PROF. JOANNA WIERZBOWSKA: SKORYGOWAĆ WZROK
str. 20

WICEMINISTER MACIEJ MIŁKOWSKI: PACJENT NIE POWINIEN CZEKAĆ
str. 8

PROF. EDWARD WYLĘGAŁA: PRZESZCZEPY ROGÓWKI, CZYLI TRANSPLANTACJE WZROKU
str. 14

WYDANIE ELEKTRONICZNE

ŚWIAT LEKARZA 3D

MEDYCYNA ▪ FARMACJA ▪ NAUKA ▪ KULTURA ▪ PRAWO ▪ POLITYKA

NR 10(26)/3D/2022 DWUTYGODNIK

II ZJAZD CHIRURGÓW OKULISTÓW POLSKICH: NAPRAWIANIE WIDZENIA JEST FASCYNUJĄCE

PROF. MAREK RĘKAS: OKULISTYKA W AWANGARDZIE ZMIAN SYSTEMOWYCH str. 5
PROF. ROBERT REJDAK: BEZPIECZEŃSTWO ZABIEGU FAKOEMULSYFIKACJI ZAĆMY str. 18
PROF. MAŁGORZATA FIGURSKA: PROGRM LECZENIA DME TO PRZEŁOM str. 9

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Polska okulistyka jest nowoczesna

Okulistyka polska jest nowoczesna. Niektóre metody operacyjne stosowane w chirurgii siatkówki są opracowane w Polsce i powszechnie stosowane na świecie. W ostatnich latach rozwiązywane są przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia problemy organizacyjne. Poprawiło się również finasowanie procedur okulistycznych.

Największymi sukcesami ostatnich lat jest poprawa dostępności w zakresie leczenia zaćmy oraz schorzeń siatkówki w programach lekowych. Do sytemu opieki medycznej wdrożona została ocena jakości w leczeniu operacyjnym zaćmy oraz zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem i w przyszłości oczekujemy również wyceny naszej pracy pod tym względem. Udało się połączyć dwa programy lekowe – AMD i DME – w jeden program leczenia schorzeń siatkówki, co spowodowało zwiększoną dostępność do leczenia cukrzycowego obrzęku plamki.

W najbliższym okresie musimy również poprawić dostępność do leczenia schorzeń rogówki. Ambicja nie pozwala nam być na końcu pod względem liczby przeszczepów w Europie.

Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas,
Konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki
Kierownik Kliniki Okulistyki
Wojskowego Instytutu Medycznego

PARTNERZY WYDANIA:

Allergan an AbbVie company
NOVARTIS
ADAMED
Théa
Alcon SEE BRILLIANTLY
BAYER

X ZJAZD – XXVI SYMPOZJUM POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ

Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
ptedd

20-22 PAŹDZIERNIKA 2022
RADISSON HOTELS & SUITES GDAŃSK

PATRONAT HONOROWY

WOJEWODA POMORSKI
DARIUSZ DRELICH

MIECZYSŁAW 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 pediatry-endokrynologa i internisty-endokrynologa
- Zaburzenia determinacji płci, przedwczesne i opóźnione dojrzewanie płciowe
- Choroby rzadkie w okresie rozwojowym i w wieku dorosłym
- Hipercholesterolemia rodzinna – spojrzenie pediatry i kardiologa
- Telemedycyna w endokrynologii i diabetologii

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONACH
PTEIDD.PL ORAZ **GRUPAMEDICA.PL**

SERDECZNIE ZAPRASZAMY

grupa medica

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

W NUMERZE

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

DR HAB. N. MED. MAŁGORZATA FIGURSKA: Program lekowy DME daje możliwość wyboru leku, nie ogranicza leczenia oraz częstotliwości dawkowania.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

PROF. DR HAB. N. MED. ROBERT REJDAK: Antybiotyki najnowszej generacji, np. fluorochinolony, powinniśmy stosować krótko, ale intensywnie.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

PROF. DR HAB. N. MED. EDWARD WYLĘGAŁA: Dążymy do wykonywania przeszczepów selektywnych.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

PROF. DR HAB. N. MED. MAREK RĘKAS: Poważnym wyzwaniem są przeszczepy rogówki.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

WICEMINISTER MACIEJ MIŁKOWSKI: Jeśli pacjent ma wskazania do operacji, powinna szybko się odbyć.

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

5 Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas: Okulistyka w awangardzie zmian

8 Wiceminister Maciej Miłkowski: Pacjent nie powinien czekać

PROGRAMY LEKOWE

9 Dr hab. n. med. Małgorzata Figurska: Program lekowy DME to przełom w opiece nad pacjentem z cukrzycą

TELEMEDYCYNA W OKULISTYCE

12 Dr hab. n. med. Anna Matysik-Woźniak: Wcześniej rozpoznać chorobę

CHIRURGIA OKULISTYCZNA

14 Prof. dr hab. n. med. Edward Wylęgała: Przeszczepienie rogówki, czyli... transplantacja wzroku

18 Prof. dr hab. n. med. Robert Rejdak: Bezpieczeństwo zabiegu fakoemulsyfikacji zaćmy

20 Dr hab. n. med. Joanna Wierzbowska: Skorygować wzrok

22 Prof. dr hab. n. med. Jerzy Nawrocki: Technika odwróconego płatka

26 Dr n. med. Rafał Nowak: Niedrożność dróg łzowych

II OGÓLNOPOLSKI ZJAZD SCOP

28 Prof. dr hab. n. med. Robert Rejdak: Jesteśmy otwarci na współpracę ze wszystkimi lekarzami okulistami

JUBILEUSZ

30 100 numerów Świata Lekarza

ŚWIAT LEKARZA 3D Nr 10/2022 (26) Wydanie elektroniczne/ Dwutygodnik

WYDAWCA: **PAWEŁ KRUŚ**
pawel.krus@mediatv.com.pl

REDAKTOR PROWADZĄCA ŚWIAT LEKARZA 3D:
KATARZYNA PINKOSZ
katarzyna.pinkosz@mediatv.com.pl

ZESPÓŁ:
MACIEJ PINKOSZ, SZYMON GAJEWSKI

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

Z-CA RED. NACZ. ŚWIAT LEKARZA:
ANNA ROGALA
anna.rogala@mediatv.com.pl

DYREKTOR BIURA REKLAMY:
MARIUSZ SŁOMKA
mariusz.slomka@mediatv.com.pl

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

PRENUMERATA:
swiat-lekarza@swiatlekarza.pl

ZARZĄD:
JOANNA SIERPIŃSKA – PREZES
joanna.sierpinska@mediatv.com.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, fax (22) 622 98 34
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 / NA OKŁADCE: archiwum prywatne

MAGAZYN WYŁĄCZNIE DLA LEKARZY

Z **PROF. DR. HAB. N. MED. MARKIEM RĘKASEM**, KONSULTANTEM KRAJOWYM W DZIEDZINIE OKULISTYKI, KIEROWNIKIEM KLINIKI OKULISTYKI WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO, ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Okulistyka w awangardzie zmian

Jakie najważniejsze wydarzenia odbędą się podczas zjazdu Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich (SCOP)?

To będzie już drugi zjazd Stowarzyszenia. Planujemy dwa dni obrad; podczas pierwszego dnia odbędzie się 16 kursów – głównie dla rezydentów i lekarzy specjalistów. Są też sesje, podczas których odpowiadamy na trudne pytania związane z najważniejszymi zagadnieniami dotyczącymi leczenia, jak również z problemami organizacyjnymi. Główne zagadnienia będą dotyczyły okuloplastyki i chirurgii dróg łzowych – powstała pierwsza polska książka dotycząca tego tematu, która w bardzo nowoczesny sposób pokazuje lekarzom okulistom, jak powinna wyglądać zarówno diagnostyka, jak operatywa w tym zakresie. Naszym gościem podczas zjazdu będzie prof. Mohammad Javed Ali, który jest numerem jeden, jeśli chodzi o ten temat na świecie, a od dwóch lat jest też zatrudniony w Wojskowym Instytucie Medycznym jako nasz konsultant; pod jego okiem rozwijamy tę dziedzinę. Cała sesja będzie poświęcona temu zagadnieniu, będzie też promocja książki.

Odbędą się również sesje, które odpowiadają na trudne pytania z zakresu przedniego odcinka gałki ocznej (na ten temat będą mówić m.in. prof. Dariusz Dobrowolski, prof. Edward Wylęgała – z zakresu chirurgii rogówki, ja z zakresu zaopatrywania urazów gałki ocznej). Z kolej m.in. prof. Robert Rejdak będzie mówił na temat wad wzroku u dzieci. Inne tematy to m.in. przeszczepy warstwowe tylne. Ważną częścią zjazdu są również sesje wideo, podczas których uznani w Polsce chirurdzy pokażą ciekawe przypadki; będzie na ten temat dyskusja. Oprócz prof. Rejdaka, mnie i chirurgów z mojego zespołu, wystąpi również prof. Jerzy Nawrocki. Odbędzie się też specjalna sesja poświęcona chirurgii refrakcyjnej, podczas której wystąpią chirurdzy z prywatnych ośrodków, gdzie są wykonywane tego typu operacje, a z naszego ośrodka prof. Joanna Wierzbowska, która również napisała na ten temat książkę, wydaną w ubiegłym roku. W Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie rozwijamy również tę dziedzinę okulistyki, gdyż liczymy na to, że w przyszłości chirurgia refrakcyjna rogówki będzie refundowana dla pracowników służb mundurowych

Planujemy też sesję poświęconą programom lekowym – AMD, DME, a także ciekawą sesję z udziałem pana ministra Macieja Miłkowskiego, przedstawicieli NFZ, AOTMiT, którą będę moderował, na temat przyszłości okulistyki. W ramach zjazdu stowarzyszenia chirurgów zawsze staramy się rozmawiać również na tematy organizacyjne. Będzie też sesja dotycząca „keysów" okulistycznych – adresowana przede wszystkim do lekarzy rezydentów; zapraszamy poszczególne ośrodki do przedstawiania ciekawych przypadków związanych prowadzoną działalnością.

Jakie wymieniłby Pan największe sukcesy w polskiej okulistyce w ostatnim roku, od ostatniego zjazdu (SCOP)?

W ostatnim roku to głównie połączenie dwóch programów lekowych – AMD i DME – w jeden ➤

program leczenia schorzeń siatkówki, co spowodowało zwiększoną dostępność do leczenia cukrzycowego obrzęku plamki. Obecnie może się tym zajmować dodatkowych 80 ośrodków w Polsce w ramach NFZ. Cieszę się też, że udało się przekazać NFZ bazę danych, która prowadziliśmy w Wojskowym Instytucie Medycznym, dotyczącą jakości leczenia AMD w poszczególnych ośrodkach. Oglądałem oceny – ku mojemu zaskoczeniu większość ośrodków ma kategorie A lub B, czyli bardzo dobrze prowadzą pacjentów. Już tylko nieliczne mają kategorię C. Gdy zaczynaliśmy wprowadzać bazę, sytuacja była odwrotna: tylko nieliczne ośrodki miały kategorię A lub B, a większość – kategorię C. Świadczy to o tym, że jakość usług w tym zakresie rośnie, a przede wszystkim pacjenci uzyskują wysoką ostrość wzroku. Baza danych jest już przekazana NFZ, dostałem właśnie pismo od prezesa NFZ z podziękowaniem. Zapewne niedługo będzie opublikowana. Będziemy też pracować nad taką bazą dotyczącą DME.

Pokazuje to, że nawet samo monitorowanie leczenia prowadzonego w ośrodkach przyczyniło się do lepszej jakości?

Tak, już samo monitorowanie spowodowało, że ośrodki podnoszą swoją jakość. Dane wkrótce pojawią się w zakładce NFZ „Zdrowe Dane"; będziemy mogli zastanowić się, jak wycenić usługi, będzie można zapłacić za jakość. Oczywiście, tę kwestię pozostawiamy NFZ. Podobnie chcielibyśmy monitorować jakość w przypadku DME, gdyż są to podobne systemy leczenia.

Były też drobniejsze sukcesy, jak choćby wprowadzenie leków na listę refundacyjną. Jeśli chodzi o zaćmę, to jej leczenie jest już rozwiązanym problemem, udało się zlikwidować kolejki do operacji. Można jeszcze pomyśleć, jak zwiększyć dostępność np. do soczewek wieloogniskowych czy torycznych. Te decyzje są jednak stosunkowo proste do wprowadzenia, jeśli tylko znajdą się na to pieniądze. W niektórych krajach, np. w Niemczech, są dopłaty do soczewek wieloogniskowych; nasz system na razie tego nie przewiduje. To kwestia dotykająca całego systemu opieki okulistycznej: dziś mamy zarówno sektor prywatny, jak publiczny, od wielu lat zadajemy sobie pytanie, jak duży powinien być udział sektora prywatnego w okulistyce.

A wyzwania na najbliższą przyszłość?

Pogramy lekowe AMD i DME funkcjonują dobrze. Obecnie pracujemy, żeby jak najwięcej małych i średnich procedur okulistycznych, które obecnie wykonuje się w ramach hospitalizacji, przenieść do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), by w szpitalach były leczone tylko poważne schorzenia – jak operacje zaćmy, witrektomie, operacje rogówki. Trwają też prace w zakresie leczenia stożka rogówki. Dotychczas ta procedura nie znajdowała się w koszyku środków gwarantowanych; choroba dotyczy często dzieci, a także osób młodych do 30-40. roku życia. Obecnie ta jednostka chorobowa jest leczona tylko w prywatnej ochronie zdrowia. Tak nie powinno być, powinno być możliwe leczenie także w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Trwają prace na poziomie AOTMiT, jesteśmy przed decyzją ministra.

Poważnym wyzwaniem są przeszczepy rogówki. Polska jest na ostatnim miejscu w Europie, jeśli chodzi o liczbę przeszczepów rogówki w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Patrzymy, jak to wygląda w innych krajach, np. w Niemczech jest bardzo ciekawy system – działa agencja rządowa, która ma dostęp do wszystkich szpitali i zajmuje się pozyskiwaniem rogówek;

Obecnie w Polsce pacjent czeka na przeszczepienie, w tym czasie jego stan się pogarsza i w konsekwencji jest kwalifikowany to przeszczepu pełnego, podczas gdy dużo korzystniejszy jest przeszczep warstwowy. W krajach zachodnich wykonuje się więcej przeszczepów warstwowych; nie ma kolejek, pacjent nie musi czekać. Konieczna jest zmiana organizacji i lepsza dostępność do leczenia – podobnie jak stało się to w leczeniu zaćmy.

FOT. ARCHIWUM WIM

natomiast lekarze zgłaszają zapotrzebowania. W efekcie w Niemczech jest 9 tys. przeszczepów rogówek rocznie, natomiast w Polsce – tylko 1200. Oczywiście, to jeden z modeli organizacyjnych, należy przyjrzeć się innym, trzeba jednak poprawić organizację. Gdy będzie większa dostępność do rogówek, poprawi się też jakość przeszczepów. Obecnie w Polsce pacjent czeka na przeszczepienie, w tym czasie jego stan się pogarsza i w konsekwencji jest kwalifikowany do przeszczepu pełnego, podczas gdy dużo korzystniejszy jest przeszczep warstwowy. W krajach zachodnich wykonuje się więcej przeszczepów warstwowych; nie ma kolejek, pacjent nie musi czekać. Konieczna jest zmiana organizacji i lepsza dostępność do leczenia – podobnie jak stało się to w leczeniu zaćmy.

Należałoby też zastanowić się, jaka powinna być definicja ośrodka okulistycznego, ile powinien wykonywać operacji, by mógł zostać uznany za ośrodek okulistyczny.

Czy w Polsce jest obecnie wystarczająca liczba lekarzy okulistów, rezydentów okulistyki? Czy młodzi ludzie chętnie wybierają okulistykę jako specjalizację?

Mamy obecnie w Polsce ok. 4,5 tys. okulistów, średnia wieku to nieco ponad 50 lat. W następnych latach mniej więcej tyle samo osób odejdzie z zawodu, co do niego wejdzie. Wydaje mi się, że liczba okulistów jest wystarczająca; obecnie w okulistyce jest niewiele rezydentur, są natomiast miejsca pozarezydenckie, co oznacza, że szef oddziału może zatrudnić rezydenta, który się do niego zgłosi, jeśli będzie tego potrzebował. Uważam, że na liczbę okulistów należy patrzeć ostrożnie, ponieważ czekają nas zmiany związane z wejściem do systemu optometrystów. Spowoduje to skrócenie kolejek do okulistów w AOS, gdyż dziś paradoksalnie czasem jest łatwiej mieć zoperowaną zaćmę niż być przyjętym u okulisty w AOS. Jednak po wprowadzeniu optometrystów do systemu, cały system trzeba będzie przeorganizować. Gdy będziemy już widzieć, jakie są kolejki w AOS po reformie i wprowadzeniu optometrystów do systemu, to będziemy mogli wiedzieć, czy w Polsce w najbliższym czasie będzie brakować okulistów i jaki zaproponować system szkoleń.

Czy telemedycyna będzie w większym stopniu wykorzystywana w okulistyce, zwłaszcza w diagnostyce?

Telemedycyna już się sprawdza w cukrzycowym obrzęku plamki, jest stosowana na świecie. W województwie lubelskim taki pilotaż planuje prof. Rejdak. To ważne, dlatego że w Polsce jest ok. 3 mln pacjentów z cukrzycą, którzy powinni być badani w kierunku cukrzycowego obrzęku plamki. Okuliści nie są w stanie ich wszystkich przebadać, dlatego tak ważna jest możliwość wykorzystania telemedycyny w diagnostyce. 14-17 proc. pacjentów ma cukrzycowy obrzęk plamki. Telemedycyna pozwoliłaby wykryć problem na wczesnym etapie. Takie systemy już działają na świecie: konieczna jest oczywiście odpowiedź na pytanie, czy mamy środki na wdrożenie telemedycyny. W pozostałych dziedzinach okulistyki jak na razie nie widzę możliwości szerokiego wykorzystania telemedycyny, choć oczywiście trwają prace, zarówno w jaskrze, jak w AMD. ▮

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Pacjent nie powinien czekać

MACIEJ MIŁKOWSKI, WICEMINISTER ZDROWIA

Od konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki, prof. Marka Rękasa, wiem, że w wielu dziedzinach leczymy skuteczniej niż w innych krajach Europy. Szczególnie poprawiła się realizacja programu leczenia AMD. Większość ośrodków prowadzi leczenie pacjenta przez długi czas, co oznacza, że utrzymuje pacjenta w zdrowiu, w widzeniu, ratuje mu wzrok.

Jeśli chodzi o najważniejsze zmiany, które udało się wprowadzić w ostatnich latach w okulistyce, to na pewno jest to zmiana organizacyjna leczenia zaćmy. Udało się ją wprowadzić jeszcze, gdy pracowałem w NFZ. Wprowadziliśmy wówczas wizytę kwalifikacyjną z dokładnym zakresem wskazań do leczenia oraz finansowanie wizyty pooperacyjnej, która jest dobrze opłacona, kosztem zmniejszenia ceny samego zabiegu operacyjnego. Spowodowało to, że przestało się opłacać wyjeżdżać na operacje zaćmy do Czech. Udało się również wprowadzić leczenie zaćmy w systemie jednodniowym, zamiast kilkudniowego pobytu w szpitalu. Dzięki temu diametralnie skróciliśmy kolejki: w praktyce nie ma dziś kolejek do operacji zaćmy, a jeszcze niedawno czas oczekiwania wynosił nawet 2-3 lata. To była największa zmiana systemowa w naszych zakresach świadczeń: w żadnej innej dziedzinie medycyny nie udało się przesunąć do procedury jednodniowej zabiegu wykonywanego tak często. Bardzo się z tego cieszę, gdyż kolejka oczekujących na zabieg tak kosztefektywny i tak istotny społecznie, była olbrzymim problemem poprzednich czasów. Jeśli pacjent ma wskazania do operacji, to trzeba ją jak najszybciej przeprowadzić.

Przy okazji powstał jeden z najlepszych rejestrów medycznych: jest on oparty na danych rozliczeniowych świadczeniodawców, którzy bez sprawozdania świadczenia nie otrzymają za nie zapłaty. To sprawozdanie obejmuje hospitalizację zabiegową oraz dwie porady ambulatoryjne. Warunkiem zakwalifikowania do operacji zaćmy jest ustalenie wskazań medycznych i ich wpisanie do dokumentacji raportowej do NFZ: na tej podstawie jest sprawowany nadzór nad jakością świadczeń, ponieważ widoczne są dane dotyczące stanu pacjenta przed operacją, czasu od kwalifikacji do operacji, powikłań śródoperacyjnych. Następnie jest konieczność odbycia wizyty pooperacyjnej (po ustabilizowaniu się stanu pacjenta), celem monitorowania wyników. Na podstawie tych trzech wizyt powstał rejestr: moim zdaniem to najlepszy rejestr, który został wykonany niejako „przy okazji".

Cieszy fakt, że bardzo dobrze rozwija się program leczenia AMD, jak również zaczyna się rozwijać program leczenia DME: jest to bardzo dobrze skonstruowane z trzema liniami leczenia. Udało się ostatnio połączyć dwa programy lekowe – AMD i DME – co spowodowało, że obecnie więcej ośrodków zajmuje się leczeniem pacjentów w obydwu programach. Chcielibyśmy, żeby pacjenci w Polsce mieli bardzo dobry dostęp do leczenia, aby każdy istotny oddział okulistyczny nie pozostał bez możliwości podawania zastrzyków w tych wskazaniach.

Dużym wyzwaniem jest kwestia zwiększenia liczby przeszczepień rogówki. Zależy nam bardzo na potrojeniu liczby zabiegów związanych z przeszczepieniem rogówki: obecnie w Polsce jest wykonywanych ok. 1200 przeszczepów rocznie, a powinno być ich trzy razy więcej. Będziemy starać się wspólnie z prof. Markiem Rękasem rozwiązać tę kwestię; wiem, że największy problem dotyczy zbyt małej liczby rogówek do przeszczepienia. Przeszczepienia rogówki nie powinny być traktowane jak przeszczepienia narządów takich jak serce, wątroba czy nerki, ponieważ jest to przeszczepienie tkanki. Profesor Rękas nad tym pracuje, będziemy też nad tym pracować wspólnie. Powinniśmy korzystać z dobrych wzorców sąsiednich państw, gdzie liczba pobrań jest uzależniona od planowanych przeszczepień rogówki – czyli każdy pacjent mający wskazania ma wykonaną operację planowo, bez oczekiwania na liście. ▮

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

ROZMOWA Z **DR HAB. N. MED. MAŁGORZATĄ FIGURSKĄ**, PROFESOREM WIM, Z KLINIKI OKULISTYKI WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO.

Program lekowy DME to **przełom w opiece nad pacjentem z cukrzycą**

Jak z perspektywy Pani Profesor wygląda obecnie monitoring okulistyczny pacjentów z cukrzycą?

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą metaboliczną, a jej najczęstsze powikłania dotyczą między innymi narządu wzroku, ale też nerek czy układu sercowo-naczyniowego. Istnieje taki termin jak cukrzycowa choroba oczu, który obejmuje szerokie spektrum wtórnych do cukrzycy zmian nie tylko w gałce ocznej, ale też w aparacie ochronnym oczu. Jednak najgroźniejsza pozostaje wciąż retinopatia cukrzycowa, która nieleczona skutkuje utratą widzenia i nieodwracalnymi zmianami morfologicznymi. Oczywiście, na każdym etapie retinopatii może rozwinąć się cukrzycowy obrzęk plamki (DME), powodujący postępującą utratę ostrości wzroku.

Powszechnie wiadomo, że im dłużej trwa cukrzyca, tym ryzyko rozwoju retinopatii i cukrzycowego obrzęku plamki istotnie wzrasta. Dotyczy to obu typów cukrzycy, ale pamiętajmy, że typ I rozwija się już w wieku dziecięcym. Stąd w perspektywie kilkudziesięciu czy kilkunastu lat choroby monitoring okulistyczny ukierunkowany na wykrycie zmian cukrzycowych przede wszystkim tych najgroźniejszych siatkówkowych, a później leczenie stanowi swoisty maraton.

Istnieją wytyczne specjalistycznych towarzystw jak np. diabetologicznego czy okulistycznego, które opisują, z jaką częstotliwością powinna odbywać się szczegółowa ocena okulistyczna chorego z cukrzycą; niezależnie, czy zgłasza on zaburzenia widzenia. Chodzi tu o wychwytywanie zmian cukrzycowych na wczesnym etapie.

Aktualnie taki podstawowy przesiewowy monitoring okulistyczny odbywa się w opiece ambulatoryjnej. Natomiast w przypadku stwierdzenia zmian wymagających specjalistycznego leczenia, jak iniekcje, laseroterapia czy operacje, pacjent kierowany jest do ośrodków referencyjnych, dysponujących odpowiednim zapleczem i mających pełen panel diagnostyczno-terapeutyczny. Jednak opieka ambulatoryjna ma swoje ograniczenia, co wynika zarówno z dostępności, jak i wyposażenia diagnostycznego. Optymalnie byłoby, aby lekarz rodzinny dokonywał wstępnej przesiewowej oceny dna oczu pod kątem zmian cukrzycowych, ale wciąż nie jest to procedura standardowa.

Aktualnie na świecie rozwija się telemedycyna i to stanowi kierunek w przyszłości. Dzięki wykorzystaniu sztucznej inteligencji i technologii myślę, że w niedalekiej przyszłości – szybciej niż się nam wydaje – będzie możliwe samodzielne wykonanie przez pacjenta zdjęcia dna oka w warunkach domowych. Będzie ono na-

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

stępnie przesyłane i ewaluowane za pośrednictwem platformy internetowej. Oczywiście, to wymaga dalszego rozwoju telemedycyny i metod diagnostycznych, ale też potrzebna jest edukacja pacjentów. Nasi pacjenci wciąż zaniedbują wizyty u okulisty oraz mają niski poziom wiedzy o parametrach monitorujących leczenie cukrzycy. Taki typowy parametr, jak wartość glikemii, jest jeszcze pacjentom znany, natomiast wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c) już niekoniecznie. To trzeba na pewno poprawić.

Program lekowy DME, który funkcjonuje od prawie roku, oprócz leczenia ma na celu podniesienie poziomu wiedzy lekarzy i pacjentów o diagnostyce oraz leczeniu powikłań cukrzycowych. Ma poprawić jakość opieki nad pacjentem cukrzycowym. Dodatkowo systematyzuje on tę opiekę bez ograniczeń czasowych. To nowe holistyczne podejście. Upatruję w tym ogromny potencjał na przyszłość. Właściwie można powiedzieć, że program lekowy stanowi przełom w opiece okulistycznej nad pacjentem z cukrzycą.

Jak patrząc na doświadczenia Pani Profesor wygląda profil polskiego pacjenta z rozpoznanym DME?

Cukrzycowy obrzęk plamki może wystąpić u chorych przed 18. r.ż., czyli z cukrzycą typu I, jak i u starszych pacjentów z cukrzycą typu II. Najczęściej są to osoby od wielu lat chorujące na cukrzycę. W większości przypadków oprócz cukrzycowego obrzęku plamki występuje w różnym stopniu zaawansowania retinopatia cukrzycowa. Zwykle ostrość wzroku jest już istotnie ograniczona, a zmiany są obuoczne.

Częste jest niewyrównanie metaboliczne cukrzycy, czyli wysokie poziomy glikemii czy HbA1c. Powszechne jest też nadciśnienie tętnicze. Profil polskiego pacjenta z rozpoznanym DME nie odbiega znacząco od pacjenta cukrzycowego z innej części świata. To, że pacjenci trafiają do specjalistycznego ośrodka oferującego wszystkie możliwości diagnostyczne i terapeutyczne w zaawansowanym stadium retinopatii czy DME, obserwowane jest powszechnie też w innych krajach i stanowi bolączkę. Stąd znów trzeba podkreślić znaczenie badań przesiewowych i telemedycyny oraz edukacji pacjenta cukrzycowego.

Jak wygląda profil pacjenta z DME, który trafia do leczenia w programie lekowym?

W programie lekowym obowiązują kryteria kwalifikacji. Dane pacjenta są wprowadzane do elektronicznego systemu monitorowania przez lekarza prowadzącego. To właśnie okulista prowadzący kwalifikuje pacjenta do początkowego etapu leczenia. Program lekowy jest dedykowany dla osób powyżej 18. roku życia. Warunkiem leczenia w programie lekowym jest obecność znaczącego cukrzycowego obrzęku plamki, który zajmuje też dołek. Obecność DME musi być potwierdzona w dodatkowych badaniach diagnostycznych. Ostrość wzroku, która jest kryterium kwalifikacyjnym do programu lekowego wynosi 0,2-0,8 według tablicy Snellena. Oczywiście, do programu lekowego mogą być zakwalifikowani wszyscy pacjenci spełniający te kryteria, niezależnie od poziomu hemoglobiny glikowanej czyli też tacy, u których wyjściowo poziom hemoglobiny glikowanej przekracza 9%. Natomiast w przypadku, jeżeli chcielibyśmy zmienić lek w programie lekowym na preparat drugiego rzutu, to jest to możliwe, ale przy lepszym wyrównaniu cukrzycy i przy poziomie hemoglobiny glikowanej mniejszym lub równym 9%.

Oczywiście, pacjent, który jest kwalifikowany do programu lekowego nie może mieć trwałych uszkodzeń w obrębie plamki, dominujących błon przedsiatkówkowych czy odwarstwienia siatkówki, które po prostu stanowią niekorzystny czynnik rokowniczy. Do trwałych i nieodwracalnych zmian w plamce zalicza się też zaniki fotoreceptorów czy znaczące niedokrwienie. Pacjenci, którzy nie spełniają kryteriów leczenia w programie lekowym, zawsze mogą być leczeni w ramach procedury B84.

Jakie są największe wyzwania w leczeniu pacjentów z DME, którzy z racji cukrzycy są często obciążeni wieloma chorobami współistniejącymi?

Największym wyzwaniem w mojej ocenie jest regulacja metaboliczna choroby, czyli kontrola poziomu glikemii i HbA1c. HbA1c jest parametrem, który ocenia wyrównanie cukrzycy nie epizodycznie, ale z perspektywy kilku miesięcy. Pacjenci niezbyt często mają to badanie zlecane przez lekarzy pierwszego kontaktu i też niezbyt często je wykonują. Również specjalistyczna ocena diabetologiczna jest zbyt rzadka. Zauważamy to, kiedy pytamy pacjentów kwalifikowanych do programu lekowego o wyniki ostatnich badań. A przecież wyrównanie metaboliczne cukrzycy jest kluczowe dla osiągnięcia dobrych wyników w leczeniu retinopatii cukrzycowej czy DME. Zapobiega też powikłaniom ze strony innych narządów. Stąd w programie lekowym wymóg systematycznych badań internistycznych i oceny poziomu HbA1c. Koncentrujemy się nie tylko na ocenie miejscowej okulistycznej, ale całościowej. To zdecydowanie zaleta programu lekowego. To nowoczesne holistyczne podejście do leczenia okulistycznego.

Trzeba też pamiętać, że oprócz powikłań ocznych i DME u pacjentów występują inne ciężkie ogólnoustrojowe zmiany, takie jak nefropatia cukrzycowa,

schorzenia sercowo-naczyniowe czy powikłania utrudniające samodzielne poruszanie się jak np. stopa cukrzycowa. Wielu chorych jest dializowanych. Na szczęście w programie lekowym możliwe jest leczenie długodziałającymi doszklistkowymi implantami ze steroidem deksametazonem, co jest skuteczne i znacząco ogranicza liczbę wizyt, a tym samym podnosi komfort życia pacjenta i ułatwia opiekę rodziny nad nim.

Jak w opinii Pani Profesor powinna wyglądać opieka spersonalizowana nad pacjentem z DME?

Opieka spersonalizowana ukierunkowana jest na indywidualne potrzeby każdego chorego. Oczywiste jest, że leczenie dostosowujemy do stopnia zaawansowania DME, ale też wpływ na nie ma występowanie retinopatii cukrzycowej wymagającej np. dodatkowej laseroterapii czy w stadiach zaawansowanych witrektomii. W ramach programu lekowego DME dostępne są wszystkie zarejestrowane grupy leków, czyli leki blokujące czynniki wzrostu tzw. anty-VEGF w I i II rzucie oraz steroidy doszklistkowe. To szczególna nowość - do tej pory nie były one refundowane. Dostępny w ramach programu lekowego doszklistkowy implant z deksametazonem ogranicza również komponentę zapalną, która jest istotna w patogenezie DME.

Program lekowy daje możliwość nie tylko wyboru leku na jego poszczególnych etapach, ale również nie ogranicza leczenia w czasie oraz częstotliwości dawkowania. To lekarz prowadzący w oparciu o indywidualny stan miejscowy i ogólnoustrojowy ustala dawkowanie leków po fazie nasycenia i dopasowuje je do aktualnych potrzeb. Istnieje też możliwość zmiany leku przy wykazaniu nieskuteczności poprzedniej terapii.

Jakie są zalecenia europejskie?

Zalecenia europejskie terapii DME są praktycznie tożsame z zapisem polskiego programu lekowego. Lekami pierwszego rzutu są leki anty-VEGF. Leczenie rozpoczyna się od tzw. fazy nasycającej, czyli kilku comiesięcznych podań leku. Następnie okresy między dawkami można wydłużać.

Jeżeli nie uzyskamy poprawy po pierwszych sześciu miesiącach, istnieje możliwość zmiany leku na inny preparat anty-VEGF lub podania doszklistkowego implantu z deksametazonem. Implant z deksametazonem można też podać jako lek I rzutu w przypadkach, kiedy istnieją przeciwwskazania do terapii anty-VEGF lub kiedy są problemy z częstym zgłaszaniem się pacjenta do ośrodka. Zaletą implantu z deksametazonem jest to, że podajemy go w odstępach czasowych około sześciu miesięcy, czyli jego działanie jest długotrwałe. Oczywiście, nie zapominamy o laseroterapii czy leczeniu operacyjnym witrektomii, jeżeli są ku temu wskazania. Tak w Polsce, jak i na świecie, standardem leczenia DME jest skojarzone postępowanie farmakologiczno-zabiegowe.

Na co lekarz powinien zwrócić szczególną uwagę, planując odpowiednią strategię leczenia pacjenta z DME?

Na pewno trzeba dokładnie określić miejscowy stan okulistyczny, czyli skupić się nie tylko na centralnej siatkówce, ale też obwodowej. Trzeba stwierdzić, z jakim stopniem zaawansowania retinopatii cukrzycowej mamy do czynienia, czy występują strefy niedokrwienia siatkówki wymagające laseroterapii. Na przebieg i efektywność leczenia będą miały też wpływ patologie pogranicza szklistkowo-siatkówkowego, które mogą rozwinąć się w czasie. Mogą one wymagać interwencji chirurgicznej, podobnie jak wylew krwi do ciała szklistego.

Program lekowy daje możliwość nie tylko wyboru leku na jego poszczególnych etapach, ale nie ogranicza leczenia w czasie oraz częstotliwości dawkowania. To lekarz prowadzący w oparciu o indywidualny stan miejscowy i ogólnoustrojowy ustala dawkowanie leków po fazie nasycenia i dopasowuje je do aktualnych potrzeb.

Strategia podjętego leczenia powinna być długoterminowa i uwzględniać stan ogólnoustrojowy pacjenta, jego samodzielność. Powinno się całościowo ocenić chorego pod kątem zdolności np. do samodzielnego przemieszczania się, co jest niezwykle ważne. Pacjent dość często, zwłaszcza w początkowej fazie terapii, musi zgłaszać się do ośrodka prowadzącego. Leczenie jest długotrwałe, a pacjenci często są w podeszłym wieku i wymagają pomocy. Z powodu powikłań cukrzycowych zwykle pozostają pod opieką nie tylko okulistów, ale też nefrologów czy chirurgów. Zawsze dążymy do osiągnięcia compliance między wymogami terapii, a możliwościami chorego. Jednym z celów programu lekowego jest właśnie – przez poprawę widzenia – umożliwienie wykonywania pracy zawodowej i utrzymanie samodzielności. To bardzo ważne dla naszych chorych, właśnie tego oni oczekują, to dla nich główna motywacja i dlatego podejmują leczenie.

Rozmawiała: Anna Kopras-Fijołek

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

ROZMOWA Z **DR HAB. N. MED. ANNĄ MATYSIK-WOŹNIAK, PROF. UML**, Z KATEDRY I KLINIKI OKULISTYKI OGÓLNEJ I DZIECIĘCEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Wcześniej rozpoznać chorobę

Telemedycyna stała się już nieodłącznym elementem wielu dziedzin medycyny. Jak to wygląda w okulistyce?

W wielu krajach świata w okulistyce zaczęła ona być wykorzystywana już kilkanaście lat temu. Pierwszym działającym systemem opartym na telemedycynie w Polsce jest system SMPT, służący do kwalifikacji pacjentów do programu lekowego, do leczenia wysiękowej postaci AMD i cukrzycowego obrzęku plamki. Na świecie telemedycyna w okulistyce jest wykorzystywana przede wszystkim w diagnozowaniu i leczeniu retinopatii cukrzycowej i cukrzycowego obrzęku plamki. Zachorowania na cukrzycę, zwłaszcza typu 2, wciąż rosną, a retinopatia cukrzycowa należy do najczęstszych jej powikłań. U ok. 30 proc. chorych na cukrzycę występuje retinopatia, u ok. 7 proc. pacjentów stwierdza się DME – cukrzycowy obrzęk plamki. Powikłania te są główną przyczyną ślepoty wśród osób w wieku produkcyjnym, w krajach rozwiniętych. Większości przypadków znacznego pogorszenia widzenia lub ślepoty można uniknąć. Powikłania w postaci retinopatii cukrzycowej długo rozwijają się bezobjawowo. Wszyscy chorzy na cukrzycę typu 2 powinni być w tym kierunku diagnozowani od razu po rozpoznaniu, a chorzy na cukrzycę typu 1 – do 5 lat od rozpoznania. Potem badania należy powtarzać corocznie lub częściej, w zależności od stopnia zaawansowania zmian siatkówkowych.

To trudne do przeprowadzenia...

W Polsce chorych na cukrzycę jest ponad 3 mln, a praktykujących okulistów ok. 4800. Łatwo wyliczyć, że gdybyśmy chcieli wszystkich chorych objąć takimi badaniami, bardzo by nas to obciążyło, ze szkodą dla pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia. Tymczasem wczesne wykrycie retinopatii cukrzycowej ma ogromne znaczenie, bo podjęte w porę leczenie w ponad 90 proc. może zapobiec ciężkim uszkodzeniom w narządzie wzroku. Dzięki procedurom telemedycznym mamy szanse na wczesne wykrycie powikłań cukrzycowych w narządzie wzroku i podjęcie leczenia na wczesnym etapie, kiedy jest ono najbardziej skuteczne.

Na czym konkretnie ma polegać udział telemedycyny w rozpoznawaniu i leczeniu retinopatii cukrzycowej?

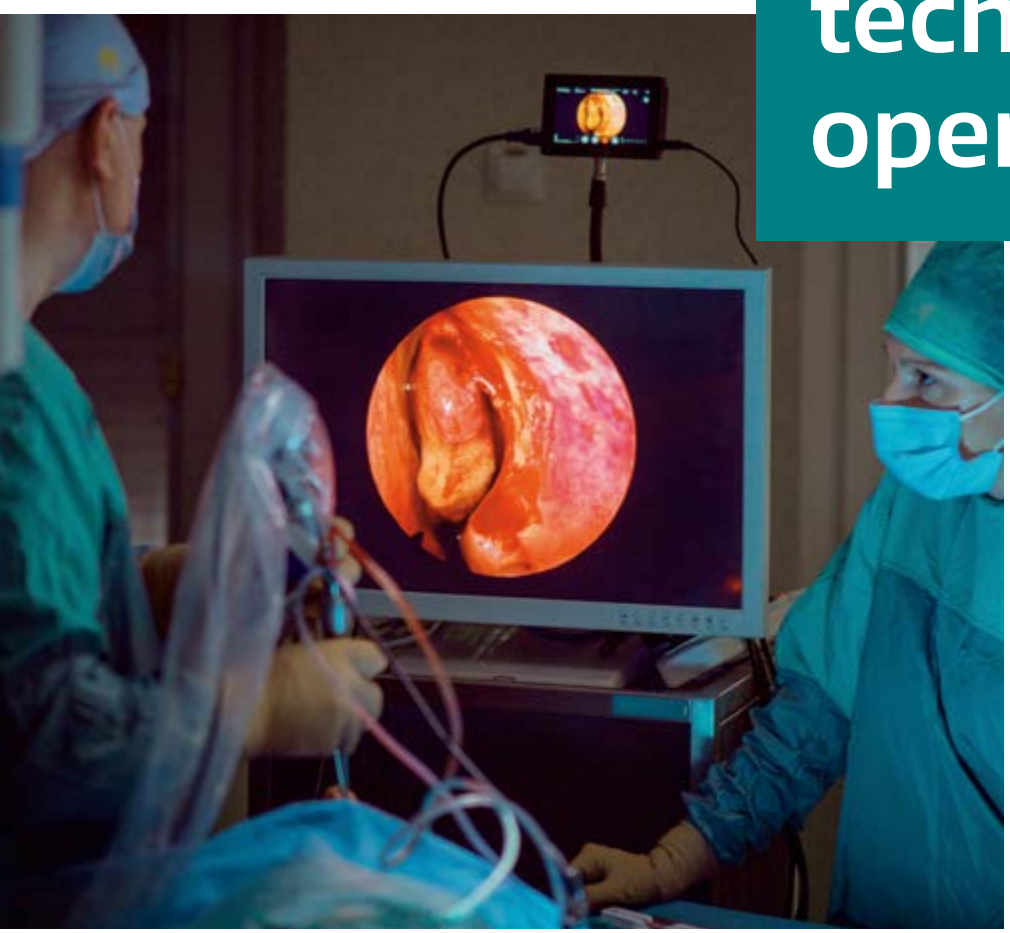
Pacjenci cukrzycowi będą mieli robione cyfrowe zdjęcia dna oka, a to badanie może być wykonywane w podstawowej placówce ochrony zdrowia. Bardzo dobre byłoby wprowadzenie dodatkowego badania plamki przy pomocy optycznej koherentnej tomografii – OCT. To badanie pozwala na zdiagnozowanie obrzęku plamki, który nie jest widoczny na zdjęciu dna oka. Wyniki zostaną przesłane w sposób zabezpieczony, drogą internetową do oceny specjalisty, a ten, w zależności od wyniku, zadecyduje, co dalej: czy jest potrzeba dalszej diagnostyki już u okulisty, czy nie. Kilka lat temu ukazała się publikacja, która pokazała, że dzięki takiemu skriningowi retinopatia cukrzycowa przestała być główną przyczyną ślepoty u chorych na cukrzycę w wieku produkcyjnym w Wielkiej Brytanii. My nie mamy jeszcze takiej usługi w koszyku świadczeń gwarantowanych, ale potrzeba jest ogromna. Telemedycyna w okulistyce powinna być u nas wprowadzona systemowo, z korzyścią również dla całego systemu ochrony zdrowia. Nad szerszym wprowadzeniem telemedycyny do polskiej okulistyki pracują prof. dr hab. Marek Rękas i prof. dr hab. Robert Rejdak.

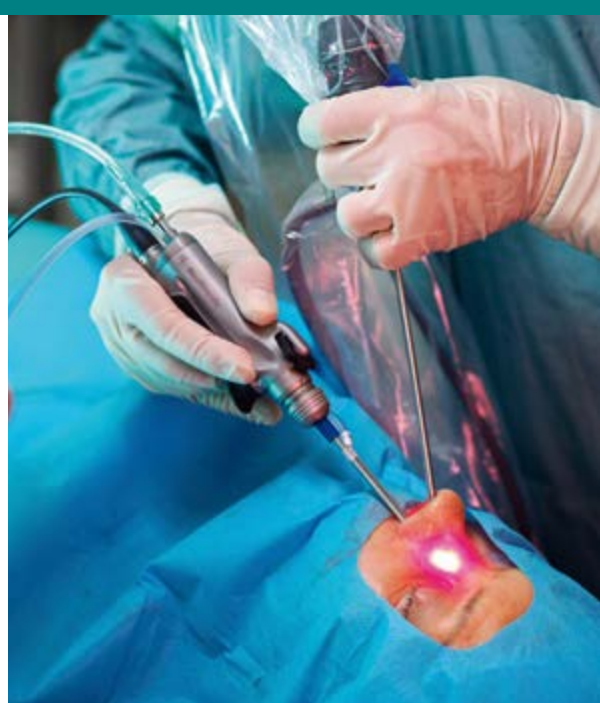
Są kraje, w których badania cyfrowe oka może wykonywać specjalnie przeszkolony personel medyczny...

Tak, tego nie musi robić ani lekarz, ani pielęgniarka: poradzą sobie technicy. W przyszłości do analizy uzyskanych danych może zostać zastosowana sztuczna inteligencja – AI, co jeszcze bardziej przyspieszy proces kwalifikacji chorych. Mottem telemedycyny jest to, żeby właściwi chorzy trafili do okulisty we właściwym czasie. Jest możliwość leczenia cukrzycowego obrzęku plamki na światowym poziomie dzięki programowi lekowemu, w którym mamy wszystkie dostępne leki. Ważne, by chorzy mogli z niego, jak też z innych metod terapii, korzystać w odpowiednim momencie.

Rozmawiała: Bożena Stasiak

Nowoczesne techniki operacyjne





ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Prof. dr hab. n. med. Edward Wylęgała jest prorektorem ds. Rozwoju i Transferu Technologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownikiem Katedry i Oddziału Klinicznego Okulistyki w Szpitalu Kolejowym w Katowicach

Przeszczepienie czyli... **transplantacja wzroku**

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. EDWARDEM WYLĘGAŁĄ**, KIEROWNIKIEM KATEDRY I ODDZIAŁU KLINICZNEGO OKULISTYKI W SZPITALU KOLEJOWYM W KATOWICACH.

Zgodnie z badaniami Światowej Organizacji Zdrowia schorzenia rogówki są jedną z najczęstszych przyczyn pogorszenia widzenia i ślepoty na świecie, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Ratunkiem może być jednak przeszczepienie rogówki – to najczęściej wykonywana procedura transplantologiczna na świecie. A jak jest w Polsce, ile przeszczepów rogówki wykonuje się u nas rocznie, a jakie są potrzeby?

Rzeczywiście, jest to najczęściej wykonywana procedura transplantologiczna na świecie, ale także najdłużej wykonywana procedura transplantologiczna. Eduard Konrad Zirm przeprowadził pierwszy przeszczep rogówki 7 grudnia 1905 roku w Ołomuńcu na Morawach (obecnie Czechy). Tę datę przyjmuje się jako dzień narodzin transplantologii. W Polsce pierwszy przeszczep wykonał w Krakowie w 1926 r. prof. Wincenty Majewski.

Dziś w Polsce wykonuje się około 1300 przeszczepień rogówki rocznie, podczas gdy – dla porównania – w Niemczech i Włoszech 7000, a w Hiszpanii i we Francji 4000-4500. Moim zdaniem brakuje nam obecnie dodatkowych 1000 przeszczepień rocznie. Trzeba pomyśleć o takim zniwelowaniu kolejek do tych procedur, aby nie były dłuższe niż trzy miesiące.

Dlaczego ta liczba wydaje się mała w porównaniu z innymi krajami Europy, np. Niemcami?

Nie tylko się wydaje, ale taka rzeczywiście jest. Jest kilka czynników, które wpływają na zahamowanie wzrostu liczby przeszczepień. W Niemczech procedury pobierania rogówek są prostsze niż u nas, co sprzyja donacji tkankowej. U zachodnich sąsiadów jest 26 banków tkanek oka; w Polsce siedem. Nie sądzę też, że będą powstawały u nas nowe banki, ponieważ procedura akredytacji jest bardzo żmudna i uciążliwa. Aktywność zgłaszania dawców tkankowych jest bardzo mała, a wykorzystanie pobrań od dawców wielonarządowych – niezadawalające.

W naszej klinice pracujemy nad aplikacją komputerową, która pomoże zgłaszać dawców rogówek. Staramy się edukować studentów medycyny w kwestii konieczności zgłaszania dawców rogówek. Trzeba pamiętać, że żeby wysłać do przeszczepu 100 rogówek, musimy pobrać co najmniej 20 proc. więcej, ponieważ w procesie oceny w banku tkanek jest dyskwalifikowana część rogówek.

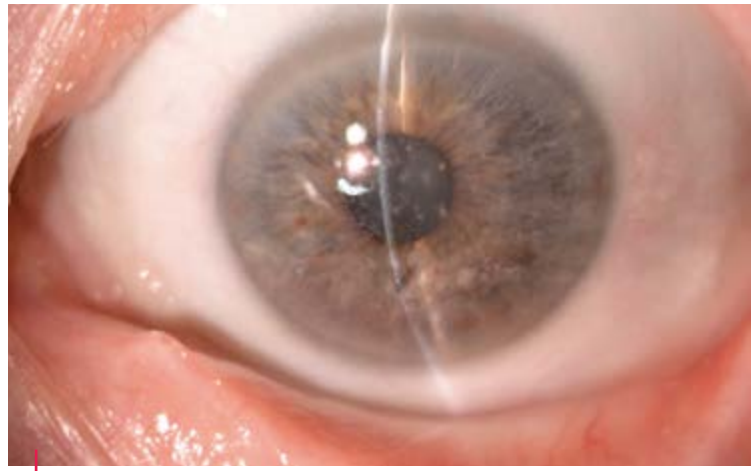
Jakie są najczęstsze wskazania do przeszczepienia rogówki?

Najczęstsze wskazania do keratoplastyki to obrzękowa utrata przeźroczystości rogówki pierwotna i wtórna. Pierwotna to dystrofia Fuchsa, wtórna to obrzęk po operacji zaćmy. Kolejnym wskazaniem jest utrata kształtu rogówki – najczęściej chodzi o stożek rogówki. Dalej: wrodzone postępujące zmętnienia związane z odkładaniem się różnego rodzaju białek: hialiny, proteoglikanów. To grupa chorób rzadkich, nazwanych dystrofiami rogówki, które możemy leczyć przeszczepami rogówki. Wreszcie wskazaniem do przeszczepu jest również cała grupa zwyrodnień pozapalnych. Najtrudniejsze do keratoplastyki natychmiastowej, czyli „na gorąco", są właśnie stany zapalne z rozmiękaniem rogówki: zarówno bakteryjne, jak i pierwotniakowe czy grzybiczne. Osobna grupa pacjentów to dzieci. Wrodzone obustronne bielmo rogówki jest wskazaniem do wykonania keratoplastyki najlepiej do 6. miesiąca życia. W Szpitalu Kolejowym w Katowicach w 2004 roku wprowadziliśmy przeszczepy u niemowląt do rutynowej praktyki chirurgicznej. Wcześniej rodzice musieli szukać pomocy za granicą, głównie w Wielkiej Brytanii i Niemczech. W tym czasie była to operacja pionierska, która otworzyła młodym pacjentom nową drogę.

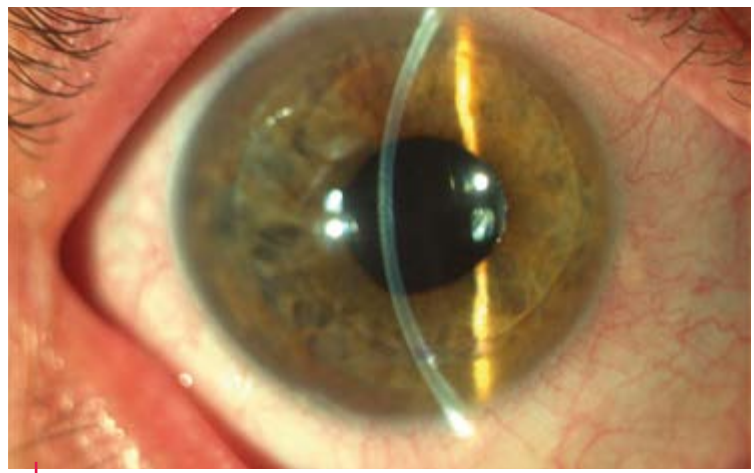
Jakie techniki operacyjne są obecnie stosowane w operacjach przeszczepienia rogówki?

Obecnie nadal stosujemy pełne przeszczepiania, nazywane keratoplastyką drążącą, oraz keratoplastyki warstwowe przednie i tylne, a także przeszczepy rąbkowych komórek macierzystych oraz przeszczepy sztucznej rogówki. Procedury odtworzenia powierzchni oka wspomagane są również przeszczepami błony owodniowej, która jest dystrybuowana przez banki tkanek.

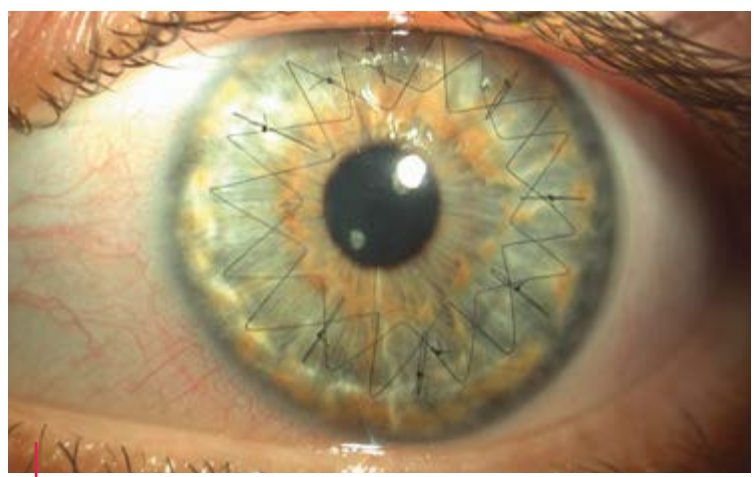
Wraz z rozwojem urządzeń diagnostycznych i chirurgicznych rozwinęła się keratoplastyka selektywna. Przeszczepiamy coraz cieńsze warstwy tkanki, oszczędzając zdrową część i wymieniając tylko chorą. Dobrym przykładem jest przeszczep warstwowy tylny w dystrofii Fuchsa – w takich przypadkach patologicznie zmieniona warstwa ma grubość około 0,02 mm. Zamiast przeszczepu pełnej grubości 0,55 mm, wykonujemy przeszczep grubości od 0,15 do 0,02 mm w zależności od techniki.



Dystrofia ziarnista rogówki. Zmętnienia kształtu kruszonego kamienia powodują utratę przeźroczystości



Oko pacjentki 15 lat po przeszczepie warstwowym tylnym



Przeszczep drążący rogówki z szwem podwójnym ciągłym

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Prof. Edward Wylęgała wykonuje przeszczep rogówki za pomocą lasera femtosekundowego

Która z dwóch stosowanych metod – przeszczepienie drążące, czyli na całej grubości, czy przeszczepienie warstwowe, lamelarne – jest bezpieczniejsza dla pacjenta?

Jak już wspomniałem, dążymy do wykonywania przeszczepów selektywnych, wycinając z rogówki biorcy warstwy patologicznie zmienione i wymieniając je na zdrowe analogicznej grubości i kształtu. Przy zmętnieniach warstw powierzchownych rogówki możemy wyciąć laserem femtosekundowym warstwę rogówki dowolnej grubości i kształtu. Ręczne wycięcie jest w praktyce bardzo trudne i niewymiarowe. Szczególnym przykładem przeszczepu warstwowego jest przeszczep komórek macierzystych wyhodowanych w laboratorium po pobraniu biopsji z oka zdrowego. To rodzaj zawansowanej technologii medycznej, umożliwiającej przeszczepianie komórek macierzystych w postaci leku. Z kolei szczególnym przykładem przeszczepu pełnej grubości jest sztuczna rogówka, nazwana keratoprotezą. To procedura, która dzięki staraniom konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki, pana prof. Marka Rękasa, jest w Polsce refundowana, tak więc pacjenci nie muszą poszukiwać pomocy za granicą.

Co zyskuje pacjent dzięki przeszczepowi warstwowemu?

Przeszczepy warstwowe to naturalny, innowacyjny kierunek rozwoju transplantologii. Dają lepsze wyniki anatomiczne oraz czynnościowe. Co ciekawe, kiedy w 1999 roku byłem na kursie przeszczepów warstwowych, to zainteresowanie było znikome, mimo że prowadzącymi byli twórcy tych technik – G. Melles, M. Anwar i mój włoski nauczyciel, prof. Ferdinando Trimarchi. To właśnie dzięki temu ostatniemu mogłem w tym kursie uczestniczyć.

Od 2000 roku rozpocząłem wprowadzanie tej metody w Polsce, w Szpitalu Kolejowym w Katowicach. To były fascynujące początki chirurgii warstwowej, kiedy przeszczep rogówki wprowadzony do komory przedniej nie był przyszywany, czy gdy udawało się odsłonić najcieńszą warstwę rogówki grubości 0,012 mm. Można powiedzieć, że w tym czasie były to osiągnięcia nie do uwierzenia. Kamienie milowe transplantologii okulistycznej. Oczywiście, nie byłoby to możliwe, gdyby nie mój zespół, z którym pracowaliśmy razem ponad dwadzieścia lat, wykonując kilka tysięcy przyczepów i publikując blisko 200 prac dostępnych w PubMed.

Mimo że wykonujemy w Polsce 1300 przeszczepów rogówki rocznie, to tylko 40 proc. to przeszczepy warstwowe. Musimy zrobić wszystko, aby tę proporcję odwrócić. Mamy akredytację w 31 ośrodkach transplantacyjnych, z których aktywnych jest 21, ale tylko w pięciu wykonywanych jest więcej niż 100 przeszczepień rocznie. Tak więc mamy dużo do zrobienia, aby ten stan polepszyć.

Rozmawiała: Dorota Bardzińska

Reklama w wersji
tylko dla lekarzy

Bezpieczeństwo zabiegu fakoemulsyfikacji zaćmy

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. ROBERTEM REJDAKIEM**, KIEROWNIKIEM KATEDRY I KLINIKI OKULISTYKI OGÓLNEJ I DZIECIĘCEJ SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 1 W LUBLINIE.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Zabiegi fakoemulsyfikacji zaćmy są najczęściej wykonywanymi zabiegami w okulistyce. Na czym polegają?

Współczesne techniki operacji zaćmy to wynik bardzo intensywnego rozwoju zarówno technik chirurgicznych, jak stojących za nimi technologii. Doprowadziły one z jednej strony do osiągnięcia bardzo wysokiego bezpieczeństwa zabiegów, a z drugiej do bardzo wysokiej ich precyzji i dokładności. Obecnie nazywamy te zabiegi chirurgią minimalnie inwazyjną. Wykonujemy je mikronarzędziami, wprowadzanymi do oka poprzez bardzo niewielkie cięcia: ok. 1,8-2,2 mm (jeśli chodzi o cięcie główne) oraz 1,0-1,2 mm, jeśli chodzi o tzw. porty boczne. Jest wiele technik przeprowadzenia tej operacji, z zastosowaniem różnych cięć. Chirurgia małoinwazyjna w operacjach zaćmy polega na wszczepieniu soczewki zwijalnej, która rozwija się wewnątrz komory przedniej oka. Obecnie rozwój technologiczny zapewnił dostęp do całej gamy soczewek wewnątrzgałkowych: najbardziej standardowe to soczewki monofakalne (jednoogniskowe), w coraz większym stopniu wykorzystuje się jednak też soczewki toryczne, które korygują astygmatyzm, soczewki wieloogniskowe oraz soczewki typu EDOF (wykorzystywane w leczeniu starczowzroczności, umożliwiające dobre widzenie do bliży, dali oraz obszaru pośredniego). Standardem jest wykonywanie operacji w znieczuleniu miejscowym, poprzez podanie dokomorowo preparatu w kroplach. Dzięki bezpieczeństwu i precyzji zabiegów, w uzasadnionych przypadkach przeprowadza się jednoczasowe, obustronne operacje zaćmy.

Soczewki są wykonane z doskonałej jakości materiałów, mamy do dyspozycji bardzo nowoczesne płyny infuzyjne: te środki są podstawą właściwego wykonania zabiegu, który gwarantuje pacjentowi najwyższe bezpieczeństwo i najlepsze efekty. Kluczową rolę odgrywa jednak odpowiednie przygotowanie pacjenta do operacji, a także zaplanowanie okresu pooperacyjnego.

Na czym polega przygotowanie pacjenta do zabiegu i planowanie okresu pooperacyjnego?

Po pierwsze ważna jest właściwa kwalifikacja do operacji: jeśli lekarz stwierdza u pacjenta aktywny proces zapalny, np. zapalenie brzegów powiek, powinien najpierw odpowiednio go leczyć i odłożyć termin operacji, dopóki są objawy aktywnego procesu zapalnego. Z kolei jeśli pacjent jest już zakwalifikowany do operacji, to przed jej rozpoczęciem należy podać do szpary powiekowej 5-procentowy roztwór betadyny (powidon jodyny). Waż-

ne jest też, żeby skóra była odpowiednio oczyszczona, umyta roztworem 10-procentowej betadyny. Następnie czekamy 3 minuty, przepłukujemy szparę powiekową płynem. Dopiero wtedy możemy rozpocząć operację.

Po zakończeniu operacji podajemy do komory przedniej antybiotyk – cefuroksym. Następnie, w okresie pooperacyjnym, przez 7 dni pacjent musi przyjmować lewofloksacynę – cztery razy dziennie: to antybiotyk z grupy fluorochinolonów nowej generacji. Ważne, żeby okres leczenia wynosił 7 dni, a nie dłużej.

Dlaczego ten siedmiodniowy okres stosowania antybiotyku jest tak ważny?

Wiemy, że w tym czasie dochodzi do całkowitego zamknięcia tunelu rany – głównego portu, przez który wykonujemy zabiegi operacyjne. Dłuższy okres stosowania lewofloksacyny czy innych antybiotyków grozi wytworzeniem się antybiotykoodporności. Równolegle z lewofloksacyną stosowane są sterydy; przede wszystkim deksametazon: podaje się je najpierw cztery razy dziennie, potem, po upływie tygodnia jeszcze trzy razy dziennie (przez 2-3 tygodnie). To procedura, którą stosujemy standardowo po zabiegach fakoemulsyfikacji soczewki i wszczepieniu sztucznej soczewki w przebiegu nowoczesnej chirurgii zaćmy. Lata badań doprowadziły do ustalenia takiej właśnie procedury. Jednocześnie podkreśla się, że podawany do komory cefuroksym wykazuje synergizm ze stosowaną lewofloksacyną w okresie pooperacyjnym. W świetle badań i obserwacji ta procedura jest niezwykle skuteczna i bezpieczna dla pacjentów.

Zabiegi zaćmy są uważane za stosunkowo bezpieczne; jakie jednak mogą wystąpić po nich powikłania?

Zabieg fakoemulsyfikacji jest zabiegiem bardzo precyzyjnym, wymagającym najwyższych reżimów sanitarnych oraz precyzji technik operacyjnych. Mogą wystąpić powikłania, np. śródoperacyjne. Mają na nie wpływ zarówno trudne warunki operacyjne, jak mniejsze doświadczenia chirurga. Bardzo niebezpieczne powikłania to np. przerwanie ciągłości tylnej torebki, wypadnięcie ciała szklistego, przemieszczenie mas soczewkowych albo sztucznej soczewki do ciała szklistego, krwotok nadnaczyniówkowy, zwany krwotokiem wypierającym. Częstość występowania tego powikłania została bardzo zminimalizowana dzięki technikom minimalnie inwazyjnym.

Bardzo niebezpiecznym powikłaniem okresu pooperacyjnego, szczególnie wczesnego, jest zakażenie i zapalenie wnętrza gałki ocznej – dlatego niezwykle ważna jest zarówno technika operacyjna (błędy mogą spowodować zwiększone ryzyko zapalenia wnętrza gałki ocznej, np. wypadnięcie ciała szklistego i zakleszczenie go w portach operacyjnych), jak zachowanie reżimu sanitarnego. Oczywiście, zdarzają się też powikłania występujące nieco później, związane z np. z torbielowatym obrzękiem plamki lub odwarstwieniem siatkówki. Jednak dzięki doskonałości obecnego sprzętu, wysokiemu poziomowi wyszkolenia chirurgów okulistów, powikłania zdarzają się bardzo rzadko.

Dlaczego preferowane są takie antybiotyki jak lewofloksacyna?

Wcześniej w chirurgii zaćmy było stosowanych wiele antybiotyków, jednak pojawiła się na nie antybiotykooporność bakterii. Wcześniej stosowaliśmy antybiotyki zbyt długo. Błędem było także stopniowe odstawianie antybiotyków: przez siedem dni podawaliśmy je od czterech do sześciu razy dziennie, w następnym tygodniu – trzy razy dziennie, a zwykle kończyliśmy na podawaniu dwa razy dziennie. Spowodowało to, że na antybiotyki starszej generacji wytworzyła się antybiotykooporność. Antybiotyki najnowszej generacji, np. fluorochinolony, pojawiły się niedawno i charakteryzują się najmniejszą lekoopornością spośród wszystkich antybiotyków. Wiemy jednak, że powinniśmy je stosować krótko, ale intensywnie, to znaczy: nie dłużej niż tydzień i bez stopniowego odstawiania; to dwie podstawowe zasady. Standardowym sposobem stosowania jest więc podawanie cztery razy dziennie, przez 5-7 dni. Na tym kończymy antybiotykoterapię.

Antybiotyki najnowszej generacji, np. fluorochinolony, powinniśmy stosować krótko, ale intensywnie: nie dłużej niż tydzień i bez stopniowego odstawiania. Standardowym sposobem jest więc podawanie cztery razy dziennie, przez 5-7 dni. Na tym kończymy antybiotykoterapię.

Należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz: mamy najnowszy antybiotyk, jakim jest lewofloksacyna, jednak wiemy też, że przemysł nie prowadzi obecnie badań nad innymi antybiotykami. Mamy więc lewofloksacynę do stosowania standardowego i moksyfloksacynę do leczenia cięższych stanów. Obecnie nie toczą się badania nad innymi antybiotykami. A to oznacza, że jeśli nie będziemy zdawać sobie sprawy z zagrożeń lekoopornością i spowodujemy pojawienie się oporności na te nowe antybiotyki, to zostaniemy bez skutecznych leków w prowadzeniu pooperacyjnym naszych pacjentów.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Skorygować wzrok

ROZMOWA Z **DR HAB. N. MED. JOANNĄ WIERZBOWSKĄ, PROF. WIM,** Z KLINIKI OKULISTYKI WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO.

Jeszcze nie tak dawno jedyną metodą korekcji wad wzroku były tradycyjne okulary, potem pojawiły się soczewki kontaktowe, dziś jest to chirurgia refrakcyjna – metoda, a raczej metody, w których też dzieje się wiele, bo wciąż są udoskonalane, głównie dzięki coraz to lepszym narzędziom...

Istotnie, tak właśnie jest. Chirurgia refrakcyjna rogówki i soczewki to jedna z coraz intensywniej rozwijających się dziedzin okulistyki. Umożliwia ona korekcję wad wzroku dzięki wykorzystaniu najnowszych odkryć medycyny i bioinżynierii, w tym ultranowoczesnych platform laserowych. Warto jednak pamiętać, że prekursorami keratotomijnej chirurgii refrakcyjnej byli Snellen i Bates, pod koniec XIX wieku, zaś podwaliny pod laserową chirurgię refrakcyjną stworzyli Jose Barraquer, Luis Riuz i Stephen Trokel, począwszy od lat 60. XX wieku. O tym, jak bardzo się rozwija ta dziedzina chirurgii refrakcyjnej, od 1987 roku, kiedy przeprowadzono pierwszy zabieg laserowej korekcji wzroku, świadczy liczba zabiegów, która systematyczne rośnie. Zabiegi laserowej korekcji wzroku to obecnie jedne z najczęściej wykonywanych procedur medycznych na świecie. Na świecie rocznie wykonuje się ok. 5 mln procedur, w Europie ok. miliona. W ostatniej dekadzie wprowadzone zostały nowe procedury zabiegowe, w tym z wykorzystaniem wyłącznie lasera femtosekundowego, dzięki czemu zabiegi są coraz bardziej bezpieczne, coraz bardziej precyzyjne i trwają krócej, a rehabilitacja wzrokowa po zabiegu jest bardziej komfortowa dla pacjenta.

Z kolei do rozwoju segmentu premium refrakcyjnej chirurgii wewnątrzgałkowej przyczyniły się nowe technologie operacyjne, innowacyjne rozwiązania w konstrukcji soczewek wewnątrzgałkowych i wprowadzenie precyzyjnych algorytmów kalkulacji mocy wszczepów. Wszystkie techniki refrakcyjne są zarejestrowane i dopuszczone przez europejskie i amerykańskie urzędy regulacyjne na podstawie długoterminowych badań klinicznych.

Nie byłoby to możliwe bez coraz doskonalszych narzędzi...

Oczywiście. Stosujemy nowoczesne, kolejnych generacji platformy laserów ekcymerowych i femtosekundowych, wspomaganych najnowszymi inteligentnymi, ultraszybkimi systemami kontroli, zapewniających wysoką skuteczność i profil bezpieczeństwa. Mamy takie do dyspozycji w naszej Klinice Okulistyki WIM, dlatego możemy proponować pacjentom pełen panel najbardziej zaawansowanych i nowoczesnych metod laserowej i soczewkowej korekcji wad wzroku. Należy jednak podkreślić, że to zasługa nie tylko sprzętu. Wykonywanie tego typu zabiegów nie byłoby możliwe bez doskonale wyszkolonego personelu, doświadczonego zespołu specjalistów, zajmującego się właściwą kwalifikacją pacjenta do zabiegu, wyborem optymalnej procedury refrakcyjnej i jej sprawnym przeprowadzeniem, wreszcie kontrolą po zabiegu.

Kto może skorzystać z chirurgii refrakcyjnej, czy każda z jej metod jest dla każdego?

Zasadniczo kandydatami do laserowej korekcji wzroku mogą być osoby z krótkowzrocznością do -10 dioptrii, nadwzrocznością do +6 dioptrii, astygmatyzmem do 6 dioptrii oraz starczowzrocznością. Ta metoda jest kierowana zarówno do osób młodszych, jak również do osób starszych, ale aktywnych, które chciałyby zrezygnować na stałe z okularów lub dla których problemem refrakcyjnym jest wynikająca ze starczowzroczności konieczność stosowania korekcji do bliży.

Laserowa korekcja wzroku jest często wybierana przez osoby, które planują wykonywać zawody o ścisłych wymaganiach wzrokowych i coraz bardziej popularna wśród osób z wadą resztkową lub astygmatyzmem po operacji zaćmy. W niektórych krajach należących do NATO, np. w USA czy w Niemczech, zabiegi te są przeprowadzane w wybranych ośrodkach bezpłatnie u osób pełniących czynną służbę wojskową i są wspierane przez Departament Obrony USA i Bundeswehrę, jako procedury ratujące życie żołnierzy.

Natomiast kandydatami do chirurgicznej korekcji wady wzroku za pomocą soczewki fakijnej mogą być osoby zdrowe, w wieku od 21 do 40 lat, z krótkowzrocznością do -18 dioptrii, nadwzrocznością do +10 dioptrii i astygmatyzmem do 6 dioptrii. Najnowszej generacji soczewki fakijne ICL są nowoczesną opcją korygowania wysokich wad refrakcji, gdy nie ma możliwości ich usunięcia za pomocą metod laserowych. Co istotne, soczewki ICL są wykonane z obojętnego collameru, przypominającego kolagen ludzki. Zabiegi są bezpieczne i odwracalne. W przypadku powstania zaćmy możliwe jest jej późniejsze operacyjne usunięcie.

Inne metody soczewkowej chirurgii refrakcyjnej opierają się na refrakcyjnej wymianie soczewki i wszczepieniu implantów wielogniskowych, umożliwiających satysfakcjonującej ostrości wzroku do dali, bliży oraz na odległości pośredniej. Kandydatami do tej ostatniej metody refrakcyjnej są osoby w wieku powyżej 40 lat. Należy podkreślić, że podstawą zakwalifikowania pacjenta do rogówkowej lub soczewkowej procedury refrakcyjnej jest pozytywny wynik badania kwalifikującego, opartego m.in. na szczegółowym panelu badań okulistycznych.

Wróćmy jeszcze na moment do definicji chirurgii refrakcyjnej, jak najprościej można ją określić?

To dziedzina medycyny, zajmująca się leczeniem operacyjnym wad wzroku, polegająca na doprowadzeniu do normowzroczności lub zmniejszenia wady wzroku. W praktyce klinicznej jest to szereg procedur medycznych – rogówkowych lub soczewkowych, modyfikujących stan refrakcji oka przez odpowiednią zmianę kształtu przedniej powierzchni rogówki lub implantację soczewki wewnątrzgałkowej.

Chirurgia refrakcyjna to chyba Pani pasja? Dała Pani temu wyraz, opracowując „Kompendium nowoczesnych metod korekcji wzroku”...

To niezwykle interesująca dziedzina okulistyki, a to, w jakim tempie się rozwija, jak zmieniają się techniki operacyjne, metody, fascynuje mnie od ponad 20 lat. Każdego roku przeprowadzam ponad tysiąc zabiegów laserowej korekcji wzroku. I moja fascynacja tą dziedziną chirurgii okulistycznej się pogłębia.

Rozmawiała: Bożena Stasiak

wyd. Medical Education

KOMPENDIUM NOWOCZESNYCH METOD KOREKCJI WZROKU

PROF. JOANNA WIERZBOWSKA

W książce opisano obecnie stosowane techniki, jak również metody niedalekiej przyszłości. Autorka omawia ważne aspekty kwalifikacji pacjenta do laserowej i soczewkowej korekcji wad refrakcji. Poruszając temat skuteczności i bezpieczeństwa laserowej chirurgii refrakcyjnej, omawia również problem starczowzroczności i nowe metody jej korekcji. Cenna i pomocna pozycja w codziennej praktyce lekarza okulisty, nie tylko zajmującego się chirurgią refrakcyjną.

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Technika odwróconego płatka

MAMY PRAKTYCZNIE 100 PROC. WYLECZONYCH PACJENTÓW – Z **PROF. DR. HAB. N. MED. JERZYM NAWROCKIM**, OKULISTĄ, CHIRURGIEM WITREORETINALNYM, AUTOREM TECHNIKI ODWRÓCONEGO PŁATKA STOSOWANEJ W LECZENIU OTWORÓW W PLAMCE, ROZMAWIA ANNA KOPRAS-FIJOŁEK.

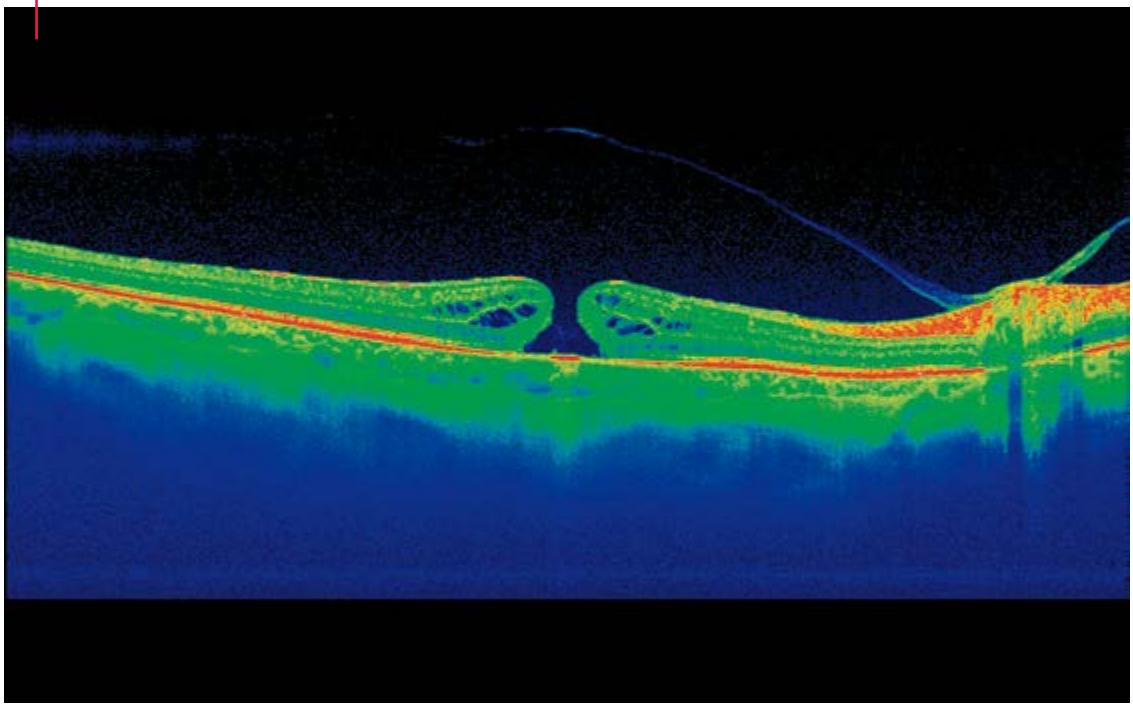
Panie Profesorze, jeszcze do niedawna otwór w plamce stanowił poważny problem. Dlaczego?

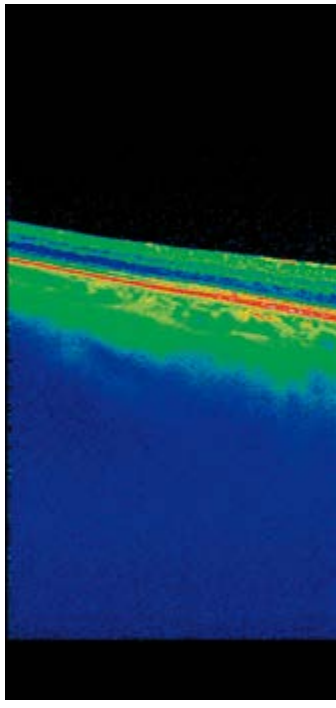
Otwór w plamce do 1990 roku był chorobą nieoperacyjną. Lekarze nie umieli tego leczyć. Uważali, że tego się leczyć nie da. Otwór w plamce to nie tylko ubytek tkanki w środku, ale bardzo często również uniesienie brzegów tego otworu od podłoża, czyli naczyniówki. Dwóch okulistów – Neil Kelly i Robert Wendel z Kalifornii – zaobserwowało w 1989 roku, że po wykonaniu witrektomii i podaniu gazu mikroskopijne uniesienie siatkówki od naczyniówki wokół otworu może „przyklapnąć". W tamtym czasie nie mieliśmy różnych metod diagnostycznych, które mamy dzisiaj. Okulistyka była zupełnie inna niż jest dzisiaj, ale oni uznali, że to jest już jakaś forma wyleczenia. Chcieli to publikować, ale – z racji braku dobrej diagnostyki – recenzenci im nie wierzyli, że to jest prawdą. W 1991 roku udało im się uzyskać publikację w dość prestiżowym czasopiśmie. Od tego momentu zaczął się boom na leczenie otworu w plamce.

Stosowano różne metody?

Tak, ale większość z nich nie miała większego sensu. Celem było jednak nie to, żeby otwór całkiem

Pełnościenny otwór w plamce



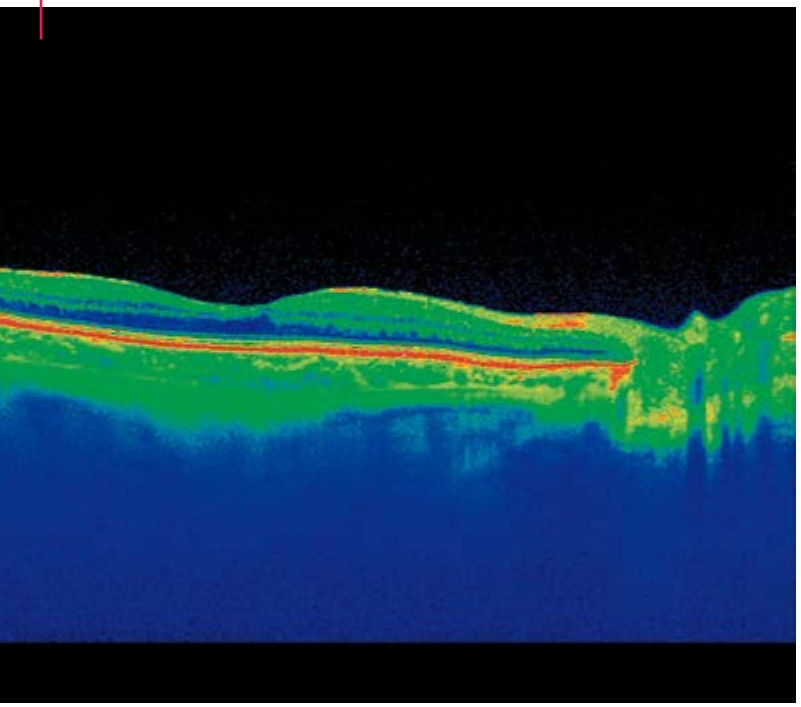


FOT. PAWEŁ KELER

Przypadek sprawił, że mieliśmy pacjentkę, która miała bardzo nietypowy otwór w plamce. Był tam jakiś białawy element tkanki wiszący obok tego otworu. Pomyślałem, że gdybym jednak tej białawej tkanki nie usunął, może udałoby się pacjentkę wyleczyć.

się zamknął i jakby zniknął, tylko żeby jego brzegi przytwierdziły się do naczyniówki. Dawało to pewną poprawę, ale nie tak wspaniałą. Wielu okulistów uważało wtedy, że chyba najlepszym sposobem jest zdjąć tzw. błonę graniczną wewnętrzną. Nie było jednak do tego zdjęcia błony granicznej wewnętrznej, narzędzi, metod. Każdy próbował, ja też – już od 1995 roku. Pomysł istniał w środowisku, ale dopiero w 1997 roku niemiecki profesor Claus Eckardt opublikował pierwszą pracę na ten temat i zaproponował, w jaki sposób, jakimi narzędziami to robić. Świat w zasadzie przyjął, że przy otworze w plamce trzeba zdjąć błonę graniczną wewnętrzną siatkówki i podać gaz.

Stan po 18 miesiącach od operacji: pełna regeneracja warstwy fotoreceptorów



Jaka była skuteczność tej metody?

Według mnie – na poziomie 70 proc. W tamtym czasie stosowałem tę metodę i takie właśnie były moje wyniki. Pytałem sam siebie: o co chodzi? Narzędzia miałem identyczne, środki farmakologiczne już też – w 2001 roku założyliśmy klinikę okulistyczną „Jasne Błonia" i mieliśmy do nich dostęp. Lekarze na świecie twierdzili, że mają 100 proc. sukcesu, ja – nie. Jeździłem na kongresy. Pewnego razu zapytałem jednego z doświadczonych amerykańskich lekarzy, który zrobił wielką karierę: „Słuchaj, zrobiłeś wszystko, jak należy, a pacjent nie ma zamkniętego otworu, co robisz?". Odpowiedział: „Ja płaczę...". Dla mnie był to sygnał, że oni może też wszystkiego nie wiedzą tak, jak mówią.

Odkrył Pan Profesor nową technikę operacyjną - „Technikę Odwróconego Płatka". Jak doszło do jej odkrycia i na czym polega?

Przypadek sprawił, że mieliśmy pacjentkę, która miała bardzo nietypowy otwór w plamce. Był tam jakiś białawy element tkanki wiszący obok tego otworu. Zoperowałem go tradycyjną metodą, nagrałem film i oglądałem później wielokrotnie z żoną, dr Zofią Nawrocką. Widziałem, że usuwam białawą tkankę z oka i ten otwór się nie zamknął. Pomyślałem, że gdybym jednak tej białawej tkanki nie usunął, może udałoby się taką pacjentkę wyleczyć. Zaczęliśmy myśleć, co robić: obcą tkankę włożyć do oka? Nie bardzo. Stąd przyszedł pomysł i on rzeczywiście był mój, żeby – zamiast zdejmować i wyrzucać błonę graniczną wewnętrzną – wy-

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

➤ korzystać ją jako rodzaj opatrunku i położyć na tym otworze.

Wsparciem był zespół, który pracował z Panem Profesorem...

Rola mojego otoczenia była niewątpliwie duża. My z żoną oglądaliśmy pacjentów po operacji i od razu odnieśliśmy wrażenie, że jakość naszego leczenia otworów w plamce się poprawiła. Żeby to udowodnić, trzeba było zaplanować badanie, które miało na celu porównanie. Z żoną badaliśmy pacjentów, nasza córka – obecnie prof. Zofia Anna Nawrocka, która wtedy kończyła studia, zaczynała staż na okulistyce i okazało się, że ma talent do pisania publikacji. Spisała materiał mój i żony, a następnie spróbowała to wydrukować. Chcieliśmy przedstawić naszą pracę na zjeździe amerykańskim. Zostało to jednak potraktowane trochę po macoszemu. Prezentację zakwalifikowano jako plakat, ale nam wydawało się to niewystarczające. Mieliśmy wrażenie, że recenzenci w ogóle nas nie zrozumieli. Zastanawialiśmy się, co zrobić. Wymyśliliśmy inną nazwę. W następnym roku pokazaliśmy tę samą pracę, tylko z inną nazwą metody, to znaczy „Metoda odwróconego płatka". Nakręciliśmy również film obrazujący tę metodę, który dostał główną nagrodę na zjeździe amerykańskiego towarzystwa siatkówkowego, europejskiego towarzystwa siatkówkowego, niemieckiego towarzystwa okulistycznego, a rok później praca została opublikowana w „Ophthalmology" – najważniejszym czasopiśmie okulistycznym na świecie. Sukces więc w końcu nastąpił, sukces – podkreślam – zespołowy.

Sukces był pełen?

Czuliśmy wielką radość, ale żeby metoda została zaakceptowana, dobrze jest, jak jeszcze ktoś inny ją potwierdzi. Czekaliśmy trzy lata. Dopiero wtedy pojawiła się praca z Indii, potem z Japonii, następnie zaczęły się pojawiać publikacje azjatyckie, które potwierdzały, że mamy rację, że te wyniki są dużo lepsze, a ta technika jest skuteczna. To dopiero było dla nas w pewnym sensie sukcesem. Azjaci stosowali tę metodę, a Europejczycy patrzyli z wielką ostrożnością; Amerykanie również, mimo że dali nam wiele nagród. Świat się podzielił, prawie jak w polityce. Jedni stosowali klasyczną metodę, inni – naszą. Część Polaków przekonała się, ale nie wszyscy.

Jak wygląda to dziś?

Właściwie nadal tak samo. Nasza metoda jest powszechnie stosowana w Azji. Tam jesteśmy zapraszani: byliśmy w Japonii, na Tajwanie, w Indiach, Pakistanie. W Europie niektórzy ją stosują, inni za żadne skarby nie chcą nawet myśleć, że można tak operować. Niedawno był kongres amerykańskiego towarzystwa siatkówkowego: okazało się, że wszyscy stosują technikę odwróconego płatka, ale nie u wszystkich pacjentów. Nam wydaje się, że korzystniej jest stosować ją zawsze, u każdego pacjenta, a nie tylko u wybranych. Dlaczego jednych traktować lepszą metodą, a drugich gorszą, skoro nasza naprawdę jest dużo lepsza? W PubMed jest ponad 200 prac (a jeszcze jest wiele poza nim) stwierdzających, że nasza metoda jest lepsza. Na 830 operacji mieliśmy niecałe 4 proc. niepowodzeń. O 26 proc. mamy więc lepsze wyniki niż te osiągane przez nas przy stosowaniu poprzedniej metody.

Nasza metoda jest powszechnie stosowana w Azji. Niedawno odbył się kongres amerykańskiego towarzystwa siatkówkowego: okazało się, że wszyscy stosują technikę odwróconego płatka, ale nie u wszystkich pacjentów. Nam wydaje się, że korzystniej jest stosować ją zawsze, u każdego pacjenta, a nie tylko u wybranych.

Jeśli weźmiemy jeszcze pod uwagę wykonanie powtórnej operacji, mamy praktycznie 100 proc. wyleczonych pacjentów tzn. z zamkniętym otworem.

Nazwisko Pana Profesora znane jest od Japonii po Alaskę. Odkrycie, którego Pan Profesor dokonał, to największe osiągnięcie światowej retinologii ostatnich 10 lat i największe osiągnięcie polskiej okulistyki w historii. Jako jedyny do tej pory Polak został Pan Profesor zaproszony na najbardziej prestiżowy kongres omawiający problematykę schorzeń siatkówki – Vail Vitrectomy...

O kwalifikacji pracy do udziału w kongresie decyduje komisja selekcyjna składająca się z najwybitniejszych lekarzy okulistów z całego świata. Zespół wybiera jedynie sto prac dotyczących nowatorskiej chirurgii siatkówkowej, które nie były nigdzie do tej pory prezentowane na żadnym międzynarodowym kongresie ani nie zostały nigdzie opublikowane.

To jest naprawdę coś bardzo specjalnego. Kongres organizowany jest raz na trzy lata. Uczestnikami mogą być tylko osoby zaproszone. Bycie tam jeden raz dla Polaka to już jest rekord świata. My w tym roku byliśmy już po raz czwarty. Mówiliśmy m.in. właśnie o możliwościach leczenia otworu w plamce naszą techniką. ▮

Reklama w wersji
tylko dla lekarzy

ROZMOWA Z **DR. N. MED. RAFAŁEM NOWAKIEM** Z KLINIKI OKULISTYKI WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO W WARSZAWIE ORAZ ODDZIAŁU OKULISTYCZNEGO WIELOSPECJALISTYCZNEGO SZPITALA MIEJSKIEGO IM. JÓZEFA STRUSIA W POZNANIU.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

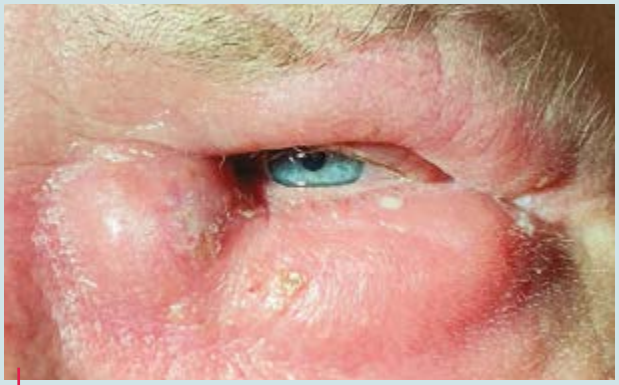
Niedrożność **dróg łzowych**

Niedrożność dróg łzowych: jak ją się diagnozuje i kiedy jest wskazanie do leczenia tego schorzenia?

Właściwie trzeba by zacząć od anatomii. Drogi odprowadzające łzy zaczynają się na brzegu powiek – tam znajdują się punkty łzowe, będące początkiem kanalika łzowego. Kanaliki łzowe (górny i dolny) łączą się w kanalik wspólny, który uchodzi do worka łzowego znajdującego się w przednio-dolno-przyśrodkowej części oczodołu. Od worka łzowego w dół prowadzi przewód nosowo-łzowy, który odprowadza łzy do jamy nosowej – dlatego można zauważyć, że osoba, która płacze, zaczyna „pociągać" nosem (łzy są odprowadzane do nosa). Niedrożność dróg łzowych jest spowodowana tym, że w pewnym miejscu dróg łzowych pojawia się np. zwężenie (przyczyna pierwotna lub wtórna – na skutek stanu zapalnego, urazu etc.), a następnie całkowity blok przepływu: oko zaczyna łzawić, ropieć, tworzą się stany zapalne.

W zależności od tego, w którym miejscu dojdzie do niedrożności dróg łzowych – czy stanie się to na początku, np. w kanalikach, czy na końcu, w przewodzie nosowo-łzowym, pojawiają się różne objawy. Jeśli w początkowym odcinku, to oko będzie bardziej łzawić; jeśli poniżej worka łzowego – to oprócz łzawienia dochodzi do gromadzenia się wydzieliny ropnej w worku łzowym; zapalenia worka łzowego, powstaje ropień, który czasem urasta do rozmiarów kilku centymetrów. Ropień często pęka, ropa może wylewać się na zewnątrz – a wszystko to dzieje się blisko oka. Są pacjenci, u których taka sytuacja zdarza się co kilka tygodni: pojawia się bardzo duży obrzęk, bolesność twarzy, ropień, który pęka, zabliźnia się. Po pewnym czasie wszystko się powtarza – dopóki nie wykonamy zespolenia workowo-nosowego, czyli dopóki nie stworzymy obejścia, alternatywnej drogi odpływu łez do jamy nosowej. Taką operację wykonujemy obecnie endoskopowo, a kiedyś wykonywana była z dostępu zewnętrznego.

Wraz z prof. Markiem Rękasem jest Pan współredaktorem książki „Niedrożność dróg łzowych: podstawy diagnostyki i leczenia". Dlaczego powstała?



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Typowe ostre zapalenie worka łzowego z tworzącym się ropniem

Spektakularny przykład spontanicznej perforacji masywnego ropnia worka łzowego

Do tej pory na polskim rynku nie było żadnego całościowego opracowania na ten temat; były tylko pojedyncze, krótkie rozdziały w podręcznikach okulistyki. Należało tę wiedzę uaktualnić, usystematyzować, ujednolicić: zaczynając od nazewnictwa, które było niejednorodne, poprzez diagnostykę i leczenie. To całościowe opracowanie, obejmujące aktualną wiedzę dotyczącą embriologii, anatomii, fizjologii wydzielania łez i ich odpływu, patofizjologii i diagnostyki, leczenia zachowawczego i operacyjnego, postępowania pooperacyjnego, powikłań; jest również rozdział dotyczący zaplecza sprzętowego. Wspominamy również o takich „nowinkach" jak zastosowanie wirtualnej rzeczywistości w diagnostyce oraz o telemedycynie w przeprowadzaniu zabiegów operacyjnych z zakresu chirurgii dróg łzowych.

Poza całościowym, aktualnym obrazem niedrożności dróg łzowych, zwracamy uwagę na zastosowanie endoskopii, zarówno w diagnostyce, jak w leczeniu chirurgicznym, ponieważ taka jest tendencja na świecie. Dzięki endoskopii zmniejszamy inwazyjność, a zwiększamy dokładność zabiegu – mamy bowiem odpowiednią wizualizację pola operacyjnego. Zabieg w tym wypadku nie jest wykonywany z dostępu zewnętrznego, co powodowało zawsze pozostawianie blizn na twarzy, tylko z dostępu endoskopowego, od strony nosa. Dzięki temu również efekt kosmetyczny jest bardzo dobry – poza jeszcze lepszymi wynikami operacji.

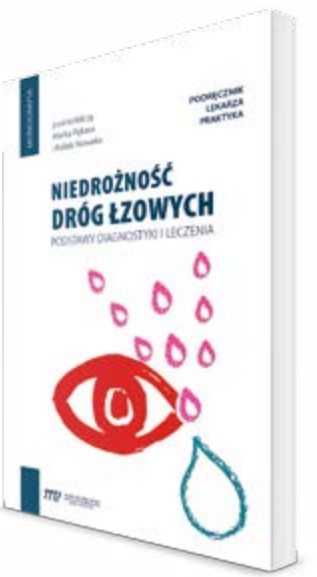
Ta książka to już „obowiązkowy" podręcznik dla okulistów?

To nie jest podręcznik, który uczyłby metod chirurgicznych. Jak wskazuje tytuł: to są podstawy diagnostyki i leczenia. Naszym celem było pokazanie podstaw – zarówno dla lekarzy okulistów, jak dla lekarzy specjalizujących się w okulistyce, a także dla laryngologów, chirurgów szczękowo-twarzowych, czyli lekarzy różnych specjalności, którzy mogą mieć styczność z pacjentami chorującymi na niedrożność dróg łzowych, ponieważ podstawy powinny być powszechnie znane. Lekarze powinni wiedzieć nie tylko jak diagnozować, ale również jakie są opcje leczenia operacyjnego, aby dalej właściwie pokierować chorego do specjalistycznego ośrodka. Po to, by podręcznik był bardziej interesujący, zadbaliśmy o formę graficzną, która wspomaga uczenie się i pomaga w wyjaśnieniu przedstawionych problemów. Bardzo pomocna jest nawigacja w książce: są bardzo liczne ilustracje, indeks, wiele zakładek, wyróżnień, punktów do zapamiętania; a w podsumowaniu są zebrane najważniejsze rzeczy, żeby po przeczytaniu każdego rozdziału wiedzieć, co jest podstawą.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz

Ten sam pacjent po oczyszczeniu rany

Dakrocele



wyd. Media Education.

NIEDROŻNOŚĆ DRÓG ŁZOWYCH. PODSTAWY DIAGNOSTYKI I LECZENIA

Red.:
prof. dr hab. Marek Rękas,
dr. n. med. Rafał Nowak;
autorzy:
lek. Aleksandra Kicińska,
lek. Michał Kinasz,
dr n. med. Rafał Nowak,
dr n. med. Izabela Nowak-Gospodarowicz;
konsultacja:
prof. Mohammad Javed Ali (dakrologia),
dr Nishi Gupta (otolaryngologia),
dr Marcin Podgórski (radiologia),
dr n. hum. Marcin Kuźma (językoznawstwo);
recenzenci:
prof. dr hab. Robert Rejdak,
prof. dr hab. Edward Wylęgała

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Jesteśmy otwarci na współpracę ze wszystkimi lekarzami okulistami

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. ROBERTEM REJDAKIEM**, PREZESEM STOWARZYSZENIA CHIRURGÓW OKULISTÓW POLSKICH (SCOP)

Czym wyróżnia się działalność Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich?

Stowarzyszenie działa już od 13 lat; przez pierwszy okres było jednak bardzo nieliczne. W 2019 roku zostałem prezesem; pierwsza kadencja upłynęła na tworzeniu nowoczesnych podstaw prawnych, zmieniliśmy statut stowarzyszenia, mamy już siedzibę, stronę internetową, media społecznościowe. Stworzyliśmy pewną strukturę organizacyjną, która organizuje prace stowarzyszenia, udało nam się też zebrać budżet, który zapewnia płynność działania. Od początku postawiliśmy na edukację lekarzy. Przez te trzy lata udało nam się zorganizować kilkadziesiąt spotkań, sympozjów i szkoleń; w trakcie pandemii przeszliśmy na formę webinarów internetowych. Paradoksalnie, mimo braku spotkań stacjonarnych, bardzo przysporzyły nam one popularności. Powstała tzw. Akademia Okulistyki SCOP, stworzyliśmy również kursy przygotowujące lekarzy do egzaminu specjalizacyjnego z okulistyki. Osobą odpowiedzialną za ich organizację jest prof. Joanna Wierzbowska. Pierwszy zjazd stowarzyszenia odbył się online, tegoroczny odbywa się już stacjonarnie w Jachrance. Planujemy szereg sesji naukowych, systemowych oraz wiele kursów.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Patronowaliśmy kilku wydaniom książek z Biblioteki Okulisty Praktyka, patronujemy czasopismu Ophthalmology Journal: to pismo okulistyczne, anglojęzyczne, które spośród pism okulistycznych w Polsce ma najwięcej punktów na ministerialnej liście – nasi członkowie, publikując tu teksty na temat swoich dokonań naukowych, mogą pracować nad swoją karierą. Podpisaliśmy pierwsze umowy z Europejską Szkołą Zaawansowanych Studiów w Dziedzinie Okulistyki ESASO. Chcemy zaistnieć na arenie międzynarodowej; będziemy podpisywać umowy z okulistycznymi organizacjami narodowymi – mamy już zaawansowane ustalenia w sprawie podpisania umowy z ICO – International Council of Oftalmology, prowadzimy zaawansowane rozmowy z Włoskim Towarzystwem Okulistycznym oraz EURETINA (European Society of Retina Specialists). Bardzo istotnie zwiększyła się też liczba członków stowarzyszenia. Zmieniliśmy też jego formułę: początkowo zrzeszało ono głównie chirurgów okulistów, obecnie jesteśmy otwarci dla wszystkich lekarzy okulistów, także dla rezydentów, diagnostów.

Wyróżniliśmy kilku wybitnych okulistów nagrodą Patenty Innowacyjności – prof. Marka Rękasa, prof. Jerzego Nawrockiego, prof. Edwarda Wylęgałę, a także osoby z zagranicy. Chcemy pokazywać innowacje w okulistyce, zarówno jeśli chodzi o nowe formy diagnostyki i leczenia, jak innowacje organizacyjne.

Stowarzyszenie aktywnie włączyło się też w pomoc okulistyczną na Ukrainie?

Tak, nasza pomoc materialna przekroczyła już 1 mln zł. Zorganizowaliśmy wiele transportów materiałów chirurgicznych, sprzętu okulistycznego. Współpracujemy z dr Nataliyą Preys z Ukrainy, która jest honorowym członkiem naszego stowarzyszenia. Prowadzimy codzienne konsultacje, operacje, leczymy ofiary wojny w Ukrainie. W mojej klinice w Lublinie przeprowadziliśmy już ponad 30 operacji u osób poszkodowanych w warunkach wojennych.

A co jest największą fascynacją w zakresie okulistyki Prezesa SCOP?

Okulistyka to dziedzina bardzo bogata w swojej różnorodności; ma wiele podspecjalizacji; wszystkie zasługują na uwagę. Ja jestem zafascynowany chirurgią zaćmy: to doskonała terapia, uważana na świecie za numer jeden, jeśli chodzi o kosztoefektywność: przy zdefiniowanych nakładach na operacje uzyskuje się maksimum skuteczności. Można pacjenta przywrócić do pełnej sprawności wzrokowej. Drugą moją fascynacją okulistyczną są operacje na siatkówce, czyli witrektomie, ale też leczenie chorób plamki żółtej – iniekcje doszklistkowe, czyli ogólnie rzecz biorąc: retinologia. Trzeci obszar to leczenie urazów gałki ocznej: to dziedzina, która wymaga od chirurga umiejętności w zakresie chirurgii zaćmy, chirurgii rogówki, chirurgii siatkówki. Oczywiście zakres jest niezwykle szeroki i obejmuje również inne dziedziny, np. chirurgię plastyczną.

Dzięki temu tak bardzo zaangażował się Pan w operacje przeprowadzane u osób rannych na Ukrainie?

Zajmuję się urazami gałki ocznej już od ponad 15 lat; w Lublinie ponad 10 lat temu stworzyliśmy ponadregionalne centrum leczenia urazów narządu wzroku. Mieliśmy wielu pacjentów z całej Polski po urazach komunikacyjnych, budowlanych, poparzeniach czy pobiciach. Byliśmy przygotowani na tego typu wyzwania, a z drugiej strony los napisał nam scenariusz: jesteśmy tu w Lublinie na „ścianie wschodniej", blisko granicy. Leczymy więc teraz także ofiary wojny, eksplozji, zranień wojennych.

Narząd wzroku jest niewielki, budowa anatomiczna i funkcja bardzo skomplikowana, wymaga bardzo zaawansowanych technik, często opierających się o umiejętności manualne. Jego naprawianie wymaga wieloletniego kształcenia i szkoleń, jest jednak niezwykle fascynujące...

Wykładowcami podczas II zjazdu SCOP będą m.in. prof. Rękas, prof. Wylęgała, prof. Nawrocki, Pan; młodzi lekarze będą mogli uczyć się najnowocześniejszych technik operacyjnych od najlepszych?

Cieszymy się na to spotkanie; sesje są tak ułożone, że w zasadzie wszyscy eksperci, autorytety okulistyki polskiej, będą angażować się w wykłady, jak też kursy tematyczne, które mogą posłużyć młodym lekarzom wchodzącym w zawód, by poszerzać gamę ich umiejętności chirurgicznych, diagnostycznych. Narząd wzroku jest niewielki, budowa anatomiczna i funkcja bardzo skomplikowana, wymaga bardzo zaawansowanych technik, często opierających się o umiejętności manualne. Jego naprawianie wymaga wieloletniego kształcenia i szkoleń, jest jednak niezwykle fascynujące...

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

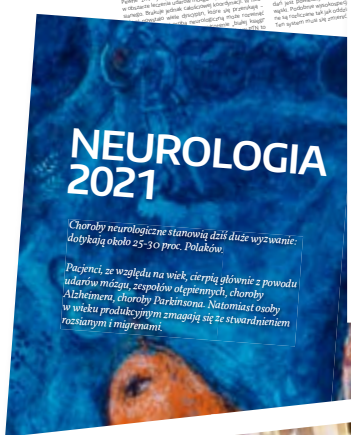
Jubileusz „Świata Lekarza” 100 numerów!

Drodzy Czytelnicy,
Świat Lekarza 3D jest „młodszym dzieckiem" Świata Lekarza. Wydanie Okulistyka ŚL 3D ukazuje się równocześnie z setnym numerem Świata 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-Wiśniewską (1956-2014), dziennikarkę, krytyczkę sztuki, teatru i literatury. – Tylu już próbowało robić coś podobnego, wytrzymali rok, czasem trochę dłużej – powiedziała, gdy skończyłem opowiadać jej o koncepcji. – Wiem, że tobie się uda.



Byki Zdrowia 2019 dla posła Krzysztofa Ostrowskiego, marszałka Senatu Stanisława Karczewskiego, posłanki Beaty Małeckiej-Libery.

Byki Zdrowia 2019 dla posłanki Barbary Czaplickiej,
Prof. Romualda Olszańskiego – laureat Honorowej Nagrody Zaufania Złoty Otis 2019, statuetkę wręczał senator Waldemar Kraska
Prof. Marta Siemionow – laureatka Międzynarodowej Nagrody Zaufania Złoty Otis 2019

Złoty Otis
– łączy nas zdrowie Polaków

W wodowie kwietnia w Pałacu Staszica w Warszawie odbyła się [illegible] znakomitych laureatów trafiły prestiżowe

który wsparci przez prof. Henryka Skarżyńskiego zaczęli organizować w Senacie cykliczne konferencje poświęcone nowoczesnej medycynie i profilaktyce.

Autorem unikatowej rzeźby – Byka Zdrowia jest artysta Włodzimierz Pytkowski.

MEDYCYNA BEZ GRANIC

Międzynarodowa Nagroda Zaufania trafiła już do Francji, [illegible] Białoruś, do Gruzji, a nawet

– 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 dania 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 Ruszczyc, historyk sztuki, kierownik Galerii Test, oraz Beata Nessel-Łukasik, 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 przybliżał Jakub Krawczyk.

Galerię sław piszących regularnie dla „Świata Lekarza" dopełniali Jan Matul i prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Perełkami są do dziś felietony – prof. Stefana Krusia, prof. Tadeusza Tołłoczki, prof. Aleksandra Sieronia, dr. Kazimierza Brauna, śp. dr. Andrzeja Włodarczyka, dr. Jacka Paszkiewicza, prof. Jadwigi Staniszkis, prof. Marcina Czecha, red. Jarosława Gugały, 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, ➤

Reklama w wersji
tylko dla lekarzy

➤ 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 Konstanty 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 tezami o konieczności wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych.

Już powołujemy Zespół na wybory 2023 roku, prace merytoryczne rozpoczniemy za dwa miesiące, tezy upublicznimy 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 Radowicki, 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! ■

Reklama w wersji
tylko dla lekarzy

Reklama w wersji
tylko dla lekarzy