



MINISTER ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI:
NARODOWY PROGRAM
LECZENIA CHOROBY
UKŁADU KRAŻENIA
str. 10



MINISTER ZDROWIA
MACIEJ MŁKOWSKI:
PLAN DLA CHOROBY
RZADKICH
str. 23



PROF. TOMASZ
HRYNIEWIECKI:
KRAJOWA SIEĆ
KARDIOLOGICZNA
str. 42

ŚWIAT LEKARZA

MEDYCYNĄ • FARMACJĄ • NAUKĄ • KULTURĄ • PRAWO • POLITYKĄ

ISSN 1899-9069

cena 23,00 zł (w tym 8% VAT)

NR 4/5(100)2022

Egzemplarz bezpłatny

PROF. PIOTR JANKOWSKI:
OTYŁOŚĆ JAKO
CHOROBA PROWADZĄCA
DO SCHORZEŃ
KARDIOLOGICZNYCH str. 47



Numer
100!

XXVI
MIĘDZYNARODOWY
KONGRES POLSKIEGO
TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO

PROF. AGNIESZKA
OLSZANECKA:
LEKI ZŁOŻONE
W TERAPII
NADCIŚNIENIA
TĘTNICZEGO str. 44

PROF. PIOTR
PONIKOWSKI:
FARMAKOTERAPIA
W NIEWYDOLNOŚCI
SERCA str. 50



**DEKALOG POTRZEB
POLSKIEJ KARDIOLOGII** str. 15-22

PROF. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI | PROF. ADAM WITKOWSKI | PROF. ROBERT GIL

X ZJAZD – XXVI SYMPOZJUM POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ



20-22 PAŹDZIERNIKA 2022
RADISSON HOTELS & SUITES
GDAŃSK

PATRONAT HONOROWY



WOJEWODA POMORSKI
DARIUSZ DRELICH



MIECZYSLAW STRUK
MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO



PATRONAT HONOROWY
Prezydent
Miasta Gdańska



PATRONAT HONOROWY
REKTOR
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO



PATRONAT INSTYTUCJONALNY
GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

UCK

Uniwersyteckie
Centrum Kliniczne

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

TEMATY WIODĄCE

- Leczenie hormonem wzrostu w okresie rozwojowym i w wieku dorosłym
- Nowoczesne terapie w cukrzycy oraz możliwości prewencji choroby i jej powikłań w populacji pediatrycznej i internistycznej
- Choroby tarczycy – spojrzenie pediatri-endokrynologa i internisty-endokrynologa
- Zaburzenia determinacji płci, przedwczesne i opóźnione dojrzewanie płciowe
- Choroby rzadkie w okresie rozwojowym i w wieku dorosłym
- Hipercholesterolemia rodzinna – spojrzenie pediatri i kardiologa
- Telemedycyna w endokrynologii i diabetologii

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONACH
PTEIDD.PL ORAZ GRUPAMEDICA.PL

SERDECZNIE ZAPRASZAMY



Grupa Medica s.c. ul. Wodna 25, lok. 2AU, 90-024 Łódź
tel.: +48 42 630 01 88 e-mail: biuro@grupamedica.pl
Koordynator: **Agata Szczepaniak**
tel.: +48 691 161 720 e-mail: agata.szczepaniak@grupamedica.pl



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Setny numer „Świata Lekarza”! Trzymaj kurs, Redakcjo!

Trzymacie Państwo w rękach setny numer „Świata Lekarza”. Cieszę się, że tworzyłem nasz magazyn od etapu czystej kartki papieru, z którą przyszedł do mnie Paweł Kruś. Wspólnie z red. Anną Rogalą i śp. Justyną Hoffman-Wiśniewską tworzyliśmy nowy tytuł dla lekarzy, który miał prezentować nowości z różnych specjalności medycznych, tak by każdy mógł się o nich dowiedzieć. Chcieliśmy odbudować formację umysłową lekarzy-humanistów, dzięki którym polska medycyna była tak cenną w świecie.

Dlatego też „Świat Lekarza” otworzył własny kącik polityczny, pisany przez Jarosława Gugałę, ekonomiczny – tworzony przez Ryszarda Petru, filmowy Romana Gutka, teatralny pióra Tomasza Miłkowskiego, filozoficzny, malarski i wiele, wiele innych. Takiego miesięcznika branżowego na rynku polskim nie było i wszyscy wrócili nam szybką śmierć, ale się nie daliśmy. Medioznawcy patrzyli na „Świat Lekarza” jak na zjawisko prasowe, bo świadomie tworzyliśmy „Der Spiegel” czy „Time” tylko dla lekarzy – z pełnymi konsekwencjami, choćby z profesjonalną szatą graficzną.

Nauczyliśmy się pisać o medycynie językiem literackim i zrozumiałym. Szybko się okazało, że pióra red. Katarzyny Pinkosz, Bożeny Stasiak i Ryszarda Sterczyńskiego są doceniane i nagradzane wyróżnieniami i statuetkami. Zarzuty, że to nie artykuły na-

ukowe zawsze kwitowaliśmy uwagą prof. Aleksandra Sieronia, że im kto mądrzejszy, tym pisze krócej i prościej, bo chce, by główna teza została zrozumiana i zapamiętana. Taka jest hierarchia współczesnej światowej nauki.

Nie byłoby „Świata Lekarza”, gdyby nie obecność na łamach Wielkich Autorytetów Medycznych i Towarzystw Naukowych. Dziękujemy dziś Polskiemu Towarzystwu Kardiologicznemu, które premierę jubileuszowego numeru przyjęło na XXVI Kongres PTK w Katowicach. Wdzięczność wyrażam dla wszystkich Towarzystw, które prezentują swój dorobek w formie wydań monograficznych, dziękuję firmom farmaceutycznym, które sprawiają, że od początku istnienia do dziś „Świat Lekarza” trafia bezpłatnie do medyków.

Dziękuję Zespołowi Redakcyjnemu za odwagę podejmowania tematów trudnych, za interwencje w obronie skrzywdzonych oraz za inspiracje polityczne. Ochrona zdrowia zawsze łączy się z polityką, rzecz w tym, by był to związek rozsądny i świadomy konsekwencji dla pacjentów. O tym rozmawiamy z każdą władzą i każdą opozycją.

Chcę z Wami pracować kolejne sto numerów. Trzymaj kurs, Redakcjo!

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

PARTNERZY WYDANIA

AstraZeneca


novo nordisk®


ADAMED
Dla Rodziny

 Biogen.

 SERVIER

 Boehringer
Ingelheim

 KRKA

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 DROSZCZ** | 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**

ZAPRASZAMY DO BEZPŁATNYCH STREF ZDROWIA

„Adamed Dla Rodziny” – nowy program bezpłatnych badań i porad medycznych

Nowy program zainicjowany przez Adamed Pharma dotrze do 5 miejscowości, w których dostęp do lekarza czy usług medycznych jest utrudniony ze względu na wydłużony czas oczekiwania na wizytę. Kampanię „Adamed dla Rodziny” zainaugurowano 21 sierpnia w Pabianicach. Następne akcje odbyły się w Kołobrzegu i Lesznie. Jesienią bezpłatne strefy zdrowia odwiedzą jeszcze Ełk oraz Nowy Sącz. Ponadto w najbliższym czasie 24 września pojawią się w Katowicach w ramach IV Forum Serca Pacjenta.

Kampania jest odpowiedzią na oczekiwania społeczne oraz zobowiązaniem firmy do dalszego wspierania polskich pacjentów w trosce o zdrowie i życie. W ramach organizowanych akcji będzie można bezpłatnie wykonać m.in. badania kardiologiczne, pulmonologiczne, okulistyczne, diabetologiczne, USG oraz skorzystać z porad urologicznych i warsztatów psychologicznych. Wszystkie usługi medyczne będą wykonywane pod profesjonalnym nadzorem specjalistów w danej dziedzinie: lekarzy lub zespołu pielęgniarstwa. Ponadto dla odwiedzających będą dostępne m.in.: strefa rehabilitacji oddechowej, kurs pierwszej pomocy, strefa atrakcji dla najmłodszych.

„Adamed Pharma jako firma społecznie odpowiedzialna poprzez nową kampanię włącza się w działania mające na celu zwiększenie dostępności do usług medycznych, zarówno badań, jak i konsultacji w miejscach, gdzie jest to najbardziej potrzebne. Wierzymy, że dzięki naszej inicjatywie, przyczynimy się do zwiększenia świadomości zdrowotnej i polepszenia stanu zdrowia mieszkańców naszego kraju” – informuje Katarzyna Dubno, Dyrektor ds. Relacji Zewnętrznych i Ekonomiki Zdrowia z Adamed Pharma S.A.

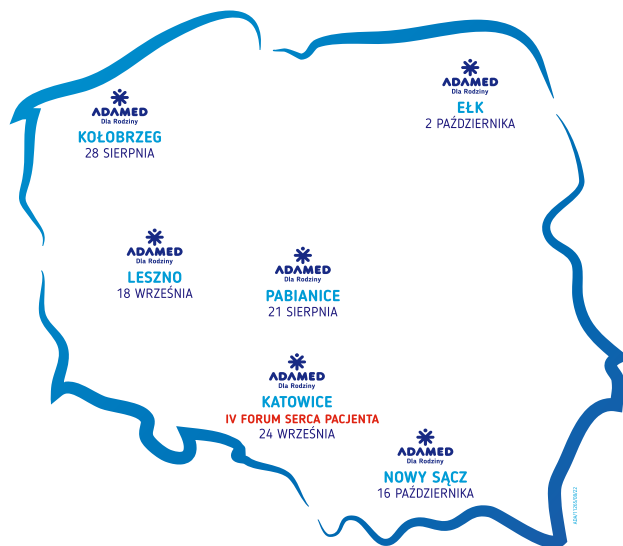
Kampania „Adamed Dla Rodziny” skierowana jest do całych rodzin, w tym także dzieci. Adamed Pharma od lat wspiera zdrowie całych pokoleń i szczególnie troszczy się o rodziny, realizując m.in. społeczne programy zdrowotne takie jak: „Głęboki Oddech”, „Odnaleźć Siebie”, „Serce na Nowo” czy „Adamed dla Seniora”.

Do udziału w programie zdrowotnym zaproszeni są wszyscy, przebywający w lub okolicach miejscowości, w których gości kampania. Planowe akcje odbywają się w niedziele w godz. 10–18, tak aby umożliwić dostęp do badań i porad jak największej grupie pacjentów i w ten sposób wpływać na zmniejszanie długu zdrowotnego. Organizatorzy zachęcają do wcześniejszej rejestracji na stronie www.AdamedDlaRodziny.com.

„Wciąż należy przypominać, jak ważna jest profilaktyka. Uświadamianie pacjentów co do skutków trybu życia, zaniedbań z okresu pandemii czy rozwoju choroby, ale przede wszystkim danie im szansy na przebadanie się i konsultację z lekarzem to dzisiaj klucz do sukcesu, żeby polepszyć zdrowie naszej populacji – zmniejszyć tzw. dług zdrowotny Polski. W Polsce wciąż są miejsca, gdzie na wizytę u kardiologa trzeba czekać kilkanaście miesięcy, a nawet dłużej. Podobnie sytuacja wygląda, jeśli chodzi o dostęp do innych specjalistów zajmujących się chorobami cywilizacyjnymi np. pulmonologa czy okulisty. Dlatego każda inicjatywa mogąca wpłynąć na poprawę zdrowia polskiej populacji jest bardzo cenna i warto skorzystać z możliwości profesjonalnej opieki, jaką gwarantuje w miejscach, które na co dzień nie mają takiej możliwości” – mówi prof. dr hab. n. med. Filip Szymański, prezes Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych, które objęło patronat merytoryczny nad kampanią „Adamed Dla Rodziny”.

Wśród patronów merytorycznych kampanii znalazły się także Polskie Towarzystwo Alergologiczne oraz Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

PARTNERZY PROGRAMU:





23

**WICEMINISTER ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

OW Polsce funkcjonuje program badań przesiewowych, który – można powiedzieć – jest najlepszy na świecie, najlepiej zorganizowany. Wszystkie noworodki są w Polsce diagnozowane w ciągu kilkunastu dni.



12

**PROF. AGNIESZKA
MASTALERZ-MIGAS**

Pacjenci będą mieli zapewniony dostęp do kompleksowych wizyt z indywidualnym planem opieki medycznej, porad edukacyjnych, prowadzonych przez pielęgniarki, porad dietetycznych. Także dostęp do badań obrazowych i czynnościowych.

ROZMOWA
10 Narodowy Program Chorób Układu Krążenia poprawi jakość życia pacjentów kardiologicznych

Rozmowa z ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim

12 Opieka koordynowana w POZ

Rozmowa z prof. Agnieszką Mastalerz-Migas

GORĄCY TEMAT
23 Będziemy publikować dane, by na bieżąco pokazywać skuteczność wszystkich leków w SMA

Rozmowa z wiceministrem zdrowia Maciejem Miłkowskim

DEBATA
Trzej Prezesi o dekalogu potrzeb polskiej kardiologii
16 Musimy zatrzymać epidemię chorób sercowo-naczyniowych – prof. Przemysław Miłkowski
19 To jest strzał w dziesiątkę – prof. Robert Gil
20 Musimy spłacać dług zdrowotny – prof. Adam Witkowski
AKTUALNOŚCI
27 Gdzie jesteśmy? Digitalizacja ochrony zdrowia w Europie
 Rozmowa z Michałem Pilkiewiczem

32 Centrum Wsparcia Badań Klinicznych NIKard oficjalnie otwarte!
FELIETON
36 Finał z krótką historią – Paweł Kruś
64 Jubileusz Świata Lekarza. 100 numer!

Dziękujemy, że trzymacie w ręku jubileuszowy, setny numer „Świat Lekarza”. Trudno nam w to uwierzyć, ale minęło już prawie 14 lat od wydania pierwszego numeru. Początki pamiętamy, jakby to było wczoraj. Nie zawsze było łatwo, ale zawsze wierzyliśmy, że warto zaproponować Czytelnikom magazyn najwyższej jakości, zarówno merytorycznej, jak i estetycznej.

ŚWIAT LEKARZA

nr 4/5(100) Wrzesień 2022

ISSN 1899-90

MAGAZYN WYŁĄCZNIE DLA LEKARZY

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

REDAKTOR PROWADZĄCY/ WYDAWCA:
PAWEŁ KRUSZ

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.sierpiska@mediatv.com.pl

WSPÓŁPRACA:
**EWA BARCISZEWSKA, BOŻENA STASIAK,
JAROSŁAW GUGAŁA, BEATA NESSEL-ŁUKASIK,
HALINA STERCZYŃSKA, MACIEJ PINKOSZ**
KOREKTA:
GRAŻYNA BOCZKOWSKA
STUDIO GRAFICZNE:
ANNA STĘPNIAK
 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. Tomasz Adamaszek,
 © Depositphotos, archiwum prywatne

 INDEX  COPERNICUS
 INTERNATIONAL

 5 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH ZA ROCZNĄ
 PRENUMERATĘ „ŚWIATA LEKARZA”



Informacje i narzędzia
wspierające diagnozę
stwardnienia rozsianego.



Wejdź na stronę
www.stoper.sm
i dowiedz się więcej

CZAS START

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



44

PROF. AGNIESZKA OLSZANECKA

W badaniach klinicznych zostało dowiedzione, że leczenie skojarzone, zastosowane nie tylko w celu intensyfikacji terapii, w postępowaniu sekwencyjnym, ale już w rozpoczęciu terapii, jest o wiele skuteczniejsze niż monoterapia.

FOT. EWA LUBASZKA



47

PROF. PIOTR JANKOWSKI

Nadwaga i otyłość (a w szczególności otyłość brzuszna) są uznanymi czynnikami występowania chorób układu krążenia, podobnie jak np. palenie papierosów.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



50

PROF. PIOTR PONIKOWSKI

Niewydolność serca z reguły stanowi końcowy etap przewlekłych chorób serca, do których prowadzą takie czynniki jak choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, zaburzenia lipidowe.

KARDIOLOGIA 2022

- 38** Warto przyrzeć się wycenom w kardiologii, bo decydują o możliwościach leczenia

Rozmowa z prof. Krystianem Witą

- 39** Wyceny powinny pasować do realnych kosztów – prof. Jarosław Kaźmierczak

- 40** Ostatnie miesiące przyniosły wiele dobrego, ale wciąż czekamy na kolejne retaryfikacje – prof. Mariusz Gąsior

- 41** Retaryfikacje muszą być adekwatne do zmian zachodzących w całej gospodarce – dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

- 42** Mamy dług kardiologiczny wobec pacjentów
Rozmowa z prof. Tomaszem Hryniewieckim

- 44** Leki złożone w terapii nadciśnienia tętniczego to inwestycja w przyszłość
Rozmowa z prof. Agnieszką Olszanecką

- 47** W leczeniu otyłości najważniejsza jest konsekwencja
Rozmowa z prof. Piotrem Jankowskim

- 50** Nowoczesna farmakoterapia szansą dla pacjentów hospitalizowanych z powodu zaostrzenia niewydolności serca
Rozmowa z prof. Piotrem Ponikowskim

- 53** Trójskładnikowe SPC: skuteczna, bezpieczna, 24-godzinna kontrola ciśnienia tętniczego

Rozmowa z prof. Krzysztofem Filipiakiem

- 56** „Nietypowa przyjaciółka uratowała życie!”
Pierwsze w Polsce interwencje kamizelki defibrylującej

- 58** Powikłania nefrologiczne u chorych z niewydolnością serca
Rozmowa z prof. Piotrem Rozentrytem

VADEMECUM LEKARZA

- 34** W centrum wiedzy medycznej: serwis Adamed Expert

PO GODZINACH

- 61** Spełniamy marzenia:
z II aukcji uzyskaliśmy 6900 zł!

ŚWIAT LEKARZA. 100 NUMER!

- 63** Jubileusz „Świata Lekarza”

- 67** Poznajmy się!

- 71** Eksperci na łamach „Świata Lekarza”

VALUE THROUGH INNOVATION



Naszą misją jest odkrywanie nowych leków, które poprawiają stan zdrowia i wydłużają życie pacjentów. Skupiamy się na obszarach takich jak: cukrzyca, choroby serca, udar mózgu oraz choroby płuc.

Głównym elementem naszej kultury jest zaangażowanie w działania zgodne z zasadami odpowiedzialności społecznej. Prowadzimy szeroko pojętą edukację w obszarze zdrowia, realizując wiele projektów kierowanych bezpośrednio do polskiego społeczeństwa.

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia poprawi jakość życia pacjentów kardiologicznych

ROZMOWA Z **MINISTREM ZDROWIA ADAMEM NIEDZIELSKIM.**

Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce i najczęstszą przyczyną przedwczesnych zgonów. Czy dlatego powstał niedawno opublikowany projekt Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032?

Polska od dwóch dekad jest zaliczana przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne do krajów o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Główne, powszechne czynniki ryzyka chorób układu krążenia (ChUK) to: nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe, otyłość i cukrzyca. Behawioralne czynniki ryzyka odpowiadają za 47% zgonów w Polsce oraz za utratę 35,8% lat przeżytych w zdrowiu (43% przez mężczyzn i 27,1% przez kobiety). Polacy najczęściej umierają z powodu chorób układu krążenia – odpowiadają one za prawie 40% zgonów i są w dalszym ciągu najczęstszą ich przyczyną, przed nowotworami.

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 stanowi zatem odpowiedź na obserwowane w Polsce problemy zdrowotne.

Jakie są jego główne cele?

Jednym z celów jest obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia, w tym w grupie mężczyzn w wieku 25-64 lata, oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia w Polsce do średnich w UE.

Celem Programu jest też zmniejszenie różnic regionalnych w zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia związanych z dostępnością do świadczeń zdrowotnych oraz

zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka.

Bardzo istotna jest też poprawa organizacji badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych oraz zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w zakresie m.in. identyfikacji populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania oraz głównych przyczyn rozwoju schorzeń układu krążenia, a także wypracowania rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych.

Kto jest inicjatorem tego wieloletniego programu? Kto zajmie się jego koordynacją i jakie będą jego zadania?

Z uwagi na kompleksowość projektowanych rozwiązań w obszarze kardiologii, zdecydowaliśmy o nadaniu Programowi rangi wieloletniej strategii. Programy wieloletnie ustanawia Rada Ministrów i realizują one strategię przyjęte przez rząd. Aktualnie trwają prace legislacyjne nad projektem uchwały wdrażającej Program.

Program przygotował prof. Tomasz Hryniewicz, mój pełnomocnik do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 we współpracy z Narodowym Instytutem Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowym Instytutem Badawczym. To właśnie Instytut będzie współrealizował i monitorował Narodowy Program Chorób Układu Krążenia. Pełnomocnikowi do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 powierzyłem ocenę prowadzonych działań z zakresu chorób układu krążenia w Polsce, koordynację przygo-



W ramach Programu zaproponowano skupienie inwestycji w pięciu głównych obszarach: w kadry, w edukację, profilaktykę i styl życia, w pacjenta, w naukę i innowacje oraz w system opieki kardiologicznej.

towania i wdrożenia Programu, monitorowanie efektów jego realizacji, koordynację przygotowania rocznych harmonogramów realizacji Programu uwzględniających podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary i działania Programu oraz koordynację sprawozdawczości.

W ramach Programu zaproponowano skupienie inwestycji w pięciu głównych obszarach: w kadry, w edukację, profilaktykę i styl życia, w pacjenta, w naukę i innowacje oraz w system opieki kardiologicznej.

Na czym mają polegać inwestycje w kadry?

Naszym celem jest zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii i lekarzy specjalności pokrewnych, a także poprawa skuteczności, jakości i atrakcyjności programów kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy i pielęgniarek.

A co się kryje pod nazwą „inwestycje w system opieki kardiologicznej”?

Chodzi o wypracowanie jednolitych standardów opieki kardiologicznej na rzecz pacjentów w trakcie i po zakończeniu leczenia. Obecnie większość chorób układu krążenia wykrywana jest w zaawansowanych stadiach, a brak koordynacji i pomiaru jakości udzielanych świadczeń skutkuje opóźnieniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego, ryzykiem nieprawidłowego kwalifikowania chorego do określonej metody leczenia i w konsekwencji niezadawalającymi wynikami leczenia. Konieczne jest zatem wypracowanie szybkiej ścieżki wprowadzania terapii kardiologicznych.

Główne problemy w opiece nad pacjentami spowodowane są fragmentacją opieki medycznej i zagubieniem pacjenta w systemie, a także brakiem nadzoru i możliwości mierzenia jakości udzielanych świadczeń.

Odpowiedzią na wymienione problemy będą m.in. Centra Doskonałości Kardiologicznej (CDK). Będą one współpracować z lekarzami POZ i specjalistami pracującymi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na poziomie powiatu i całego województwa. Będą pełnić rolę wyspecjalizowanych i zintegrowanych ośrodków zapewniających nowoczesną koordynowaną diagnostykę i leczenie chorób sercowo-naczyniowych.

Czy program uwzględnia również dostęp polskich pacjentów do nowoczesnych terapii?

Tak. Zaplanowaliśmy m.in.: zwiększenie dostępności terapii kardiologicznych refundowanych na terenie UE, najnowszych metod terapeutycznych przez rozszerzenie wykazu leków refundowanych w terapiach kardiologicznych i innych związanych z chorobami układu krążenia oraz wdrażanie innowacyjnych usług, technologii i procedur medycznych.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

➤ **Na inwestycje w kadry czy profilaktykę niezbędne są środki finansowe. O jakich kwotach mówimy?**

Na realizację Programu w 2022 r. zaplanowaliśmy 24 mln zł. W latach 2023-2032 nakłady z budżetu państwa mogą sięgnąć 270 mln zł rocznie. Z uchwały wdrażającej Program, która zostanie przyjęta przez Radę Ministrów, będą wynikały kwoty na poszczególne inwestycje.

Jakie korzyści odniesie pacjent dzięki wdrożeniu Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia? Czy są już plany, jak będzie się zmieniał system opieki kardiologicznej?

Niestety obserwujemy niewielkie zainteresowanie programami profilaktycznymi. To przekłada się na niską wykrywalność schorzeń układu krążenia we wczesnych stadiach rozwojowych, a tym samym na mniejsze szanse wyleczenia oraz na zwiększające się koszty opieki zdrowotnej i społecznej.

Jak już wspominałem, jeden z obszarów Programu to inwestycje w pacjenta. Planujemy wprowadzić nowe metody badań przesiewowych, w szczególności w kierunku wczesnego wykrywania tętniaków aorty brzusznej, piersiowej czy piersiowo-brzusznej, oraz genetycznie uwarunkowanych chorób serca, aby poprawić stan diagnozowania w zakresie m.in. hipercholesterolemii rodzinnej.

Ponadto wzmocnimy opiekę nad pacjentami z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, poprawimy wyniki leczenia zaburzeń lipidowych, zwłaszcza pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym.

Program przewiduje działania edukacyjne i promocyjne oraz wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej w Polsce, poprawę dostępności do rehabilitacji kardiologicznej oraz opieki paliatywnej, a także poprawę jakości życia pacjentów w trakcie i po zakończeniu leczenia kardiologicznego.

Założeniem Programu jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.

Program jest zaplanowany na 10 lat. Czy ewaluacja efektów projektu będzie wykonywana co roku, czy po pełnym okresie jego trwania?

W perspektywie 10-letniej będziemy obserwowali poszczególne wskaźniki, czyli: przedwcześnie utracone lata życia na skutek chorób układu krążenia (PYLL), przeciętne trwanie życia w zdrowiu (HLY), dostępność specjalistów w dziedzinie chorób układu krążenia w centrach doskonałości kardiologicznej (CDK) w poszczególnych województwach i regionach, a także wskaźniki związane z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia.

Pełnomocnik będzie przedstawiał co roku sprawozdania i harmonogramy oraz analizy, oceny, wnioski z realizacji zadań określonych w Programie.

Rozmawiała: Anna Rogala



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

I października w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zostanie wprowadzona opieka koordynowana (OK) nad pacjentami. Na czym ma ona polegać?

Pojawi się w tych placówkach POZ, które podpiszą aneksy na jej realizację, czyli na początek – w niewielu, ale ta liczba będzie się stopniowo zwiększać. Wejście opieki koordynowanej oznacza, że pacjent uzyska możliwość bardziej kompleksowej opieki na poziomie POZ, bez konsultacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej np. tylko z uwagi na konieczność wykonania określonych badań. Pojawi się większa pula badań diagnostycznych w POZ, możliwość konsultacji ze specjalistami wybranych dziedzin, ła-

Opieka koordynowana w POZ

ROZMOWA Z **PROF. AGNIESZKĄ MASTALERZ-MIGAS**,
KRAJOWYM KONSULTANTEM W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ,
KIEROWNIKIEM KATEDRY I ZAKŁADU MEDYCYNY RODZINNEJ
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU.

twiejszy dostęp do profilaktyki oraz opieka koordynowana w profilaktyce i leczeniu chorób przewlekłych. Pojawiają się porady edukacyjne oraz dietetyczne. Lekarze rodzinni będą mogli realizować szerokie kompetencje, uzyskiwane podczas specjalizacji, mogąc zlecać badania diagnostyczne, do tej pory zarezerwowane dla specjalistów, diagnozując i lecząc choroby przewlekłe, samodzielnie lub we współpracy z wybranym specjalistą dziedzinowym. Ta zmiana, z punktu widzenia zarówno pacjenta, jak i personelu, jest korzystna. I była przez nas oczekiwana. To ogromna szansa dla pacjentów i członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej: lekarzy, pielęgniarek, a także położnych.

Początek tych zmian nastąpił już w lipcu. Czy opieka koordynowana jest więc ciągiem dalszym?

I tak, i nie. Jest to pewien ciąg zmian w POZ, przygotowany do wdrożenia przez zespół ds. zmian w POZ, którym kierowałam przez rok. Pierwszego lipca została poszerzona lista badań diagnostycznych, na jakie mogą kierować lekarze POZ. Wśród nich znalazły się takie badania jak stężenie ferrytyny, witaminy B12, kwasu foliowego, przeciwciała antycytrulinowe – anty-CCP, przeciwciała anty-HCV, antygen *Helicobacter pylori* w kale, CRP – szybki test ilościowy dla dzieci do ukończenia 6. r.ż., szybki test wykrywający antygen paciorkowca (tzw. strep test). Badania te ułatwiają lekarzom diagnostykę najczęstszych schorzeń, a pacjentom – ułatwiają życie. Bo dotychczas pacjent musiał być skierowany np. do poradni hematologicznej tylko po to, aby w przebiegu diagnostyki niedokrwistości wykonać oznaczenie stężenia witaminy B12 czy ferrytyny.

1 lipca nastąpiły także duże zmiany w wymogach realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK). Ułatwiono jego realizację, umożliwiono ją pielęgniarkom. Już widać efekty, znacznie więcej placówek realizuje tę profilaktykę.

1 października nastąpi dużo większa zmiana: wejdą możliwości koordynacji opieki z poziomu POZ w kilku wy-

branych jednostkach chorobowych. To znacznie szerszy zakres działań do realizacji niż tylko kilka badań diagnostycznych.

Do jakich nowych świadczeń będą od października mieli dostęp pacjenci zgłaszający się do swojego lekarza rodzinnego? Czy można wymienić jakieś grupy pacjentów, dla których te zmiany okażą się szczególnie korzystne?

Przede wszystkim zyskają na tym osoby ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi, z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2, astmą, POChP, chorobami tarczycy, a więc z tymi chorobami, które dotyczą milionów Polaków. Pacjenci będą mogli otrzymać od swojego lekarza skierowanie na badania diagnostyczne z obszaru kardiologii (niewydolność serca), diabetologii, przewlekłej choroby nerek, ale też chorób płuc i endokrynologii. Będą mieli zapewniony dostęp do kompleksowych wizyt z indywidualnym planem opieki medycznej, porad edukacyjnych, prowadzonych przez pielęgniarki, porad dietetycznych. Także dostęp do badań obrazowych i czynnościowych. To będą świadczenia gwarantowane, na które płatnik przeznaczył na razie około miliarda złotych, ale ta pula będzie zwiększana.

Chcę też podkreślić, że o ile zmiany, które weszły od lipca, obejmują wszystkich świadczeniodawców, o tyle te październikowe są adresowane do tych, którzy będą gotowi się tego podjąć. Czyli – nie będą obligatoryjne.

Czy to znaczy, że nie każda placówka musi wprowadzać zmiany od razu? Tego przede wszystkim obawiają się szefowie placówek POZ. Lekarze rodzinni postulują też o program pilotażowy.

Głosy w środowisku są podzielone. Ale największe organizacje, jak zrzeszające ok. 30% świadczeniodawców POZ Federacja Porozumienie Zielonogórskie czy Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, popierają wdrożenie opieki koordynowanej, jako zmiany potrzebnej w POZ ➤

- i poprawiającej opiekę nad pacjentem. Ale jednocześnie podkreśla się, że diabeł tkwi w szczegółach – nie znamy ich, choć wdrożenie tuż, tuż. Stąd zrozumiałe zaniepokojenie i irytacja.

Co do pilotażu – to już taki mieliśmy (POZ PLUS), teraz czas na wdrożenie systemowe, a fakt braku obligatoryjności daje czas tym, którzy go potrzebują.

O tym, że potrzebne są zmiany w opiece podstawowej, m.in. takie, jakie teraz zachodzą, mówiliśmy już kilka, nawet kilkanaście lat temu. I wtedy również część lekarzy rodzinnych popierała zmiany, część miała obawy. Zmiana zawsze budzi lęk, zwłaszcza w tak niestabilnej sytuacji jak dziś (pandemia, wojna za granicami, inflacja). Na pewno trudniej będzie małym podmiotom, bo muszą szukać współpracy na zewnątrz. Duże placówki, mające w swojej strukturze specjalistów, diagnostykę – będą miały łatwiej. Ale ja znam doskonale zorganizowane małe podmioty i fatalnie zarządzane bardzo duże podmioty, więc to wcale nie jest reguła, że duży zawsze oznacza lepszy. To kwestia dobrego zarządzania, kadr i oczywiście odpowiedniego finansowania.

Dużą nowością we wprowadzanych zmianach jest funkcja koordynatora – znana już np. z onkologii. Od roku również obecna w niektórych POZ, ale głównie działa on w obrębie profilaktyki. Wiemy, że pacjenci bardzo sobie chwalą wsparcie koordynatora – osoby, która ustala terminy badań, konsultacji, porad. Dla pacjenta w starszym wieku, z wieloma schorzeniami, mało cyfrowego – taka pomoc jest po prostu bezcenna.

Koordynator nie musi być medykiem – nawet szkoda byłoby na tę funkcję wykorzystywać naszych skromnych zasobów kadr medycznych. Może to być absolwent zdrowia publicznego lub po prostu osoba o dużych umiejętnościach kontaktu z ludźmi i zdolnościach organizacyjnych.

Oczywiście ogromnym problemem jest niedobór kadr medycznych – lekarzy, pielęgniarek, położnych – wszędzie w systemie. Tym bardziej należy przyjrzeć się, jak obecnie te kadry są wykorzystywane, jakie obowiązki realizują, ile można z nich zdjąć poprzez chociażby rozwiązania informatyczne i wsparcie pracowników niemedycznych. Na przykład pielęgniarki nie powinny pracować w rejestracji. Owszem, mogą robić wstępny triage pacjentów, ale nie powinny zajmować się tylko odbieraniem telefonów, skoro mają kwalifikacje, aby realizować profilaktykę, edukację, a także współuczestniczyć w realizacji wizyt kompleksowych u pacjentów chorych przewlekle.

Powiedziała Pani, że wprowadzenie opieki koordynowanej do POZ to szansa dla lekarzy rodzinnych.

Tak, uważam, że to jest szansa na rozwój. Ale powiedziałam także, że rozumiem obawy. Jedną z nich dotyczy troski lekarzy o to, czy sobie poradzą wobec nowych

wyzwań, ale jest ona spowodowana niestety niewiedzą o tym, na czym będą polegały zmiany, wynikająca z braku informacji. Niestety – akty prawne niezbędne do wdrożenia opieki koordynowanej pojawią się stanowczo za późno, wielu rzeczy dziś nie wiemy, nie znamy wycen – a do 1 października zostały dwa tygodnie!

W założeniach – opieka koordynowana w POZ naprawdę ma sens. Lekarz POZ, lekarz rodzinny, którego rolę wielu chciałoby sprowadzić do szybkiej wizyty, wypisania recepty na żądanie, ewentualnie zaświadczenia czy przedłużenia leczenia zaordynowanego przez specjalistę z AOS, teraz ma szansę uzyskać większy wpływ na to, jak pracuje i jak opiekuje się pacjentami. Zresztą organizacja pracy zbliżona do koordynacji funkcjonuje w wielu podmiotach: pacjenci są zapraszani na badania profilaktyczne, istnieje osobny czas na wizyty pilne, zachorowania ostre, osobny na kontrolne wizyty w chorobach przewlekłych – znam takie placówki i wiem, że to da się zrobić. Zmiany systemowe, które nadchodzą, to więcej narzędzi i finansowanie takiej dobrze zorganizowanej, kompleksowej opieki.

Oczywiście jeśli wdrożenie opieki koordynowanej ma się zakończyć sukcesem, potrzebne są dobre rozwiązania systemowe, elastyczne zapisy umów z NFZ, uczciwe finansowanie, dające realne szanse zatrudnienia specjalistów i oczywiście wsparcie szkoleniowe – przecież świadczeniodawcy i personel medyczny muszą się dowiedzieć, o co w tym chodzi, wielu pewnie będzie zainteresowanych realizacją, ale bez szkoleń nawet nie będą wiedzieli, jak się za to zabrać.

Trzeba patrzeć na wdrożenie OK jak na proces, rozciągniętą w czasie zmianę poprawy opieki nad pacjentami w POZ. To nie jest szybki bieg, to raczej maraton. Wymagający dobrej kondycji i cierpliwości – i świadczeniodawców, i płatnika, i przede wszystkim – zarządzającego systemem ministra zdrowia.

Trzydzieści lat temu, gdy pojawiła się w Polsce medycyna rodzinna, wielu lekarzy chciało uzyskać tę nową specjalizację, dającą szerokie kompetencje, ciekawą, bliską pacjentowi i dobrze finansowaną. Ale w którymś momencie porzucono, sprawdzony w wielu krajach Europy i świata, model budowania mocnej opieki podstawowej opartej przede wszystkim na medycynie rodzinnej. Dlatego jesteśmy dzisiaj tu i teraz – i powinniśmy wykorzystać szansę odbudowania prestiżu tej ważnej specjalizacji oraz partnerstwa w relacjach z innymi specjalistami. Musimy to zrobić także dla młodych lekarzy, którym bliska jest idea holistycznej opieki nad pacjentem i chcieliby wybrać medycynę rodzinną, ale chcą też specjalizacji ambitnej, dającej duże możliwości i wymagającej dużej wiedzy. To da się w medycynie rodzinnej połączyć.

A na początek spróbujmy nie mówić „To się na pewno nie uda”.

Rozmawiała: Bożena Stasiak



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Trzej Prezesi o dekalogu potrzeb polskiej kardiologii

KATARZYNA PINKOSZ

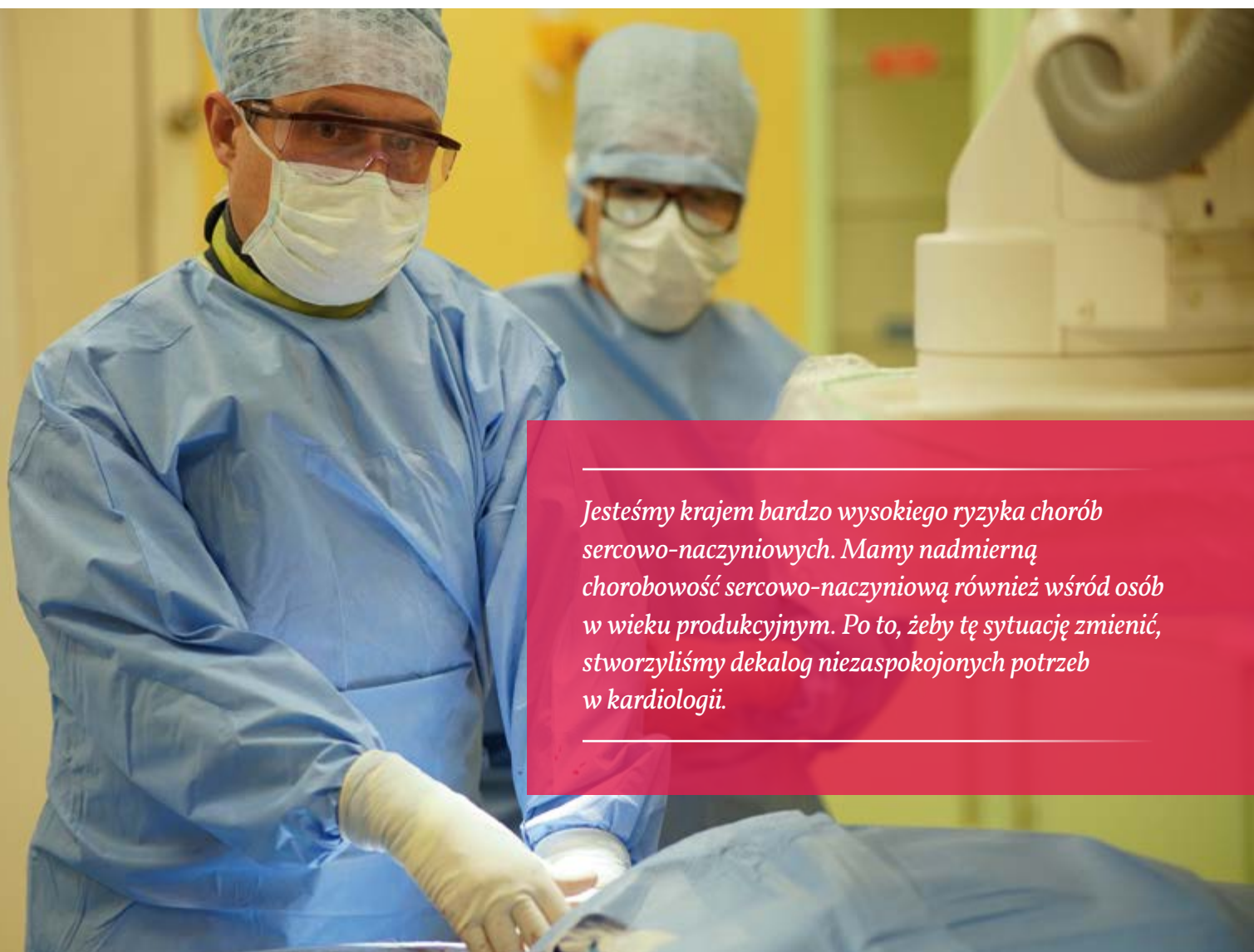
O ocenę sytuacji polskiej kardiologii AD 2022, o to, które potrzeby z dekalogu są dziś najpilniejsze do spełnienia, a które już zaczęły być realizowane, zapytaliśmy trzech

Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego:

*PROF. PRZEMYSŁAWA MITKOWSKIEGO, PREZESA PTK,
PROF. ADAMA WITKOWSKIEGO, BYŁEGO PREZESA PTK,
I PROF. ROBERTA GILA, PREZESA-ELEKTA PTK.*

Dekalog potrzeb polskiej kardiologii

- 
1. Zniesienie limitu na procedury kardiologiczne i kardiochirurgiczne.
 2. Rozszerzenie terytorialne programu Krajowej Sieci Kardiologicznej.
 3. Liberalizacja kryteriów włączenia do programu leczenia hiperlipidemii (B.101).
 4. Reewaluacja wycen procedur w zakresie kardiologii.
 5. Refundacja procedur o uznanych korzyściach w poprawie rokowania pacjentów.
 6. Szybkie wprowadzenie refundacji nowych technologii nielekowych.
 7. Powszechny dostęp do nowych technologii farmaceutycznych w zakresie leczenia niewydolności serca.
 8. Wdrażanie programów koordynowanej opieki.
 9. Możliwość opisywania wyników badań obrazowych w zakresie chorób serca przez kardiologów.
 10. Kolegialne zarządzanie Narodowym Programem Chorób Układu Krążenia. ➤



Jesteśmy krajem bardzo wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Mamy nadmierną chorobowość sercowo-naczyniową również wśród osób w wieku produkcyjnym. Po to, żeby tę sytuację zmienić, stworzyliśmy dekalog niezaspokojonych potrzeb w kardiologii.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Musimy zatrzymać epidemię chorób sercowo-naczyniowych

PROF. DR HAB. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI, PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO, KIEROWNIK PRACOWNI ELEKTROTERAPII SERCA W SZPITALU KLINICZNYM PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO W I KLINICE KARDIOLOGII KATEDRY KARDIOLOGII UM IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU:

Dlaczego został stworzony dekalog potrzeb polskiej kardiologii? Jak ocenia Pan jej obecną sytuację?

Na świecie kardiologia jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny, zarówno jeśli chodzi o diagnostykę, jak i leczenie. Niestety mam wrażenie, że w Polsce czasy największej świetności kardiologii już minęły. Od kilku lat obserwujemy brak zadowalającego rozwoju – mamy delikatną „czkawkę”. Problemem jest przede wszystkim różnica w dostępie do niektórych leków i procedur między Europą Zachodnią a Polską. Niestety, trend w kierunku wydłużania życia, widoczny w ciągu ostatnich 25 lat, wyraźnie wyhamował. Jest to także widoczne, choć w mniejszym stopniu, także w innych krajach. Jeszcze przed pandemią mieliśmy do czynienia z długim kardiologicznym, a pandemia jeszcze go nasiliła. Z pewnością wiele czynników miało na to wpływ: pacjenci rezygnowali z wizyt u lekarza, obawiając się zakażenia, dostęp do poradni był utrudniony. W początkach pandemii nawet towarzystwa naukowe zalecały odroczenie wykonania planowych procedur. Nikt wtedy nie spodziewał się, że pandemia potrwa tak długo. Wiele szpitali, które miały duże oddziały kardiologiczne, zostało zamienionych na covidowe, przez co dramatycznie spadła liczba leczonych w nich pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Te szpitale nadal prowadziły leczenie chorych kardiologicznych, ale tylko tych z potwierdzoną, aktywną infekcją COVID-19.

Dane GUS są dość dramatyczne: w 2021 r. mieliśmy największą od dekad śmiertelność: zmarło o 154 tys. osób więcej niż średnia z ostatnich 50 lat. Spośród nadmiarowych zgonów ok. 90 tys. było spowodowanych COVID-19, a ok. 63 tys. – innymi przyczynami, głównie spowodowanymi chorobami przewlekłymi. W 2020 r. szacuje się, że 61 tys. nadmiarowych zgonów nie było spowodowanych COVID-19, tylko innymi chorobami, głównie kardiologicznymi. Liczba zgonów z powodów kardiologicznych wzrosła aż o 17% – to bardzo dużo. A pamiętajmy, że choroby układu krążenia stanowią w Polsce główną przyczynę zgonów.

W ubiegłym roku Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne opublikowało nowe tabele ryzyka sercowo-naczyniowego (SCORE2), które szacowały to ryzyko w oparciu o: wiek, płeć, palenie papierosów, wartości ciśnienia tętniczego i stężenia cholesterolu. Okazuje się, że we wszystkich przedziałach wiekowych Polacy, przy tym samym natężeniu wymienionych czynników ryzyka, mają o 50-100% większe ryzyko wystąpienia objawowej choroby układu sercowo-naczyniowego związanej z miażdżycą, czyli zawału serca, udaru mózgu, choroby naczyń obwodowych, a także zgonu. W związku z tym musimy w znaczącym stopniu obniżyć nasilenie czynników ryzyka, które znalazły się w tej tabeli, by przynajmniej zbliżyć się do krajów niskiego ryzyka, takich jak kraje Beneluksu i południa Europy. Oznacza to, że w Polsce są jeszcze dodat-

kowe czynniki ryzyka wpływające na występowanie objawowej miażdżycy: mniej dbamy o siebie niż mieszkańcy innych krajów, nie mamy wysokiej świadomości tego, że to, co dziś robimy, ma wpływ na to, na ile będziemy samowystarczalni czy samodzielni w wieku emerytalnym, na ile będziemy uczestniczyli w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym. Mamy nadmierną chorobowość sercowo-naczyniową również wśród osób w wieku produkcyjnym. Po to, żeby tę sytuację zmienić, stworzyliśmy dekalog niezaspokojonych potrzeb w kardiologii.

Które punkty dekalogu potrzeb polskiej kardiologii są najważniejsze, z Pana punktu widzenia jako Prezesa PTK?

Wszystkie. Apelowaliśmy o to, żeby znieść limity na wykonywanie procedur kardiologicznych, żebyśmy mogli leczyć tych chorych, którym nie udało się pomóc w latach 2020-21, a tym samym zmniejszać dług kardiologiczny. Pewną odpowiedzią na ten postulat jest decyzja Ministerstwa Zdrowia o rozszerzeniu terytorialnym działania sieci kardiologicznej. W ramach sieci hospitalizacje w głównych czterech obszarach: niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, wady zastawkowe i nadciśnienie tętnicze wtórne lub oporne nie będą limitowane. To bardzo ważne, ponieważ, podobnie jak w onkologii, w województwach, gdzie będzie się toczył pilotaż, będzie można leczyć wszystkich pacjentów, którzy tego wymagają.

W obszarach objętych siecią nie ma jednak choroby niedokrwiennej serca. W Polsce sam system leczenia zawałów serca jest dobrze rozwinięty, chcielibyśmy jednak, żeby więcej ośrodków i pacjentów brało udział w programie KOS-Zawał, gdyż korzyści z niego płynące są niebywałe. Musimy również pracować nad osiąganiem celów terapeutycznych w zakresie cholesterolonii – to kolejny z punktów dekalogu. Obecnie z programu B.101 – leczenie hiperlipidemii przy zastosowaniu inhibitorów białka PCSK9 u chorych wysokiego ryzyka – korzysta zaledwie ok. 5-10% liczby pacjentów, jaką zakładaliśmy przy jego wprowadzaniu. Rozmawiamy z Ministerstwem Zdrowia, aby zliberalizować kryteria włączenia do programu, choć zdajemy sobie też sprawę, że jako lekarze moglibyśmy robić więcej, by hiperlipidemia była lepiej leczona. Mamy dane z wiodących ośrodków KOS-Zawał, że po roku od zawału najsilniejszą refundowaną terapię standardową (najwyższa dawka statyny plus ezetynib) stosuje tylko 11% chorych. Nawet w połowie nie osiągamy celów dla grupy wysokiego ryzyka, a chorzy po zawale serca znajdują się w grupie bardzo wysokiego ryzyka.

Kolejny punkt: chorzy, którzy w pandemii przeżyli ostre stany kardiologiczne i nie zostali objęci właściwą opieką, są często w zdecydowanie bardziej zaawansowanych stadiach chorób układu sercowo-naczyniowego. Musimy wykonywać u nich trudniejsze procedury. Konieczna jest zmiana wycen, szczególnie w kardiologii ➤

- interwencyjnej, ale też w elektroterapii, by można było tych chorych skutecznie leczyć. Obecnie system wycen hamuje postęp technologiczny, gdyż już są dostępne nowoczesne narzędzia oraz techniki operacyjne i zabiegowe, które są dużo bardziej zaawansowane, zapewniając większą skuteczność, a ich zastosowanie wiąże się z mniejszą liczbą powikłań. Są one jednak bardziej kosztowne i wycena danej procedury nie pozwala na ich częstsze wykorzystanie. Nie zachęca to szpitali do ich stosowania.

Jesteśmy blisko wprowadzenia do koszyka świadczeń różnych procedur, np. w AOS – telemonitoringu urządzeń wszczepialnych. W październiku 2021 r. pojawił się już projekt stosownego rozporządzenia, jednak zastrzeżenia (przede wszystkim Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych) spowodowały, że minął prawie rok i nadal ta forma opieki nie jest dostępna. A jest to niezwykle ważne, gdyż poprawia jakość opieki nad chorymi. Mamy nowe technologie, które otrzymały pozytywną rekomendację AOTMiT, jak symulatory bezelektrodowe, wszczepialne rejestratory arytmii. Pozytywne opinie AOTMiT dotyczące tych procedur zostały opublikowane na początku 2021 r., jednak prace nad ich wprowadzeniem do koszyka świadczeń gwarantowanych zatrzymały się. A są one bardzo potrzebne naszym pacjentom. Podobnie inne procedury, m.in. plastyka zastawki trójdzielnej metodą brzeg do brzegu, śródzabiegowe wspomaganie krążenia, stosowanie nowoczesnych technik do udrażniania zamkniętych naczyń wieńcowych lub poszerzania bardzo zwężonych zmian – (np. shock wave balloon), kamizelka defibrylująca dla czasowego zabezpieczenia przed nagłym zgonem sercowym. Przedstawione przykładowe technologie pozwalają na zastosowanie leczenia u pacjentów, którzy są dyskwalifikowani z możliwości wykonania standardowej procedury lub ich wykonanie wiąże się z bardzo wysokim ryzykiem.

Widzimy jednak też dobre strony – dziękujemy Ministerstwu Zdrowia, wiceministrowi Maciejowi Miłkowskemu za wprowadzenie do refundacji flozyn (inhibitorów receptora SGLT2). To olbrzymi krok naprzód w leczeniu chorych z niewydolnością serca. Terapia farmakologiczna niewydolności serca w Polsce jest już dziś oparta na czterech filarach (choć jeszcze jeden z nich jest niepełny, gdyż brakuje nam w refundacji leku sakubitryl/walsartan). Wiem jednak, że toczą się również prace w tym zakresie. Dzięki tym zmianom mielibyśmy dla chorych z niewydolnością serca terapie, które mogłyby wydłużyć ich życie nawet o 6 lat. Nie ma w medycynie wielu takich terapii, które u chorych z tak wysokim ryzykiem zgonu tak skutecznie poprawiałyby rokowania.

Kolejna rzecz to programy opieki koordynowanej. Wydajemy dużo na leczenie szpitalne, a później, w okresie poszpitalnym, chory ginie w meandrach systemu opieki zdrowotnej. Funkcjonuje już program KOS-Zawał, którego efektywność jest poza wszelką dyskusją. Gotowy jest

program KONS, a także program koordynowanej opieki nad chorymi z migotaniem przedsionków. Mamy nadzieję, że zostaną one wdrożone – a przynajmniej ich elementy – w ramach krajowej sieci kardiologicznej lub w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia.

Techniki obrazowania w zakresie patofizjologii, diagnostyki i leczenia rozwijają się bardzo szybko. Należy pozwolić kardiologom, którzy mają odpowiednie doświadczenie i wiedzę, na opisywanie wyników badań obrazowych, takich jak rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa. Obecnie taki wynik może być udostępniony, jeśli jest podpisany również przez specjalistę radiologa. Kardiolodzy bardzo dobrze opisują badania obrazowe serca. Wiedza na temat patofizjologii bardzo szybko się rozwija; w tak szerokiej specjalności, jaką jest radiologia, obejmującej wszystkie badania obrazowe z zakresu różnych dziedzin medycyny, trudno nadążyć za postępem w nich wszystkich. Zmieniają się kompetencje i wiedza lekarzy, a metody diagnostyczne stają się wręcz podstawowymi, dlatego powinny nastąpić tu zmiany. Bardzo ważne jest też to, żeby kardiolog po specjalizacji mógł wykonać krótkotrwałe znieczulenie u chorych poddawanych kardiowersji. Obecnie musimy prosić do wykonania tej procedury anestezjologów, których nie ma zbyt wielu, co utrudnia wykonywanie różnych procedur u pacjentów.

Ostatni punkt to Narodowy Program Chorób Układu Krążenia – jest już projekt uchwały Rady Ministrów, który znajduje się na etapie konsultacji. To bardzo ważny program, który będzie determinował rozwój kardiologii przez najbliższą dekadę. Bardzo ważne, by zarządzanie tym programem było kolegialne przez grupę ekspertów, we współpracy z konsultantem krajowym i z Ministerstwem Zdrowia, a zdefiniowane w nim kierunki rozwoju polskiej kardiologii były jak najbliższe pacjentowi, żebyśmy w ramach przeznaczonych środków mogli zainwestować nie tylko w infrastrukturę, ale też w edukację, wprowadzanie innowacji. Mamy doskonałe przygotowanie, kardiolodzy często jeżdżą do wiodących ośrodków na świecie. Nic też nie stoi na przeszkodzie, by takie wiodące ośrodki powstawały w Polsce. To kolejny program, który może być szansą dla szybkiego rozwoju kardiologii i na sprostanie codziennym wyzwaniom.

Od sformułowania dekalogu minęło kilka miesięcy. Czy ma Pan wrażenie, że pewne jego punkty są już realizowane?

Tak, pojawiły się w refundacji flozyny, mamy projekt rozszerzenia sieci kardiologicznej. Trwają prace nad rozszerzeniem programu B.101, mamy rozporządzenie dotyczące Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Tak więc już coś zaczyna się dziać. Wierzę, że przy dobrej woli będziemy mogli te elementy realizować i w przyszłym roku, gdy będziemy na ten temat dyskutowali, okaże się, że wiele rzeczy udało nam się wspólnie osiągnąć. ■

To jest strzał w dziesiątkę

PROF. DR HAB. N. MED. ROBERT GIL, PREZES-ELEKT POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO, KIEROWNIK KLINIKI KARDIOLOGII INWAZYJNEJ CMKP W CENTRALNYM SZPITALU KLINICZNYM MSWiA W WARSZAWIE:



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

W dekalogu nie ma punktów mniej ważnych; liczy się całokształt, tak jak nie można być na wpół dobrym, a na wpół złym człowiekiem.

Jako prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, jak ocenia Pan stan polskiej kardiologii AD 2022?

Może to wydać się nieco dziwne, jednak biorąc pod uwagę sytuację bieżącą oraz stan innych dziedzin medycyny, muszę powiedzieć, że kardiologia ma się względnie do-

brze. Jednak bez podjęcia stosownych kroków, takich jak uatrakcyjnienie specjalizacji, podwyższenie wycen procedur kardiologicznych oraz delegowanie części diagnostyki i leczenia poza szpitale, będzie gorzej.

Po to, żeby poprawić sytuację polskiej kardiologii, a przede

wszystkim sytuację pacjentów z chorobami serca i naczyń krwionośnych, stworzyliśmy dekalog najważniejszych potrzeb w kardiologii. Powstał, by budować spójny przekaz dotyczący stanu kardiologii, a także żeby znaleźć drogę wyjścia z tzw. długu kardiologicznego. A samo użycie słowa „dekalog” wią- ➤

- zało się z wiarą, że wzbudzi ono zainteresowanie.

Wszystkie 10 potrzeb polskiej kardiologii jest ważne, ale które z nich uznałby Pan za najważniejsze i niezrealizowane do tej pory potrzeby?

Dekalog to sposób na pokazanie największych bolączek, nie chciałbym jednak wskazywać, które z tych postulatów są najważniejsze i tym samym niejako godzić się na częściowe załatwianie problemów. Uważam, że wszystkie te kwestie są ważne i powinny być załatwione systemowo. Siłą dekalogu jest wskazanie szerokich potrzeb – od organizacyjnych, poprzez systemowe, po refundację nowych technologii i nowych leków, poprawę wycen, ale też wskazanie, że bardzo istotne jest, żeby Polskie Towarzystwo Kardiologiczne miało wpływ na nowy Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK), którego częścią jest Krajowa Sieć Kardiologiczna. Uważamy, że taki program nie powinien być zarządzany z poziomu konsultanta krajowego bez współpracy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym. Chcielibyśmy, aby od początku był tworzony we współpracy ze środowiskiem kardiologicznym, przecież wtedy łatwiej z utożsamianiem się z nim i jego wspieraniem. W naszej opinii powinniśmy mieć prawo do kontroli jego realizacji, ewentualnie sugerowania w nim koniecznych zmian. Krótko mówiąc, marzy się nam kolegalne zarządzanie NPChUK.

Warto w tym momencie podkreślić, iż pomysł z dekalogiem potrzeb polskiej kardiologii był strzałem w dziesiątkę. Już szybka analiza wskazuje, że wskazanie konkretnych potrzeb owocuje – jeśli nie całkowitym rozwiązaniem, to chociaż pewnymi poprawkami zbliżającymi realizację naszych postulatów. Jednak dekalog jest całością, nie możemy mówić tylko o jednym z jego punktów, a zapominać o innych. Oczywiście można uzyskać refundację le-

ków, co jest ważne dla pacjentów, ale jednocześnie równie ważny jest rozwój programów koordynowanej opieki, a także kompleksowy program walki z chorobami układu krążenia – NPChUK. Jeśli tworzony jest taki program, na którego finansowanie są przeznaczone duże kwoty, to powinno mieć na niego wpływ środowisko kardiologów. Nie chciałbym też wskazywać jednego priorytetu, bo wtedy pojawia się przyzwolenie na strategię „nie stać nas na wszystko, to realizujemy, na co nas stać”. To często nasz polski problem – godzimy się na pewne kompromisy, byle coś zacząć robić, które utrwala się i są praktycznie nie do odwrócenia. Tak jest np. w przypadku programu leczenia hipercholesterolemii, w którym nie obowiązują normy stężenia LDL-cholesterolu rekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, tylko takie, „na które nas stać”, wyznaczone przez pewien pułap finansowy, na który Ministerstwo Zdrowia ma pieniądze. Oczywiście czasem zgadzamy się na ten kompromis, po to żeby w ogóle program powstał, jednak musimy jasno określić, do czego dążymy i że nasza zgoda jest tzw. zgodą czasowo-warunkową.

Dekalog, który znamy z lekcji religii, wyznacza pewne zasady, według których przyzwoity człowiek powinien się zachowywać bez względu na to, jakiej jest wiary. Tak samo jest w przypadku dekalogu potrzeb kardiologii: nie ma tu punktów mniej ważnych, liczy się całość, tak jak nie można być na wpół dobrym, a na wpół złym człowiekiem. Musimy korzystać z tego, co dostarcza nam nauka, a pieniądze wykorzystywać w sposób ekonomicznie uzasadniony. Nie możemy być ostatni w Europie, nie możemy czekać 2-3 lata, by móc stosować pewne rozwiązania czy leki, gdy inni robią to szybciej. Najnowsze sposoby leczenia są dużo bardziej skuteczne i mimo że w pierwszej fazie są droższe, to z perspektywy czasu okazują się i tańsze, i bardziej efektywne. ■



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Jak Pan ocenia obecny stan polskiej kardiologii – na tle Europy?

Europa Zachodnia lepiej radzi sobie z chorobami sercowo-naczyniowymi, czego najlepszym przykładem jest to, że w tych krajach to nie choroby sercowo-naczyniowe są największą przyczyną zgonów, lecz nowotwory. U nas (co jest charakterystyczne dla krajów naszego obszaru geograficznego) to właśnie choroby układu sercowo-naczyniowego zbierają największe żniwo. Dodatkowo przez 2,5 roku pandemii mieliśmy ogromny wzrost liczby zgonów spowodowanych głównie COVID-19, jednak oprócz tego także



Musimy spłacać dług zdrowotny

PROF. DR HAB. N. MED. ADAM WITKOWSKI, BYŁY PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO, KIEROWNIK KLINIKI KARDIOLOGII I ANGIOLOGII INTERWENCYJNEJ NARODOWEGO INSTYTUTU KARDIOLOGII – PIB.

Myszę, że następne tego typu programy, podobne do KOS-Zawał, będą kolejnymi cegiełkami i śmiertelność z przyczyn kardiologicznych w Polsce zacznie spadać.

innymi chorobami: aż o 17% wzrosła liczba zgonów spowodowana chorobami układu krążenia. To najbardziej obnaża słabość naszego systemu ochrony zdrowia, który – wystawiony na nowe wyzwanie, jakim był COVID-19 – nie bardzo dawał sobie radę z innymi chorobami. Powstał tzw. dług zdrowotny, który teraz musimy zacząć spłacać, czyli nadrobić zaległości: nie tylko je zniwelować, ale też spowodować, aby zmniejszyła się ta bardzo wysoka umieralność.

Czy właśnie dlatego został stworzony dekalog potrzeb kardiologii?

Dekalog został stworzony, ponieważ chcieliśmy w bardzo zwięzły sposób pokazać najważniejsze priorytety, które stoją przed polską kardiologią. To najbardziej kluczowe sprawy, którymi należy się zająć. Oczywiście ich realizacja musi odbywać się poprzez różnego rodzaju

programy, w tym programy opieki koordynowanej, poprzez sieć kardiologiczną, która już została rozszerzona na kolejnych pięć województw. Zobaczymy, jakie to przyniesie efekty. W perspektywie jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia – program na kształt Narodowej Strategii Onkologicznej. Zobaczymy, czy zostanie wprowadzony. Bardzo bym się cieszył, gdyby finansowanie, jakie tam zostało założone, rzeczywiście zostało zrealizowane: to 250-270 mln rocznie przez kolejnych 10 lat. Przeżyłem już wprowadzanie różnych programów przez Ministerstwo Zdrowia z naszym znaczącym współudziałem: najpierw był Narodowy Program Zdrowego Serca i Naczyń (w latach 2015-2016) – nic z niego nie wyszło. Potem był ogłoszony i wprowadzony rozporządzeniem program koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca i też nic z tego nie wyszło. Teraz weszła sieć kardiologiczna – to bardzo dobrze. Zobaczy-

- my, czy przebijie się Narodowy Program Chorób Układu Krążenia, szczególnie w nie najlepszej ekonomicznie sytuacji, którą mamy w tej chwili. Zapewne będzie to trudne, jak wszystkie nowości: podobnie było z dużo mniejszym programem koordynowanej opieki nad pacjentami po zawale serca, czyli KOS-Zawał, który jednak po kilku latach rozkręcił się i spowodował faktyczną redukcję śmiertelności u chorych po zawale.

Na razie zobaczymy, na ile sieć kardiologiczna rzeczywiście przyspieszy diagnostykę i leczenie pacjentów w czterech obszarach chorobowych: nadciśnienie tętnicze wtórne i odporne na leczenie farmakologiczne, niewydolność serca, wady zastawkowe serca, zaburzenia rytmu z migotaniem przedsionków na czele.

Wszystkie punkty z dekalogu potrzeb polskiej kardiologii są ważne, ale które uważa Pan za najważniejsze?

Na pewno bardzo ważne jest zniesienie limitu na procedury kardiologiczne i kardiochirurgiczne. Nie może być limitów na choroby, które są głównym zabójcą w Polsce. Dziś pacjent na wszystko czeka: na by-passy, koronariografię i angioplastykę wieńcową, operację zastawek serca; na nowoczesne metody przecewnikowego leczenia zastawek serca, które są stale zbyt słabo finansowane (wykonuje się ich za mało), również czeka się bardzo długo. Niektóre nie są finansowane w ogóle. Dotyczy to dostępu do nowych technologii medycznych, choć jeśli chodzi o ten postulat, to został on już częściowo spełniony w przypadku leczenia niewydolności serca, ponieważ jest otwarta refundacja floszyn. Nie mamy natomiast refundowanego leku sakubitryl/walsartan. Z kolei jeśli chodzi o dostęp do nowoczesnych leków w leczeniu hiperlipidemii, to kryteria wejścia do programu są tak ostre, że niewielu pacjentów kwalifikuje się do niego. To oczywiście nie jest jedyna przyczyna, dlaczego ten program źle funkcjonuje, ale jedna z głównych. Kryteria są zbyt ostre, ośrodków jest zbyt mało, na to nakłada się inercja lekarzy itd.

Ważne są też programy opieki koordynowanej. W opisie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia są elementy opieki koordynowanej ujęte w bardzo ogólny sposób jako potrzebne i niezwykle pomocne w leczeniu. Zobaczymy, co z tego wyjdzie. Na razie bardzo cieszy, że minister zdrowia wydał projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, które daje lekarzom POZ o wiele większe możliwości diagnostyczne jeśli chodzi o pacjentów, możliwości konsultowania ze specjalistami (w tym z kardiologami i diabetologami), wykonywania badań, których wcześniej nie mogli zlecić, będących kluczowymi u np. pacjentów z niewydolnością serca, a ponadto zawiera elementy opieki koordynowanej. To dotyczy nie tylko chorób kar-

diologicznych, ale też chorób płuc, cukrzycy i endokrynologii. Lekarze POZ mają być głównym elementem systemu ochrony zdrowia w Polsce, tak jak w wielu krajach zachodnich. Powinni otrzymać narzędzia, które dadzą im możliwość lepszego zadbania o chorych.

Można powiedzieć, że są to kroki w dobrą stronę?

To kroki w dobrą stronę, byle ich realizacja rozpoczęła się i żeby pojawiło się odpowiednie finansowanie. Mimo że jestem kardiologiem interwencyjnym i całe życie zabiegałem (i nadal zabiegam), aby kardiologia interwencyjna była dobrze finansowana – gdyż są to zabiegi, które rzeczywiście pomagają, leczą ludzi i zapobiegają zgonom – to chciałbym, żeby były też odpowiednie pieniądze na prewencję pierwotną i wtórną, np. leczenie hiperlipidemii u pacjentów wysokiego ryzyka po zawale serca (choć ten program powinien obejmować jeszcze znacznie większą grupę pacjentów). Wszystkiego naraz jednak nie da się zrobić, rozmawiamy z Ministerstwem Zdrowia, aby złagodzić kryteria wejścia do tego programu, ponieważ na razie jest on tylko na papierze. Prewencja pierwotna i wtórna to dwa olbrzymie lewary, które dotyczą tak wielu osób, że jeśli będą dobrze prowadzone, to będą miały o wiele większy wpływ na zdrowie Polaków niż najlepsze metody leczenia choroby wieńcowej czy wad zastawkowych serca.

Prewencja jest niezwykle ważna. Powinna być bardzo skrupulatnie realizowana, łącznie z programami w szkołach, adresowanymi do dzieci, uświadamiającymi je, jak należy się odżywiać, jak ważny jest ruch. Gdy edukację zdrowotną zacznie się prowadzić tak wcześniej, to potem będzie mniej chorych dorosłych, których trzeba będzie leczyć.

Realizacja dekalogu potrzeb kardiologii może spowodować, że liczba zgonów w Polsce z powodu chorób układu krążenia zmniejszy się? Dojdzie przynajmniej do poziomu, który jest w Europie Zachodniej?

Myślę, że tak. Od kiedy zostało wprowadzone interwencyjne leczenie zawału serca w Polsce, śmiertelność w zawałach zmniejszyła się z dwudziestu kilku procent do 4-5%. Gdy okazało się, że ci chorzy potem umierają, bo nie mają zapewnionej opieki, odstawiają leki, wprowadzono program koordynowanej opieki KOS-Zawał. Sytuacja szybko się poprawiła. A nie jest to bardzo skomplikowany program: zakłada on, że chory ma chodzić do lekarza i się leczyć. To powinno być realizowane przez system, a niestety nie jest. Dlatego potrzebna była taka proteza w postaci programu zaprojektowanego przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, który Ministerstwo Zdrowia zaakceptowało. Myślę, że następne tego typu programy będą kolejnymi cegiełkami i śmiertelność z przyczyn kardiologicznych w Polsce zacznie spadać. ■



Z WICEMINISTREM ZDROWIA MACIEJEM MIŁKOWSKIM
ROZMAWIAJĄ KATARZYNA PINKOSZ I PAWEŁ KRUSZ.

Będziemy publikować dane, by na bieżąco pokazywać skuteczność wszystkich leków w SMA

FOT. ARCHIWUM REDAKCJI

Zanim zapytamy o SMA, które jest głównym tematem dyskusji w Polsce od kilkunastu dni, chcielibyśmy porozmawiać o szerszej perspektywie chorób rzadkich. W sierpniu ubiegłego roku Rada Ministrów przyjęła Plan dla Chorób Rzadkich, którego główne założenia dotyczą poprawy diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentami

z chorobami rzadkimi. W maju 2022 r. została powołana Rada ds. Chorób Rzadkich. Jak przebiegają prace nad Narodowym Planem?

Uchwała Rady Ministrów wprowadzająca Plan dla Chorób Rzadkich tylko w niewielkiej części obejmuje zakres dotyczący leków, a ich udostępnianie odbywa się na podstawie dotychczasowej ustawy refundacyjnej. Je- ➤



FOT. ARCHIWUM REDAKCJI

- Śli chodzi o leki w chorobach rzadkich, to mamy zaległości z poprzednich lat, będziemy starali się jak najwięcej z nich wprowadzać. Jest Fundusz Medyczny, z którego będą i już są aktualnie finansowane innowacyjne terapie w chorobach rzadkich. Nadal będziemy z niego korzystali, jednak warunkiem przyjęcia do refundacji jest możliwość późniejszego ich finansowania z budżetu NFZ. Nie mogę dziś dokładnie określić, jak uda się nam udostępniać kolejne nowe leki, często mają one bardzo wysokie ceny, o poziomie wręcz nieakceptowalnym. Jednakże część postulatów Planu dla Chorób Rzadkich już znalazła się w projekcie ustawy refundacyjnej, a część prac, zgodnie z planem, jest na etapie analiz zasadności ich wprowadzenia.

Jednym z przykładów rzadkiej choroby genetycznej dotyczącej ok. 1200 dzieci i dorosłych w Polsce jest rdzeniowy zanik mięśni (SMA). Od 2019 r. pacjenci z SMA mają w Polsce dostęp do skutecznej terapii w ramach programu lekowego B.102 „Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni”. Polska – co bardzo cieszy – jest dziś liderem w diagnostyce i leczeniu SMA. Jak ocenia Pan skuteczność tego programu, który do tej pory funkcjonował?

Jego skuteczność jest bardzo dobra, właściwie pełna: tak oceniał Zespół Koordynacyjny ds. SMA. Przez pierwsze dwa lata bardzo staraliśmy się o to, by powstawały kolejne ośrodki zajmujące się leczeniem SMA, by jak najwięcej pacjentów mogło być objętych opieką. Ostatnie dane pokazywały, że jest już leczonych ponad 800 chorych, teraz wiemy, że na pewno będzie ich więcej.

Do tej pory w programie mieliśmy dostępny tylko jeden lek: nusinersen, podawany co cztery miesiące do kanału rdzenia kręgowego. Wiem, że firma pracuje nad schematami rzadszego podawania, jest to również bardzo istotne klinicznie. Obecnie program mocno się zmienia. Pacjenci, u których był problem z podawaniem tego leku, będą mieli możliwość zamiany terapii na doustną w przypadku przeciwwskazań do zastosowania nusinersenu (risdiplam). Szacujemy, że będzie to dotyczyło ok. 10-20% osób. Część z nich przyjmowała już lek doustny w ramach procedury wczesnego dostępu lub badań klinicznych organizowanych przez podmiot odpowiedzialny. To bardzo istotna informacja dla pacjentów, że jeśli pojawi się brak możliwości kontynuacji terapii nusinersenem, będą mieli możliwość otrzymania terapii doustnej. Risdiplam jest jednak obecnie zarejestrowany powyżej 2. miesiąca życia, nie ma więc

praktycznej możliwości podania go bezpośrednio po urodzeniu i zdiagnozowaniu choroby, gdyż w tego typu schorzeniach jak SMA najważniejsze jest jak najszybsze zastosowanie leczenia. Co przyniesie przyszłość – zobaczymy.

Jeśli chodzi o terapię genową, to we wszystkich badaniach rejestracyjnych wykazywano istotną skuteczność u pacjentów bezobjawowych, u których rozpoczęto leczenie do 6. tygodnia życia. W pozostałych grupach, gdzie rozpoczęto leczenie później, do 6. miesiąca życia, ta skuteczność była zdecydowanie niższa, m.in. tylko 3 z 67 pacjentów samodzielnie chodziło w wieku 24 miesięcy.

Eksperti podkreślają, jak ważna jest kompleksowość opieki nad pacjentami z SMA, a przede wszystkim program badań przesiewowych. Jak on dziś funkcjonuje i jakie ma znaczenie dla leczenia?

W Polsce funkcjonuje program badań przesiewowych, który – można powiedzieć – jest najlepszy na świecie, najlepiej zorganizowany. Wszystkie noworodki są w Polsce diagnozowane w ciągu kilkunastu dni. Po potwierdzeniu diagnozy dziecko jest przekazywane do ośrodka, który specjalizuje się w kwalifikacji do leczenia i jego prowadzeniu. Zespół koordynacyjny wspólnie z rodzicami podejmuje decyzję, jakie leczenie powinno zostać podjęte. Dzięki programowi badań przesiewowych wszyscy nowo zdiagnozowani pacjenci rozpoczynają terapię do końca pierwszego miesiąca. To najlepsze rozwiązanie, gdyż badania pokazują, że jej wczesne rozpoczęcie jest najważniejsze.

Jeśli chodzi o te trzy leki, które obecnie znajdują się w programie lekowym, to nusinersen ma najszersze wskazania: może być stosowany u wszystkich pacjentów, niezależnie od liczby kopii genów oraz typu SMA. Nieco węższe wskazania ma risdiplam, a zdecydowanie najwęższe – terapia genowa. Szacunki klinicystów mówią, że spośród wszystkich nowo zdiagnozowanych noworodków ok. 60-65% będzie mogło mieć podaną terapię genową; część dzieci będzie miała przeciwwskazania. Tak więc są duże oczekiwania społeczne czy medialne odnośnie do tego typu terapii, tymczasem zdecydowanie nie jest to metoda dla wszystkich. Poza tym – jak podają eksperci – największą korzyść z jej stosowania odnoszą pacjenci bezobjawowi.

Dlaczego granica stosowania terapii genowej została ustalona na sześciu miesiącach?

Terapia genowa jest lekiem na całe życie, to jednorazowe podanie. Jednak w medycynie nie powinno się rezygnować ze skutecznego leczenia, o potwierdzonym

działaniu, i przechodzić na leczenie o mniejszych dowodach i skuteczności: dziecko otrzyma lek potencjalnie skuteczny i nie będziemy już go leczyć dalej. Rezygnując z dotychczasowej terapii, która jest skuteczna, można dziecku zrobić krzywdę. Czy mając taką wiedzę, powinniśmy decydować, żeby przerwać skuteczne leczenie? Zazwyczaj w medycynie przyjmuje się, że terapia skuteczna powinna być kontynuowana. O terapii genowej słyszy się w mediach, że jest to lek „ratujący życie”. To duże przekłamanie, gdyż tak można by mówić, gdyby nie było żadnego innego leczenia; tymczasem od kilku lat jest dostępny nusinersen, o którym wiemy, że działa skutecznie. I dokładnie w ten sposób wypowiedziało się Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych.

Terapia genowa de facto jest najbardziej skuteczna do 6. tygodnia życia. Może się jednak zdarzyć, że pacjent był czasowo zdyskwalifikowany z podania leku albo mimo że w badaniu przesiewowym nie stwierdzono u niego SMA, objawy pojawiły się w drugim, trzecim miesiącu i dopiero kolejne badanie potwierdziło chorobę. Dlatego będzie można podać terapię genową także później – do końca 6. miesiąca.

Wspominał Pan o skuteczności leczenia. W przypadku nusinersenu niedawno pojawiły się polskie badania opublikowane przez prof. Kotulską-Jóźwiak, pokazujące skuteczność podawania go w grupie polskich dzieci. Żadne z nich nie zostało wyłączone

W Polsce funkcjonuje program badań przesiewowych, który – można powiedzieć – jest najlepszy na świecie, najlepiej zorganizowany. Wszystkie noworodki są w Polsce diagnozowane w ciągu kilkunastu dni. Po potwierdzeniu diagnozy dziecko jest przekazywane do ośrodka, który specjalizuje się w kwalifikacji do leczenia i jego prowadzeniu.

z leczenia z powodu braku skuteczności. Czy będą prowadzone podobne badania dotyczące skuteczności terapii, które obecnie wchodzi do programu lekowego?

Oczywiście, gdy leki wejdą do refundacji, będziemy monitorowali, jaka jest ich faktyczna skuteczność. Jeśli chodzi o terapię finansowaną w ramach Funduszu Medycznego, to jest obowiązek ustawy w zakresie wykonania analizy skuteczności przed przedłużeniem decyzji ➤

- – do tego zobowiązana jest AOT-MiT, która ma dostęp do wszystkich danych pacjentów. Będziemy je analizowali. Jeśli wyniki okażą się nie takie, jak oczekiwaliśmy, to albo cena powinna być odpowiednio niższa, albo terapia nie będzie dalej refundowana. Nie można nie oceniać skuteczności leku. Dane oczywiście będziemy publikowali. To bardzo ważne, żeby dzielić się wiedzą co do skuteczności leczenia.

Program lekowy funkcjonuje od 3 lat, leczeniem byli objęci wszyscy chorzy, niezależnie od wieku i postaci choroby – to był ogromny sukces wielu środowisk: pacjentów, klinicystów, Ministerstwa Zdrowia, przykład wręcz modelowych rozwiązań ujętych w Planie dla Chorób Rzadkich: diagnostyka, szerokie udostępnianie leczenia dla całej populacji, rejestr. Czy ma to szansę stać się modelowym rozwiązaniem dla każdej choroby rzadkiej?

Nie w każdym przypadku. W przypadku SMA był możliwy skrining. Ma on sens, gdyż istnieje skuteczne leczenie, które powinno być wdrożone już w okresie przedobjawowym. Skrining jest przeprowadzany tylko w przypadku chorób, gdzie znamy istotne kliniczne leczenie. Nadal bardzo wiele chorób nie ma badań przesiewowych, gdyż nie ma w ich przypadku skutecznego leczenia. To jest możliwe w SMA czy fenyloketonurii – czyli chorobach, które możemy od samego początku skutecznie leczyć.

Wszyscy pacjenci z SMA będą objęci leczeniem?

Tak; do tej pory zdarzały się osoby, które nie mogły lub nie chciały być objęte leczeniem. Podawanie nusinersenu było trudne u pacjentów ze znacznie zdeformowanym kręgosłupem, dlatego tak ważna jest możliwość zastosowania terapii doustnej.

Jeśli po przejściu na risdiplam lek okaże się nieskuteczny, będzie można wrócić do nusinersenu?

Będzie to możliwe tylko w przypadku nietolerancji risdiplamu. Nie jest to możliwe w przypadku nieskutecz-



FOT. ARCHIWUM REDAKCJI

Musi być jednak jak największa świadomość, że wybór leczenia nie jest prostą decyzją. Z jednej strony mamy lek, o którego skuteczności już dużo wiemy, z drugiej – wchodzi nowe terapie, których skuteczność w na większej populacji niż badanie kliniczne będziemy dopiero sprawdzać.

ności, gdyż de facto nie jesteśmy w stanie jej stwierdzić: nie mamy żadnych grup porównawczych, by porównać skuteczność leczenia.

Eksperci podkreślają, że program lekowy, wraz z powszechnymi badaniami przesiewowymi, stawia Polskę w gronie kilku na świecie krajów, w których pacjenci z SMA mają najlepszą opiekę.

Tak podkreślają klinicyści. To, że w Polsce funkcjonuje tak dobrze program badań przesiewowych, ułatwiło nam też rozmowy z firmą, której bardzo zależało, żeby pojawiła się u nas terapia genowa. Potencjalnie wyniki kliniczne takiego rozwiązania mogą być najlepsze na świecie; wzorzec takiego postępowania będzie wówczas złotym standardem organizacyjno-leczniczym nie tylko w Polsce.

Jakich jeszcze rozwiązań oczekiwaliby Pan w zakresie leczenia SMA?

Jak wspominałem, sytuacja wygląda dobrze: liczba ośrodków jest właściwa w całej Polsce, zarówno dla dzieci, jak dla dorosłych. Mamy zespół koordynacyjny, który kwalifikuje do leczenia, konsylium lekarskie. Decyzje dotyczące planu leczenia będą podejmowane wspólnie, biorąc pod uwagę dobro pacjenta. Będziemy publikowali dane, by na bieżąco pokazywać skuteczność wszystkich leków. Musi być jed-

nak jak największa świadomość, że wybór leczenia nie jest prostą decyzją. Z jednej strony mamy lek, o którego skuteczności już dużo wiemy, z drugiej – wchodzi nowe terapie. Za kilka lat być może pojawią się kolejne. Dziś sukcesem jest zatrzymanie postępu choroby, za kilka lat być może będzie możliwa jeszcze większa skuteczność.

Wiele osób podnosi, że pójście do szpitala co cztery miesiące na podanie leku stanowi traumę. Ale przecież np. pacjenci z cukrzycą typu 1 muszą przyjmować insulinę codziennie, nie raz na cztery miesiące, a ta choroba jest traktowana normalnie. Podobnie normalnie trzeba traktować SMA. To ciężka diagnoza, trudna choroba, jednak najważniejsze jest to, że można ją wcześniej wykryć i leczyć. To sukces medycyny i bardzo cieszą się, że mają do niego dostęp polscy pacjenci. ■



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Z **MICHAŁEM PILKIEWICZEM**,
DYREKTOREM GENERALNYM NA UKRAINĘ,
KRAJE BAŁTYCKIE I ADRIATYCKIE
W FIRMIE ANALITYCZNEJ IQVIA,
ROZMAWIA PAWEŁ KRUSZ.

Gdzie jesteśmy? **Digitalizacja ochrony zdrowia w Europie**

Jak wygląda postęp digitalizacji w polskim systemie ochrony zdrowia na tle Europy?

Wyróżniłbym trzy perspektywy. Pierwsza jest taka, że digitalizacja systemu ochrony zdrowia jest absolutnie jednym z priorytetów w Europie. Nie tylko wpisany w strategię, ale również jako konkretne, wielkie programy finansowe lub specjalne budżety. Sam „Recovery and Resilience Plan” to ponad 200 mld euro na inwestycje w system opieki zdrowotnej.

Czyli pierwsza perspektywa jest taka, że digitalizuje cała Europa.

Drugą perspektywą jest posiadanie strategii i z satysfakcją mówię, że Polska ma strategię digitalizacji zarówno całego kraju, jak i obszaru ochrony zdrowia, przyjętą w zeszłym roku. Jesteśmy w grupie krajów, które odrobiły pracę domową i powiedziały sobie, w jakim kierunku chcemy się zmieniać, w co inwestować.

To jest o tyle ważne, że bez takiego dokumentu nie wiadomo, w którym kierunku iść.

Za tym kryją się konkretne pieniądze. Polska złożyła do Unii Europejskiej swoje propozycje z Funduszu Odbudowy, a tam były wpisane konkretne kwoty i działania dotyczące digitalizacji m.in. naszej ochrony zdrowia.

A trzecia perspektywa?

To jest wdrożenie dokumentu w życie: po pierwsze zmiana otoczenia prawnego. Stare przepisy nie są dostosowane do obecnej rzeczywistości i to trzeba zmienić. Drugi obszar jest czysto technologiczny i tu mamy kraje wiodące, jak Estonia. Dobrym przykładem jest też Słowacja, gdzie istnieje system e-zdrowia, ale już ogłoszono przetarg na jego wymianę na kompletnie nowy, bardziej elastyczny i pojemny.

A Polska jeszcze nie skończyła budowy własnego systemu.

Cały czas jesteśmy w trakcie tego procesu, bieg czasu wymusza coraz nowsze rozwiązania systemowe, integracji systemu z dużą technologią. Rozmawiamy o transferze know-how czy kompetencji i to bardzo duży problem, bo jest mało specjalistów od digitalizacji ochrony zdrowia, szczególnie po stronie dostawców szpitali, klinik, instytutów.

Czy nie mamy ludzi, którzy są w stanie wybrać optymalne, już wdrożone na świecie rozwiązania?

To jest problem w całej Europie, dochodzi jeszcze kwestia know-how, rozwoju nowych kompetencji i testowań wzorcowych (benchmarków) nie tylko na poziomie krajowym, ale też międzynarodowym, czyli: czy skupić się na polepszeniu opieki zdrowotnej dla pacjentów, czy na optymalizacji działania całego systemu.

Przecież odpowiada za to strategia przyjęta przez Radę Ministrów jesienią 2021 r.

Formalnie tak, dokument istnieje i jest bardzo szczegółowy, rozpisany na działania, akcje i wskaźniki. Ale w praktyce... łapiemy zadyszkę, spowalniamy. A postęp technologiczny mknie.

Czy mógłbyś wymienić najpilniejsze potrzeby i kierunki działań w obszarze digitalizacji w Polsce?

Największym wyzwaniem jest stworzenie centralnego rejestru pacjentów. Zaczęłbym od centralnych rejestrów dla wybranych obszarów terapeutycznych w oparciu na bardzo dobrych ośrodkach klinicznych. Następnie pomyślałbym o projekcie w mniejszej skali, wdrożonym np. ostatnio na Litwie, czyli o centralnym rejestrze interakcji leków. Widziałem statystyki na Litwie, jaka jest liczba tego typu interakcji, o których lekarze czy system nie wiedzieli. Mamy od kogo się uczyć. Trzecia sprawa dotyczy tego, jak ułatwić pacjentom kontakt z ochroną zdrowia. To jest związane z telemedycyną i opieką nad pacjentem, która mogłaby być zintegrowana: chory dzięki różnym urządzeniom mobilnym wiedziałby, kiedy się spotka z lekarzem, miałby dostęp do historii leczenia. Byłby to cały ekosystem na wzór wdrażanych już w innych krajach. ■



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Nowa dyrektorka Narodowego Instytutu Leków

Dr n. farm. Iza Książek w czerwcu br. została p.o. dyrektora Narodowego Instytutu Leków, zastępując na tym stanowisku, z powodu odwołania przez ministra zdrowia, dr Annę Kowalczyk, kierującą NIL od 2017 r. Iza Książek rozpoczęła współpracę z Instytutem w roku 2001 jako specjalista inżynierjno-techniczny w Zakładzie Preparatów Biologicznych, od maja 2017 r. w NIL pełni funkcję zastępcy dyrektora ds. badań kontrolnych.

Narodowy Instytut Leków jest instytutem badawczym, działającym od ponad 70 lat na rzecz ochrony zdrowia publicznego. Wśród jego głównych zadań jest prowadzenie kontroli jakości produktów leczniczych znajdujących się w obrocie na terenie Polski oraz prowadzona w ramach dwóch ośrodków referencyjnych (KOROUN i KORLD) działalność w zakresie monitorowania pozaszpitalnych bakteryjnych zakażeń ośrodkowego układu nerwowego i lekowrażliwości drobnoustrojów. ■

MOLEcoLAB w Łodzi

Łódzkie Centrum Badań Molekularnych Chorób Cywilizacyjnych MOLEcoLAB to kolejna inwestycja w kampusie Centrum Kliniczno-Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Na początku września odbyło się uroczyste otwarcie obiektu, połączone z dyskusjami panelowymi dotyczącymi innowacji i współpracy uczelni z otoczeniem gospodarczym. Uroczystości otwarcia przewodniczył rektor, prof. Radziśław Kordek.

MOLEcoLAB to zespół najwyższej klasy laboratoriów naukowo-badawczych, umożliwiających efektywne wspieranie procesów komercjalizacji nauki i działalności B+R uczelni. Projekt był realizowany od grudnia 2018 r., w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Badania, Rozwój i Komercjalizacja Wiedzy, Rozwój infrastruktury badań i innowacji. Jego wartość to 75 mln zł, a dofinansowanie RPO WŁ: 41,6 mln zł. W laboratoriach MOLEcoLAB będą prowadzone prace badawczo-rozwojowe, skupiające się m.in. na projektowaniu innowacyjnych produktów i usług diagnostyczno-terapeutycznych, a także realizowaniu współpracy z przemysłem na poziomie krajowym i międzynarodowym.

(Źródło: Uniwersytet Medyczny w Łodzi) ■

Nowa metoda inwazyjnego leczenia chorób serca

Lekarze z USK w Opolu opracowali nową małoinwazyjną metodę zamykania tętnicy dla dostępu podobojczykowego. Jej opis wraz z zapisem wideo zostały opublikowane w „JACC Cardiovascular Interventions”, prestiżowym amerykańskim czasopiśmie z zakresu kardiologii inwazyjnej. Dzięki temu metoda opracowana przez opolskich kardiologów i kardiochirurgów ma szansę na szybkie rozpowszechnienie na świecie.

– Opracowana przez nas metoda jest wykorzystywana przy zabiegach implantacji zastawki aortalnej (TAVI) i wprowadzaniu pompy Impella wspomagającej pracę serca. Może być również użyta w zabiegach naczyniowych na

aorcie – wyjaśnia dr hab. n. med. Jerzy Sacha, prof. Politechniki Opolskiej, kierownik zespołu z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, który opracował tę metodę. – Prowadzimy szkolenia dla lekarzy i liczymy, że nasze metody będą wkrótce z powodzeniem stosowane przez operatorów w innych ośrodkach.

Zabiegi przezskórnego dostępu podobojczykowego do tętnicy pachowej są wizytówką opolskiego ośrodka na arenie międzynarodowej. USK w Opolu jest jedynym szpitalem w Polsce, gdzie są one przeprowadzane, również u chorych przekazywanych z innych szpitali.

(Źródło: Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu) ■



 **Valtricom®**

walsartan

amlodypina

hydrochlorotiazyd



PIERWSZE REFUNDOWANE POŁĄCZENIE TRÓJLEKOWE W POLSCE!^{1*}



DOSTĘPNE W TRZECH DAWKACH!²

 **KRKA**



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Prof. Mansur Rahnema-Hezavah członkiem Rady ds. rozwoju stomatologii

Pod koniec sierpnia minister zdrowia Adam Niedzielski powołał Radę jako organ pomocniczo-doradczy, który będzie się zajmował m.in. kształceniem lekarzy dentystów, zasadami wykonywania zawodu stomatologa i wyceną świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W jej skład wchodzi m.in. konsultanci krajowi w obszarze stomatologii, a także przedstawiciele resortu zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia czy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

(Źródło: UM w Lublinie) ■

Pierwsza konsultant krajowa w dziedzinie psychoterapii uzależnień

Dr hab. n. społ. Barbara Bętkowska-Korpała została powołana przez ministra zdrowia na pierwszą konsultant krajową w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Nowo wybrana konsultant jest profesorem Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdzie kieruje Zakładem Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także kierownikiem Zakładu Psychologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Jest również członkinią powołanego w sierpniu przez ministra zdrowia Zespołu do spraw wypracowania rozwiązań systemowych dotyczących roli psychologów klinicznych w opiece psychiatrycznej.

(Źródło: Szpital Uniwersytecki w Krakowie) ■

Naukowcy z PUM uczestniczą w światowych badaniach nad SARS-CoV-2

Projekt o nazwie EuCARE jest realizowany w ramach programu Horyzont 2021-2027. Skupia wszechstronny, multidyscyplinarny zespół klinicystów, wirusologów, epidemiologów, statystyków i najlepszych ekspertów w dziedzinie sztucznej inteligencji z 20 instytucji badawczych z 16 krajów z 4 kontynentów. Badacze będą m.in. analizowali i ujawniali wpływ wariantów SARS-CoV-2 na kluczowe sektory światowego zdrowia publicznego. Badanie obejmie ocenę naturalnej i sztucznej odporności na różne warianty wirusów u pracowników ochrony zdrowia w celu określenia wzorców szczepień krzyżowych i ryzyka

związanego z unikaniem szczepień oraz informowanie o strategiach szczepień dla populacji ogólnej.

Kierownikiem naukowym projektu w Polsce, realizowanym w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie, jest prof. Parczewski, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM. Czterdziestopięcioosobowy zespół badawczy prof. Parczewskiego został dołączony do sieci EuCARE. Wartość projektu wynosi 10 mln euro, w tym udział PUM-u wyniesie ok. 1,2 mln złotych.

(Źródło: PUM) ■



FOT. © 2009-2020. DEPOSITPHOTOS INC.



FOT. IKARD



Centrum Wsparcia Badań Klinicznych NIKard oficjalnie otwarte!

Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawie-Aninie otworzył Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (CWBK). Symbolicznego przecięcia wstęgi dokonali m.in. prezes Agencji Badań Medycznych Radosław Sierpiński, prof. Łukasz Szumowski, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii, a także dyrektor finansowy ECRIN Alicja Szofer-Araya. Uroczystość odbyła się w ramach konferencji naukowej pn. „Horyzont bliżej Ciebie”, zorganizowanej przez Instytut w dniach 12-13 września br.

– Centrum Wsparcia Badań Klinicznych to obiekt, który służy nie tylko badaniom, ale też pozwala na szerszą współpracę z forum międzynarodowym, m.in. z ECRIN, czyli organizacją, która wspomaga nas i inne jednostki w kontaktach międzynarodowych w organizowaniu badań. Naszą ambicją jest, aby badania, które będą u nas realizowane, były jak najbardziej umiędzynarodowione. Chcemy współpracować z ośrodkami z różnych krajów – powiedział **prof. Łukasz Szumowski, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii**. – Myślę, że nasz Instytut jest wyjątkowy. Mamy naprawdę dobrą infrastrukturę, mamy teraz Centrum Wsparcia Badań Klinicznych jako jednostkę, która zawiaduje całym procesem. Jestem przekonany, że infrastruktura Instytutu jest dostosowana do najlepszych standardów, do wymogów badań nauko-

wych i klinicznych na najwyższym poziomie – dodał prof. Szumowski.

Jak podkreśliła **Alicja Szofer-Araya, dyrektor finansowa ECRIN**, przed nowo otwartym Centrum stoi ogromne zadanie budowania sieci. Nie ma badań klinicznych, jeżeli nie ma centrów badawczych i infrastruktury. Te ośrodki, które już istnieją w Polsce, należy rozwijać i łączyć w sieć, bo to umożliwi lepszą współpracę na poziomie europejskim i lepszą koordynację badań.

CWBK powstało dzięki dofinansowaniu z Agencji Badań Medycznych kwotą 10 089 049,15 zł. Prowadzi łącznie ponad 85 badań naukowych, w tym 15 niekomercyjnych, i ponad 70 badań komercyjnych. Realizowane przez Centrum projekty mają na celu poszerzenie wiedzy i rozwój praktyki klinicznej, a ich beneficjentami w ciągu naj-

blizszych 6 lat będzie grupa ponad 3,5 tys. pacjentów. **Zdaniem Prezesa Agencji Badań Medycznych Radosława Sierpińskiego** otwarcie CWBK to wielki sukces. – Instytut Kardiologii to szczególne miejsce, z którym osobiście jestem związany. To tutaj stawiałem swoje pierwsze kroki jako lekarz i wiem, że to miejsce, w którym spotykamy ludzi z pasją, zaangażowaniem i poświęceniem dla drugiego człowieka. To 11. centrum w ramach Polskiej Sieci Badań Klinicznych, tej nowej marki, którą budujemy w Polsce, tej polskiej siły, która – mam nadzieję – inaczej spozycjonuje nasz kraj na arenie międzynarodowej.

Powstanie CWBK działającego w strukturach NIKard – oprócz zapewnienia usystematyzowanej infrastruktury, struktury organizacyjnej oraz systemów informatycznych – wprowadziło przejrzyste zasady funkcjonowania w postaci standardowych procedur operacyjnych (SOP), które ujednolicają i regulują procesy prowadzenia badań klinicznych. Wszystkie te działania pomagają stworzyć atrakcyjne środowisko dla badaczy, którzy inicjują i realizu-

ją autorskie pomysły na prace naukowo-badawcze. Od sierpnia 2019 r. Narodowy Instytut Kardiologii jest partnerem naukowym międzynarodowej, międzyrządowej organizacji ECRIN (ang. European Clinical Research Infrastructure Network).

Konferencja pn. „Horyzont bliżej Ciebie” to wydarzenie zorganizowane przez Narodowy Instytut Kardiologii. W trakcie dwudniowego spotkania (12-13 września br.) zaprezentowano m.in. dostępne formy dofinansowania projektów badawczych, ze szczególnym naciskiem na pozyskiwanie środków na niekomercyjne badania kliniczne – polskie i zagraniczne. Dużo miejsca poświęcono również tematyce sztucznej inteligencji w badaniach klinicznych (prof. Marcin Moniuszko, UMB). Omówiono rynek niekomercyjnych badań klinicznych (Beata Maciejewska GCPpl), sposoby komunikacji z pacjentami biorącymi udział w tych badaniach (Urszula Jaworska, Fundacja Urszuli Jaworskiej), a także przeprowadzono warsztaty dotyczące aspektów finansowych w projektach Horyzont (A. Szofer-Araya, ECRIN). ■

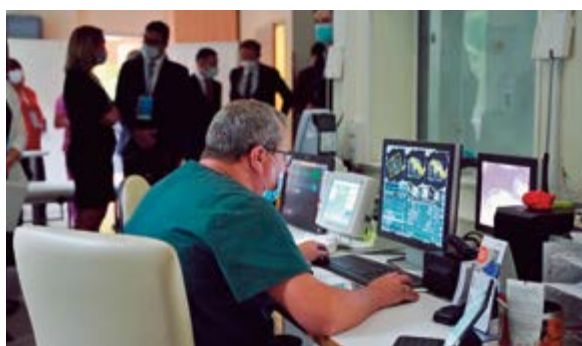
POLCRIN (Polish Clinical Research Infrastructure Network) to krajowa sieć ośrodków prowadzących badania kliniczne produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Jej misją jest rozwój badań klinicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem promocji innowacji, konkurencyjności i jakości w badaniach klinicznych zainicjowanych przez badaczy. Krajowym reprezentantem w ramach jednostki POLCRIN (ang. Polish Clinical Research Infrastructure Network) jest prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski, Dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego. Krajowy reprezentant POLCRIN jest równocześnie członkiem organu doradczego – komitetu ds. sieci w organizacji ECRIN (ang. European Clinical Research Infrastructure Network).

ECRIN (European Clinical Research Infrastructure Network) jest międzyrządową, międzynarodową organizacją non-profit, która wspiera badania kliniczne w Europie. Badania prowadzone na terenie wielu krajów pozwalają na zwiększenie możliwości dotarcia do pacjentów, zasobów i wiedzy specjalistycznej, a co za tym idzie, potencjalnie solidniejszy i dużo większy wpływ wyników badań na zdrowie publiczne.

23 sierpnia 2019 r. Polska (jako POLCRIN) oficjalnie dołączyła do sieci ECRIN ze statusem tzw. obserwatora. Agencja Badań Medycznych została instytucją reprezentującą nasz kraj w ECRIN. Aktualnie do sieci ECRIN należy dwanaście krajów: dziewięć z nich ma status członka (Czechy, Francja, Hiszpania, Irlandia, Niemcy, Norwegia, Węgry, Włochy i Portugalia), a pozostałe trzy mają status obserwatora (Polska, Słowacja, Szwajcaria).



FOT. IKARD



W centrum wiedzy medycznej: serwis Adamed Expert

Nowoczesna platforma Adamed Expert to kompendium rzetelnej wiedzy skierowanej do profesjonalistów z branży medycznej: lekarzy i farmaceutów. To dwie grupy zawodowe, które dbają o stałe poszerzanie swoich kompetencji i rozwój zawodowy. W nowym serwisie znajdują się wysokiej jakości merytoryczne treści opracowane przez wybitnych ekspertów w swoich dziedzinach medycznych.

Medycyna to dynamicznie rozwijająca i zmieniająca się dziedzina nauki. W ostatnich latach obserwujemy pojawianie się wielu nowych technologii i innowacyjnych leków, które wydłużają życie i poprawiają jego jakość. Lekarze, dbając o zdrowie pacjentów, muszą na bieżąco dowiadywać się o trendach w medycynie, przydatnych w ich codziennej praktyce zawodowej. Poszukują więc aktualnych i sprawdzonych treści, dzięki którym mogą pogłębiać wiedzę. Potrzebują nie tylko praktycznych wskazówek dotyczących terapii, nowych leków, algorytmów postępowania z pacjentem, ale też podzielenia się swoimi doświadczeniami przypadków klinicznych.

Adamed Pharma to farmaceutyczno-biotechnologiczna polska firma współpracująca z wiodącymi uniwersytetami oraz instytutami naukowymi, zarówno w kraju, jak i za granicą. Tworzy najwyższej jakości produkty lecznicze na przewlekłe choroby cywilizacyjne, udoskonala istniejące na rynku preparaty i udostępnia je na szeroką skalę. Swoją działalność opiera na badaniach, rozwoju i poszukiwaniu innowacyjnych terapii. Misją Adamedu jest

odpowiadanie na kluczowe wyzwania współczesnej medycyny. Dlatego oprócz swojej podstawowej działalności, na portalu Adamed Expert www.adamed.expert udostępnia rzetelne, oparte na eksperckiej wiedzy informacje dotyczące medycyny dla profesjonalistów z branży medycznej.

WIEDZA DLA LEKARZY W JEDNYM MIEJSCU

Platforma Adamed Expert www.adamed.expert stanowi kompendium wiedzy medycznej, dostępne w jednym miejscu, o każdej porze, w dowolnym miejscu. Serwis jest poświęcony różnym terapiom medycznym i całemu portfolio firmy Adamed.

Na podstronie przeznaczonej specjalnie dla lekarzy dostępne są aktualne materiały z zakresu różnych specjalizacji. Medycy znajdą tu wiedzę przydatną w ich praktyce zawodowej, m.in.: zalecenia i wytyczne towarzystw naukowych, algorytmy postępowania, opisy przypadków klinicznych, doniesienia z konferencji, przeglądy badań, a także nowości ze świata medycyny. Dzięki specjalnemu algorytmowi treści są dopasowywane nie tylko do specjalizacji danego lekarza, ale też do

jego preferencji – sam może zdecydować, jakie materiały chce otrzymywać.

Forma prezentacji jest zróżnicowana: od artykułów merytorycznych, materiałów wideo, poprzez webinary, do – coraz bardziej ostatnio popularnych i wygodnych dla odbiorców – podcastów. Autorami materiałów są najlepsi specjaliści w swoich dziedzinach. Informacje przekazywane są w przystępny i jasny sposób. Od strony wizualnej platforma jest przyjazna dla użytkownika: kolory różnicują dwie grupy odbiorców (niebieski dla lekarzy, zielony dla farmaceutów), a korzystanie z serwisu jest intuicyjne i wygodne.

EDUKACJA DLA FARMACEUTÓW

Platforma Adamed Expert to źródło aktualnej wiedzy nie tylko dla lekarzy, ale też wsparcie dla farmaceutów. W części serwisu przeznaczonej dla tej grupy zawodowej użytkownicy uzyskują materiały dotyczące ich praktyki zawodowej, opieki farmaceutycznej oraz znajdą omówienie istotnych zagadnień prawnych. Wykłady są przygotowane w formie filmów i podcastów.

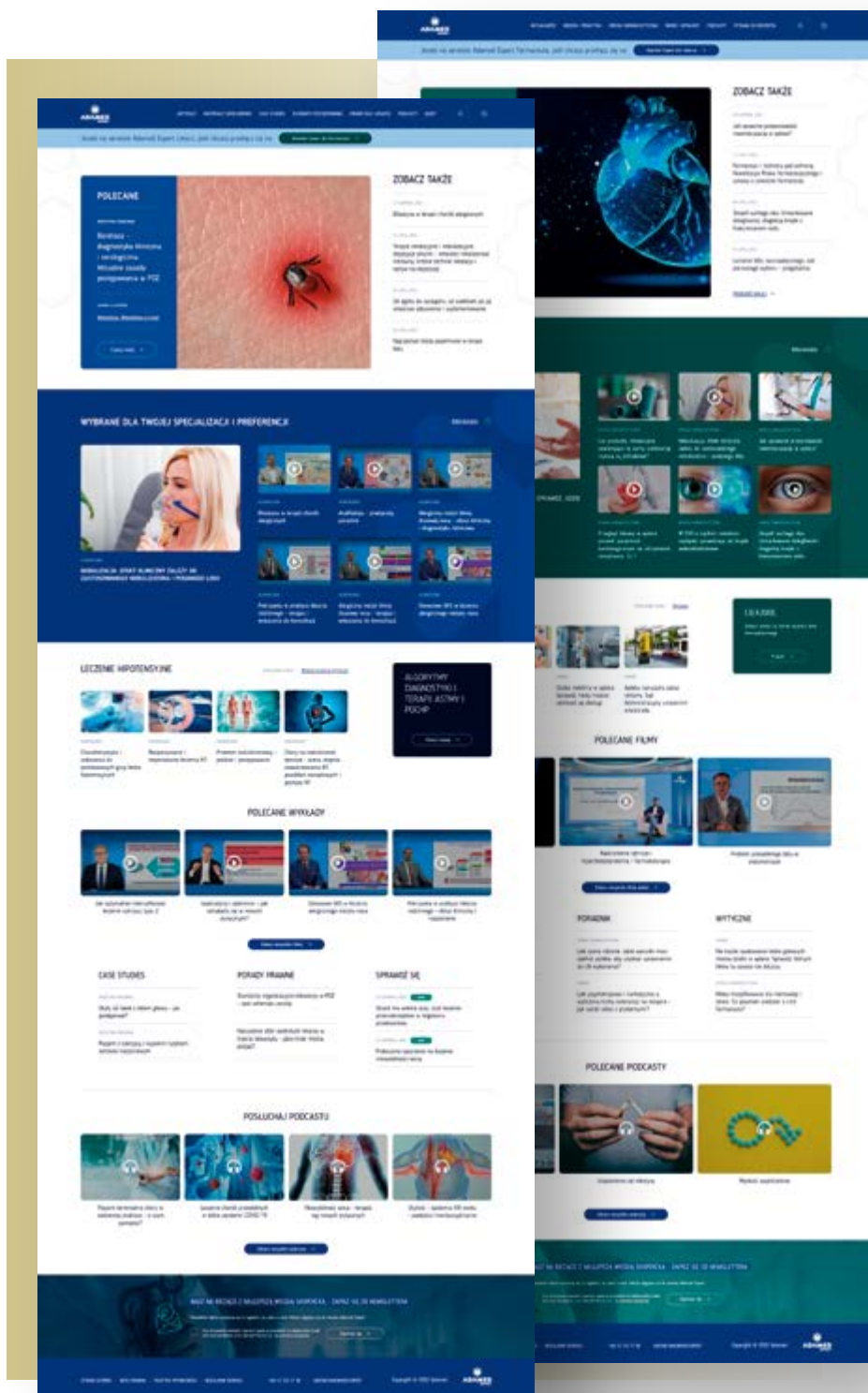
W tej części serwisu algorytm również dopasowuje treści do preferencji danego użytkownika.

Adamed Pharma oprócz platformy dla lekarzy i farmaceutów przygotowuje podstronę dla pacjentów. W internecie jest sporo niesprawdzonych informacji i fake newsów, dlatego Adamed Expert umożliwi dostęp do rzetelnej wiedzy medycznej użytkownikom, którzy chcą jak najlepiej zadbać o zdrowie swoje i najbliższych.

ZALETY REJESTRACJI W ADAMED EXPERT

Aby korzystać z serwisu, należy się zarejestrować i zalogować. Rejestracja w Adamed Expert przynosi użytkownikowi wiele korzyści: dostęp do obiektywnych, merytorycznych treści opartych na faktach, aktualnych wytycznych polskich i zagranicznych towarzystw naukowych, praktycznych wskazówek dotyczących terapii, możliwość udziału w webinarach i konferencjach branżowych. Co istotne – całość jest wolna od reklam odwracających uwagę od meritum.

Przy powstaniu platformy Adamed Expert współpracowali wybitni eksperci z różnych dziedzin medycyny, m.in. kardiologii, alergologii, psychiatrii. Dzięki połączeniu wiedzy z atrakcyjnym, nowoczesnym przekazem powstała platforma: źródło aktualnej wiedzy, pomocne dla specjalistów z branży medycznej. ■



Zeskanuj kod QR lub zaloguj się na www.adamed.expert i skorzystaj z możliwości serwisu wyznaczającego kierunki rozwoju współczesnej medycyny.

Finał krótkiej historii



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

12 WRZEŚNIA 2022 OTWARTO CENTRUM WSPIERANIA BADAŃ KLINICZNYCH (CWBK) W NARODOWYM INSTYTUCIE KARDIOLOGII. TEN OBIEKT JEST ZAKOŃCZENIEM PRACY ROZPOCZĘTEJ W LATACH 2017-2018 W SENACIE PRZEZ PROF. HENRYKA SKARŻYŃSKIEGO ORAZ MARSZAŁKÓW STANISŁAWA KARCZEWSKIEGO I TOMASZA GRODZKIEGO.

PAWEŁ KRUSĆ

Otwarcie Centrum Wspierania Badań Klinicznych w Narodowym Instytucie Kardioradiologii zamyka proces umiędzynarodawiania polskiej nauki, zapoczątkowany przez marszałka Stanisława Karczewskiego i prof. Henryka Skarżyńskiego. Bardzo ich wspierał prof. Tomasz Grodzki, wówczas senator. Widząc punkt, w jakim w owym czasie znajdowała się polska nauka, marzyliśmy, by wpisała się w nurt światowy. Dokonania profesora Henryka Skarżyńskiego w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach udowodniły, że jest to możliwe. Problem polegał na tym, że potencjał innych dziedzin polskich nauk medycznych też był ogromny, ale nie w wymiarze globalnym. Naukowe projekty grzęzły w biurkach uniwersyteckich, co demotywoowało młodzież naukową i z czasem zaczęło wywoływać zwątpienie płatników.

Miałem zaszczyt uczestniczyć jako komentator w konferencjach w Senacie, dlatego dziś przypominam o tych początkach – reformy ministra Łukasza Szumowskiego, dziś wchodzące w etapy finalne, nie pojawiły się znikąd.

O potrzebie stworzenia centrum kontaktu polskich i światowych jednostek badawczych pisałem w 2018 r. w „Świecie Lekarza”. Już wówczas było jasne, że od zmian organizacyjnych w systemie polskich nauk medycznych uciec się nie da. W Senacie mówiono o tym jednym głosem. Symbolem tej jedynomyślności było prowadzenie jednej połowy konferencji przez marszałka Stanisława Karczewskiego, przy współudziale senatora Waldemara Kraskego (dziś wiceministra zdrowia), a drugiej przez marszałka Tomasza Grodzkiego. Pamiętam doskonale tamten czas: wszyscy widzieliśmy problem, ale nie mieliśmy pomysłu na jego realne rozwiązanie.

Koncepcję powołania Agencji Badań Medycznych stworzył i zrealizował minister Łukasz Szumowski. Gdyby nie jego konsekwencja, projekt ugrzązłby w błocie krytyków. Dziś ABM finansuje powstanie kilkunastu Centrów

Wsparcia Badań Klinicznych i wprowadza je do organizacji ECRIN (European Clinical Research Infrastructure Network), koordynującej współpracę z programami zagranicznymi i odpowiedzialnej za pozyskiwanie budżetów na ich realizację. Pierwsze programy realizowane w NIKard mają już budżet 50 milionów złotych. A to dopiero początek.

Ministerialną strategię prof. Łukasza Szumowskiego bardzo sprawnie wprowadził w czyn dr hab. Radosław Sierpiński. Trzeba docenić, że program umiędzynarodowienia polskiej nauki został uchwalony przez Sejm i zrealizowany w zaledwie cztery lata. Nie przypuszczałem, że będę świadkiem tak istotnej reformy za mojego życia.

Powstanie CWBK działającego w strukturach NIKard – oprócz zapewnienia usystematyzowanej infrastruktury, struktury organizacyjnej oraz systemów informatycznych – wprowadziło przejrzyste zasady funkcjonowania w postaci standardowych procedur operacyjnych (SOP), które ujednolicają i regulują procesy prowadzenia badań klinicznych. Wszystkie te działania pomagają stworzyć atrakcyjne środowisko dla badaczy, którzy inicjują i realizują autorskie prace naukowo-badawcze. ECRIN bierze na siebie wszystkie obowiązki biurokratyczne, uciążliwe nie tylko dla badaczy z Europy.

CWBK powstaną w każdym dużym mieście w Polsce. Wszystkie zostaną włączone do sieci międzynarodowych przez ECRIN. Zmieni się również sytuacja polskich pacjentów, którzy uzyskają dostęp do nowoczesnych terapii dostępnych tylko w ramach badań klinicznych. Ten model szczególnie pomoże w leczeniu chorób rzadkich.

Nieczęsto piszę, że polska administracja zrobiła bardzo dużo dobrego, że zaszła radykalna zmiana, a w przypadku ABM i CWBK tak się stało. Mam z tego powodu ogromny szacunek dla ministra Łukasza Szumowskiego, a także ze względu na podatek cukrowy i kilka innych elementów, które zdążył zmienić w ochronie zdrowia. ■





KARDIOLOGIA 2022

W czasie pandemii COVID-19 powstał tzw. dług zdrowotny, który teraz trzeba zacząć spłacać. Potrzebne są m.in. programy opieki koordynowanej, zniesienie limitu na procedury kardiologiczne i kardiochirurgiczne, dostęp do nowoczesnych leków.



Warto przyjrzeć się wycenom w kardiologii, bo decydują o możliwościach leczenia

PROF. KRYSZTOF WITA,
KARDIOLOG, ZASTĘPCA DYREKTORA
DS. LECZNICTWA W GÓRNOŚLĄSKIM
CENTRUM MEDYCZNYM IM. PROF.
L. GIECA SUM W KATOWICACH,
KONSULTANT WOJEWÓDZKI
W DZIEDZINIE KARDIOLOGII.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Czy to prawda, że wyceny procedur kardiologicznych są nieodpowiednie? Jak duży jest to problem dla szpitala?

To zagadnienie należy postrzegać w różnych aspektach. W moim przekonaniu zdecydowana większość procedur kardiologicznych jest obecnie wyceniona odpowiednio. Istnieje wiele zmiennych, które mogą determinować to, że dana wycena okaże się nieodpowiednia w przypadku dalszego wzrostu wynagrodzeń. Mamy taryfikator Agencji Oceny Technologii Medycznej, dotyczący pensji minimalnych w ochronie zdrowia. O ile wydaje się, że zaproponowana wysokość wynagrodzeń dla personelu

nie-lekarskiego jest zadowalająca, o tyle obawiam się, że w przypadku personelu lekarskiego płaca minimalna jest za bardzo spłaszczona w stosunku do innych grup zawodowych. Być może w najbliższym czasie pojawią się roszczenia finansowe, co będzie powodowało wzrost wynagrodzeń, a wtedy wycena procedur kardiologicznych nie będzie już na odpowiednim poziomie. Mamy też wiele zmiennych, takich jak ceny gazu, prądu, co również może spowodować, że wycena procedur kardiologicznych okaże się niewystarczająca. Ponadto wzrost wartości dolara może spowodować znaczną wyżkę kosztów ponoszonych na wyroby medyczne, a w kardiologii koszt wyrobu

medycznego w znacznym stopniu determinuje ewentualną rentowność danej procedury.

Druga kwestia to pytanie, czy wszystkie procedury kardiologiczne są wycenione. Niestety – nie. Szczególnie w zakresie elektroterapii mamy nowe technologie medyczne, gdzie nadal nie ma wyceny AOTMiT. Wciąż nie możemy implantować stymulatorów bezelektrodowych czy wszczepialnych rejestratorów arytmii. Przykładem jest również wizyta telemedyczna kontrolująca urządzenia wszczepialne: pomimo wdrażania tej procedury od co najmniej 5-6 lat, nie mamy ostatecznie skrytykowanej wyceny, a więc nie możemy realizować tych procedur. W zakresie kardiologii naprawczej jest odpowiednio wyceniona procedura implantacji Mitraclicpu czy zastawki aortalnej metodą przezskórną, ale nie mamy wyceny wykonania naprawy przezskórnej zastawki trójdzielnej. A jest to bardzo istotne w dobie starzejącego się społeczeństwa.

Czy to oznacza, że tych zabiegów się nie wykonuje, czy też jest to koszt szpitala?

W naszym szpitalu wykonujemy te procedury, ponieważ chcemy być placówką, która w przyszłości będzie mogła mieć te procedury zakontraktowane, a jednym z warunków jest doświadczenie. Nabieramy doświadczenia za środki finansowe, które teraz musimy sami wyłożyć. Niestety, ma to bezpośredni wpływ na rentowność innych procedur.

Jak rozumiem, dziś nie wszyscy pacjenci, którzy skorzystaliby dzięki takiemu nowoczesnemu leczeniu, mają je wykonywane?

Niestety, tak. Obecnie nadal są procedury, szczególnie z zakresu elektroterapii, które nie znalazły się w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Najbardziej jednak niepokoi mnie różna wycena tych samych procedur, które są realizowane w ramach ryczału bądź w ramach programu KOS-Zawał. KOS-Zawał to sztafardowy program Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który redukuje śmiertelność po zawałach serca. To fantastyczne. Jednak od lipca bieżącego roku w dość istotnym stopniu różnicowano wzrost wyceny punktu. Punkt w ramach ryczału jest wyceniany na 1,59 zł, natomiast w procedurach w ramach KOS-Zawał na 1,34 zł. W związku z tym te same procedury, np. wszczepienie rozrusznika, wszczepienie kardiowertera-defibrylatora, urządzenia CRTD, wykonanie pomostowania aortalno-wieńcowego, są wyceniane średnio o 15% niżej, jeżeli pacjent jest objęty programem KOS-Zawał niż wtedy, gdy tę samą procedurę wykonujemy w ramach ryczału.

To nie zachęca do wchodzenia do programu KOS-Zawał...

Tak, natomiast te procedury ma wykonywanych ok. 10-15% pacjentów w ramach KOS-Zawał; zdecydowana ➤



FOT. KONRAD OBIDZIŃSKI

Wyceny powinny pasować do realnych kosztów

PROF. JAROSŁAW KAŹMIERCZAK, KLINIKA KARDIOLOGII POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO.

Od kilkunastu lat wyceny procedur kardiologicznych nie tylko stały w miejscu, ale nawet były obniżane, i to drastycznie, a w ostrych zespołach wieńcowych dość drastycznie, bo aż o 30% i więcej. W 2017 r. udało się przebudować katalog świadczeń gwarantowanych w zakresie zabiegowego leczenia zaburzeń rytmu serca. Wyceny procedur zostały bardziej dopasowane do realnych kosztów poszczególnych rodzajów zabiegów. Katalog świadczeń gwarantowanych powinien być co kilka lat weryfikowany w zakresie wycen i struktury. Pojawiają się nowe technologie sprzętowe, rodzaje zabiegów, leki. Ostatnio zmiany taryfikacji są konieczne ze względu na ro-

snące koszty leczenia i funkcjonowania szpitali, takie, na które nie mamy wpływu, jak ceny prądu, gazu, płac pracowników czy – w mniejszym stopniu – sprzętu.

Część zabiegów powinna wrócić do świadczeń nielimitowanych, np. zabiegowe leczenie niestabilnej dusznicy bolesnej, która jest postacią ostrego zespołu wieńcowego, a opóźnienia w jej leczeniu mogą prowadzić do zawału serca.

Wiele ośrodków, do których i my należymy, radzi sobie z finansami chociażby przez skracanie do niezbędnego minimum czasu hospitalizacji, wykonywanie części badań w trybie ambulatoryjnym, co również jest korzystne dla pacjentów. (BS) ■

➤ większość ma tylko procedurę leczenia zawału w ostrej fazie angioplastyką i tu wycena jest taka sama. Jeśli jednak w obserwacji odległej należy wykonać tę dodatkową procedurę, to jej wycena jest niższa. To paradoks i faktycznie, z punktu widzenia szpitala, można by się zastanawiać, czy tego typu pacjentów należałoby kwalifikować do programu KOS-Zawał. Ograniczalibyśmy jednak wówczas chorem dostęp do tego fantastycznego programu, bo ze względów finansowych podmiot jest narażony na zmniejszenie przychodów.

I jeszcze jeden aspekt, dla mnie najważniejszy z punktu widzenia szpitala wieloprofilowego, jakim jest Górnośląskie Centrum Medyczne. Większość procedur kardiologicznych (poza oczywiście KOS-Zawał) jest finansowana w ramach w tzw. ryczałtu szpitala. Oczywiście można realizować jak najwięcej procedur w obszarze kardiologii, ale czy inne obszary: anestezjologii, interny, ortopedii bądź chirurgii naczyniowej są mniej istotne dla życia ludzkiego?

Mamy przykład procedury wykonywanej jedynie w ramach chirurgii naczyniowej tak zwanych stentgraftów branchowanych (wycena tego zabiegu wynosi aktualnie około 170 tys. zł), która jest również realizowana w ramach ryczałtu. Stale zwiększające się zapotrzebowanie na tego typu zabiegi z uwagi na starzejące się społeczeństwo wręcz kanibalizuje nam ryczałt szpitala kosztem innych ważnych obszarów, w tym kardiologii. To bardzo niebezpieczne i niepokojące zjawisko, szczególnie że sam koszt wyrobu medycznego przekracza kwotę 150 tys. zł. W mojej ocenie koszt stentgraftu branchowanego, wyrobu medycznego, powinien być finansowany ze środków innych niż ryczałt, najlepiej ze środków centralnych w ramach przetargu ministerialnego. W przeciwnym wypadku zwiększająca się liczba procedur implantacji stentgraftów branchowanych będzie ograniczała nam możliwość realizowania innych świadczeń, w tym także kardiologicznych.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



Ostatnie miesiące przyniosły wiele dobrego, ale wciąż czekamy na kolejne retaryfikacje

PROF. MARIUSZ GAŠIOR, III KATEDRA I ODDZIAŁ KLINICZNY KARDIOLOGII ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO, ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU

Gdybym jeszcze w grudniu ubiegłego roku miał wypowiadać się na temat wycen świadczeń procedur w kardiologii, byłbym pesymistą. W większości przypadków nie były one adekwatne do realnych kosztów zabiegów, które były niedoszacowane – szczególnie hospitalizacje związane z procedurą i większość zabiegów kardiologii interwencyjnej. To oczywiście miało swoje negatywne konsekwencje w działalności szpitali. Dziś, po ośmiu miesiącach, mogę powiedzieć, że jest dużo lepiej, zadziało się wiele dobrego. Decydenci uwzględnili część naszych starań. Od stycz-

nia do sierpnia istotnie wzrosła wycena za punkt. Dlatego hospitalizacje i wysokospecjalistyczne procedury zabiegowe zostały wycenione o ok. 40 proc. wyżej niż to miało miejsce pod koniec zeszłego roku. To jednak nie oznacza, że problemy zniknęły. Nadal podwyższenia wycen wymagają procedury związane z hospitalizacją pacjentów kardiologicznych, m.in. w celach diagnostycznych i terapeutycznych. A zapotrzebowanie na tego typu procedury będzie rosło, bo przybywa osób z chorobą niedokrwienną serca, obarczonych dodatkowo innymi schorzeniami, które mogą stanowić

przeciwwskazanie do zabiegów chirurgicznych. Konieczna zatem jest zmiana wycen w interwencjach przezskórnych oraz możliwości rozliczeń m.in. zabiegów z użyciem litotrypsji wieńcowej czy złożonych zabiegów udrażniania tętnic wieńcowych. Podobnie oczekują na wprowadzenie do refundacji zabiegów z wykorzystaniem stymulatorów bezprzewodowych i rejestratorów arytmii.

Im więcej będziemy mieli odpowiedzi do kosztów wycenionych procedur, tym lepiej, skuteczniej będziemy mogli leczyć naszych pacjentów. Tak więc, dziękujemy za już i prosimy o jeszcze. (BS) ■

Choroby sercowo-naczyniowe wciąż stanowią w Polsce główną przyczynę zgonów, stąd konieczność stałej poprawy jakości i efektywności opieki. Najwyższe wskaźniki zapadalności i chorobowości plasują kardiologię wśród priorytetów polityki zdrowotnej każdego państwa. Trzeba przyznać, że przez wiele lat kardiologia zajmowała należne jej miejsce i była przykładem determinacji regulatorów, którzy zapragnęli poprawy wyników leczenia i doświadczeń pacjentów. Inwestycje w ten obszar przyniosły oczekiwane efekty, ale ich trwałość i dalsza poprawa skuteczności interwencji wymagają konsekwencji w działaniu oraz zapewnienia świadczeniodawcom niezbędnych narzędzi i warunków prowadzenia działalności leczniczej. Dynamiczne zmiany, które zachodzą zarówno na rynku medycznym, jak i w całej gospodarce, wygenerowały zjawiska destabilizujące ten obszar ochrony zdrowia. Ich kluczowym źródłem była destabilizacja wycen, znaczące różnice w cenie procedur, które uczyniły niektóre zakresy deficytowymi dla szpitala.

Niezależnie od tego, czy mówimy o kardiologii, czy innym obszarze medycyny, ważne, abyśmy na organizację systemu ochrony zdrowia patrzyli przez pryzmat efektywności klinicznej i kosztowej, zwracali uwagę na relacje kosztu do osiągniętego dzięki niemu efektu zdrowotnego. Wartość zdrowotna jest wypadkową nie tylko zastosowanych terapii, ale też organizacji procesu diagnostyki i leczenia, zasobów zaangażowanych w ten proces, przyjętych metod zarządzania procesem, wrażliwością na jakość i bezpieczeństwo. Nie zawsze więcej sprzętu czy kolejne bloki operacyjne prowadzą do pożądaných rezultatów. Ważne jest, aby adekwatnie do potrzeb zapewniać dostęp do technologii, które pozwolą na osiągnięcie optymalnych efektów zdrowotnych.

Uczelnia Łazarskiego aktywnie włącza się w prace zwiększające efektywność decyzji menedżerskich w tym zakresie, w konsorcjum z NFZ i Narodowym Instytutem Kardiologii. Opracowano wytyczne dla Hospital Based HTA, które pozwolą uchronić szpitale przed nieracjonalnymi decyzjami i wzmocnią proces wdrażania innowacji, uzasadnionych z perspektywy klinicznej i ekonomicznej.

Wracając do zrównoważonego rozwoju polskiej kardiologii, to wymaga ona nie tylko stałego dostępu do nowoczesnych technologii lekowych i nielekowych, w tym także tych organizacyjnych, ale także systematycznego uwzględniania ich kosztów w wycenach świadczeń. Pro-

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



Retaryfikacje muszą być adekwatne do zmian zachodzących w całej gospodarce

DR N. EKON. MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA, DZIEKAN CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO UCZELNI ŁAZARSKIEGO, DYREKTOR INSTYTUTU ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA, DYREKTOR CENTER OF VALUE BASED HEALTHCARE

ces retaryfikacji, ze względu na ogromną dynamikę zmian w gospodarce, w szczególności z powodu wysokiej inflacji, powinien być przeprowadzany znacznie częściej. Rolą państwa jest, aby instytucje odpowiedzialne za ten proces działały sprawnie. Nie może być tak, jak to ma miejsce obecnie, że istnieją znaczące różnice wycen w danym zakresie, dziedzinie i pomiędzy zakresami, co zagraża optymalnej opiece.

Na całym świecie, w tym w Polsce, to szpitale, w szczególności te najwyższej referencyjności, są inicjatorami wdrażania innowacyjnych technologii w celu poprawy skuteczności opieki. Dzisiaj wiele z nich nie jest refundowanych lub uwzględnionych w cenie świadczenia. Duże placówki wykonują je, wykorzystując własne zasoby finansowe, co oczywiście rzutuje na opłacalność innych procedur. Wdrożeniu HB HTA powinno towarzyszyć uproszczenie ścieżki uzyskiwania finansowania dla technologii, które mają udowodnioną skuteczność i są efektywne. Musimy mieć bowiem świadomość, że jedyna szansa na niwelowanie luki pomiędzy potrzebami zdrowotnymi a możliwościami systemu to rozszerzanie dostępu do nowoczesnych technologii i zmiana modelu organizacji.

Tak więc, podkreślam, retaryfikacje są niezbędne, ale nie mogą być oderwane od całej gospodarki. (BS) ■

ROZMOWA Z **PROF. TOMASZEM HRYNIEWIECKIM**,
KONSULTANTEM KRAJOWYM W DZIEDZINIE
KARDIOLOGII, KIEROWNIKIEM KLINIKI WAD
ZASTAWKOWYCH SERCA NARODOWEGO INSTYTUTU
KARDIOLOGII STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO
– PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Mamy dług kardiologiczny wobec pacjentów

Mamy inflację, pandemię, szpitalnictwo ma zostać zmodernizowane. Czy wdrażanie Krajowej Sieci Kardiologicznej ma sens, gdy brakuje środków na inne cele?

Jak najbardziej. Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK) stanowi odpowiedź na sytuację w ochronie zdrowia. Mamy tzw. dług zdrowotny, także kardiologiczny, czyli niezaspokojone potrzeby w zakresie diagnostyki i leczenia – w tym przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego. Pandemia nasiliła ten problem, wydłużyły się kolejki pacjentów. W koordynowanej opiece medycznej, jaką proponuje Krajowa Sieć Kardiologiczna, upatruję możliwość rozwiązania kolejek do poradni i oddziałów kardiologicznych.

Ale to będzie kosztować.

Niewiele. W tworzonej sieci nie chodzi o budowanie nowych szpitali, kupowanie urządzeń. Tutaj idzie o zmianę organizacji opieki nad pacjentem, czyli bardziej efektywne i merytoryczne wykorzystanie kapitału ludzkiego. Wszyscy nam mówią: macie świetnie wykształconych specjalistów, a nie potraficie w pełni skorzystać z ich wiedzy i umiejętności, obciążając nadmiernie zadaniami, także spoza medycyny. Lekarz specjalista podejmuje strategiczne decyzje dotyczące pacjenta, weryfikuje i stawia właściwe rozpoznanie, proponuje odpowiednie leczenie farmakologiczne lub zabiegowe. Następnie po zakończeniu konsultacji może bezpiecznie odesłać pacjenta do lekarza rodzinnego, POZ.

Mija rok od inauguracji KSK. Powiedział Pan wtedy o jasno wytyczonych ścieżkach dla pacjenta. Co to praktycznie oznacza?

Połowę tego czasu zajęło wypracowanie odpowiednich ścieżek dla pacjentów, przygotowanie zasad, na jakich chorzy mają trafiać z ośrodka do ośrodka, podpisywanie umów z jednostkami, które chciały wejść do pilotażu, i wreszcie szkolenie pracowników. Zaproponowaliśmy ścieżki dla czterech grup pacjentów: z niewydolnością serca, wadami zastawkowymi serca, zaburzeniami rytmu i przewodzenia oraz nadciśnieniem tętniczym opornym i wtórnym. Faza prawdziwej realizacji trwa od początku 2022 r.

Premier Mateusz Morawiecki, inicjując program KSK, stwierdził, że będzie on uwzględniał podmioty z trzech różnych poziomów referencyjności. Co to w praktyce oznacza?

KSK zostało oparte na trzech filarach. Poziom III to ośrodek koordynujący – na Mazowszu jest to Narodowy Instytut Kardiologii, w innych województwach będą to duże szpitale akademickie, które zapewnią pacjentom kardiologicznym pełny zakres możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, koordynując realizację projektu na swoim terenie. Poziom II obejmuje szpitale specjalistyczne, ze szczególnie ważnym elementem, jakim są poradnie przyszpitalne włączające, które większość zabiegów kardiologicznych wykonują u siebie. Natomiast na poziomie I umieściliśmy poradnie i oddziały kardiologiczne, gdzie można wykonać diagnostykę w wersji podstawowej. W naturalny sposób krystalizują się centra kardiologiczne na każde województwo, gdzie można wykonać wszystko, a w razie potrzeby konsultować skomplikowane przypadki.

Założeniem programu jest ścisła współpraca między podmiotami oraz jak najlepsze wykorzystanie możliwości przychodni i ambulatoriów przyszpitalnych, zwłaszcza na poziomie II. Dlaczego? Chodzi o to, by część zadań przejęły ambulatoria oraz by racjonalniej wykorzystać najlepszy sprzęt, jaki mamy na poziomie II i III, i to nie tylko wtedy, gdy pacjent jest hospitalizowany, głównie na etapie diagnostyki. Z doświadczenia widzimy, że 90% takich badań można wykonać ambulatoryjnie. Hospitalizacji potrzebuje jedynie ułamek pacjentów np. z nadciśnieniem tętniczym i nie muszą oni zajmować na wiele dni szpitalnych łóżek, do których też jest przecież kolejka.

Co dotąd udało się zrealizować?

Poza opracowaniem szczegółowych ścieżek pacjenta we wszystkich grupach rozpoznań, o czym już wspominałem, stworzyliśmy oprogramowanie do obsługi sieci, uruchomiliśmy wszystkie wspomniane cztery ścieżki dla pacjentów. Ci, którzy z nich skorzystali, są w pełni zadowoleni. Pacjent dowiadyuje się, czy będzie wymagał pogłębionej diagnostyki lub dalszego leczenia, czy wraca do lekarza kierującego. Na żadnym z etapów nie jest pozostawiony sam sobie, nie musi szukać pomocy w różnych miejscach. Z naszych wyliczeń wynika, że pierwszy kontakt z konsultującym kardiologiem następował średnio w ciągu 2 tygodni. Co więcej, chory w każdej chwili mógł zadzwonić do koordynatora – opiekuna pacjenta, którym jest asystent medyczny, i dowiedzieć się o terminy kolejnych wizyt i zabiegów.

Taki system funkcjonuje już w onkologii.

Każda specjalność ma swoją specyfikę, to nie jest przeniesienie systemu z onkologii, ale podstawowa idea opieki koordynowanej jest oczywiście taka sama. Czemu zatem nie miałby się sprawdzić w Krajowej Sieci Kardiologicznej? Takie kluczowe rozwiązanie wskazane jest w całym systemie ochrony zdrowia. Dzięki koordynacji działań pacjent czuje się bezpieczny, a my wiemy, na czym stoimy. Na początku było tak, że do sieci trafiali pojedynczy pacjenci, ale teraz mamy ich coraz więcej. Lekarze z czasem się przekonują, że to działa i jest korzystne zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy kierujących.

Czy rzeczywiście trudno ich przekonać?

Wprowadzanie nowości, szczególnie o takim potencjale i rozmachu, budzi zrozumiałą nieufność. Poza tym część lekarzy rodzinnych uważa, że ma zbyt dużo obowiązków, brakuje im czasu na dodatkowe czynności, ale życie pokazuje, że nie wszędzie jest tak samo. Moim zdaniem skorzystanie z możliwości, które daje sieć, może tę pracę ułatwić i zwiększyć jej bezpieczeństwo. Oczywiście, jak każda nowość, wymaga okresu zapoznania się i przekonania do jej przydatności. W ramach KSK w ciągu paru tygodni pacjenci otrzymują odpowiedź, która opcja terapeutyczna będzie dla nich najlepsza i na to leczenie są kierowani. Do lekarza kierującego, lekarza rodzinnego pacjent trafia już po za-

kończeniu leczenia albo z decyzją, że takie leczenie nie jest w tej chwili konieczne. Po ustaleniu właściwego rozpoznania i terapii pacjent bezpiecznie może pozostać pod opieką swojego lekarza. Podstawowym warunkiem skierowania chorego do sieci jest deklaracja przyjęcia go z powrotem. To niesłuchanie istotne, bo lekarze specjaliści muszą mieć miejsce dla kolejnych pacjentów, a nie tak jak teraz zajmować się tylko kontynuowaniem leczenia i przedłużaniem ustalonej farmakoterapii. By zachęcić do udziału w sieci, przygotowaliśmy stronę internetową i infolinię KSK dla lekarzy i pacjentów, gdzie w sposób jasny i przystępny tłumaczymy działanie KSK. W ten sposób chcielibyśmy przekonać zwłaszcza większą grupę lekarzy rodzinnych, by włączyli się do tych działań, wykorzystywali nowe możliwości, bo mają one sens, ułatwią pracę lekarzom, zmniejszą kolejki do specjalistów kardiologów, a korzyści dla systemu – jestem o tym przekonany – będą ewidentne.

Pilotaż KSK rozpoczął się w woj. mazowieckim. Co dalej?

Na razie jesteśmy po rozmowach z liderami sześciu województw, rektorami uczelni medycznych, dyrektorami instytutów. Prowadzimy rozmowy z organizacjami lekarzy rodzinnych, konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej, żeby przekonać do tych działań większą grupę lekarzy.

Na finiszu są przygotowania nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia, na podstawie którego do sieci zostaną włączone kolejne województwa: śląskie, dolnośląskie, wielkopolskie, łódzkie, pomorskie i małopolskie. W ten sposób większość populacji Polski zostanie objęta pilotażem i będziemy dzielili się doświadczeniami, które zdobyliśmy w woj. mazowieckim. Oczywiście widzimy specyfikę tych województw, ale zasady dla naszych partnerów są proste i właśnie o to chodzi, by takie były, by przyciągnąć jak najwięcej ośrodków, bo wtedy łatwiej będzie się pracowało lekarzom i szybciej będzie można pomóc pacjentom. Na pewno pomoże nam zapis we wspomnianej nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia, który pozwoli włączać kolejne poradnie lekarzy rodzinnych/POZ do sieci nie tylko w okresie przygotowawczym, ale wszędzie tam, gdzie istnieje możliwość i chęć wypróbowania nowej organizacji opieki.

Reasumując: mam nadzieję, że efektem projektu będzie poprawa skuteczności oraz szybkości diagnostyki i leczenia kardiologicznego, z większym wykorzystaniem poradni przyszpitalnych. Mam także nadzieję na lepszą wycenę tej pracy. Większość pacjentów w stanie stabilnym, z ustalonym postępowaniem, będzie mogła pozostać pod opieką lekarzy rodzinnych. Do pilnych zmian organizacyjnych zobowiązuje nas wspomniany popandemiczny dług zdrowotny, szczególnie istotny w kardiologii – wszak w 2020 r. mieliśmy w Polsce wzrost liczby zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych o 17%.

Rozmawiał: Ryszard Sterczyński

Leki złożone w terapii nadciśnienia tętniczego **to inwestycja w przyszłość**

ROZMOWA Z **PROF. AGNIESZKĄ OLSZANECKĄ**
Z I KLINIKI KARDIOLOGII, ELEKTROKARDIOLOGII
INTERWENCYJNEJ ORAZ NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO W UJ CM.

W ostatnich latach wiele się zmieniło w rekomendacjach dotyczących leczenia nadciśnienia tętniczego, szczególnie jeśli chodzi o leki złożone. Kiedy wchodziły do terapii, w wytycznych towarzystw naukowych były zalecane dopiero na dalszych etapach leczenia. Dziś wygląda to całkiem inaczej.

Istotnie, w badaniach klinicznych zostało dowiedzione, że leczenie skojarzone, zastosowane nie tylko w celu intensyfikacji terapii, w postępowaniu sekwencyjnym, ale już w rozpoczęciu terapii, jest o wiele skuteczniejsze niż monoterapia. Precyzują to dokładnie najnowsze, obowiązujące wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2018 r., a także zalecenia Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2019 r. Wytyczne te zaleciły stosowanie leków złożonych, zawierających dwa leki przeciwnadciśnieniowe w jednej tabletkie (SPC – single pill combination, leki złożone w jednej tabletkie), do rozpoczynania i intensyfikacji leczenia nadciśnienia tętniczego, jasno wskazując także na konieczność dążenia do uzyskania wartości docelowych w kontroli ciśnienia. I tak w przypadku osób <65 r.ż. ciśnienie skurczowe powinno mieć wartość

120-130 mgHg, a u osób starszych ta wartość powinna wynosić ok. 130-140 mgHg, natomiast wartość docelowa ciśnienia rozkurczowego ma wynosić 70-80 mmHg.

Co stanowi o korzyściach wynikających ze stosowania preparatów złożonych w nadciśnieniu tętniczym?

Przede wszystkim wynika to z niejednorodnej patogenezy nadciśnienia tętniczego, będącego wypadkową różnych mechanizmów. Pojedynczy lek może oddziaływać tylko na je-

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą, leczenie również jest przewlekłe, dlatego tak ważne jest, żeby było nie tylko skuteczne, a le właśnie wygodne dla pacjenta.

den z nich, podczas gdy lek złożony, składający się z dwóch czy trzech substancji, o różnych punktach uchwytu, będzie działał na więcej niż jeden mechanizm. Co ponadto jest





FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

istotne w preparatach złożonych – zazwyczaj oparte są one na mniejszych dawkach leków hipotensyjnych, wykazując przy tym wyższą skuteczność i jednocześnie zmniejszając ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Działają powoli, co też jest ich zaletą, ponieważ nie powodują gwałtownego obniżenia ciśnienia tętniczego.

Drugi aspekt to współpraca pacjenta. Należy pamiętać, że z nadciśnieniem tętniczym często współistnieją inne problemy, także wymagające farmakoterapii, takie jak np. hipercholesterolemia czy cukrzyca. Zastosowanie leków hybrydowych, łączących w jednej tabletkę składniki obniżające ciśnienie oraz statynę, stanowią znaczne ułatwienie w terapii. Jeśli pacjent z nadciśnieniem, obciążony dodatkowo innymi schorzeniami, przyjmujący również leki na te schorzenia, ma przyjmować kilka leków hipotensyjnych, to może się w tym zgubić.

A „zagubiony” pacjent może zapominać o przyjęciu kolejnego leku czy kolejnej dawki.

Otóż to. Jeśli chory ma możliwość zastosowania dwóch czy trzech leków o różnych mechanizmach działania, w jednej tabletkę – jest to dla niego o wiele bardziej komfortowa sytuacja niż gdyby miał przyjmować każdy z nich oddzielnie, o różnych porach, kilka razy w ciągu dnia. Łatwiej będzie pamiętać o przyjęciu tej jednej niż kilku. A to oczywiście przełoży się na większą skuteczność terapii. Należy też podkreślić, że nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą, leczenie również jest przewlekłe, dlatego tak ważne jest, żeby było nie tylko skuteczne, ale właśnie wygodne dla pacjenta. Przestrzeganie zaleceń lekarza wymaga od chorego cierpliwości, wytrwałości, a im bardziej terapia będzie dla niego wygodniejsza, tym większe szanse, że compliance zostanie osiągnięte. Im mniejsza częstotliwość przyjmowania leków, a dotyczy to nie tylko leków hipotensyjnych, tym lepsza współpraca z lekarzem.

Co może dziwić, najtrudniejszą grupą, jeśli chodzi o przestrzeganie zaleceń lekarza, są ludzie młodzi. Aż 37% pacjentów w wieku do 44. r.ż. nie stosuje się do nich. W wielu przypadkach to sprawa braku edukacji, a także jasno sformułowanych celów leczenia. Osoby młode nie uświadamiają ➤

- sobie, że skuteczna kontrola ciśnienia to ochrona przed odległymi powikłaniami takimi jak udar mózgu czy zawał serca, czyli inwestycja długoterminowa w swoje zdrowie.

Czy, wobec tylu zalet stosowania leków złożonych, monoterapia odejdzie do przeszłości?

Nie można tak powiedzieć, gdyż nadal jest ona przydatna dla niektórych grup chorych, np. w sytuacjach, gdy ciśnienie jest tylko nieznacznie podwyższone, a globalne ryzyko sercowo-naczyniowe niskie lub gdy pacjent to osoba starsza albo z zespołem kruchości.

Czy mogłaby Pani przytoczyć kilka liczb, pokazujących, co konkretnie możemy osiągnąć, stosując leki złożone?

Opierając się na wynikach badań mogę powiedzieć, że wybór optymalnej strategii leczenia, a są nią leki złożone stosowane już od samego początku, to uzyskanie docelowych wartości ciśnienia tętniczego w sposób przewidywalny, skuteczny i szybki. To zaś wiąże się ze znaczną redukcją incydentów sercowo-naczyniowych i redukcją śmiertelności. Warto przytoczyć wyniki niedawno opublikowanej metaanalizy, która wskazuje, że obniżenie skurczowego ciśnienia tętniczego o 10 mmHg i rozkurczowego o 5 mmHg wiąże się z 20% redukcją ryzyka wszystkich incydentów sercowo-naczyniowych, 10-15% redukcją ryzyka zgonu i aż 40% redukcją ryzyka niewydolności serca.

Czy są jakieś ogólne schematy, według których należałoby stosować leki złożone?

Najczęstsze kombinacje to preparaty 2- i 3-składnikowe. Zaczynamy od 2-składnikowych, a jeśli nie wykazują pożądaną skuteczności, sięgamy po 3-składnikowe. U większości pacjentów podstawowy algorytm leczenia obejmuje lek hamujący układ renina-angiotensyna-aldosteron (czyli inhibitor konwertazy angiotensyny lub sartan) w połączeniu z antagonistą wapnia lub z diuretykiem. Intensyfikacji terapii w drugim kroku będzie wymagało ok. 40% pacjentów. Szacuje się, że przy prawidłowo stosowanej strategii leczenia u zdecydowanej większości chorych można tak dobrać tabletkę, złożoną z dwóch czy trzech leków, żeby w ciągu kilku miesięcy uzyskać wartości docelowe i znacznie zmniejszyć ryzyko sercowo-naczyniowe.

W przypadku szczególnych wskazań możemy sięgać po inne niż wymienione w podstawowym algorytmie terapii kombinacje leków w postaci SPC, np. połączenie inhibitora konwertazy angiotensyny z beta-adrenolitykiem, antagonisty wapnia z diuretykiem czy antagonisty wapnia z beta-adrenolitykiem.

Wachlarz leków złożonych ukierunkowanych na leczenie nadciśnienia tętniczego jest coraz szerszy, rekomendacje ESC/ESH jednoznaczne, ale polscy pacjenci nadal mają do nich niewielki dostęp.

Niestety stosowanie leków złożonych w Polsce jest wciąż zbyt niskie. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego stanowią one obecnie jedynie 12,8% leków przepisywanych na nadciśnienie tętnicze. Jedną z przyczyn, oprócz inercji terapeutycznej lekarzy, może być problem dotyczący refundacji leków złożonych. Zasady refundacji nie nadążają za wynikami badań, metaanaliz i zaleceniami ekspertów. Dysonans dotyczy zwłaszcza stosowania leków złożonych do rozpoczynania terapii. Nasz system refundacji, poza kilkoma wyjątkami, wyklucza stosowanie leków złożonych jako leków pierwszego rzutu w ramach refundacji. I chociaż moglibyśmy skuteczniej leczyć nadciśnienie tętnicze i tym sa-

Szacuje się, że przy prawidłowo stosowanej strategii leczenia u zdecydowanej większości chorych można tak dobrać tabletkę, złożoną z dwóch czy trzech leków, żeby w ciągu kilku miesięcy uzyskać wartości docelowe i znacznie zmniejszyć ryzyko sercowo-naczyniowe.

mym obniżyć u tych chorych ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, to nie możemy tego robić ze względu na bariery proceduralne.

Należałoby więc usprawnić obecny system refundacji leków złożonych? Przykłady z innych krajów, np. z Portugalii, pokazują, że kiedy to nastąpiło, efekty były widoczne już po kilku miesiącach.

Jak najbardziej. Wyraźnie widać na podstawie doświadczeń europejskich – przykładem może być Portugalia, że szersza dostępność leków złożonych przekłada się na wymierne korzyści w postaci redukcji ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych. Ostatnie metaanalizy badań leków złożonych opublikowane w prestiżowym „The Lancet” dostarczają kolejnych, bardzo twardych argumentów w tej dyskusji. Stosowanie tabletki składającej się z dwóch leków przeciwnadciśnieniowych i statyny redukuje w okresie 5-letniej obserwacji ryzyko zgonu o 35%, zawału serca o 49% i udaru mózgu o 42%.

Nie ma wątpliwości, że leki złożone stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego to inwestycja w przyszłość.

Rozmawiała: Bożena Stasiak



FOT. EWA LUBASZKA

ROZMOWA Z **PROF. PIOTREM JANKOWSKIM**,
KIEROWNIKIEM KLINIKI I KATEDRY
CHORÓB WEWNĘTRZNYCH
I GERONTOKARDIOLOGII,
P.O. ZASTĘPCY DYREKTORA
DS. LECZNICTWA SPSK
IM. PROF. W. ORŁOWSKIEGO CMKP.

W leczeniu otyłości najważniejsza jest konsekwencja

Czy wielu pacjentów, którzy zgłaszają się do Pana jako kardiologa, ma nadwagę lub otyłość?

Prawie wszyscy. Dominująca większość ma co najmniej nadwagę, a u niemal połowy stwierdza się otyłość. Dotyczy to zarówno pacjentów zgłaszających się z powodu nadciśnienia tętniczego, jak i jego powikłań, a także choroby wieńcowej, niewydolności serca, migotania przedsionków. To są najczęstsze przyczyny, z którymi pacjenci zgłaszają się do kardiologa.

Czy mówi im Pan, że trzeba zredukować masę ciała?

Nie wyobrażam sobie, żeby mogło być inaczej. Nadwaga i otyłość (a w szczególności otyłość brzuszna) są uznanymi czynnikami występowania chorób układu krążenia, podobnie jak np. palenie papierosów. Nie wyobrażam sobie, aby lekarz, a szczególnie lekarz kardiolog, pomijał jeden z głównych czynników prowadzących do chorób serca i skracających życie.

Czy kardiolodzy mówią pacjentom o otyłości? Jak im komunikować, że nadwaga i otyłość są problemem?

Rozmowa z pacjentem o jego nadwadze lub otyłości wymaga taktu. Edukować trzeba w taki sposób, aby nie poczuł się urażony. Należy też mieć świadomość, że

choć otyłość jest spowodowana nadmierną podażą kalorii w stosunku do liczby spalanych kalorii, czyli nadwyżką energii, to przyczyny, dla których dana osoba spożywa za dużo kalorii, bywają złożone. Nie można oskarżać pacjentów, że nie radzą sobie z apetytem i ograniczeniem spożywania kalorii. Nadmierne jedzenie jest pewną formą uzależnienia i działa tu wiele mechanizmów podobnych do tych leżących u podstaw rozwoju innych uzależnień.

Oczywiście podobnie jak nie sposób wyleczyć pacjenta z uzależnienia od palenia tytoniu, nie informując go o zagrożeniach związanych z paleniem, tak samo nie sposób wyleczyć nikogo z otyłości, nie informując go o ryzyku, jakie niesie każdy kilogram nadwagi.

Do jakich chorób kardiologicznych może prowadzić nadmierna masa ciała?

Wyniki ostatnich metaanaliz i podsumowań wskazują, że wraz ze wzrostem wskaźnika masy ciała rośnie ryzyko wielu chorób serca i naczyń, a także ryzyko zgonu. W przypadku zwiększenia wskaźnika masy ciała o 5 kg/m² ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych rośnie o 49%, zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca lub udaru mózgu o 42%, wystąpienia udaru mózgu o 36%, rozwoju nadciśnienia tętniczego o 49%, wystąpienia niewydolności serca o 41%, a wystąpienia ➤

- migotania przedsionków (czyli najczęstszej i najpoważniejszej arytmii) – o 23%. Obecnie nie ma wątpliwości, że nadwaga i otyłość są jednymi z głównych przyczyn cukrzycy i wielu innych poważnych problemów zdrowotnych.

Warto o tym pamiętać, gdy rozmawiamy o leczeniu otyłości i podkreślać wagę tych zagrożeń. Jeśli o nich nie mówimy, to wiele osób bez przekonania podejmuje leczenie otyłości lub nie podejmuje go wcale.

Czy diagnostyka chorób układu sercowo-naczyniowego jest trudniejsza u osób z otyłością?

Z różnych powodów jest trudniejsza, wymaga np. większego doświadczenia lekarza i jego większej uwagi. Część objawów wielu chorób może być nietypowa i tak niektóre objawy chorób serca mogą przypominać dolegliwości spowodowane przez otyłość, np. zadyszka i zmęczenie, często występujące u osób z otyłością, mogą być spowodowane niewydolnością serca. Dlatego u osób chorych na otyłość często nie jest łatwo rozpoznać choroby układu krążenia, szczególnie w ich początkowym stadium. Trzeba też pamiętać, że otyłość wpływa na interpretację wielu badań. Normy niektórych badań biochemicznych u osób z otyłością różnią się od norm dla osób z prawidłową masą ciała. Ponadto otyłość w wielu przypadkach jest przyczyną gorszej jakości obrazów uzyskiwanych w badaniach ultrasonograficznych, np. w badaniu echokardiograficznym.

Czy to prawda, że zawał serca u osoby z otyłością, może zostać przeoczony, a inne choroby mogą przebiegać inaczej?

Objawy różnych chorób mogą być nieco mniej specyficzne u osób z otyłością. Dotyczy to także objawów zawału serca, tym bardziej że u wielu osób z nadwagą rozwija się cukrzyca typu 2. Dlatego diagnozując i lecząc pacjentów z otyłością, każdy lekarz powinien wykazywać się szczególną wnikliwością.

Można powiedzieć wprost: leczenie otyłości to też profilaktyka chorób kardiologicznych?

Zdecydowanie. Tak samo jak leczenie uzależnienia od tytoniu, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii: wszystko są to uznane metody zapobiegania chorobom układu krążenia. Podobnie leczenie otyłości.

Gdy przychodzi do Pana pacjent, który ma nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków bądź inną chorobę kardiologiczną, a także otyłość, czy mówi Pan mu jednocześnie o konieczności leczenia choroby otyłościowej?

Staram się leczyć również nadwagę i otyłość. W przypadku nadciśnienia tętniczego bardzo ważny jest zdrowy styl życia, wybory żywieniowe, aktywność fizyczna.

W przypadku nadwagi i otyłości jest to istotne w jeszcze większym stopniu. Nie wyobrażam sobie leczenia nadciśnienia tętniczego u pacjenta z otyłością bez edukacji w zakresie stylu życia.

Oczywiście gdy mamy pacjenta z nadwagą, to poza kwestią wyboru odpowiednich produktów żywnościowych ważne jest ograniczenie liczby spożywanych kalorii. Współczesna medycyna dysponuje również wieloma lekami, które są skuteczne w terapii otyłości. A jeśli leczenie zachowawcze nie jest wystarczająco skuteczne, można rozważyć interwencję chirurgiczną.

Czy kardiologzy mają już dziś wiedzę, jak leczyć otyłość?

Edukacji nigdy dość – dotyczy to zarówno pacjentów, jak i pielęgniarek oraz lekarzy, również kardiologów. Wielu kardiologów doskonale orientuje się w najnowszych osiągnięciach medycyny w zakresie leczenia otyłości. Podejrzewam, że można spotkać także takich, którzy mają nieco mniej doświadczenia w tej kwestii. Dlatego warto rozpowszechniać wiedzę na temat skuteczności i bezpieczeństwa nowoczesnych metod leczenia otyłości, w szczególności zmiany stylu życia i leczenia farmakologicznego.

Kardiolog nie powinien więc tego tematu zostawiać, mówiąc, że jest to sprawa pacjenta.

Naturalnie, że nie. To tak, jakby u chorego z nadciśnieniem tętniczym i migotaniem przedsionków kardiolog zajął się tylko leczeniem migotania przedsionków, a zupełnie pominął nadciśnienie tętnicze. Ta sama kwestia dotyczy otyłości. Jeśli do lekarza zgłasza się pacjent z nadciśnieniem tętniczym, migotaniem przedsionków i otyłością, nie wyobrażam sobie, aby nie uwzględnić leczenia otyłości w planie postępowania.

Pacjenci jednak często słyszą od lekarza po prostu: „Proszę schudnąć”.

Niestety, tak się zdarza i nad tym ubolewam. Takie przypadki są spowodowane najpewniej brakiem czasu w trakcie konsultacji. Może tak być, że komunikat dotyczący otyłości jest za krótki i za prosty, jednak pewnie jakąś skuteczność odnosi. Bo chociaż w stosunku do pacjenta palącego papierosy stwierdzenie „niech pan przestanie palić” jest niewystarczające, to okazuje się, że taka krótka (trwająca do 30 sekund) interwencja antytytoniowa zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia papierosów o 70%! Nie mamy podobnych badań w przypadku otyłości, można jednak przypuszczać, że efekt takich krótkich interwencji jest również znaczący. Natomiast zgadzam się, że należy poświęcić więcej czasu na edukację, przekonanie pacjenta do zmiany stylu życia i – jeśli są do tego wskazania – regularnego stosowania leków przeciwotyłościowych.



FOT. EWA LUBASZKA

Czy podczas kongresów i zjazdów kardiologicznych jest miejsce, by mówić o leczeniu otyłości?

Mówimy o tym coraz częściej i coraz więcej, gdyż widzimy narastający problem, wręcz epidemię otyłości wśród pacjentów z chorobami układu krążenia. W ciągu roku organizowanych jest co najmniej kilkadziesiąt dużych konferencji kardiologicznych. W czasie wielu z nich temat leczenia otyłości i jej powikłań ma znaczące miejsce – tak będzie również podczas zbliżającego się kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Spodziewamy się bardzo dużej frekwencji na sesjach poświęconych otyłości. Ten problem pojawia się również w trakcie wielu różnych konferencji kierowanych do kardiologów, internistów i innych lekarzy zajmujących się leczeniem pacjentów z chorobami układu krążenia.

Czy jeśli pacjentowi uda się utracić masę ciała – za pomocą zmiany stylu życia, dzięki farmakologii lub operacji bariatrycznej – ryzyko kardiologiczne spada?

Tak. Mamy dowody, że zmniejszenie masy ciała poprawia rokowanie. W przypadku otyłości, podobnie jak przy nadciśnieniu czy hipercholesterolemii, ważna jest konsekwencja. Skuteczne obniżenie masy ciała nie powoduje, że można przestać leczyć otyłość – wręcz przeciwnie. W przypadku nadciśnienia tętniczego, jeśli po jego obniżeniu pacjent przestanie zażywać leki, to ono wzrośnie. Tak samo jest z otyłością. Jeśli pacjent obniży masę ciała za pomocą leków lub restrykcyjnej zmiany stylu życia, a potem przestanie się leczyć, wróci do dawnego stylu życia, to masa ciała zacznie wzrastać.

Otyłość jest chorobą przewlekłą, ma charakter nawrotowy, natomiast jeśli jest konsekwentnie leczona, ryzyko nawrotów jest znacznie mniejsze. Nie wszyscy pacjenci akceptują fakt, że leczenie otyłości ma charakter przewlekły. Warto jednak pamiętać, że najważniejsza jest konsekwencja i nieuznawanie, że „czasem można sobie pofolgować”. Bo wtedy na pewno nastąpi powrót do początkowej masy ciała, a nawet często jej przekroczenie.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz

Nowoczesna farmakoterapia szansą dla pacjentów hospitalizowanych z powodu zaostrzenia niewydolności serca

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. PIOTREM PONIKOWSKIM**, DYREKTOREM INSTYTUTU CHORÓB SERCA UNIwersYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU I UNIwersYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU.

Liczby mogą przerażać: każdego roku w Polsce z powodu niewydolności serca umiera 140 tys. osób, odpowiada ona za ok. 10% wszystkich zgonów w naszym kraju. Choruje ok. 1,2 mln osób i wiele wskazuje na to, że będzie ich przybywać. Dlaczego?

Problem z pewnością będzie się zwiększał, dlatego już dziś możemy powiedzieć, że niewydolność serca można uznać za kolejną epidemię XXI w. A jest to związane przede wszystkim ze starzeniem się społeczeństwa. Choroba ta, choć słuszniej byłoby powiedzieć: zespół chorobowy, dotyczy bowiem głównie osób starszych, po 60.-65. r.ż., najczęściej obarczonych wieloma innymi schorzeniami współistniejącymi. Niewydolność serca z reguły stanowi końcowy etap przewlekłych chorób serca, do których prowadzą takie czynniki jak choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, zaburzenia lipidowe. Najczęst-

szą przyczyną w polskiej populacji jest choroba wieńcowa.

Paradoksalnie zwiększająca się liczba chorych z niewydolnością serca jest związana z... postępowaniem w leczeniu chorób serca. Coraz skuteczniej ratujemy zawałowców, którzy przeżywają ostrą fazę zawału mięśnia sercowego, ale u wielu z nich rozwija się potem niewydolność serca.

Jakie są rokowania w niewydolności serca?

Wciąż zdecydowanie niezadowolające. Oczywiście zależy to od wielu czynników, spośród których duże znaczenie ma liczba i częstość hospitalizacji z powodu tzw. dekomensacji niewydolności serca, czyli stanu, w którym nasilają się objawy niewydolności serca, najczęściej takie jak duszność, narastające osłabienie, przyspieszone bicie serca, obrzęki. Im więcej hospitalizacji, zwłaszcza w krótkim cza-





FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

się, tym większe ryzyko zgonu. Niestety mamy najwyższy w Europie wskaźnik hospitalizacji z powodu niewydolności serca. U nas wynosi on 500 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy średnia europejska to 200-250 na 100 tys. mieszkańców.

Wielu lekarzy nadal uważa, że jeśli pacjent wyjdzie ze szpitala po przebytych epizodzie zaostrzenia, to ryzyko zgonu/ponownej dekompensacji zostało zażegnane. A to nie tak. Właśnie w okresie pierwszych 90 dni, a w szczególności pierwszych kilku tygodni, ryzyko ponownej hospitalizacji, ale także zgonu, jest największe. I wówczas pacjent powinien być objęty odpowiednim postępowaniem terapeutycznym.

Zapewne nieco inaczej należy traktować chorego ze świeżo rozpoznaną niewydolnością serca, a inaczej tego zdekompensowanego w przebiegu przewlekłej niewydolności serca?

W kontekście rokowania zdecydowanie tak – pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca, którzy rozwijają objawy dekompensacji, rokują znacznie gorzej. Z drugiej strony, pacjent trafiający do szpitala pierwszy raz wymaga nie tylko ustabilizowania i opanowania ostrego stanu, co zazwyczaj trwa kilkanaście godzin, ale także wdrożenia algorytmu diagnostyczno-terapeutycznego jeszcze przed wypisem. Obejmuje on m.in. zidentyfikowanie etiologii niewydolności serca, istotnych chorób towarzyszących, potencjalnie też wymagających leczenia, wybór optymalnej strategii: czy dalsze leczenie ma być tylko farmakologiczne, czy może są wskazania do zastosowania urządzeń wszczepialnych i leczenia kardiologicznego.

Jeśli chodzi o rekomendacje dotyczące farmakoterapii w niewydolności serca, to w najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego pojawiło się sporo nowości względem tych z 2016 r.

Istotnie, a zmiany te odnoszą się przede wszystkim do pacjentów z upośledzoną i łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory, bo jeśli chodzi o frakcję zachowaną, to tu nadal mamy mniejsze możliwości. Dziś podstawą leczenia chorych z upośledzoną frakcją są cztery grupy leków. To leki blokujące układ renina-angiotensyna – ACEI albo ARNI (jednak ze wskazaniem na ARNI), beta-adrenolityki, antagonisty receptora mineralnokortykoidowego – MRA oraz nowa grupa leków – inhibitory SGLT-2, czyli floszyny. Waż- ➤

- ne, żeby pacjent, oczywiście jeśli pozwala na to jego stan kliniczny, wychodząc ze szpitala, miał już podawane te cztery leki, choćby w małych dawkach. Jeśli dołączymy je jak najwcześniej, jeszcze podczas jego pobytu w szpitalu, osiągniemy lepsze efekty. Dawki docelowe można ustalać później.

Pacjent, będący z reguły w podeszłym wieku (ale także osoby, które się nim opiekują), wychodząc ze szpitala, powinien zostać odpowiednio przeszkolony, wiedzieć, na czym będzie polegała jego terapia, co ma robić w przypadku ewentualnego narastania objawów: monitorować wagę, otrzymać rekomendacje do lekarza rodzinnego, który będzie go dalej prowadził. Nasz oddział jest pod tym względem modelowy, pielęgniarki rozmawiają z każdym pacjentem, a w razie wątpliwości do akcji wkracza lekarz.

W rekomendacjach jest mowa o tym, że właśnie floczyny powinny być włączane jak najwcześniej, bo są to leki nie tylko skuteczne, bezpieczne, ale i szybko działające. W przypadku empagliflozyny efekty pojawiają się już po 12 dniach od momentu wdrożenia leczenia.

To zadziwiające, że leki, początkowo przeznaczone do leczenia cukrzycy typu 2, okazały się tak skuteczne w obniżaniu ryzyka sercowo-naczyniowego, także u chorych bez cukrzycy. Kolejne badania wykazały, że empagliflozyna i dapagliflozyna są skuteczne nie tylko w przypadku niewydolności serca z upośledzoną frakcją wyrzutową lewej komory.

Korzyści u chorych z frakcją upośledzoną pokazały wyniki badań DAPOA-HF i EMPEROR-Reduced. W pierwszym badaniu dapagliflozyna redukowała ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych i hospitalizacji z powodu niewydolności serca o 26%, a ryzyko hospitalizacji o 30%. W badaniu EMPEROR-Reduced empagliflozyna, dodana do standardowego leczenia, o mniej więcej 25% redukuje ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych i hospitalizacji z powodu niewydolności serca z upośledzoną frakcją lewej komory, ze współistniejącą cukrzycą i bez niej oraz o mniej więcej 30% redukuje ryzyko wystąpienia pierwszej lub kolejnej hospitalizacji. Zaś kolejne badanie, EMPEROR-Preserved, pokazało, że empagliflozyna jest skuteczna również w przypadku zachowanej frakcji wyrzutowej.

Tak więc jest skuteczna we wszystkich postaciach niewydolności serca, niezależnie od frakcji wyrzutowej. Czekamy na wyniki badania DELIVER, z dapagliflozyną.

W badaniach nad zastosowaniem empagliflozyny w niewydolności serca brał udział także ośrodek

kierowany przez Pana – Centrum Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

To wieloośrodkowe badanie kliniczne EMPULSE, przeprowadzone przez międzynarodowy zespół ekspertów, w którym znalazła się także Polska, a ja miałem zaszczyt być współprzewodniczącym komitetu sterującego badaniami. Badanie obejmowało pacjentów hospitalizowanych z powodu dekomensacji niewydolności serca. Okazało się, że empagliflozyna, lek stworzony z myślą

Niewydolność serca z reguły stanowi końcowy etap przewlekłych chorób serca, do których prowadzą takie czynniki jak choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, zaburzenia lipidowe.

o zupełnie innej chorobie, znacząco poprawia zarówno jakość życia, jak i rokowanie chorych z niewydolnością serca. W badaniu wzięli udział chorzy (530 osób), którzy ze względu na nagłe pogorszenie stanu zdrowia wymagali pilnego przyjęcia do szpitala. Terapię rozpoczynano w czasie hospitalizacji i kontynuowano przez kolejne 90 dni.

W najnowszych zaleceniach znalazły się również rekomendacje dotyczące zastosowania żelaza, do czego także przyczyniły się badania prowadzone przez Centrum Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Nasze badania pokazały m.in., że niedobór żelaza, kojarzony do tej pory z anemią, upośledza funkcje mięśnia sercowego i tolerancję wysiłku. Takie niedobory występują u co drugiego pacjenta z niewydolnością serca, a w grupie przyjętych do szpitala nawet u 70%. Badanie objęło chorych zdekomensowanych z niedoborem żelaza. Podanie im dożylnie żelaza pokazało, że liczba wielokrotnych hospitalizacji w rocznej obserwacji spadła o 30%. To znakomity wynik.

Czy możemy się spodziewać jeszcze skuteczniejszych leków, terapii dla pacjentów z niewydolnością serca, których, jak Pan powiedział, będzie przybywać?

Na horyzoncie są już takie dwa, to zupełnie nowa grupa leków, o innych mechanizmach działania, ukierunkowane na grupę chorych z upośledzoną frakcją wyrzutową, bo tych będzie coraz więcej. Ale zanim staną się dostępne dla polskich pacjentów...

Rozmawiała: Bożena Stasiak



ROZMOWA **Z PROF.
DR. HAB. N. MED.
KRZYSZTOFEM
J. FILIPIAKIEM**,
KARDIOLOGIEM,
INTERNISTĄ,
HIPERTENSJOLOGIEM
I FARMAKOLOGIEM
KLINICZNYM, BYŁYM
PREZESEM POLSKIEGO
TOWARZYSTWA
NADCIŚNIENIA
TĘTNICZEGO.

Trójskładnikowe SPC: skuteczna, bezpieczna, 24-godzinna kontrola ciśnienia tętniczego

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

- ***W ostatnich dwóch latach z powodu pandemii mniej osób zgłaszało się do lekarza. Czy miało to wpływ na pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego? W ostatnich miesiącach pewnie widać poprawę sytuacji, bo nie ma już ograniczeń, jeśli chodzi o wizyty u lekarza.***

Tak, oczywiście, mamy dane świadczące o mniejszej liczbie pierwszorazowych rozpoznaniach nadciśnienia tętniczego (NT) w systemie, a więc na pewno paraliz ochronny zdrowia w trakcie pandemii oraz tzw. dług zdrowotny wygenerowany po pandemii przekłada się na mniejszą rozpoznawalność tego schorzenia. Oprócz tego wiele osób po przechorowaniu COVID-19 uskarża się na pogorszenie kontroli hipotensyjnej lub NT de novo. Obawiam się, że wiele lat będziemy nadrabiać te zaległości.

Od jakich wartości ciśnienia tętniczego należy leczyć nadciśnienie? Czy jest to w jakimś stopniu uzależnione od wieku?

Zalecenia, które obowiązują w Europie i w Polsce, są jednoznacznie określone. Dla większości dorosłych osób docelowe wartości ciśnienia skurczowego (SBP) i rozkurczowego (DBP) to odpowiednio 120-129 mmHg oraz 70-79 mmHg. Jedynie dla osób powyżej 65. r.ż., przy tych samych optymalnych ciśnieniach rozkurczowych, możemy pozwolić sobie na bardziej liberalne wartości SBP: 130-139 mmHg. Nie zmieniając definicji nadciśnienia tętniczego, co zrobili kilka lat temu Amerykanie (NT rozpoznaje się w USA powyżej wartości SBP/DBP 130/80 mmHg), w Europie nadal rozpoznajemy je powyżej wartości 140/90 mmHg, ale docelowe wartości zostały obniżone i są poniekąd zgodne z zaleceniami amerykańskimi.

Dlaczego w leczeniu nadciśnienia tętniczego nie wystarczy jeden lek, tylko konieczne jest stosowanie dwóch, a nawet trzech? Od czego zależy wybór konkretnego leku? Jakie są obecnie wytyczne europejskich towarzystw kardiologicznego i nadciśnieniowego (ESC/ESH) i wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT)?

Jeden lek nie wystarczy, ponieważ obniżyliśmy docelowe wartości ciśnienia tętniczego, a także dlatego, że jeden lek działa z reguły na jeden mechanizm patogenetyczny NT, a to choroba o wielu przyczynach. Wybór konkretnego leku i metoda ich doboru są ściśle określone w algorytmach i dla zdecydowanej większości chorych oznacza to od razu przyjmowanie dwóch substancji leczniczych – najlepiej w jednej pigułce.

U niektórych pacjentów szczególnie trudno osiągnąć prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego. Czy mają na to wpływ choroby współistniejące, np. cukrzyca typu 2?

Zawsze w przypadku współchorobowości trudniej osiągać optymalne wartości ciśnienia tętniczego. Rzeczywiście, w Polsce dotyczy to najczęściej osób z cukrzycą, zaburzeniami metabolicznymi, tych z nadwagą, otyłością czy zespołem bezdechu sennego.

Jakie są korzyści z podawania leków złożonych? Kiedy warto zastosować schemat leczenia trójskładnikowego w jednej tabletkie?

Obecnie podstawą rozpoczęcia terapii nadciśnienia tętniczego, jak wspomniałem, jest zastosowanie od razu dwóch leków hipotensyjnych jako inicjacji terapii. Ponieważ to ma być leczenie pierwszego rzutu, trudno namawiać pacjenta do rozpoczynania terapii od dwóch tabletek. Stąd ESH/ESC/PTNT w I klasie zaleceń (I klasa zaleceń oznacza, że niewykonanie tego zalecenia może być traktowane jako błąd w sztuce lekarskiej) mówi o zastosowaniu od razu SPC (single pill combination, lek złożony) dwuskładnikowego, a w przypadku nieskuteczności takiego leczenia – SPC trójskładnikowego. Nie jest to więc kwestia tego, że „warto zastosować”, ale że „trzeba zastosować” – zgodnie ze współczesnymi wytycznymi postępowania.

Standardem leczenia nadciśnienia tętniczego jest dziś połączenie leku hamującego układ renina–angiotensyna, antagonisty wapnia i leku moczopędnego. Jak z punktu widzenia farmakologa klinicznego oceniliby Pan czas działania oraz bezpieczeństwo stosowania leków złożonych bazujących na walsartanie (walsartan/amlodypina/hydrocholotiazyd), których poszczególne składowe – jak np. w preparacie Valtricom® – osiągają maksymalne stężenia we krwi w różnym czasie? Czy dzięki temu jest szansa na skuteczną, bezpieczną, 24-godzinną kontrolę nadciśnienia tętniczego?

Cieszę się, że wymieniła Pani akurat ten preparat trójskładnikowego połączenia typu SPC (Valtricom®), bo to właśnie on został jako pierwsza, historyczna „trójka” hipotensyjna refundowany w Polsce i jest dostępny dla polskich seniorów jako lek bezpłatny. Dzisiaj są już dostępne następne preparaty „trójkowe”, ale na jego przykładzie widać, że umiętny dobór składników przekłada się na wysoką skuteczność i duże bezpieczeństwo leczenia. Wszystkie trzy składniki należą do zupełnie innych grup leków hipotensyjnych, działają więc na odmienne mechanizmy patogenetyczne nadciśnienia. Wszystkie trzy są znakomicie przebadane, mają pozycję liderów w zakresie badań klinicznych lub leków z największym doświadczeniem w stosowaniu praktycznym w swojej klasie terapeutycznej. Mają też – co bardzo ważne – odmienne właściwości farmakokinetyczne, stąd ich maksymalne stężenie terapeutyczne, przy dawkowaniu raz na dobę, rzeczywiście nie wypada w tym samym cza-

sie w ciągu doby, tak więc nie ma ryzyka potencjalizacji wystąpienia hipotonii.

Czy stosowanie tego leku przez pacjentów nieosiągających wcześniej celów terapeutycznych ma szansę poprawić skuteczność terapii?

Zdecydowanie tak i akurat dla preparatu Valtricom® zostały przeprowadzone specjalne badania kliniczne. W badaniu VICTORY II nawet u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym 3. stopnia osiągnęto w blisko 90% przypadków prawidłową kontrolę hipotensyjną, a obserwowane redukcje SBP/DBP przekraczały średnio 30/15 mmHg. To naprawdę niezwykle skuteczny lek hipotensyjny.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



Kilka lat temu decyzją Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) wycofano ponad 40 leków na nadciśnienie tętnicze, zawierających walsartan – z powodu obaw przed tym, że substancja czynna pochodząca od jednego z chińskich producentów może być zanieczyszczona i szkodliwa dla wątroby. Czy dziś stosowanie trójskładnikowych SPC bazujących na walsartanie jest bezpieczne?

To nie była tylko obawa, ale realne stwierdzenie zawartości N-nitrozodimetyloaminy (NDMA) w substancji czynnej. NDMA działa hepatotoksycznie i rakotwórczo, dlatego decyzja GIF była jak najbardziej uzasadniona. Warto jednak odnotować, że dotyczyła ona walsartanów, gdzie producenci szli na skróty – kupując substancję czynną wytwarzaną na drodze tańszej, niebezpiecznej syntezy przez chińskich producentów. Dlatego wycofano lub zawieszono dystrybucję partii walsartanów praktycznie wszystkich firm generycznych; nie stało się tak w przypadku koncernu farmaceutycznego Novartis i jego firm generycznych oraz w przypadku firmy Krka. Oba te podmioty kontrolowały jakość swoich walsartanów od momentu syntezy, a nie kupowały go w Chińskiej Republice Ludowej. Stąd też w przypadku SPC trójskładnikowych nie mieliśmy nigdy żadnych zastrzeżeń co do jakości tych leków.

Dodajmy zresztą, że problem zanieczyszczeń NDMA czy pokrewnymi związkami – NDEA i NMBA – dotyczył wielu innych substancji syntetyzowanych na skróty w Chinach (losartan, irbesartan, metformina) i uświadomił tylko nam, lekarzom, jak ważne są jakość produktu leczniczego oraz zaufanie do producenta.

Mężczyźni stosujący leki hipotensyjne często skarżą się na zaburzenia erekcji. Czy ten problem może dotyczyć również pacjentów przyjmujących SPC bazujących na walsartanie?

Zalecenia, które obowiązują w Europie i w Polsce, są jednoznacznie określone. Dla większości dorosłych osób docelowe wartości ciśnienia skurczowego (SBP) i rozkurczowego (DBP) to odpowiednio 120-129 mmHg oraz 70-79 mmHg. Jedynie dla osób powyżej 65. r.ż., przy tych samych optymalnych ciśnieniach rozkurczowych, możemy pozwolić sobie na bardziej liberalne wartości SBP: 130-139 mmHg.

Zaburzenia erekcji w nadciśnieniu tętniczym są przede wszystkim skutkiem samego nadciśnienia, a nie jego leczenia. Ale rzeczywiście, pojawiają się prace sugerujące, że przy stosowaniu niektórych leków hipotensyjnych zaburzenia te występują rzadziej – jednym z takich leków jest właśnie walsartan. A skuteczne leczenie NT, możliwe zwłaszcza przy stosowaniu SPC trójskładnikowych, powinno zmniejszyć kłopoty z zaburzeniami erekcji.

Czy Pana zdaniem przyszłość leczenia NT będzie należała do leków złożonych?

Traktuję to jako pytanie retoryczne. Nie ma innej przyszłości. Widzimy to nie tylko w hipertensjologii. Tą samą drogą idzie leczenie zaburzeń lipidowych, cukrzycy, chorób płuc, innych chorób przewlekłych.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE P. ANNY CZULEWICZ

„Nietypowa przyjaciółka uratowała życie!”

PIERWSZE W POLSCE INTERWENCJE KAMIZELKI DEFIBRYLUJĄCEJ

Pierwsze w Polsce interwencje kamizelki defibrylującej, technologii służącej do czasowego zabezpieczenia pacjentów zagrożonych nagłym zgonem sercowym, jak dotąd poza badaniami klinicznymi miały miejsce u trojga pacjentów. Jakie jest miejsce i znaczenie tej technologii w diagnostyczno-terapeutycznej ścieżce pacjenta z zagrażającymi życiu arytmiami komorowymi?

Pani Anna Czulewicz jest pacjentką, u której doszło do pierwszego w Polsce dostarczenia terapii za pomocą kamizelki defibrylującej poza badaniami klinicznymi. – Od dwóch lat mieszkam w małej miejscowości na Podlasiu. Wychowuję córeczkę. W mojej rodzinnej miejscowości byłam czynnym członkiem ochotniczej straży pożarnej. Niestety, zdiagnozowana w lipcu ubiegłego roku choroba serca już nigdy nie pozwoli mi wyjechać do akcji ratowniczo-gaśniczej... Ale najważniejsze, że żyję – opowiada Anna Czulewicz.

DIAGNOZA: SZOK I WYPARCIE

To miały być piękne wakacje. Po kilku dniach beztrudnego pobytu z córeczką u swoich rodziców pani Anna nagle zaczęła bardzo źle się czuć. Kiedy pewnego dnia została sama z dzieckiem, poczuła, że dzieje się z nią coś dziwnego i za chwilę straci przytomność. Zdążyła jeszcze zabezpieczyć je swoim ciałem tak, żeby nie spadło z łóżka. – Wszystko trwało sekundy. Kiedy się ocknęłam, zadzwoniłam po tatę, który powiadomił pogotowie. Zabrano mnie do szpitala. Zdiagnozowano u mnie częstoskurcz komorowy oraz zespół długiego QT.

Wiadomość o chorobie była dla pani Anny szokiem. – Udawałam, że wszystko jest dobrze, nie chciałam martwić moich bliskich. Wtedy wydawało mi się, że wprawdzie jestem chora, ale nie zdawałam sobie sprawy, że zagrożone jest moje życie – wspomina pani Anna.

Pacjentka została wypisana ze skierowaniem na specjalistyczne konsultacje w ośrodku referencyjnym. Trafiła do

Kliniki Kardiologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

– Po wstępnej rozmowie i zapoznaniu się z moją dokumentacją medyczną Pan Profesor Jarosław Kaźmierczak wypowiedział słowa, których nigdy nie zapomnę: grozi pani nagły zgon sercowy. „Czyli śmierć!” – pomyślałam. Pan Profesor podjął decyzję o skierowaniu mnie do szpitala i podjęciu próby ablacji. Na konsultacji byłam w czwartek, a do szpitala miałam zgłosić się w najbliższy wtorek – wspomina pani Anna.

ALTERNATYWA DLA HOSPITALIZACJI – KAMIZELKA MOCY

Lekarze podjęli próbę ablacji podłoża arytmii. Okazało się, że pierwsza próba interwencji zabiegowej nie przyniosła rezultatu i trzeba będzie podjąć kolejną, ale dopiero za jakiś czas, po „wypłukaniu” leków, które uniemożliwiają przeprowadzenie ablacji. Ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lekarze zalecają trzymiesięczną hospitalizację.

– Kiedy to usłyszałam, zalałam się łzami. Zostać w szpitalu przez trzy miesiące? Mam małą córeczkę! – opowiada pani Anna.

Lekarze wykazali dużo zrozumienia dla pacjentki i zaproponowali alternatywę dla długotrwałej hospitalizacji, której celem było zabezpieczenie młodej mamy – to dostępna od niedawna kamizelka defibrylująca.

Kamizelkę defibrylującą pacjent zakłada na ciało, pod ubranie. Urządzenie ma wbudowane specjalne elektrody, które cały czas monitorują i analizują pracę serca. Kiedy pojawia się



zagrożająca życiu arytmia, urządzenie może dostarczyć terapię: przerwać arytmie, „zresetować” rytm serca i tym samym ocalić choremu życie. Tak stało się w przypadku pani Anny. – Kamizelkę defibrylującą otrzymałam już następnego dnia. Ze swoją nową „przyjaciółką” miałyśmy nie rozstawać się na dłużej. Powiedziano mi, że tylko wtedy mam szansę być skutecznie chroniona do czasu zaplanowanej za mniej więcej trzy miesiące ponownej próby ablacji. Zdejmowałam więc kamizelkę tylko na czas kąpieli. Kiedy miałam ją na sobie, czułam komfort psychiczny, że jestem chroniona. Okazało się, że to prawda – mówi pani Anna.

Przez blisko trzy miesiące z pacjentką nie działo się nic niepokojącego. Niedługo przed terminem planowanego przyjęcia do szpitala na zabieg ablacji miała kolejny napad arytmii. – Nad ranem obudził mnie płacz córeczki. Chciałam do niej podejść, gdy nagle straciłam przytomność. Kiedy się ocknęłam, córka dalej płakała. W pokoju pojawił się jeszcze jeden dźwięk, dochodził z mojej kamizelki – wyjaśnia pani Anna.

UWAGA – TERAPIA!

Zgodnie z instrukcjami ze szkolenia pacjentka skontaktowała się ze swoim lekarzem prowadzącym oraz z infolinią techniczną producenta kamizelki defibrylującej. – Konsultant już wiedział, że coś się wydarzyło. Nigdy tak

wcześniej rano się z nimi nie kontaktowałam. Zapytał, czy mam mokre plecy. Kiedy ich dotknęłam, okazało się, że moje palce są pokryte wilgotnym, niebieskim żelem. Padły słowa: „Pani Aniu, terapia została dostarczona. Zapis w systemie to potwierdza”. Kamizelka defibrylująca, moja nietypowa nowa przyjaciółka, uratowała mi życie! – mówi pani Anna.

LECZENIE DOCELOWE: IMPLANTACJA ICD

Chwilę po interwencji kamizelki defibrylującej pacjentka wezwwała pogotowie i została przewieziona karetką do szpitala. W Klinice Kardiologii PUM zapadła decyzja o całkowitej zmianie strategii: pani Anna kwalifikuje się do natychmiastowej implantacji stałego kardiowertera-defibrylatora (ICD) – urządzenia o podobnej funkcji co kamizelka defibrylująca, ale wszczepialnego do ciała pacjenta.

– Moja droga od diagnozy do dziś, kiedy uczę się żyć na nowo z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem, była pełna emocji. Jestem wdzięczna lekarzom, że skutecznie chronili moje życie i jednocześnie starali się zrozumieć moją sytuację. O inwazyjnej terapii – wszczepieniu mi kardiowertera-defibrylatora – podjęli decyzję dopiero wtedy, kiedy byli jej absolutnie pewni. To dla mnie bardzo ważne – zauważa pani Anna.

Marta Sułkowska

FOT. MACIEJ SZYMULA



PROF. JAROSŁAW KAŹMIERCZAK, KIEROWNIK KLINIKI KARDIOLOGII POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE

Kamizelka defibrylująca to rozwiązanie technologiczne znane od kilkunastu lat. Jej główne zastosowanie to takie sytuacje kliniczne, gdy już istnieje lub podejrzewamy wysokie ryzyko zgonu z powodu zaburzeń rytmu serca, takich jak migotanie komór lub częstoskurcz komorowy, a nie można wszczepić pacjentowi na stałe kardiowertera-defibrylatora serca (ICD), na przykład z powodu infekcji lub gdy zagrożenie jest przejściowe (odwracalne) albo gdy trzeba wykonać specjalistyczne badania, aby dobrze ocenić ryzyko i spróbować uniknąć niepotrzebnej implantacji ICD lub właśnie ją zalecić.

Kamizelka defibrylująca LifeVest jest dostępna w Polsce komercyjnie i w ramach tak zwanej terapii ratunkowej. Ta ostatnia może być refundowana przez NFZ na wniosek

podmiotu leczniczego (na przykład szpitala). Trwają prace z udziałem środowiska kardiologicznego nad przygotowaniem wniosku do Ministerstwa Zdrowia o włączenie procedury zastosowania kamizelki defibrylującej do katalogu świadczeń gwarantowanych. Dotychczas w Polsce poza badaniami klinicznymi kamizelkę defibrylującą nosiło lub aktualnie nosi kilkadziesiąt osób. Czas noszenia kamizelki zależy od choroby pacjenta, zwykle trwa od 1 do 3 miesięcy. U kilku chorych wystąpiła prawidłowa reakcja kamizelki na groźne zaburzenia rytmu serca, tym samym ratując im życie. Wszystkim tym pacjentom zaproponowano i wszczepiono ICD.

Skuteczność kamizelki w przerywaniu groźnych arytmii jest wysoka, podobnie jak w przypadku ICD. Potwierdziły to przed kilku laty, prowadzone

m.in. w Polsce, badania kliniczne. U około połowy pacjentów po średnio trzech miesiącach zabezpieczenia kamizelką defibrylującą okazało się, że ryzyko zgonu z powodu zaburzeń rytmu serca na tyle się zmniejszyło (na przykład poprawie uległa wydolność serca, ustąpił stan zapalny serca), że nie wymagali oni ani dalszego noszenia kamizelki, ani implantacji ICD. Niektórzy pacjenci nosili kamizelkę po usunięciu wcześniej implantowanego ICD z powodu infekcji łoża urządzenia lub infekcyjnego zapalenia wsierdź, aż do momentu wyleczenia infekcji (zwykle 4-6 tygodni intensywnego leczenia antybiotykami). Wtedy możliwe było ponowne wszczepienie ICD.

Pełna dostępność kamizelki defibrylującej w Polsce, czyli refundacja jej stosowania, na pewno poprawi rokowanie wybranych grup chorych, szczególnie po rozległym zawał serca, pacjentek z kardiomiopatią połączoną, pacjentów z infekcjami już wszczepionych ICD, z innymi rzadkimi przejściowymi i wyleczalnymi zaburzeniami rytmu serca. ■

Powikłania nefrologiczne u chorych z niewydolnością serca

ROZMOWA Z **PROF. PIOTREM ROZENTRYTEM**
ZE ŚLĄSKIEGO CENTRUM CHOROÓB SERCA W ZABRZU.

O tym, że istnieje zależność między chorobami serca i chorobami nerek, wiadomo od dawna. To znaczy, że choroby serca mogą przyczyniać się do powikłań ze strony nerek, a choroby nerek przyczyniać się do rozwoju schorzeń serca?

Tak to mniej więcej wygląda. Istotnie, jest to zależność obustronna, którą obserwujemy szczególnie między niewydolnością serca a przewlekłą chorobą nerek. Dlatego często mówimy o zespole sercowo-nerkowym, chociaż słuszniej byłoby mówić o zespołach sercowo-nerkowych. Tak właśnie zostały one zdefiniowane przez włoskiego badacza Claudio Ronco. W przebiegu chorób serca, a więc i w niewydolności serca, może dojść do uszkodzenia nerek lub przyspieszenia rozwoju już zaistniałych w nich zmian. Z kolei gdy mamy do czynienia z chorobą nerek, może dojść do uszkodzenia serca. I zarówno ze strony serca, jak i nerek mogą to być zmiany ostre lub przewlekłe. A gdy weźmiemy pod uwagę, że samych fenotypów przewlekłej choroby nerek mamy 18, przede wszystkim w zależności od filtracji kłębuszkowej i albuminurii, możliwości obustronnych powikłań jest naprawdę bardzo dużo.

Według statystyk u ok. 40-50% pacjentów z niewydolnością serca występuje przewlekła choroba nerek. U ok. 45% chorych hospitalizowanych z powodu ostrej niewydolności serca dochodzi do upośledzenia czynności nerek, a wśród pacjentów poddawanych operacjom kardiologicznym częstość tego powikłania sięga 40, a nawet ok. 70% w grupie pacjentów po przeszczepieniu serca.

To dowodzi, jak silny jest związek między sercem a nerkami, w jak dużym stopniu (w tym przypadku niewydolność serca) wpływa na nerki. A jeśli już w przebiegu niewydolności serca dojdzie do powikłań nefrologicznych, to mogą one ujawniać się w różnym stopniu, mieć różne stadia i od tego będą zależały rokowania dotyczące chorobowości sercowo-naczyniowej i nerkowej. Duże znaczenie mają ponadto choroby współistniejące, a niewydolność serca i przewlekła choroba nerek dotyczą głównie osób starszych. Terapia chorób układu krążenia pacjen-

tów z przewlekłą chorobą nerek, uwzględniając jej szerokie spektrum, od przypadków tylko z upośledzoną filtracją czy nawet filtracją prawidłową, fazą mocznicy, leczenie nerkowe zastępcze czy stan po przeszczepieniu wymaga odpowiedniego, zróżnicowanego podejścia terapeutycznego.

Skoro mamy zespoły sercowo-nerkowe i nerkowo-sercowe, to, mówiąc o powikłaniach nefrologicznych u pacjentów z chorobami serca, np. właśnie niewydolnością serca, zakładamy, że najpierw zachorowało serce. Jak poznać, że najpierw doszło do choroby serca, a dopiero potem pojawiły się powikłania ze strony nerek?

Jeśli najpierw doszło na przykład do choroby wieńcowej, a w konsekwencji do niewydolności serca, to pojawia się upośledzona perfuzja nerek i wzrost oporu w krążeniu nerkowym. Filtracja kłębuszkowa utrzymywana jest długo na względnie stałym poziomie, ale za cenę zwiększenia tzw. frakcji filtrowanego sodu. To możemy oczywiście zmierzyć i uzyskać wskazówkę na temat istoty problemu. Mamy sugestię, że pierwsza była choroba serca. Jeśli natomiast serce jest jeszcze w dobrym stanie, a diagnozujemy np. kłębuszkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek, to wiadomo, że najpierw zachorowały nerki. A to „jeszcze” przy określeniu stanu serca oznacza, że ten stan łada moment może się zmienić, bo, jak już mówiłem, zła kondycja nerek będzie oddziaływać na kondycję serca. Im bardziej będzie się ona pogarszała, tym bardziej będzie pogarszał się stan serca.

Kłębuszki nerkowe są podobno bardzo wrażliwe na niedotlenienie, a niewydolne serce może być hemodynamicznie bardzo niesprawne. Zmniejszenie wyrzutu krwi przez serce o 15-20% powoduje zmniejszenie przepływu krwi przez nerki aż o 50%.

To prawda. Jak powiedziałem wcześniej, gra naczyniowa tętniczek doprowadzającej i odprowadzającej krew z kłębuszka nerkowego powoduje zachowanie filtracji kosztem wielkości filtrowanego sodu. Dzieje się tak dlatego, że tętniczka doprowadzająca ulega poszerzeniu, a od-



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

prowadząca zwężeniu. Efektem jest stabilizacja filtracji kłębuszkowej. Sytuacja ta jednak wystawia nerki na „strzał”. Zastosowanie leków blokujących układ renina-angiotensyna-aldosteron, co przecież jest zasadniczą terapią niewydolności serca, upośledza ten mechanizm, a wtedy filtracja spada proporcjonalnie do spadku przepływu krwi przez nerki. I jeszcze jedna bardzo ważna rzecz. W warunkach obniżonego przepływu krwi zasadniczym regulatorem filtracji kłębuszkowej staje się ciśnienie żyłne. Jego wzrost

może dosłownie blokować odpływ krwi z nerki, a filtracja się zmniejsza. Uwolnienie nerek spod wysokiego ciśnienia żylnego diuretykiem – ale dawkowanym umiejętnie, indywidualnie dobierając dawkę do odpowiedzi diuretycznej – poprawia sytuację. Zastoinowe nerki nie są jedynym fenotypem spotykanym w niewydolności serca; w przypadku zastoinu płucnego raczej nie należy się tego spodziewać w takim samym stopniu jak przy zastoinie systemowym. To tłumaczy obserwacje kliniczne o poprawie filtracji pod wpływem leczenia diuretycznego u około połowy chorych (zastoinowe nerki) i pogarszaniu się u pozostałych – u nich zastój w nerkach nie jest zasadniczym problemem.

Zanim przejdziemy do omówienia leczenia powikłań nefrologicznych: jakie konkretnie mogą to być powikłania?

Istotnie, jest ich sporo i mogą się one pojawiać w różnych stadiach, mogą różnie przebiegać – w zależności od chorób współistniejących, wieku pacjenta, z różnymi wskaźnikami albuminurii, filtracji. Innej troski będzie wymagał pacjent, u którego załamała się filtracja, a innej ten, u którego do ostrego epizodu doszło przy prawidłowej lub tylko nieznacznie obniżonej filtracji.

Generalnie najczęstszym powikłaniem obserwowanym w codziennej praktyce klinicznej z chorymi na niewydolność serca jest szybkie zmniejszenie się filtracji podczas terapii. Bardzo często dochodzi do tego w trakcie hospitalizacji w szpitalu i leczenia np. dekompensacji. Jeśli wyjściowo filtracja była prawidłowa, nie mamy do czynienia z przewlekłą chorobą nerek, ale jej ostrą postacią. To zasadnicza różnica. PChN może być rozpoznana, jeśli obniżona filtracja albo albuminuria są dokumentowane przez co najmniej 3 miesiące. Każda inna sytuacja jest ostrą chorobą nerek. Oczywiście ostra choroba może startować z obecnej wcześniej przewlekłej choroby, mamy wtedy dwa w jednym: ostrą nałożoną na przewlekłą. Zważywszy, że blisko połowa chorych z niewydolnością serca ma przewlekłą chorobę nerek, sytuacja ta jest nader częsta. I tutaj mamy problem. Co, jeśli stan chorego klinicznie się poprawia, spa-

da mu stężenie peptydów natriuretycznych, ale filtracja spada? No właśnie, w tej sytuacji powinniśmy wykazać się cierpliwością i nie robić gwałtownej weryfikacji podawanych leków, odstawiając wszystko, co poprawia rokowanie w niewydolności serca. Nefrolodzy spierają się, czy taką sytuację nazwać ostrą chorobą nerek, ponieważ pomimo spadku filtracji rokowanie chorego ulega poprawie. Pojawiają się propozycje nazwania tego stanu pseudopogorszeniem czynności nerek albo pogorszeniem filtracji w czasie leczenia ➤

- niewydolności serca bez atrybutu „choroby”. Inna sytuacja ma miejsce, gdy obok filtracji pacjent gubi także diurezę. To moment alarmowy, wymagający zindywidualizowanego podejścia. Warto przy okazji pamiętać, że dla opisu tej sytuacji nie stosuje się klasyfikacji PChN opartej na albuminurii i filtracji – choć obie powinno się oczywiście oceniać, ale używać skal dostosowanych do tej właśnie sytuacji. Są dwie użyteczne skale: starsza RIFLE i nowsza AKIN. Obie oceniają wielkość wzrostu stężenia kreatyniny w czasie oraz diurezę godzinową. Polecam wszystkim zapoznanie się z nimi, ponieważ to może rozwiązać liczne nieporozumienia.

Powody ostrego uszkodzenia nerek nie zawsze mają naturę hemodynamiczną. Trzeba koniecznie pamiętać o ryzyku związanym z zastosowaniem kontrastu, niesteroidowych leków przeciwzapalnych czy z nieadekwatnie do filtracji dawkowanymi antybiotykami. Inne poważne zagrożenia, rzadko dyskutowane, to hiponatremia (częsta w przebiegu zbyt szybkiego odwadniania czy stosowania tiazydów), hipokaliemia (mogąca rozwinąć się u chorych leczonych dużymi dawkami diuretyków pętlowych, u których dawka antagonisty aldosteronu w niedostatecznym stopniu zapobiega utracie potasu z moczem przy wysokich stężeniach aldosteronu), a także hiperkaliemia, zyskująca ostatnio na znaczeniu z racji dostępności nowych, lepiej tolerowanych żywic jonowymiennych, które mogą umożliwić stosowanie leków odstawianych w tych przypadkach z lęku przed powikłaniami. Warto pamiętać także o alkalozie hipochloremicznej, ważnej nieprawidłowości wynikającej najczęściej ze zbyt agresywnego leczenia diuretycznego. Oczywiście każde z tych powikłań wymaga innego podejścia terapeutycznego. Wreszcie, do powikłań nefrologicznych może dojść, kiedy chory z niewydolnością serca przyjmuje leki kardiologiczne. Przykładem może być cukromocz, w przeszłości odbierany jako dowód destabilizacji cukrzycy, a obecnie wywołany przez dobroczynne dla chorego – także dla nerek – floszyny. Z floszynami łączy się oczywiście ryzyko zakażenia (głównie grzybiczego), ale powikłanie to okazuje się stosunkowo rzadkim i łatwo poddającym się leczeniu problemem. Inne ryzyko to często uchodzące uwadze zakażenia dróg moczowych. Tutaj mamy przykład maskowania przez poważne dolegliwości (np. duszność) mniej dokuczliwych (np. dysurii). Badanie ogólne moczu powinien mieć wykonane każdy chory z niewydolnością serca. Niestety często o tym zapominamy. I na koniec chciałbym wspomnieć o krwawieniach do dróg moczowych, częstych z racji stosowania terapii przeciwkrzepliwnej czy przeciwplatek. Tutaj dostrzeżenie obecności nawet mikroskopowej erytrocyturii może dostarczać podejrzeń na temat istotnych problemów urologicznych (nowotwory pęcherza moczowego).

Podstawową grupą leków stosowanych w niewydolności serca są leki blokujące układ renina–angiotensyna–aldosteron. Przede wszystkim działają one kardioprotekcyjnie, ale mają również działanie nefroprotekcjne,

w odpowiednio dobranych dawkach i kombinacjach są zasadniczym składnikiem terapii zmniejszającej albuminurię. To ważne, ponieważ z obecnością nasilonej albuminurii wiąże się duże ryzyko sercowo-naczyniowe, a jeszcze większe nerkowe. Przewlekła choroba nerek nie nakłada ograniczeń na stosowanie blokerów kanałów wapniowych i beta-adrenolityków.

W niewydolności serca i schorzeniach nerek stosuje się także diuretyki. Leki te stanowią heterogenną grupę. Poniżej filtracji 30 ml/min należy preferować stosowanie diuretyków pętlowych, a ich dawka powinna być dostosowana do wielkości filtracji poprzez śledzenie odpowiedzi natriuretycznej po pojedynczej dawce.

Szansą na uniknięcie powikłań, zarówno sercowych, jak i nerkowych, jest pojawienie się nowej grupy leków – floszyn.

Leki te, początkowo ukierunkowane na leczenie chorych na cukrzycę, okazały się niezwykle pomocne w terapii chorych na schorzenia kardiologiczne i nefrologiczne. Zostało jednoznacznie dowiedzione, że lek diabetologiczny u pacjentów (również bez cukrzycy) z niewydolnością serca czy niewydolnością nerek może powodować znaczącą redukcję powikłań sercowych i nerkowych. Wg wytycznych ESC/PTK znajdują się w standardzie postępowania u pacjentów z niewydolnością serca.

A jednym z pierwszych z grupy floszyn, SGLT-2, który uzyskał nowe rejestracje, była dapagliflozyna. Ten lek jako pierwszy otrzymał rejestrację do stosowania w niewydolności serca u pacjentów z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory. A teraz kolejna rejestracja: w przewlekłej chorobie nerek. Na czym polega korzyść ze stosowania dapagliflozyny w tych wskazaniach?

Jeśli chodzi o serce, to już wiele powiedziano na ten temat. Natomiast jeśli chodzi o nerki, dapagliflozyna chroni je – i to silnie – przed powikłaniami. To tak najogólniej. Spowalnia utratę filtracji, zmniejsza albuminurię, zmniejsza ryzyko uszkodzeń, także tych ostrych, ratuje życie. I co ważne, jest to lek bezpieczny.

Skoro istnieje tak ścisły związek między sercem a nerkami, to czy nie powinno być ściślejszej współpracy (zakładając, że ona istnieje) między kardiologami a nefrologami? Wydaje mi się, że nie zawsze tak jest, że kardiolog, lecząc pacjenta z niewydolnością serca, ma na uwadze jego nerki. Być może to się zmieni, kiedy wejdzie w życie opieka koordynowana w POZ, wówczas to lekarz rodzinny będzie mógł zlecić np. badanie kreatyniny i albuminurii.

I oby tak było.

Rozmawiała: Bożena Stasiak



Prof. Waldemar Wierzba i red. Paweł Kruś z obrazami Tobiasza Kenio.



Na scenie wystąpił znakomity zespół Ensemble QuattroVoce.

Spełniamy marzenia: z II aukcji uzyskaliśmy 6900 zł!

Podczas koncertu Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny odbyła się aukcja na rzecz II stypendium naukowego Nagrody Zaufania Złoty OTIS. „Spotykamy się tu, by spełnić marzenia naukowej młodzieży medycznej, by po raz drugi ufundować stypendium, które najlepszemu debiutantowi pozwoli całkowicie poświęcić się nauce” – mówił Paweł Kruś, organizator uroczystości, zachęcając do wzięcia udziału w aukcji. Sześć prac wylicytowano za łączną kwotę 6900 zł!

TEKST: ANNA ROGALA, ZDJĘCIA: TOMASZ ADAMASZEK

Już po raz drugi spotkaliśmy się w gościnnych i zabytkowych wnętrzach Pałacu Szustra, siedzibie Warszawskiego Towarzystwa Muzycznego. Paweł Kruś, witając gości, wyraził wdzięczność za energię i życzliwość dr. Pawłowi Pecuszokowi i dyrektorowi Andrzejowi Mrowcowi, dzięki którym odbył się drugi koncert Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny z aukcją na rzecz II stypendium naukowego Nagrody Zaufania Złoty OTIS. Wśród znakomitych osobistości ze świata medycyny i farmacji gościliśmy m.in.: prof. Waldemara Wierzbę, dyr. CSK MSWiA w Warszawie, prof. Jarosława Pinkasa z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, prof. Andrzeja Fała, kierownika Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych CSK

MSWiA, prof. Grażynę Sygitowicz, kierownik Zakładu Chemii Klinicznej i Diagnostyki Laboratoryjnej WUM, dr Beate Zawadowicz, uczestniczkę Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS.

Pierwsze Nagrody Zaufania Złoty OTIS dla młodzieży medycznej za debiut naukowy zostały przyznane trzy lata temu. Pomysłodawcą 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. – Spotykamy się tu, by spełnić własne marzenia z młodości. Nam także pomagali dobrzy ludzie, któ-



Akwarela Albina Waczyńskiego została zlicytowana przez prof. Jarosława Pinkasa.



Duże zainteresowanie budziła praca Jerzego Konstantynowicza: „Red people”. Nabywcą został prof. Andrzej Fal. Na zdjęciu (od lewej): red. Paweł Kruś, red. Anna Rogala, prof. Andrzej Fal.

► rzy nam zaufali – tak toczy się świat – wyjaśniał Paweł Kruś, przewodniczący Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS i organizator koncertu z aukcją.

Podczas drugiej aukcji na rzecz stypendium zaprezentowano osiem prac. Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się dwie akwarele: „Toryń” i „Kościerzyna” Albina Waczyńskiego, lekarza psychiatry i uznanego pejzażysty, prezesa Białostockiego Towarzystwa Sztuk Pięknych. Jego prace oddziałują na widza nie tylko swoim pięknem, delikatnością i ciepłem kolorów, ale przede wszystkim oddają charakter ich autora i jego sposób postrzegania świata. Sam Albin Waczyński mówił, że malować można wszystko, nawet kawałek rynny czy bramy wejściowej: „Najważniejsze jest zatrzymać w czasie coś, co bezpowrotnie odchodzi”. O Oldze Dmowskiej Anda Rottenberg, słynna krytyczka sztuki, i Paweł Susid, profesor artystki z ASP, zgodnie mówią, że jej malarstwo jest skończone artystycznie: „Jest to sztuka autentyczna i prawdziwa, która nie polega na kopiowaniu kogokolwiek”. Ekspresyjna grafika Olgi Dmowskiej (bez tytułu) wystawiona na aukcji wzbudziła spore zainteresowanie jej dorobkiem artystycznym. Dwa obrazy „Pejzaż podlaski znad Supraśli” (nr 37 i 38) Tobiasza Kenio przedstawiające rzekę w czasie innych pór roku, w innym świetle, można było wylicytować razem. Na aukcji wystawiona była jeszcze jedna praca Tobiasza Kenio, prezentowana wcześniej na wystawie w Berlinie: „Podlaski pejzaż zimowy II”. Najnowsze prace artysty powstały z porzuconych przedmiotów, takich jak deski, lub materiałów mających inne niż malarskie przeznaczenie: folia, stretch, taśmy pakowe. Tobiasz Kenio jest abstrakcjonistą, który idzie własną drogą twórczą. Z dużym zainteresowaniem spotkały się dwie prace Jerzego Konstantynowicza „Red people” i „O'krzyk 2”. Jego styl jest dość zróżnicowany, swobodny,

najbliższy surrealizmowi. Jak mówi: „unikam definicji, bo one ograniczają. Niech robią to już inni. Na pewno pozwalam się ponosić fantazji, w moich pracach jest sporo przewrotności, ironii i autoironii”. Łącznie na II stypendium naukowe uzyskaliśmy 6900 zł! Dwie prace, które podczas aukcji nie znalazły nabywcę, będą dostępne na naszej stronie w opcji „kup teraz”.

Na scenie wystąpił znakomity zespół Ensemble QuattroVoce w składzie: Marta Wróblewska – sopran, Aleksandra Pawluczuk – mezzosopran, Paweł Pecuszok – tenor, Przemysław Kummer – bas/baryton. W czasie koncertu goście usłyszeli przepiękne pieśni ukraińskie, m.in. „Oj tam za Dunajem”, „Boże wielki, jedyny”. Publiczność była tak oczarowana pięknymi głosami wykonawców, że poprosiła o dwa bisy.

Ensemble QuattroVoce to kwartet wokalny utworzony w roku 2011 przez absolwentów klas śpiewu solowego Uniwersytetu Muzycznego F. Chopina w Białymstoku. Członkowie zespołu mają na koncie zarówno indywidualne występy w recitalach solowych lub kameralnych, jak i udział w przedsięwzięciach zespołowych z dużymi dziełami oratoryjnymi i kantatowymi. Uczestniczą w przedstawieniach operowych i festiwalach. Każdy z członków kwartetu prowadzi również własną działalność artystyczną, pedagogiczną i fonograficzną, dokonując m.in. nagrań z renomowanymi polskimi zespołami muzyki dawnej, Operą i Filharmonią Podlaską oraz nagrań solowych. Zespół nagrał dotychczas kilka płyt, m.in.: muzykę religijną Maksyma Berezowskiego, kołędy polskie, wschodniosłowiańskie kołędy z udziałem zespołu instrumentalistów pod kierunkiem Jacka Urbaniaka.

Wszystkim Gościom dziękujemy za udział w koncercie, licytacji oraz za wpłaty na stypendium, a darczyńcom za przekazanie prac na aukcję. ■

ŚWIAT LEKARZA 100 NUMER!

stuchu

ROZMOWA Z PROF.
HENRIEM SKARŻYŃ-
SKIM
FIZIOLOGI I PATOLOGII SI
TWORCĄ ŚWIATOWEGO
SŁUCHU W KRAJANIE

ŚWIAT lekarza listopad 2020
KARDIOLOGICZNE ASPEKTY ACTA
RECEPTY Z INŻYNIERSTWEM
MEDIA BARCELONY
Tętno i ciśnienie
serce czasem da się naprawić
CO POPIERA ŚWIATOWY PROF. JAKUB GÓRKA
CZYTAJELI NIEKŁAMIE Prof. Piotr Kuciński
GORĄCY TEMAT Jędrzejka Świąt

ŚWIAT LEKARZA
NARODOWY PROGRAM ZDROWEGO SERCA
KARDIOLOGIA 2018
Prof. dr hab. n. med. Jędrzejka Świąt

Prognozy dla Europy
Ukaszanie smoleńskie
Pandemia COVID-19 bardzo niekorzystnie oddziałuje na zdrowie dzieci

Jubileusz „Świata Lekarza” 100 numer!

ŚWIAT lekarza
PIKUS POZIOMYCH GERIATRA
CIS. BŁOGOSŁUCH
ZDROWY KIBIC
MAJĄTO ZAFONA
Cukrzyca. Wygrajmy razem!

Autorytet Opatka
Współczesny (AC) i nowoczesny
Współczesny (AC) i nowoczesny
Współczesny (AC) i nowoczesny

Onkologia 2018

Informacje patogenezy i choroby

ŚWIAT LEKARZA
XXII ZJAZD NAUKOWY
POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO

Czekają nas trudne decyzje

Onkologia 2018

ŚWIAT LEKARZA
ONKOLOGIA 2020
HEMATOLOGIA 2020

DEBATA: BEZPIECZEŃSTWO LEKOWE
ŚWIAT LEKARZA
52. ZJAZD OKULISTÓW POLSKICH

Czekają nas trudne decyzje

Czekają nas trudne decyzje

W hematoonkologii będziemy szli dalej w kierunku immunoterapii i epigenetyki

NUMER BEZPŁATNY

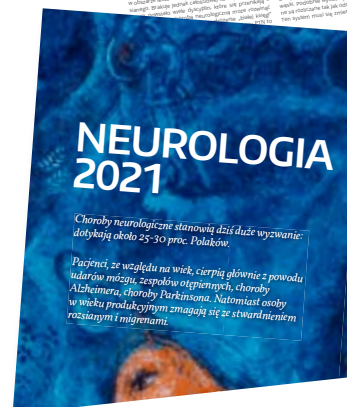


*Drodzy Czytelnicy,
Dziękujemy, że trzymacie w ręku jubileuszowy, setny numer „Świat Lekarza”! Wielu z Was jest z nami od samego początku. Trudno nam w to uwierzyć, ale minęło już prawie 14 lat od wydania pierwszego numeru. Początki pamiętamy, jakby to było wczoraj. Nie zawsze było łatwo, ale zawsze wierzyliśmy, że warto zaproponować Czytelnikom magazyn najwyższej jakości, zarówno merytorycznej, jak i estetycznej.*

JAK TO SIĘ ZACZĘŁO?

Paweł Kruś, wydawca periodyków „Manager Apteki” i „Na zdrowie. Dostępne bez recepty”, postanowił stworzyć nowy magazyn. – Wiedziałem, że będzie nazywał się „Świat Lekarza”, dużo miejsca poświęcimy w nim książkom, filmom, muzyce, polityce i ekonomii. I ludziom, ludziom – wielkim Lekarzom, przez duże „L”, których każdy student powinien znać. Medycyna miała zajmować tylko 30 proc. objętości numeru – wspomina Paweł Kruś.

– „Świat Lekarza” chciałem widzieć szeroko, humanistycznie. To był świat Mamy i Taty, mój dom. O konsultację poprosiłem śp. Justynę Hoffman-Wisniewską (1956-2014), dziennikarkę, krytyczkę sztuki, teatru i literatury. – Tyłu już próbowało robić coś podobnego, wytrzymali rok, czasem trochę dłużej – po-



Był Złoty Otis 2019 dla prof. Krzysztofa Ostrowskiego, mercektki Szymona Stanisława Kozłowskiego, polskiej Rejdy Młodych Lekarzy.

Był Złoty Otis 2019 dla prof. Krzysztofa Ostrowskiego, mercektki Szymona Stanisława Kozłowskiego, polskiej Rejdy Młodych Lekarzy.

Był Złoty Otis 2019 dla prof. Krzysztofa Ostrowskiego, mercektki Szymona Stanisława Kozłowskiego, polskiej Rejdy Młodych Lekarzy.



wiedziała, gdy skończyłem opowiadać jej o koncepcji. – Wiem, że tobie się uda.

– Potem przygotowaliśmy spis treści pierwszego numeru. Następnego dnia dostałem mail z listą autorów, o których marzy każda redakcja. Miesiąc później ukazał się pierwszy numer „Świata Lekarza”. Redaktor Anna Rogala nie traciła czasu. Spieszyliśmy się, chcieliśmy być szybsi niż nasz konkurent „Medycyna i pasje”, który już nie istnieje.

OPINIOTWÓRCZY I WYJĄTKOWY

Z założenia, magazyn miał służyć do wymiany poglądów egzystencjalnych wewnątrz środowiska lekarskiego, pobudzać do dyskusji oraz zachęcać do sięgnięcia po prace naukowe w tych dziedzinach medycyny, gdzie następowało coś ważnego. „Świat Lekarza” promował wielokierunkową aktywność naukową lekarza i jednocześnie jego pasje humanistyczne, udowadniał, że tacy ludzie są wśród nas, przedstawiał ich i najczęściej zapraszał do współpracy.

Dlatego przybliżaliśmy Czytelnikom możliwie szeroki wachlarz tematów z wielu dziedzin zakresu medycyny, zachęcaliśmy do poznawania pojawiających się nowoczesnych terapii od leczenia biologicznego przez medycynę personalizowaną. Z drugiej strony, staraliśmy się nie unikać tematów dnia codziennego: restrukturyzacji szpitali, kształcenia nowych kadr medycznych, kwestii bezpieczeństwa lekowego kraju. Temu też służyły prezentacje systemów opieki zdrowotnej na świecie, modeli ich finansowania i ubezpieczeń.

Po meandrach stypendiów europejskich dla lekarzy i konkursów z zakresu medycyny oprowadzała nas przez wiele lat Magdalena Pokrzycka-Walczak.

Nigdy nie zapominaliśmy o historii medycyny, pisała o niej m.in. Bożena Frankowska. Wywiady z luminarzami medycyny przeprowadzała Justyna Hoffman-Wiśniewska. O filmach wartych obejrzenia pisali m.in. Monika Luft, dziennikarka i pisarka, Roman Gutek, wizjoner kina. Do wizyt w teatrze zachęcał Tomasz Miłkowski, prezes

polskiej sekcji Międzynarodowego Stowarzyszenia Krytyków Teatralnych, a po świecie muzyki prowadził nas Aleksander Kościów, wykładowca na Uniwersytecie Muzycznym w Warszawie (obecnie prorektor).

„Świat Lekarza” kocha malarstwo, jego tajemnice odkrywały dla nas m.in. Grażyna Ruszczyk, historyk sztuki, kierownik Galerii Test, oraz Beata Nessel-Lukasik, historyk sztuki, wieloletnia współpracowniczka Muzeum Narodowego w Warszawie. Fenomenalny tłumacz literatury iberoamerykańskiej Carlos Marrodan Casas wprowadzał Czytelników nie tylko w realizm magiczny literatury pięknej. O filozoficznych aspektach pracy lekarza pisał Marcin Miłkowski, adiunkt w Zakładzie Logiki i Kognitywistyki Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, a sylwetki znanych filozofów przybliżył Jakub Krawczyk.

Galerię sław piszących regularnie dla „Świata Lekarza” dopełniali Jan Matul i prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Perłkami są do dziś felietony – prof. Stefana Krusia, prof. Tadeusza Tołłoczki, prof. Aleksandra Sieronia, dr. Kazimierza Brauna, śp. dr. Andrzeja Włodarczyka, dr. Janka Paszkiewicz, prof. Jadwigi Staniszkis, prof. Marcina Czecha, red. Jarosława Gujały, Ryszarda Petru i Jerzego Engela. „Świat Lekarza” opisywał rzeczywistość bardzo szeroko, taki miał być i dość długo był. Niezwykły rozwój technologii medycznych w ostatnich latach siłą rzeczy musiał zmienić pierwotne proporcje w piśmie. Wciągnęła nas polityka, bo reformy ochrony zdrowia w Polsce stały się koniecznością i robiliśmy wszystko, by popierać trendy, które uznawaliśmy za racjonalne. Nie wszystkie takie były, wiecie sami.

DYSKUSJE, DEBATY I NAGRODY

Z biegiem czasu uległa rozbudowie część ekspercka „Świata Lekarza”, nowatorska medycyna wymagała autorytatywnych interpretacji, coraz częściej na naszych łamach pojawiały się wypowiedzi edukacyjne mistrzów medycyny. Gościliśmy i gościmy ich najwięcej w Polsce: plejadzie diabetologów od prof. Małgorzaty Myśliwiec, prof. Doroty Zozulińskiej-Ziółkiewicz, prof. ➤



Leszka Czupryniaka, prof. Macieja Małeckiego, prof. Edwarda Franka, prof. Grzegorza Dzidy po prof. Mieczysława Walczaka, śp. prof. Władysława Grzeszczaka którym zawdzięczamy krajową rewolucję w leczeniu cukrzycy i podniesienie polskiej diabetologii do poziomu światowego. Wspieramy kardiologów od prof. Piotra Jankowskiego, prof. Piotra Hoffmana, prof. Piotra Ponikowskiego, prof. Adama Witkowskiego i prof. Przemysława Mitkowskiego po prof. Grzegorza Opolskiego we wprowadzaniu opieki koordynowanej, urologów z prof. Piotrem Chłostą i prof. Arturem Antoniewiczem w medycynie robotycznej, onkologów z prof. Maciejem Krzakowskim i prof. Adamem Maciejczykiem w reformie leczenia nowotworów. „Świat Lekarza” systematycznie prezentuje poglądy elity ginekologów, okulistów, hematologów, nefrologów, gastrologów i dermatologów.

Nowoczesnej medycynie towarzyszymy od debat redakcyjnych i autorskich wykładów, przez Zespoły Parlamentarne i Senackie po urzędy centralne – Ministerstwo Zdrowia, NFZ, AOTMiT. Niektórzy politycy goszczą na naszych łamach od dekady, dziękujemy za komentarze Senator Beacie Małeckiej-Liberze i Senatorowi Waldemarowi Krasce, posłankom Lidii Gądek, Alicji Dąbrowskiej, Barbarze Dziuk, Violetcie Porowskiej, Elżbiecie Płonce, Katarzynie Sójce, posłom Tomaszowi Latosowi, Rajmundowi Millerowi, Czesławowi Hocowi. Jesteśmy wdzięczni za wieloletnią opiekę Panom Marszałkom Senatu – dr. Stanisławowi Karczewskiemu i prof. Tomaszowi Grodzkiemu.

Relacje z debat i spotkań ukazują się na łamach „Świata Lekarza” i na naszej stronie internetowej. Nasi dziennikarze są systematycznie zapraszani jako komentatorzy do paneli w Sejmie, Senacie i na licznych konferencjach.

Sporą półkę w Redakcji zajmują zdobyte przez naszych dziennikarzy nagrody i odznaczenia – od Nagrody Św. Kamila, statuetki dr. Władysława Biegańskiego i Sukcesu Roku w Ochronie Zdrowia po Srebrne Krzyże Zasługi, Nagrody Zaufania Złoty OTIS i Kryształowe Pióra.

„GŁOSUJ NA ZDROWIE!” – TRZECIE STARCIE

Przed wyborami w 2015 roku przeprowadziliśmy wyborczą debatę „Głosuj na zdrowie!”, transmitowaną na

żywo przez Polsat News. I tak to się zaczęło. Kilka miesięcy po błyskotliwej dyskusji trio Konstanta Radziwiłł, Jarosław Pinkas i Tomasz Latos objęło kluczowe stanowiska w polskiej ochronie zdrowia.

Cztery lata później zmieniliśmy formułę pracy i skoncentrowaliśmy się na inspirowaniu merytorycznym polityków wszystkich partii. Zaproponowaliśmy im wówczas: wprowadzenie podatku cukrowego i przeznaczenie pobranych opłat na rozwój diabetologii; podwyżkę cen alkoholu w małych opakowaniach, tzw. małpkach; wyłączenie ochrony zdrowia ze sporu politycznego na 20 lat; wprowadzenie drugiej, alternatywnej sieci ochrony zdrowia finansowanej z ubezpieczeń dodatkowych. Te i inne tezy wyborcze zdefiniował Zespół: red. Katarzyna Pinkosz, red. Paweł Kruś, prof. Piotr Hoffman, prof. Marcin Czech, prof. Aleksander Sieroń i prezes Stanisław Maćkowiak. Pojawiły się potem w programach kilku partii: Prawo i Sprawiedliwość wprowadziło w życie podatek cukrowy, Minister Łukasz Szumowski podniósł cenę „małpek”, a Krzysztof Bosak wygrał debatę prezydencką тезami o konieczności wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych.

Już powołujemy Zespół na wybory 2023 roku, prace merytoryczne rozpoczniemy za dwa miesiące, tezy publiczne wiosną.

Chcemy, by o ochronie zdrowia w kampanii wyborczej mówiono jak najwięcej – to nasz cel.

RADA NAUKOWA

Przewodniczącym Rady Naukowej „Świata Lekarza” jest od pierwszego roku naszej działalności, prof. Aleksander Sieroń. Początkowo grono tworzyło 26 ekspertów. Dziś w Radzie Naukowej mamy blisko 80 osób; to m.in.: dr Ewa Chlebus, prof. Iwona Hus, prof. Irena Walecka, prof. Anna Kostera-Pruszczyk, prof. Joanna Narbutt, prof. Mariusz Bidziński, prof. Piotr Hoffman, prof. Paweł Kamiński, prof. Mieczysław Walczak, prof. Stanisław Radowski, prof. Wojciech Młynarski, prof. Tomasz Stompór, prof. Jerzy Szaflik, prof. Tomasz Drewa, prof. Grzegorz Gielerak, prof. Jerzy Konstantynowicz, prof. Bogusław Machaliński, prof. Henryk Skarżyński, prof. Kazimierz Suwalski, prof. Krzysztof J. Filipiak i prof. Piotr Pruszczyk. Dziękujemy za inspiracje! ■

Poznajmy się!

Redakcję tworzy małe grono dziennikarzy, ale mamy wielu współpracowników, przyjaciół i partnerów, którzy są naszymi dobrymi duszami i pomagają nam w przygotowywaniu magazynu. – Cieszę się, że „Świat Lekarza” nie tylko relacjonuje postępy w medycynie, ale też wprowadza nowe tematy i działania do ochrony zdrowia – mówi Paweł Kruś, wydawca. – Mamy bardzo twórczy Zespół Redakcyjny i komfort, że wszystkie nasze pomysły oceniają prof. Waldemar Wierzba lub prof. Aleksander Sieroń. Jesteśmy grupą ludzi, którzy robili i robią to, czego od zawsze „zrobić się nie da”. Jestem w niej i mam satysfakcję.



PROF. DR HAB. N. MED. WALDEMAR WIERZBA – REDAKTOR NACZELNY „ŚWIATA LEKARZA”

Prof. Wierzba jest absolwentem dwóch uczelni: Wydziału Elektroniki Politechniki Warszawskiej oraz Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. W 1995 r. uzyskał tytuł naukowy doktora nauk medycznych, a w 2019 r. w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi stopień doktora habilitowanego, w 2021 r. został profesorem zwyczajnym nauk medycznych. W latach 1993-2019 prof. Wierzba pełnił wiele funkcji w sektorze

ochrony zdrowia. Tworzył m.in. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Biuro Rozliczeń Międzynarodowych oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych, której był pierwszym prezesem. Kierował zespołem ponad 400 ekspertów opracowujących koszyk świadczeń gwarantowanych. Od lutego 2018 r. do listopada 2019 r. pełnił funkcję dyrektora Departamentu Zdrowia MSWiA. Od 2019 r. dyrektor CSK MSWiA w Warszawie. Jest rektorem Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi. Opublikował (jako autor i współautor) ponad 160 publikacji naukowych i popularnonaukowych w dziedzinie medycyny i nauk o zdrowiu.

Od pierwszego numeru pełni funkcję redaktora naczelnego magazynu „Świat Lekarza”. Swoją wiedzą dzieli się z Redakcją, pozwala

nam na niesforne myśli, jeśli widzi w nich pozytywny potencjał.

W wolnych chwilach zajmuje się swoimi kolekcjami znaczków, monet i map przedwojennych. Lubi lekkoatletykę i... motoryzację. W czasie urlopów zwiedza świat.



PROF. ALEKSANDER SIEROŃ – PRZEWODNICZĄCY RADY NAUKOWEJ

W 1970 r. ukończył studia na Wydziale Elektrycznym Politechniki Śląskiej i podjął pracę jako asystent w Katedrze Biofizyki Śląskiej Akademii Medycznej. Podjął również studia medyczne, interesował go bowiem wpływ pola magnetycznego na organizm człowieka. Dyplom lekarza uzyskał w 1977 r. Jest specjalistą z zakresu chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii, hipertensjologii oraz balneologii i medycyny fizykanej. Jako pierwszy w Polsce i jeden z pierwszych w świecie stworzył podwaliny naukowe pod zastosowanie zmiennych pól magnetycznych w medycynie. Jego wynalazki znalazły zastosowanie m.in. w leczeniu bólu, przyspieszeniu gojenia ran i złamań. Urządzenie

do magnetoterapii, którego współtwórcą jest prof. Sieroń, używane jest w szpitalach niemal na całym świecie. Urządzenie do leczenia trudnych ran, w tym stopy cukrzycowej, za pomocą tlenu o podwyższonym ciśnieniu oraz ozonu, uznano w 2014 r. za najlepszy europejski wynalazek na brusselskich targach „Brussels Innovation”. Prof. Sieroń zajmuje się również metodami diagnostyki i terapii fotodynamicznej za pomocą światła o określonej długości fali, pomocnymi w chorobach nowotworowych oraz przewlekłych stanach zapalnych. W Śląskim Uniwersytecie Medycznym stworzył Ośrodek Diagnostyki i Terapii Laserowej Nowotworów. Aktualnie jest profesorem badawczym Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie i jego Prorektorem ds. Medycyny i Nauk o Zdrowiu. Jest dwukrotnie Doktorem Honoris Causa (Ukraina i Polska) oraz Profesorem Honorowym Politechniki Śląskiej. Drugą kadencję jest Krajowym Konsultantem w Dziedzinie Angiologii. Jest prorektorem Wydziału Medycyny i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie.

Był „końskim” kaskaderem i dublerem na planie filmowym.

Inspiruje naszą Redakcję do ciągłych zmian, tępi bezlitośnie rutynę, jeśli w nią popadamy. Jego nocne rozmowy z Wydawcą na ulicy Jesiennej w Katowicach zawsze są zapowiedzią ➤

nowych wyzwań intelektualnych, które opiszemy na łamach. Pasjonat konkretnych wypowiedzi.



PROF. JERZY WOY-WOJCIECHOWSKI, UCZESTNIK RADY NAUKOWEJ

Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski jest lekarzem, specjalistą ortopedii, traumatologii i med. nuklearnej. Jako pierwszy w kraju stosował izotopy w badaniach kości, za co go nagrodzono (A. Jurzykowski Prize, NY 1996 USA). Jest autorem 130 prac naukowych i ponad 750 publikacji o zdrowym stylu życia (książka „Poczytanka zdrowotna”, Radio ZET, „Świat Lekarza” i inne). Był prezesem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (10 lat) i 30 lat pełnił społecznie funkcję prezesa ZG PTL (od 2015 r. jest Prezesem Honorowym). Z jego inicjatywy Jan Paweł II został Honorowym Członkiem PTL. Jest współtwórcą oddziałów izb lekarskich w Polsce. Przyczynił się do utworzenia „Domu Lekarza Seniora” dla około 120 lekarzy emerytów. Przez 5 lat przewodniczył Komitetowi UNICEF i od wielu lat jest prezesem Rady Fundacji im. J. hr. Potockiego (opłaca udział w kongresach onkologii i fizjoterapii). Jest autorem nagrodzonej książki „Którędy do medycyny”, a także „Opowieści lekarza”,

„Śpiewający konsyliarze”, „Jan Paweł II i medycyna”, „Misjonarze zdrowia”, „Q pamięci”, „Moje Towarzystwo”. Skomponował ponad 200 piosenek, w tym „Goniąc Kormorany” dla P. Szczepanika, a także piosenki dla I. Santora, M. Rodowicza i pieśń dla José Carrerasa, nagrałą na CD z Filharmonikami Wiedeńskimi. Jest kompozytorem „Hymnu Lekarzy”. Otrzymał także nagrodę z rąk JE Kardynała Karola Wojtyły za pieśń „Wśród licznych dróg człowieczych”. Jest Kawalerem Maltańskim. Uhonorowany m.in. Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą OOP oraz najwyższym medalem PTL – Gloria Medicinæ.



JOANNA SIERPIŃSKA – PREZES ZARZĄDU

Absolwentka historii na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Po studiach wyemigrowała i wróciła do Polski w 1992 r. Od tego czasu zawodowo związana z mediami i prasą. Od 2003 r. pełni funkcję prezesa zarządu Media TV Plus. Reprezentuje wydawnictwo na zewnątrz, prowadząc sprawy firmy, dba o ciągły rozwój i nadzoruje finanse.

Jej pasją jest zielarstwo i ogrodnictwo permakulturowe. Píše ikony.



ANNA ROGALA, Z-CIA RED. NACZELNEGO MAGAZYNU „ŚWIAT LEKARZA”

Dziennikarka, redaktorka, której pasją jest tworzenie magazynu. „Światem Lekarza” zajmuje się od pierwszego numeru.

– Ania pisze każde wydanie jak partyturę symfonii – mówi Paweł Kruś. – Rzadko coś zmieniam, bo w jej kompozycji po prostu słyszę muzykę. Mistrzyni układania finałów, tego cudownego wyciszenia emocji tętniących w środku każdego numeru i mocnych uwertur. Autorka ostatnich stylizacji okładek – zaskakujących jak choćby mura le antysmogowe.

Od ponad 20 lat związana z szeroko pojętą tematyką medyczną. Autorka artykułów i wywiadów z ekspertami z różnych dziedzin medycyny. Z zaangażowaną w szereg akcji dotyczących profilaktyki organizowanych przez Instytut Nagrody Zaufania „Złoty OTIS”.

Koordynuje pracę redakcji, zajmuje się bieżącymi numerami magazynów, czuwa nad całym procesem wydawniczym i terminowością wykonywania zadań.

Stosuje się do zasad zdrowego stylu życia, dba o dietę i codziennie spaceruje. W wolnych chwilach m.in. czyta biografie.



KATARZYNA PINKOSZ – Z-CIA REDAKTORA NACZELNEGO

Absolwentka polonistyki i podyplomowych studiów Żywność i Zdrowie. W „Świecie Lekarza” jest zastępcą redaktora naczelnego i redaktor prowadzącą „Świat Lekarza 3D”, przeprowadza wywiady, pisze na tematy związane z ochroną zdrowia, prowadzi debaty redakcyjne.

Jej artykuły na tematy medyczne ukazywały się również m.in. we „Wprost”, „Do Rzeczy”, „Gościu Niedzielnym”, „Mamo, to Ja”, „Tygodniku Solidarność”. Za pracę dziennikarską otrzymała m.in. Srebrny Krzyż Zasługi, Krystalowe Pióro, Złoty OTIS, Nagrodę św. Kamila, Sowę Onkologiczną, tytuły Dziennikarza Medycznego Roku, wyróżnienie Sukces Roku w Ochronie Zdrowia.

Jest autorką i współautorką książek, m.in. „Covidowe twarze szpiczaka”, „Pół wieku diabetologii polskiej. Rozmowy z Mistrzami”, „Jak Motyl. Odczarować mity. Lekarze i pacjentki o życiu z rakiem jajnika”, „Wybudzenia. Powrót do życia. Polskie historie”, „O dwóch takich. Teraz Andy”.

Na co dzień propaguje zdrowy styl życia i odżywiania; pasjonuje się historią i medycyną, a w wolnych chwilach wędruje po górach.

Niezwykła wrażliwość red. Pinkosz sprawia, że szacunkiem darzy ją całe środowisko ochrony zdrowia, a bohaterowie jej wywiadów najczęściej odkrywają swoje ludzkie, publicznie nieznane, strony. W sposób niepowtarzalny, bardzo subtelny prowadzi debaty i konferencje. Jak ona to robi, że wszyscy jej słuchamy?



BOŻENA STASIAK

Absolwentka lingwistyki stosowanej i dziennikarstwa podyplomowego na Uniwersytecie Warszawskim oraz Germanistik-Journalistik na Uniwersytecie w Lipsku. Od ponad 25 lat zajmuje się problemami medycyny i szeroko rozumianego zdrowia, także seksualnego. Kilkanaście lat prowadziła kolumnę „Intymności” w „Super Expressie”. Jej teksty ukazywały się m.in. w „Gazecie Farmaceutycznej”, „Wprost”, „Do Rzeczy”, w „Tele Tygodniu”, gdzie prowadziła „Encyklopedię Zdrowia”. Od ośmiu lat współpracuje z miesięcznikiem „Świat Lekarza”.

Jest autorką bądź współautorką poradników medycznych, m.in. „Jak skutecznie rzucić palenie” oraz autorką książek, m.in.: „Listy intymne. Zwierzenia Polaków”, „Bitwa z rakiem. Terapie i anyterapie”, „Dobranoc. Przewodnik po

zdrowym śnie”, oraz współautorką książki „Cukrzyca. Wszystko, co musisz wiedzieć, żeby planować zdrowe życie”.

Otrzymała wiele nagród i wyróżnień w konkursach organizowanych m.in. przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia, konkursie Kryształowe Pióro, Złoty Otis oraz w konkursie Liderzy Medycyny – kategoria media.

W wolnych chwilach zajmuje się ogrodem, czyta książki związane z medycyną. Kocha Grecję i kuchnię śródziemnomorską: gotuje i wymyśla nowe potrawy.

– Nie ma dla niej zamkniętych drzwi i niewykonanych projektów – uważa Paweł Kruś.



MARIUSZ SŁOMKA, DYREKTOR DS. WYDAWNICZYCH

Od 16 lat związany z branżą medyczną i farmaceutyczną. Współtwórca magazynu „Świat Lekarza” oraz internetowego wydania „Świata Lekarza 3D”, które powstało na początku pandemii w 2020 r. Współorganizator wielu debat redakcyjnych i Gali Nagrody Zaufania Złoty Otis.

Tworzy plany finansowe, opracowuje i aktualizuje strategię rozwoju wydawnictwa. Bierze udział w spotkaniach z kluczowymi partnerami biznesowymi i przeprowadza negocjacje.

Uprawia kolarstwo szosowe. Relaksuje się podczas wędkowania w pięknych zakątkach Polski. Lubi gotować i smakować swoje potrawy.



ANDRZEJ DZIURDZIKOWSKI

Polonista z Uniwersytetu Warszawskiego. Pracował jako redaktor i wydawca w wielu czasopismach (m.in. „Express Wieczorny”, „Komputer Świat”, „Newsweek”, „Polska Times”), pisał scenariusze serialu „Na Wspólnej”, współtworzył portal ncez.pl Instytutu Żywności i Żywienia. Zawsze interesowało go, jak działają różne urządzenia, więc w artykułach zajmował się popularyzacją nauki i techniki. Stąd już tylko krok do ciekawości, jak działa organizm człowieka i jak go leczyć.



RYSZARD STERCZYŃSKI

Pochodzi z Poznania, jest absolwentem Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Wiele lat pracował w „Sztandarze Młodych”, następnie w „Ekspresie Wieczornym”, „Życiu z kropką” i miesięcz-

nikach poświęconych zdrowiu. Jako redaktor naczelny miesięcznika „Żyjmy dłużej” w 2013 r. został laureatem nagrody Sukces Roku w Ochronie Zdrowia w kategorii Media.

Autor i współautor książek „Alfabet Zdrowia” i „Nowy Alfabet Zdrowia”. Pomysłodawca nagrody „Ziołowy Oskar”, przyznawanej preparatom naturalnym w latach 1992-2003.

Obecnie jako wolny strzelec współpracuje z wieloma periodykami medycznymi. Wraz z żoną Haliną prowadzi blog o zdrowiu: wszyscyzdrowi.pl

Lubi robić zdjęcia i jeździć na rowerze.



SONIA MŁODZIANOWSKA

Dziennikarka, absolwentka dziennikarstwa i medioznawstwa na Uniwersytecie Warszawskim. Publikowała w wielu czasopismach i serwisach internetowych, najczęściej o tematyce zdrowotnej. Jej artykuły można znaleźć m.in. w „Świecie Lekarza”, „Gazecie Wyborczej” oraz na portalu Zdrowie i medycyna „Wprost”. Należy do Stowarzyszenia Dziennikarzy dla Zdrowia i jest laureatką konkursu „Dziennikarz Medyczny Roku 2021”, gdzie zdobyła II nagrodę w kategorii Prasa. Ze względu na osobistą historię chętnie podejmuje działania wśród chorych dotkniętych sko-

liożą. Prywatnie uwielbia
➤ czerpać z życia garściami – chętnie podróżuje, lubi las i góry, jest fanką jedzenia i ma szczęście do ludzi.



GRAŻYNA BOCHKOWSKA

Jest odpowiedzialna za korektę. Zwraca uwagę m.in. na interpunkcję, bo – jak wiadomo – jeden mały przecinek może zrobić ogromną różnicę, a medycyna wymaga precyzji. Historia sztuki i gra w snookera to jej dwie największe pasje.



ANNA STĘPNIAK – DYREKTOR ARTYSTYCZNY

Grafik, plastyk. Absolwentka Wydziału Artystycznego UMCS, dyplom z sitodruku na wydziale grafiki oraz Liceum Plastycznego – specjalizacja formy użytkowej – zabawkarstwo.

Projektowaniem graficznym zajmuje się od ponad 25 lat. Autorka wielu okładek do muzyki, filmów i książek. Twórca layoutów czasopism, periodyków i materiałów reklamowych. Współtworzyła czasopisma takie jak „Twoja Komórka”, „TelePRO” oraz wiele

czasopism o tematyce medycznej: „Świat Lekarza”, „Na Zdrowie”, „Manager Apteki” oraz „Świat Zdrowia”, „Błękitna Wstążeczka”, „Amoena Life”.

Laureatka Konkursu Wydawnictwa Epideixis na wykonanie ilustracji do pomocy dydaktycznej „PALETA”. Udział w kilku wystawach zbiorowych. I tylko jedna wystawa indywidualna rysunku i grafiki, ale – jak twierdzi – kto wie, co się jeszcze może wydarzyć.

W redakcji „Świata Lekarza” od pierwszego numeru. Wiele wyzwań. I wiele satysfakcji z ich realizacji.

Nie lubi stagnacji. Pasja? Ogród. Kwiaty. Dwa psy i trzy koty.



TOMASZ ADAMASZEK – FOTOGRAF

Rocznik 1976. Jak sam mówi – w wieku 8 lat odkrył magiczny świat obrazu dzięki filmowi „Lecą żurawie” Michaiła Kałatozowa. Ta fascynacja pozostała mu do dziś. Obserwator świata zza wizjera aparatu. Kinomaniak, fan jazzu i muzyki klasycznej. Obecnie realizuje się jako tata 3-latka. – Gdyby młował, byłby porównywalnym z Witkacym, portrecistą emocji – uważa Paweł Krus.



MACIEJ PINKOSZ

Absolwent inżynierii środowiska Politechniki Warszawskiej, od 5 lat zajmuje się stronami internetowymi: światlekarza.pl i zlotyotis.pl, ponadto prowadzi media społecznościowe „Świata Lekarza” (Facebook, Twitter, LinkedIn). Pomaga w tworzeniu wydania Świata Lekarza 3D oraz zajmuje się wysyłką poprzez news-letter.

Pomimo wykształcenia inżynierskiego, interesuje się również tematami medycznymi. Spośród zagadnień poruszanych w „Świecie Lekarza” najbardziej interesują go artykuły związane z systemem ochrony zdrowia i farmakoekologią.

Jego hobby to piłka nożna, książki podróżnicze, a także ekonomia. W czasie urlopów uwielbia zdobywać szczyty polskich gór.



PAWEŁ KRUS – WYDAWCA

Absolwent Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego. Twórca tytułów prasowych (m.in. „Świat Lekarza”, „Na zdro-

wie”, „Manager Apteki”, „Zdrowie pod Ręką”), a także scenariuszy filmowych, kampanii reklamowych i PR. Stworzył Nagrodę Zaufania Złoty OTIS, która w 2023 r. będzie obchodziła 20-lecie.

Pochodzi z rodziny lekarskiej – matka Anna Korczak-Krus była pediatrą, ojciec prof. Stefan Krus – patomorfologiem i humanistą, wuj, ksiądz Jan Twardowski, był poetą. W życiu Pawła Krusia elementy medyczne dopełnia wyobrażenia i wrażliwość humanistyczna. Zapewne to decyduje o oryginalności tworzonych przez niego projektów.

Twórca i organizator społecznych akcji profilaktycznych, m.in. „Uwaga nerki!”, „Cukrzyca. Wygrajmy razem!”, „Sprawdź cholesterol u dziecka!”, zmieniających polską i ukraińską ochronę zdrowia.

Uehonorowany m.in. Nagrodą im. Dr. Władysława Biegańskiego i Srebrnym Krzyżem Zasługi, wyróżnieniami „Lider Roku 2012 w Ochronie Zdrowia” i Nagrody św. Kamila, odznaczony medalami: Stowarzyszenia Dziennikarzy Ukrainy, Ukraińskiego Stowarzyszenia Diabetyków; Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie.

Jego hobby to muzyka i pisma mistyczne oraz medyczne i muzyka św. Hildegardy z Bingen, i historia średniowiecza. Czyta głównie literaturę faktu, poszukuje zabytków romańskich w całej Europie, ostatnio odkrył freski w Lubiechowej. Pasjonat malarstwa, sztuki eksperymentalnej XX wieku i współczesnych ikon.

Eksperci na łamach „Świata Lekarza”



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

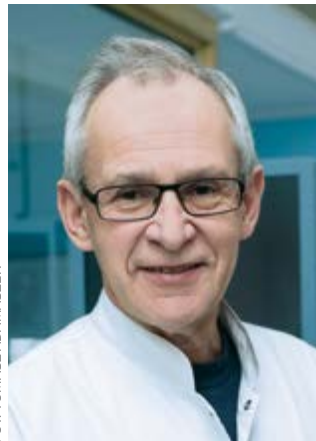
PROF. MIECZYŚLAW WALCZAK

„Sytuacja w pediatrii jest niekorzystna również dlatego, że przez długi czas była bardzo ograniczona dostępność do lekarzy pierwszego kontaktu, a także do pediatrów. Rodzice unikali także kontaktów, obawiając się, żeby dziecko się nie zaraziło. Dlatego u wielu dzieci choroby zostały rozpoznane późno i dzieci często w ciężkim stanie trafiały do szpitali”.

Setki? Tysiące? Nie sposób policzyć, ilu najwybitniejszych ludzi medycyny wypowiedało się w 100 numerach „Świata Lekarza”, w wywiadach i debatach. Prosiłmy o rozmowy kardiologów, diabetologów, onkologów, hematologów, okulistów, neurologów z różnych ośrodków z całej Polski. Przypominamy niektóre wypowiedzi.

PROF. MACIEJ KRZAKOWSKI

„Epidemia COVID-19 stworzyła ogromne wyzwania. Z jednej strony nadal była potrzeba stałego poprawiania wyników leczenia chorych na nowotwory przez wykorzystanie dostępnych (w tym – nowoczesnych) metod postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Z drugiej strony nasze działania przeciwnowotworowe musiały uwzględniać konieczność zapewnienia bezpieczeństwa chorych i pracowników ochrony zdrowia wobec zagrożeń wynikających z epidemii”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. HENRYK SKARŻYŃSKI

„Słyszymy coraz gorzej. Także trochę na własne życzenie. Ogromny, otaczający nas hałas został nam niejako zafundowany przez rozwój naszej cywilizacji, urbanizacji i komunikacji. Jednym z największych zagrożeń stał się hałas uliczny. Ogromnym zagrożeniem jest słuchanie głośnej muzyki przez wiele godzin”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. RYSZARD GELLERT

„Nerki chorują z powodu naszego stylu życia, nadmiaru leków, które przyjmujemy, środków konserwujących, które znajdują się w żywności, alergii na leki, na antybiotyki. Przewlekła choroba nerek skraca życie o 30 proc. Walczymy o to, żeby oczekiwany okres przeżycia wydłużyć o połowę”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. JERZY SZAFLIK

„Utrata wzroku z powodu retinopatii cukrzycowej może się zdarzyć, i to wcale nie tak rzadko, z powodu wylewu krwi do ciała szklanego. Jednak zazwyczaj pojawiają się zaburzenia widzenia, nieostry obraz, ciemna plamka w polu widzenia, obrzęk plamki żółtej. Dlatego tak istotne jest nie tylko wczesne skierowanie pacjenta z cukrzycą na badanie wzroku pod kątem retinopatii, ale i późniejsze jej monitorowanie”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA

„Zwrócenie uwagi na stabilizację mikrobioty ma ogromne znaczenie. Dbajmy o eubiozę w pandemii. Najnowsze badania naukowe mówią: dbajmy o jelita, o prawidłowy skład mikrobioty, o prebiotyki, czyli np. o błonnik, który zwiększa produkcję krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. IWONA HUS

„Największe zaburzenia odporności mają chorzy na przewlekłą białaczkę limfocytową oraz na szpiczaka plazmocytozy. W ich przypadku choroba ma wpływ na częstość powikłań infekcyjnych, a to właśnie powikłania infekcyjne należą do najczęstszych przyczyn zgonu. Ta grupa pacjentów ma też znacznie słabszą odpowiedź na szczepienia. Mimo to warto szczepić, mając nadzieję, że przynajmniej u części pacjentów zwiększy się odpowiedź układu odpornościowego”.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

PROF. ARTUR JURCZYSZYN

„W Polsce powinno być kilka centrów leczenia szpiczaka. Wiele można zmienić w leczeniu tej choroby. Niedawno został opublikowany raport na ten temat. Jest w nim jasno powiedziane, że w Polsce np. zbyt rzadko wykonujemy autoprzeszczepienia szpiku: ok. 20 proc. pacjentów, a powinno to być co najmniej drugie tyle. Pacjenci, którzy mieli przeszczep, mają szansę na dłuższe życie”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. LESZEK CZUPRYNIAK

„Standardy leczenia cukrzycy, opracowane przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, muszą być jak najszybciej wprowadzone w życie. W cukrzycy dzieje się wiele, jeśli chodzi o leki i monitorowanie glikemii. Największym wyzwaniem są zmiany organizacyjne i poziom finansowania opieki diabetologicznej. Niestety, nasz system ochrony zdrowia działa na zasadzie gaszenia pożarów, jeśli chodzi o organizację leczenia, jest ciągle pozbawiony myślenia strategicznego, długofalowego”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC

„Leczenie insuliną jest z jednej strony bardzo efektywne, gdyż jest ona skutecznym lekiem hipoglikemizującym, z drugiej zaś strony to wielka sztuka, ponieważ dobrze dobrane odpowiednich preparatów insuliny, ich dawek dostosowanych do aktualnych poziomów glikemii, wielkości i rodzaju posiłku oraz wysiłku fizycznego wymaga indywidualizacji leczenia w celu uzyskania dobrego wyrównania metabolicznego choroby”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. MARCIN CZECH

„Największe korzyści z nowoczesnej terapii uzyskamy, gdy będziemy ją stosować już w pierwszej linii, u chorych będących w najlepszym stanie. Ważny jest też aspekt etyczny: podawanie wcześniej terapii bardziej efektywnych, obciążonych mniejszym ryzykiem działań niepożądanych, czyli bezpieczniejszych, jest najbardziej korzystne dla pacjenta”.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

PROF. ANNA KOSTER-PRUSZCZYK

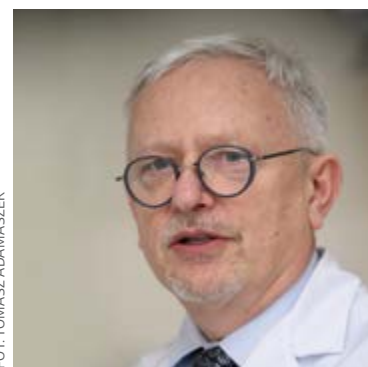
„Każda przewlekła postępująca choroba mięśni, powodująca niepełnosprawność ruchową, przewlekłą niewydolność oddechową, w istotny sposób pogarsza funkcjonowanie chorego. Mimo to znakomita większość naszych pacjentów z późną postacią choroby Pompego uczy się, pracuje, ma rodziny. Choć oczywiście pogarsza się ich jakość życia”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. MAREK WOJTUKIEWICZ

„Wątroba odgrywa bardzo ważną rolę w organizmie, to tu jest produkowanych wiele białek i czynników wzrostu. Ponadto jest ona ważnym elementem układu siateczkowo-śródbłonkowego. Leczenie raka wątroby musi być nie tylko skuteczne, ale też bezpieczne, ze względu na funkcje pełnione przez ten narząd w organizmie”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. KRZYSZTOF CZAJKOWSKI

„Największe badania, które do tychczas się ukazały, opisujące związek między COVID-19 a ciążą, obejmują dane od 23 tysięcy pacjentek. Przebyły one COVID-19 w trakcie ciąży. Na pewno pewnym czynnikiem obciążającym i mającym wpływ na ciężkość zakażenia była cukrzyca; nie mamy jednak danych, czy była to cukrzyca ciążowa, czy przedciążowa”.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. DARIUSZ M. KOWALSKI

„Immunoterapia została uznana przez Amerykańskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ASCO) za jedną z pięciu przełomowych terapii w ciągu całych dziejów medycyny. Immunoterapia to zupełna zmiana koncepcji leczenia: nie niszczy komórek nowotworowych przez podawanie toksyn, jak to jest w przypadku chemioterapii, tylko uaktywniamy własny układ immunologiczny”.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



PROF. MAREK RĘKAS

„Zaćma jest główną przyczyną ślepoty w krajach rozwijających się; operacje zaćmy są najczęściej wykonywanymi zabiegami na świecie. W krajach rozwiniętych, do których zalicza się także Polskę, główną przyczyną utraty wzroku jest jednak AMD. W większości krajów leczy się pacjentów z AMD zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych; w Polsce oczywiście też, jednak funkcjonują również programy lekowe, które narzucają pewne standardy”.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



PROF. PIOTR HOFFMAN

„Ambulatoryjną opiekę specjalistyczną widzę jako strukturę pośrednią między centralnym ośrodkiem o wysokiej referencyjności a POZ. W tym schemacie koordynuje kompleksową opiekę nad pacjentem. Odbiera chorych z oddziałów specjalistycznych i przekazuje do POZ – jest pośrednim ogniwem między nimi”.

PROF. KONRAD REJDAK

„Wyzwania na tę kadencję widzę w trzech obszarach. Pierwszy dotyczy organizacji leczenia neurologicznego w Polsce, drugi to wzmocnienie Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i włączenie do prac znacznie większej grupy neurologów; obecnie tylko ok. połowy neurologów aktywnie uczestniczy w życiu PTN. Trzeci obszar wyzwań to promocja polskiej neurologii na arenie międzynarodowej”.



FOT. MACIEJ KOZŁOWSKI

FOT. EWA LUBASZKA



PROF. PIOTR JANKOWSKI

„W Polsce kolejki do kardiologa są spowodowane po pierwsze bardzo dużą liczbą pacjentów z chorobami układu krążenia: ok. 12 mln osób ma nadciśnienie tętnicze, prawie 3 mln osób chorobę wieńcową, ok. 800 tysięcy osób niewydolność serca, kilkaset tysięcy zaburzenia rytmu serca. Ważną przyczyną dużych kolejek do specjalistów w Polsce jest przekonanie większości osób, że muszą być konsultowane przez specjalistę nawet jeśli problem kliniczny nie jest bardzo skomplikowany i lekarz rodzinny mógłby sobie świetnie z nim poradzić”.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE



PROF. EDWARD FRANEK

„Cukrzyca jest chorobą, która z racji swojego charakteru wymaga wielokierunkowego podejścia, stąd tylu ekspertów. Jeden z rozdziałów zaleceń PTD dotyczy opieki psychologicznej nad chorym na cukrzycę. Jest to ważne, przede wszystkim dla zapewnienia optymalizacji wyników leczenia i poprawy jakości życia chorego. Choć akurat w składzie zespołu opracowującego zalecenia mamy psychiatrów, a nie psychologów”.

Skrócona informacja o produkcie

NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO: Saxenda®, 6 mg/ml, roztwór do wstrzykiwań w fabrycznie napełnionym wstrzykawcu **SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY:** 1 ml roztworu zawiera 6 mg liraglutidu (analog ludzkiego glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1) otrzymywany z *Saccharomyces cerevisiae* w wyniku rekombinacji DNA). Jeden fabrycznie napełniony wstrzykawiec zawiera 18 mg liraglutidu w 3 ml. Wykaz substancji pomocniczych: disodu fosforan dwuwodny, glikol propylenowy, fenol, kwas chlorowodorowy, sodu wodorotlenek, woda do wstrzykiwań. **POSTAĆ FARMACEUTYCZNA:** Roztwór do wstrzykiwań. **Przeznaczony** i bezbarwny lub prawie bezbarwny, izotoniczny roztwór; pH=8,15. **SZCZEGÓŁOWE DANE KLINICZNE: Wskazania do stosowania:** Dorośli; Produkt leczniczy Saxenda® jest wskazywany do stosowania wraz z dietą o obniżonej wartości kalorycznej i zwiększonym wysiłkiem fizycznym w celu kontroli masy ciała u dorosłych pacjentów, u których początkowa wartość wskaźnika masy ciała (ang. BMI, Body Mass Index) wynosi: ≥30 kg/m² (otyłość), lub ≥27 kg/m² do <30 kg/m² (nadwaga) z przynajmniej jedną chorobą współistniejącą związaną z nieprawidłową masą ciała, taką jak zaburzenia gospodarki węglowodanowej (stan przedcukrzycowy lub cukrzyca typu 2), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia lub obturacyjny bezdech senny. Należy przerwać leczenie, jeżeli po 12 tygodniach stosowania w dawce 3,0 mg na dobę u pacjenta nie stwierdzono zmniejszenia początkowej masy ciała o co najmniej 5%. **Młodzię (≤ 12 lat):** Produkt leczniczy Saxenda® może być stosowany jako uzupełnienie zdrowego sposobu odżywiania i zwiększonego wysiłku fizycznego w celu kontroli masy ciała u młodzieży w wieku 12 lat i powyżej z: otyłością (wskaźnik masy ciała (ang. BMI, Body Mass Index) odpowiadający ≥30 kg/m² u dorosłych z uwzględnieniem punktów odcięcia określonych w standardzie międzynarodowym*), masą ciała powyżej 60 kg. Należy przerwać i poddać ocenie efekty leczenia, jeżeli nie stwierdzono zmniejszenia wartości wskaźnika BMI lub BMI z jednym odchyleniem standardowym o co najmniej 4% po 12 tygodniach stosowania produktu Saxenda® w dawce 3,0 mg na dobę lub w maksymalnej dawce tolerowanej przez pacjenta.* Punkty odcięcia BMI określone przez międzynarodowy standard IOTF dla otyłości według płci w przedziale wiekowym 12–18 lat:

Wiek (lata)	BMI odpowiadający 30 kg/m ² u dorosłych z uwzględnieniem punktów odcięcia określonych w standardzie międzynarodowym.	
	Płeć męska	Płeć żeńska
12	26,02	26,67
12,5	26,43	27,24
13	26,84	27,76
13,5	27,25	28,20
14	27,63	28,57
14,5	27,98	28,87
15	28,30	29,11
15,5	28,60	29,29
16	28,88	29,43
16,5	29,14	29,56
17	29,41	29,69
17,5	29,70	29,84
18	30,00	30,00

Dawkowanie i sposób podawania: **Dawkowanie Dorośli:** Dawka początkowa wynosi 0,6 mg raz na dobę. W celu poprawy tolerancji leku przez przewód pokarmowy, dawkę należy stopniowo zwiększać o 0,6 mg na dobę w odstępach wynoszących co najmniej tydzień, aż do dawki wynoszącej 3,0 mg raz na dobę. Jeśli przez kolejne dwa tygodnie po zwiększeniu dawki produkt jest źle tolerowany, należy rozważyć zakończenie leczenia. Dobowe dawki większe niż 3,0 mg nie są zalecane. Harmonogram zwiększania dawki

Zwiększanie dawki 4 tygodnie	Dawka	Tygodnie
	0,6 mg	1
	1,2 mg	1
	1,8 mg	1
	2,4 mg	1
Dawka podtrzymująca	3,0 mg	

Młodzię (≤ 12 lat): W przypadku młodzieży w wieku od 12 do 18 lat powinien być stosowany podobny harmonogram zwiększania dawki, jak dla osób dorosłych. Dawkę należy stopniowo zwiększać, aż do osiągnięcia dawki wynoszącej 3,0 mg (dawka podtrzymująca) lub do maksymalnej dawki tolerowanej przez pacjenta. Dobowe dawki większe niż 3,0 mg nie są zalecane. Pominięcie dawki jeśli dawka została pominięta i nie upłynęło jeszcze 12 godzin od ustalonej pory podawania leku, dawkę należy przyjąć możliwie jak najszybciej. Jeśli do podania następnej dawki pozostało mniej niż 12 godzin, należy opuścić pominiętą dawkę i następną dawkę przyjąć zgodnie z wcześniej ustalonym schematem dawkowania raz na dobę. Nie należy przyjmować dodatkowej dawki ani zwiększać dawki następnego dnia w celu uzupełnienia dawki pominiętej. **Pacjenci z cukrzycą typu 2:** U pacjentów z cukrzycą typu 2 produkt leczniczy Saxenda® nie powinien być stosowany w skojarzeniu z innym agonistą receptora GLP-1. Rozpoczynając stosowanie produktu leczniczego Saxenda®, należy rozważyć zmniejszenie dawki podawanej jednocześnie insuliny lub substancji zwiększających wydzielanie insuliny (takich jak pochodne sulfonilomocznika), aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia hipoglikemii. Samodzielne kontrolowanie przez pacjenta stężenia glukozy we krwi jest konieczne w celu skorygowania dawki insuliny lub substancji zwiększających wydzielanie insuliny. **Szczególne grupy pacjentów:** **Pacjenci w podeszłym wieku (65 lat i więcej)** Nie ma konieczności dostosowywania dawki w związku z wiekiem pacjenta. Doświadczenie dotyczące stosowania u pacjentów w wieku 75 lat i powyżej jest ograniczone, dlatego nie zaleca się stosowania produktu u tych pacjentów. **Zaburzenia czynności nerek:** Nie ma konieczności dostosowywania dawki u pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności nerek. Produkt leczniczy Saxenda® nie jest zalecany do stosowania u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek (kłębska kreatyniny <30 ml/min), w tym u osób w końcowym stadium choroby nerek. **Zaburzenia czynności wątroby:** Nie zaleca się dostosowywania dawki u pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby. Produkt leczniczy Saxenda® nie jest zalecany do stosowania u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby i należy zachować ostrożność, stosując go u pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby. **Dzieci i młodzież:** Nie ma konieczności dostosowywania dawki u młodzieży w wieku 12 lat i powyżej. **Bezpieczeństwo stosowania i skuteczność produktu leczniczego Saxenda® u dzieci w wieku poniżej 12 lat nie zostały określone.** **Sposób podawania:** Produkt leczniczy Saxenda® należy podawać wyłącznie podskórnie. Produktu leczniczego Saxenda® nie wolno podawać dożylnie ani domięśniowo. Produkt leczniczy Saxenda® podawany jest raz na dobę o dowolnej porze, niezależnie od posiłków. Wstrzyknięcia należy wykonywać w powłoki jamy brzusznej, uto lub ramię. Miejsce wstrzyknięcia i porę podania można zmienić bez dostosowywania dawki, jednakże, lepiej jest wstrzykiwać produkt leczniczy Saxenda® w przybliżeniu o tej samej porze dnia, po wybraniu najbardziej dogodnej pory. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Identyfikowalność. W celu poprawienia identyfikowalności biologicznych produktów leczniczych należy czytelnie zapisać nazwę i numer serii podawanego produktu. **Pacjenci z niewydolnością serca** Nie ma doświadczenia w leczeniu pacjentów z zastoijną niewydolnością serca klasy IV według NYHA (New York Heart Association), dlatego też nie zaleca się stosowania liraglutidu w tej grupie pacjentów. **Szczególne grupy pacjentów** Nie określono skuteczności i bezpieczeństwa stosowania liraglutidu w celu kontroli masy ciała u pacjentów: w wieku 75 lat lub starszych, leczonych innymi produktami w celu kontroli masy ciała, z otyłością wtórną spowodowaną zaburzeniami endokrynologicznymi lub zaburzeniami odżywiania, bądź leczonych cukrzycą, mogących powodować przyrost masy ciała, z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek, z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby. Nie zaleca się stosowania produktu u tych pacjentów. Po podaniu liraglutidu w celu kontroli masy ciała nie zostało zbadane u pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby, należy zachować ostrożność podczas stosowania u tych pacjentów. Doświadczenia związane ze stosowaniem u pacjentów z niewystętym zapaleniem jelit oraz gastroparą cukrzycową są ograniczone. Stosowanie liraglutidu nie jest zalecane u tych pacjentów, gdyż wiąże się z wystąpieniem niepożądanych działań niepożądanych ze strony układu pokarmowego, w tym nudności, wymiotów i biegunki. **Zapalenie trzustki:** Podczas stosowania agonistów receptora GLP-1 zaobserwowano wystąpienie ostrego zapalenia trzustki. Pacjentów należy poinformować o charakterystycznych objawach ostrego zapalenia trzustki. W przypadku podejrzenia zapalenia trzustki, należy zaprzestać stosowania liraglutidu, a po potwierdzeniu ostrego zapalenia trzustki leczenie liraglutidem nie powinno być wznowiane. **Kamica żółciowa i zapalenie pęcherzyka żółciowego** W badaniach klinicznych dotyczących kontroli masy ciała, obserwowano częstsze występowanie kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego u pacjentów stosujących liraglutyd, niż u osób przyjmujących placebo. Możliwość zwiększenia ryzyka wystąpienia kamicy żółciowej, a tym samym zapalenia pęcherzyka żółciowego, w wyniku znacznego zmniejszenia masy ciała, tylko częściowo tłumaczy wzrost częstości występowania tych zaburzeń podczas stosowania liraglutidu. Kamica żółciowa i zapalenie pęcherzyka żółciowego mogą wiązać się z koniecznością hospitalizacji i chirurgicznego usunięcia pęcherzyka żółciowego (cholecystektomii). Pacjentów należy poinformować o charakterystycznych objawach kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego. **Choroba tarczycy:** W badaniach klinicznych leczenia cukrzycy typu 2 działania niepożądane dotyczące tarczycy, jak powiększenie tarczycy, były obserwowane w szczególności u pacjentów z istniejącymi wcześniej chorobami tarczycy. W związku z tym, należy zachować ostrożność podczas stosowania liraglutidu u pacjentów z chorobami tarczycy. Częstość akcji serca: W badaniach klinicznych obserwowano zwiększenie częstości akcji serca podczas stosowania liraglutidu. Częstość akcji serca należy kontrolować w regularnych odstępach, zgodnie z zasadami postępowania przyjętymi w praktyce klinicznej. Należy poinformować pacjentów o objawach wzrostu częstości akcji serca (kołatanie serca lub uczucie gwałtownego bicia serca w spoczynku). U pacjentów, u których stwierdzono znaczący klinicznie, długotrwały wzrost częstości akcji serca w spoczynku, należy przerwać leczenie liraglutidem. **Odwodnienie:** U pacjentów leczonych agonistami receptora GLP-1 zaobserwowano przedmiotowe i podmiotowe objawy odwodnienia, w tym zaburzenia czynności nerek i ostrą niewydolność nerek. Pacjenci leczeni liraglutidem powinni zostać poinformowani o ryzyku odwodnienia związanym z działaniami niepożądanymi ze strony żołądka i jelit oraz o konieczności zapobiegania niedoborom płynów. **Hipoglikemia u pacjentów z cukrzycą typu 2:** U pacjentów z cukrzycą typu 2 przyjmujących liraglutyd w skojarzeniu z insuliną i (lub) pochodnymi sulfonilomocznika ryzyko hipoglikemii może być zwiększone. Ryzyko hipoglikemii można zmniejszyć, obniżając dawkę insuliny i (lub) pochodnej sulfonilomocznika. **Dzieci i młodzież:** Epizody hipoglikemii istotnej klinicznie zgłaszano u młodzieży (≥12 lat) leczonej liraglutidem. Należy poinformować pacjentów o charakterystycznych objawach towarzyszących hipoglikemii oraz odpowiednich działaniach. Hipoglikemia u pacjentów z cukrzycą leczonych insuliną. Nie stosować produktu leczniczego Saxenda® jako zamiennika insuliny u pacjentów z cukrzycą. U pacjentów zależnych od insuliny notowano występowanie cukrzycowej kwasicy ketonowej po gwałtownym przerwaniu podawania lub zmniejszeniu dawki insuliny. **Działania niepożądane:** Podsumowanie profilu bezpieczeństwa: Bezpieczeństwo stosowania produktu leczniczego Saxenda® było oceniane w pięciu podwójnie zaslepienych, kontrolowanych placebo badaniach klinicznych, do których włączono 5 813 dorosłych pacjentów z nadwagą lub otyłością i co najmniej jedną chorobą współistniejącą związaną z nieprawidłową masą ciała. Działaniami niepożądanymi zgłaszanymi najczęściej w obrębie każdej grupy częstości i działania niepożądane są przedstawione według zmniejszającej się częstości tych zdarzeń.

Działania niepożądane zgłoszone u dorosłych

Klasyfikacja układów i narządów MedDRA	Bardzo często	Często	Niezbyt często	Rzadko
Zaburzenia układu immunologicznego		hipoglikemia ¹	odwodnienie	reakcja anafilaktyczna
Zaburzenia metabolizmu i odżywiania		bezsensowność		
Zaburzenia psychiczne		zawroty głowy, zaburzenia smaku		
Zaburzenia układu nerwowego	ból głowy			
Zaburzenia serca			tachykardia	
Zaburzenia żołądka i jelit	nudności, wymioty, biegunka, zaparcie	suchość w jamie ustnej, dyspepsja, zapalenie żołądka, refluks żołądkowo-przełykowy, ból w nadbrzuszu, nadmierna produkcja gazów jelitowych, odbijanie się, wzdęcie brzucha	zapalenie trzustki ² , opóźnione opróżnianie żołądka ³	
Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych		kamica żółciowa ³	zapalenie pęcherzyka żółciowego ³	
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej			pokrzywka	
Zaburzenia nerek i dróg moczowych				ostra niewydolność nerek, zaburzenia czynności nerek
Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania		reakcje w miejscu wstrzyknięcia, astenia, zmęczenie	złe samopoczucie	
Badania diagnostyczne		zwiększone stężenie lipazy, zwiększone stężenie amylazy		

1. hipoglikemia (na podstawie objawów podawanych przez pacjentów, ale niepotwierdzonych w wynikach oznaczeń stężenia glukozy we krwi) zgłaszana przez pacjentów bez cukrzycy typu 2 leczonych produktem Saxenda® w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym. 2. bezsensowność obserwowano głównie w okresie pierwszych 3 miesięcy leczenia. 3. patrz punkt: Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania; 4. z kontrolowanych badań klinicznych fazy II, IIIa i IIIb. **Opis wybranych działań niepożądanych, hipoglikemia u pacjentów bez cukrzycy typu 2** W badaniach klinicznych z udziałem osób z nadwagą lub otyłością bez cukrzycy typu 2, leczonych produktem Saxenda® w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym, nie odnotowano żadnego przypadku ciężkiej hipoglikemii (wymagającej pomocy osób trzecich). Objawy hipoglikemii zgłosiło 1,6% pacjentów leczonych produktem Saxenda® i 1,1% pacjentów przyjmujących placebo; jednak zdarzeń tych nie potwierdzono pomiarami stężenia glukozy we krwi. W większości przypadków hipoglikemia miała łagodne nasilenie. **Hipoglikemia u pacjentów z cukrzycą typu 2** W badaniu klinicznym z udziałem osób z nadwagą lub otyłością i cukrzycą typu 2, leczonych produktem Saxenda® w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym, ciężką hipoglikemię (wymagającą pomocy osób trzecich) zgłosiło 0,7% pacjentów leczonych produktem Saxenda®, którzy stosowali jednocześnie pochodne sulfonilomocznika. W tej grupie pacjentów, udokumentowane przypadki objawowej hipoglikemii zgłosiło 43,6% osób leczonych produktem Saxenda® i 27,3% osób przyjmujących placebo. W grupie pacjentów niestosujących jednocześnie pochodnych sulfonilomocznika, udokumentowane przypadki objawowej hipoglikemii (zdefiniowanej jako stężenie glukozy w osoczu wynoszące <3,9 mmol/l z towarzyszącymi objawami) zgłosiło 15,7% osób leczonych produktem Saxenda® i 7,6% osób przyjmujących placebo. **Hipoglikemia u pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych insuliną** W badaniu klinicznym z udziałem osób z nadwagą lub otyłością i cukrzycą typu 2, leczonych insuliną i liraglutidem 3,0 mg/dobę w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym, ciężką hipoglikemię (wymagającą pomocy osób trzecich) zgłosiło 1,5% pacjentów leczonych liraglutidem 3,0 mg/dobę, którzy stosowali jednocześnie 1-2 doustne leki przeciwcukrzycowe. W tym badaniu, udokumentowane przypadki objawowej hipoglikemii (zdefiniowanej jako stężenie glukozy w osoczu <3,9 mmol/l z towarzyszącymi objawami) zgłosiło 47,2% osób leczonych liraglutidem 3,0 mg/dobę i 51,8% osób przyjmujących placebo. W grupie pacjentów stosujących jednocześnie pochodne sulfonilomocznika, udokumentowane przypadki objawowej hipoglikemii zgłosiło 60,9% osób leczonych liraglutidem 3,0 mg/dobę i 60,0% osób przyjmujących placebo. **Działania niepożądane ze strony układu pokarmowego** W większości przypadków objawy ze strony przewodu pokarmowego były przemijające, łagodne lub umiarkowanie nasilone i nie prowadziły do rezygnacji z leczenia. Występowały zazwyczaj w pierwszych tygodniach leczenia i zmniejszały się w ciągu kilku dni lub tygodni nieprzerwanej terapii. U pacjentów w wieku 65 lat lub starszych leczonych produktem Saxenda® może wystąpić więcej dolegliwości ze strony układu pokarmowego. U pacjentów z łagodnymi lub umiarkowanymi zaburzeniami czynności nerek (kłębska kreatyniny ≥30 ml/min.) leczonych produktem Saxenda® może wystąpić więcej dolegliwości ze strony układu pokarmowego. **Ostra niewydolność nerek** Istnieją doniesienia o występowaniu ostrej niewydolności nerek u pacjentów leczonych agonistami receptora GLP-1. Wskazanie przypadku odnotowano u pacjentów, u których występowały nudności, wymioty lub biegunka, powodujące zmniejszenie objętości płynów w organizmie. **Reakcje alergiczne** Po wprowadzeniu liraglutidu do obrotu zgłoszono kilka przypadków reakcji anafilaktycznych z objawami takimi jak: niedociśnienie tętnicze, kołatanie serca, duszność i obrzęk. Potencjalnie, reakcje alergiczne mogą stanowić zagrożenie życia. W przypadku podejrzenia reakcji anafilaktycznej, stosowanie liraglutidu powinno zostać przerwane i nie powinno być wznowiane. **Reakcje w miejscu wstrzyknięcia** U pacjentów leczonych produktem Saxenda® zgłaszano występowanie reakcji w miejscu wstrzyknięcia. Reakcje te były zwykle łagodne, mijały przemijająco i charakteru. W większości przypadków ustępowały w czasie dalszego leczenia. Tachykardia W badaniach klinicznych przypadki tachykardii odnotowano u 0,6% pacjentów leczonych produktem Saxenda® i u 0,1% pacjentów przyjmujących placebo. Wiek Wiek z nich miał łagodne lub umiarkowane nasilenie. Były to przypadki odosobnione, które w większości ustępowały w czasie dalszego leczenia produktem Saxenda®. **Dzieci i młodzież** W badaniu klinicznym przeprowadzonym z udziałem młodzieży z otyłością w wieku od 12 do 18 lat, 125 pacjentów otrzymało wytwór produktu leczniczego Saxenda® przez 56 tygodni. W ogólnym podsumowaniu, częstość, rodzaj i ciężkość działań niepożądanych u młodzieży z otyłością były porównywalne z tymi, które obserwowano u osób dorosłych. Wymioty występowały z 2-krotnie większą częstością u młodzieży niż u osób dorosłych. Odsetek pacjentów, którzy zgłosili co najmniej jeden epizod hipoglikemii istotnej klinicznie był większy w grupie leczonych liraglutidem (1,6%) w porównaniu z placebo (0,8%). W trakcie badania nie wystąpiły epizody ciężkiej hipoglikemii. **Zgłaszanie podejrzanego działania niepożądanego:** Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzanego działania niepożądanego. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzanego działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 41 20, faks: +48 22 49 21 309, strona internetowa: <https://smz.uzdrowie.gov.pl>. **POMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** Novo Nordisk A/S, Novo Alle, DK-2880 Bagsvaerd, Dania. **NUMERY POZWOLEŃ NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** EU/1/19/992/001-003. Produkt leczniczy Saxenda® wydawany jest z przepisu lekarza – (Rp). Lek polipotratny. Skrócona Informacja o Leku Saxenda®, wersja 1.0, na podstawie CHPL 2021.1216.

Referencje: 1. Saxenda® Charakterystyka produktu leczniczego, 16.12.2021 r.; 2. Interdyscyplinarne stanowisko w sprawie rozpoznawania i leczenia otyłości, prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański i wsp., Forum Zaburzeń Metabolicznych 2020, tom 11, nr 2, 47–54.



Novo Nordisk Pharma Sp. z o.o.
Krakowiaków 46, 02-255 Warszawa
tel.: +48 22 444 49 00, faks: +48 22 444 49 01
informacja@novonordisk.com, www.novonordisk.pl
2022 © Novo Nordisk A/S, PL22SX00018



liraglutyd 3 mg

Saxenda®

liraglutyd 3 mg

Lek z wyboru u większości* pacjentów z nadwagą i chorujących na otyłość^{1,2}

Zauważ otyłość!



**Sięgnij po
rozwiązanie!**



*U osób z nadwagą i otyłością, u których współistnieją: kliniczne cechy insulinooporności, zespół metaboliczny, stan przedcukrzycowy (nieprawidłowa glikemia na czczo, upośledzona tolerancja glukozy), cukrzyca typu 2, miażdżyca i jej następstwa kliniczne, czynniki ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Novo Nordisk Pharma Sp. z o.o.
Krakowiaków 46, 02-255 Warszawa
tel.: +48 22 444 49 00, faks: +48 22 444 49 01
informacja@novonordisk.com, www.novonordisk.pl
2022 © Novo Nordisk A/S, PL22SX00018

Dowiedz się więcej:
www.forum-dla-otylosci.pl




novo nordisk®