w porównaniu z liczbą użytkowników innych wiodących marek do pomiaru stężenia glukozy opartych na sensorach. Dane Źródłowe Abbott. 2021.

3. Karta wydajności systemu FreeStyle Libre.

4. LibreView jest kompatybilny tylko z niektórymi systemami operacyjnymi i przeglądarkami. Aby uzyskać dodatkowe informacje, odwiedź stronę www.libreview.com.

5. Spośród wszystkich systemów ciągłego monitorowania dostępnych w Polsce, Sklep Diabetyk24 (koszt miesięczny monitorowania systemem FreeStyle Libre, Dexcom G6, Medtronic: <https://diabetyk24.pl/sensory-i-czytniki-freestyle-libre>, <https://diabetyk24.pl/dexcom-g6>, <https://diabetyk24.pl/sensory-medtronic-enlite>)

* Jeżeli wystąpią objawy niezgodne z odczytem czujnika lub użytkownik podejrzewa, że odczyt może być niedokładny, wykonać pomiar za pomocą glukometru z użyciem próbki krwi pobranej z palca.