

PROF. WALDEMAR WIERZBA:
NA PRZEKSZTAŁCENIU SZPITALA W INSTYTUT ZYSKAJĄ PACJENCI
str. 16



PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA:
SKRINING W GRUPACH RYZYKA
str. 6



WICEMINISTER MACIEJ MIŁKOWSKI:
NAJWAŻNIEJSZE JEST DOŚWIADCZENIE
str. 8

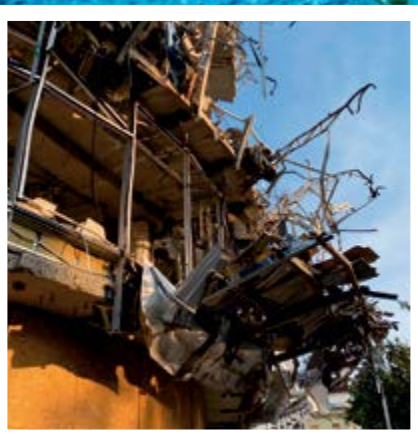
WYDANIE ELEKTRONICZNE

ŚWIAT LEKARZA 3D

MEDYCYNA ▪ FARMACJA ▪ NAUKA ▪ KULTURA ▪ PRAWO ▪ POLITYKA

NR 14(30)/3D/2022 DWUTYGODNIK

EKSPERCI: KOMPLEKSOWE LECZENIE RAKA TRZUSTKI – KONIECZNE OŚRODKI SPECJALISTYCZNE



PAWEŁ KRUŚ:
SIÓDMY PIES. DWA DNI Z WOJNY

ZAPRASZAMY
DO WYDANIA SPECJALNEGO

ŚWIAT LEKARZA
NOWOŚCI W CUKRZYCY



Opiekun merytoryczny wydania:
prof. Edward Franek
organizator konferencji
XVII „Nowości w cukrzycy"

Serdecznie zapraszam do kontaktu:
Mariusz Słomka
Dyrektor ds. Wydawniczych
Tel. 517 211 799



FOT. TOMASZ ADAMASZEK, ARCHIWUM PRYWATNE

Dwie medycyny, **jedna misja**

Coraz więcej nowotworów staje się chorobami przewlekłymi. Rak trzustki wciąż pozostaje jednym z większych wyzwań, ale i tu pojawiają się pierwsze światła w tunelu: dzięki coraz lepszej diagnostyce jest możliwe jego wczesne wykrycie i usunięcie chirurgiczne, co daje szansę na wyleczenie. To wszystko jest jednak możliwe tylko wtedy, gdy pacjent będzie miał szczęście i odpowiednio wcześnie trafi do takiego ośrodka, gdzie będzie miał szansę na dobrą diagnostykę i pełnoprofilowe leczenie. Jak na razie jednak w większości przypadków ten nowotwór jest rozpoznawany w stadium rozsianym. Jednak i tu pojawiają się pierwsze światła w tunelu: nowoczesne leki, które potrafią wydłużyć życie.

Gdy medycyna rozwija się na świecie w tempie, jak nigdy wcześniej, gdy lekarze dokonują cudów diagnostyki i leczenia, po drugiej stronie naszej granicy toczy się wojna. Niszczy wszystkie wartości, również życie. Codziennością są ataki rakietowe, porwania i gwałty na niewyobrażalną skalę. Codzienność w miastach nawet odległych od frontu, to schrony, brak prądu, zimno, pobór do wojska, powrót rannych, kalek, wygłodzonych jeńców. W takich warunkach pracują lekarze, ponad siły, wykonując – jeśli trzeba – 100 operacji ciężko rannych jednocześnie: amputują, rekonstruują, przeszczepiają. Tutaj nowoczesna medycyna toczy swoją walkę z bestialstwem i złem, z apokalipsą, o jakiej nie śniło nam się rok temu. W którą nie wierzył nikt i nawet dziś nie każdy ją dostrzega. W ukraińskich miastach, lekarze i ratownicy medyczni bronią godności i wartości. Pomóżmy im, nie tylko z powodu polskiej racji stanu. Bądźmy ludźmi.

Pomagać można w różny sposób. Jedną z fundacji niosących pomoc jest Fundacja UNITERS (uniters.org.pl). Można za jej pośrednictwem przekazać np. bieliznę termiczną, apteczki, konserwy, powerbanki, datki pieniężne. Albo latarki dla małych dzieci, żeby nie bały się ciemności, gdy wyłączany jest prąd.

Katarzyna Pinkosz, Paweł Kruś



Spokojnych i rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia
nadziei i wiary w lepszy Nowy Rok 2023
życzy Świat Lekarza

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

SPIS TREŚCI



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. WALDEMAR WIERZBA: Niedawno rozszerzyliśmy klinikę kardiochirurgii o transplantologię – przeszczepiliśmy płuca po raz pierwszy na Mazowszu. Pacjentka czuje się znakomicie. To są unikalne rzeczy w skali europejskiej, światowej.



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

PAWEŁ KRUŚ: Polski profesor ortopedii mówi, że tu chce ściągnąć swoich lekarzy, żeby zobaczyli, jak się operuje stu ciężko rannych ludzi nieomal jednocześnie. Tylu jest zwożonych do kliniki uniwersyteckiej raz w tygodniu.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

DR N. MED. PAWEŁ NURZYŃSKI: W drugiej linii chcielibyśmy móc podać liposomalny irinotecan, który w wielu przypadkach pozwala przedłużyć życie chorym na raka trzustki.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Ważne byłoby wprowadzenie skriningu w kierunku raka trzustki w grupach ryzyka, którymi są pacjenci z nowo wykrytą cukrzycą po 50. roku życia, z rozchwianą cukrzycą po 50. roku życia, a także pacjenci z przewlekłym zapaleniem trzustki, szczególnie palący papierosy.



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

WICEMINISTER MACIEJ MIŁKOWSKI: Po pierwszej publikacji Map Potrzeb Zdrowotnych i wykazaniu, że jednym z głównych czynników decydujących o jakości leczenia operacyjnego jest liczba wykonanych operacji przez operatora oraz w danym ośrodku, NFZ ustalił w wielu zakresach wskaźniki korygujące.

DEBATY ŚWIATA LEKARZA

5 Kompleksowe leczenie raka trzustki: konieczność powołania ośrodków specjalistycznych – debata Świata Lekarza i CSK MSWiA: wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, senator Beata Małecka-Libera, posłanka Barbara Dziuk, prof. Grażyna Rydzewska-Wyszkowska, prof. Anna Nasierowska-Guttmejer, dr n. med. Paweł Nurzyński, prof. Waldemar Wierzba

RAK TRZUSTKI

15 Grant na diagnozowanie i leczenie

ROZMOWA

16 Prof. Waldemar Wierzba: Na przekształceniu CSK MSWiA w Państwowy Instytut Medyczny zyskają pacjenci

AKTUALNOŚCI

19 Świąteczny koncert z aukcją

UKRAINA

20 Siódmy pies. Dwa dni z wojny

ŚWIAT LEKARZA 3D Nr 14/2022 (30) 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: Tomasz Adamaszek

MAGAZYN WYŁĄCZNIE DLA LEKARZY



Kompleksowe leczenie raka trzustki: KONIECZNOŚĆ POWOŁANIA OŚRODKÓW SPECJALISTYCZNYCH

W debacie udział wzięli:



MACIEJ MIŁKOWSKI, WICEMINISTER ZDROWIA
SENATOR BEATA MAŁECKA-LIBERA,
PRZEWODNICZĄCA KOMISJI ZDROWIA SENATU RP
POSŁANKA BARBARA DZIUK, PRZEWODNICZA PODKOMISJI STAŁEJ SEJMU RP DS. ONKOLOGII
PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA-WYSZKOWSKA,
KIEROWNIK KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I GASTROENTEROLOGII CSK MSWIA
PROF. ANNA NASIEROWSKA-GUTTMEJER,
KIEROWNIK ZAKŁADU PATOMORFOLOGII CSK MSWIA
DR N. MED. PAWEŁ NURZYŃSKI, ZASTĘPCA KIEROWNIKA KLINIKI ONKOLOGII CSK MSWA
DEBATĘ MODEROWALI:
PROF. WALDEMAR WIERZBA, DYREKTOR CSK MSWIA W WARSZAWIE
RED. KATARZYNA PINKOSZ, ŚWIAT LEKARZA
RED. PAWEŁ KRUŚ, ŚWIAT LEKARZA

PROF. WALDEMAR WIERZBA:
Witam panią senator Beatę Małecką-Liberę, przewodniczącą Komisji Zdrowia Senatu; posłankę Barbarę Dziuk, przewodniczącą podkomisji stałej ds onkologii Sejmu RP, wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego oraz pomysłodawców tej debaty: prof. Grażynę Rydzewską-Wyszkowską, prof. Annę Nasierowską-Guttmejer i dr. Pawła Nurzyńskiego, wspieranych przez dziennikarzy „Świata Lekarza". A rozmawiamy dziś o kompleksowym leczeniu raka trzustki.

RED. KATARZYNA PINKOSZ:
Ja tylko przypomnę, że na raka trzustki co roku w Polsce jest ok. 4 tysiące nowych zachorowań. W większości przypadków nowotwór jest wykrywany już w stadium zaawansowanym. Na dziś jest to nadal nowotwór źle rokujący, choć pojawiają się szanse dla pacjentów i nowe możliwości leczenia.

PROF. WALDEMAR WIERZBA:
Jak dziś wygląda diagnostyka raka trzustki? Dlaczego pacjenci najczęściej trafiają do lekarzy w zaawansowanym stadium choroby, z przerzutami? Jakie badania powinniśmy wykonać, by postawić jednoznaczną diagnozę?

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Bardzo dziękuję Panu Dyrektorowi za pomoc w profesjonalnym zorganizowaniu tego spotkania oraz Panu Ministrowi Maciejowi Miłkowskiemu za dotychczasową pomoc. Nikt tyle nam nie pomógł w kwestii leczenia nieswoistych chorób zapalnych jelit, co Pan Minister. Choroby trzustki to moja druga pasja, mam nadzieję, że również Pan Minister pomoże nam w lepszym zorganizowaniu opieki nad pacjentami z rakiem trzustki. To są 4 tysiące pacjentów rocznie – na dzień dzisiejszy niestety z wyrokiem śmierci. 4 tysiące pacjentów, którzy błąkają się od lekarza do lekarza, którym diagnoza jest stawiana często zbyt późno, gdyż małe zmiany w trzustce są często bagatelizowane przez lekarzy na co dzień niezajmujących się tym problemem. Zdarza się, że w tomografii komputerowej widać 5-6-milimetrowe zmiany w trzustce, a zaleceniem jest obserwacja i kontrola za pół roku. Tymczasem za pół roku jest już za późno na właściwe leczenie.

Chcielibyśmy, by ten nowotwór, który ma tak złe rokowania – chyba najgorsze ze wszystkich nowotworów przewodu pokarmowego – mógł być leczony w centrach dysponujących dobrą diagnostyką, gdzie od początku jest nakreślona droga pacjenta. To powinna być diagnostyka nacelowana na trzustkę, konieczny jest dobry zakład radiologii – w naszym szpitalu taki zakład jest, dysponujemy znakomitym tomografem komputerowym, rezonansem magnetycznym; ważna jest też opcja wy-

konania cholangiopankreatografii, ale przede wszystkim endoskopowej endosonografii. Nie wyobrażam sobie ośrodka zajmującego się leczeniem trzustki, który diagnozowałby pacjenta bez endoskopowej endosonografii. Nie chodzi tu o zaawansowane guzy, tylko o czujność wobec małych zmian.

Obecnie, prawdopodobnie na skutek nie do końca optymalnej organizacji leczenia, 5-letnie przeżycia w raku trzustki wynoszą poniżej 5 proc. To bardzo mało w stosunku do innych nowotworów przewodu pokarmowego. Z jednej strony jest postęp, ponieważ nauczyliśmy się już w małych zmianach w trzustce lepiej diagnozować autoimmunologiczne zapalenia i guzy neuroendokrynne; możemy tych chorych leczyć lepiej. Z drugiej strony: pacjenci z rakiem trzustki nadal rokują źle. Żeby to zmienić, konieczny jest szybki dostęp do ośrodka, gdzie jest bardzo dobra diagnostyka – nie tylko gastrologiczna, endoskopia, możliwość pobrania biopsji, ale także znakomita histopatologia. Mamy to szczęście, że w naszym szpitalu jest także diagnostyka histopatologiczna na bardzo dobrym poziomie. Kolejnym elementem jest chirurgia – pacjenci z nowotworami trzustki powinni być operowani w ośrodkach, które mają w tym zakresie doświadczenie, operują wielu pacjentów z taką diagnozą. Chcielibyśmy, by leczenie raka trzustki było skupione w tego typu ośrodkach, tzw. high volume center.

Kilka lat temu próbowaliśmy stworzyć skrining raka trzustki – podobnie jak funkcjonuje on w przypadku raka jelita grubego. Z zazdrością patrzę, że w przypadku tego nowotworu możemy zrobić kolonoskopię, usunąć polipy, zapobiec rozwojowi raka. W przypadku nowotworu trzustki nie ma takiej możliwości, badania byłyby zbyt obciążające i zbyt kosztowne. Ważne byłoby natomiast wprowadzenie skriningu w grupach ryzyka, którymi są pacjenci z nowo wykrytą cukrzycą po 50. roku życia, z rozchwianą cukrzycą po 50. roku życia, a także pacjenci z przewlekłym zapaleniem trzustki, szczególnie palący papierosy.

Po to, by poprawić wyniki leczenia, musimy myśleć o pacjentach, którzy mają małe zmiany w trzustce. Wymagają specjalistycznej diagnostyki i jak najszybszej operacji, a nie czekania, obserwowania progresji. Konieczne jest też różnicowanie raka trzustki z nowotworami neuroendokrynnymi, z autoimmunologicznym zapaleniem trzustki. To jest możliwe tylko w dobrze wyposażonych ośrodkach, z dobrymi specjalistami.

RED. PAWEŁ KRUŚ:
A jak obecnie wygląda diagnostyka onkologiczna raka trzustki?

PROF. ANNA NASIEROWSKA-GUTTMEJER: W każdym nowotworze, gdzie myślimy o poprawie przeżycia chorych, powinniśmy poprawić diagnostykę zmian prekursorowych. W przypadku raka trzustki zmiany prekursorowe można określić właściwie dopiero w materiale pooperacyjnym. Gdy badamy pod mikroskopem guz zapalny trzustki, to na jego obwodzie często znajdujemy wczesne zmiany prekursorowe, neoplazję śródnabłonkową w drobnych przewodach. Gdybyśmy mogli zdiagnozować te zmiany wcześniej, wykonać badania molekularne, ➤



SENATOR BEATA MAŁECKA-LIBERA:

W tym nowotworze wciąż mamy niewiele do zaoferowania, jeśli chodzi o leczenie, dlatego wart uwagi jest każdy nowy lek, który przedłuża życie i daje szansę chorym. Warto też pamiętać o leczeniu paliatywnym.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

WICEMINISTER MACIEJ MIŁKOWSKI:

Cieszę się, że prawie wszystkie procedury diagnostyczne są finansowane. Jeśli chodzi o ośrodki, to po pierwszej publikacji Map Potrzeb Zdrowotnych i wykazaniu, że jednym z głównych czynników decydujących o jakości leczenia operacyjnego jest liczba wykonanych operacji przez operatora oraz w danym ośrodku, NFZ ustalił w wielu zakresach wskaźniki korygujące.

➤ byłaby to droga do poprawy przeżycia chorych. Dziś jest to jednak niewykonalne.

Jeśli nowotwór trzustki jest już guzem dużym, zaawansowanym, to nasza diagnostyka sprowadza się do wykonania biopsji cienkoigłowej lub gruboigłowej, a wynik jest podstawą do wdrożenia leczenia neoadiuwantowego. Jeżeli po leczeniu jest chociaż częściowa regresja guza, to niekiedy można przystąpić do operacji.

Inną kategorią są zmiany litotorbielowate – tu ogromną rolę odgrywa diagnostyka gastroenterologiczna, ultrasonografia endoskopowa. W naszym ośrodku jest ona na bardzo wysokim poziomie, współpracujemy w diagnostyce zmian prekursorowych, które rozwijają się w guzach torbielowatych. Dysponujemy nowoczesnymi technikami wykonania preparatu histopatologicznego z materiału cytologicznego, czyli z biopsji cienkoigłowej. Te nowoczesne metody – tzw. technika cell block – bardzo poprawiły nie tylko wykrywalność, ale też analizę zaburzeń molekularnych przed podjęciem decyzji terapeutycznej. W strukturze torbielowatej możemy rozpoznać zmiany o niskim i wysokim stopniu złośliwości, które predysponują do wykonania operacji. Możemy operować zmiany już na wczesnym etapie rozwoju nowotworu, jednak pacjenci muszą być pod dobrą opieką gastrologiczną, mieć wykonane dokładne badania obrazowe. Badając dokładnie materiał operacyjny z lito-torbielowatymi guzami typu wewnątrzprzewodowego brodawkowatego nowotworu głównego przewodu trzustkowego lub śluzowego nowotworu torbielowatego, jesteśmy w stanie wykryć nawet maleńkie mikroogniska raka inwazyjnego. Chorzy z tymi nowotworami stanowią grupę lepiej rokującą niż chorzy z klasycznym rakiem przewodowym trzustki. Końcowym etapem diagnostycznym jest wykonanie raportu synoptycznego. Dzięki olbrzymiemu wsparciu Pana Dyrektora, wdrażamy specjalny program internetowy, z którego – po wpisaniu istotnych i niezbędnych danych mikroskopowych – zostanie wygenerowana ujednolicona elektroniczna wersja rozpoznania patomorfologicznego będącego podstawą dalszych decyzji terapeutycznych.

RED. KATARZYNA PINKOSZ:
Kierowana przez Panią Poseł Barbarę Dziuk podkomisja stała ds. onkologii zajmuje się wszystkimi nowotworami, w tym rakiem trzustki. Jak wygląda sytuacja z punku widzenia pacjentów z tym nowotworem?

POSŁANKA BARBARA DZIUK: Na podkomisji stałej do spraw onkologii omawiamy problemy chorych z wszystkimi nowotworami, w tym z rakiem trzustki. W przeważającej większości są to przypadki już bardzo zaawansowanej choroby – z przerzutami do innych narządów. Statystyki są bezlitosne: eksperci zwracają uwagę, że w raku trzustki mamy prawie tyle samo zgonów co zachorowań. Kiedy pacjent słyszy diagnozę „rak trzustki", to jest to dla niego dramatyczny komunikat.

Dla pacjentów onkologicznych dostęp do szybkiej i nowoczesnej diagnostyki, a potem walka o każdy mie-

siąc życia to ogromna wartość, a każda dostępna metoda leczenia jest szansą i nadzieją na dłuższe życie. Każdy z nas zasługuję na tę szansę. Czasem są to miesiące, a czasem lata. Pacjenci z rakiem trzustki są w szczególnie trudnej sytuacji. Często znają przytłaczające statystyki, które nie pomagają im w tej nierównej walce.

Są zdeterminowani do walki, nie poddają się, szukają rozwiązań, śledzą rozwój metod leczenia chirurgicznego i farmakologicznego, wszystkie nowe doniesienia naukowe. Są świadomi istnienia terapii, z której nie mogą dziś skorzystać, która wydłuży ich życie, leczenia o skuteczności potwierdzonej w badaniach klinicznych. Bardzo o nie proszą.

Bardzo często na komisji współpracujemy z ministrem Maciejem Miłkowskim, by poprawiać jakość życia pacjentów. Udało nam się w wielu przypadkach znaleźć dobre rozwiązania. Wiemy, że proces refundacji jest złożony. Zawsze jestem otwarta na pacjentów, rozmawiamy z Panem Ministrem na temat właściwych rozwiązań. To nie są proste decyzje, zawsze jednak staramy się zrobić wszystko, by poprawić komfort życia pacjentom.

PROF. WALDEMAR WIERZBA:
Czy polscy lekarze mają dziś do dyspozycji wszystkie procedury diagnostyczne? Czy wszystkie są refundowane?

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Jeśli chodzi o procedury diagnostyczne w leczeniu raka trzustki, to są one dostępne i refundowane. Problemem jest to, że nie są one dość dobrze rozpropagowane, stąd nasz apel, żeby diagnostyka odbywała się w specjalistycznych ośrodkach. Dostępność do badań TK, rezonansu magnetycznego bardzo się poprawiła. Gorzej jest z endoskopią, np. endosonografią endoskopową. Z ramienia Polskiego Klubu Trzustkowego, którego prezesem byłam przez dwie kadencje, organizowaliśmy Polskie Szkoły Endosonografii, by rozbudzić zainteresowanie lekarzy. Ta procedura jest dobrze refundowana. Ważna jest jednak świadomość, żeby nie bagatelizować małych zmian, zmian torbielowatych, a także współpraca gastroenterologa z patomorfologiem. Wykonanie endosonografii jest zależne od operatora. W naszym ośrodku mamy dwie pracownie endosonografii, badania są wykonywane codziennie, wykonujemy ich prawdopodobnie najwięcej w Polsce we wskazaniu chorób trzustki. 90 proc. diagnozowanych zmian to właśnie zmiany w trzustce. Zapotrzebowanie jest ogromne: nasi lekarze wykonują 10-15 badań dziennie, mają ogromne doświadczenie. Oczywiście, te badania są też wykonywane w innych ośrodkach, jednak często są to 2-3 badania w tygodniu. Stąd nasz apel o stworzenie high volume center.

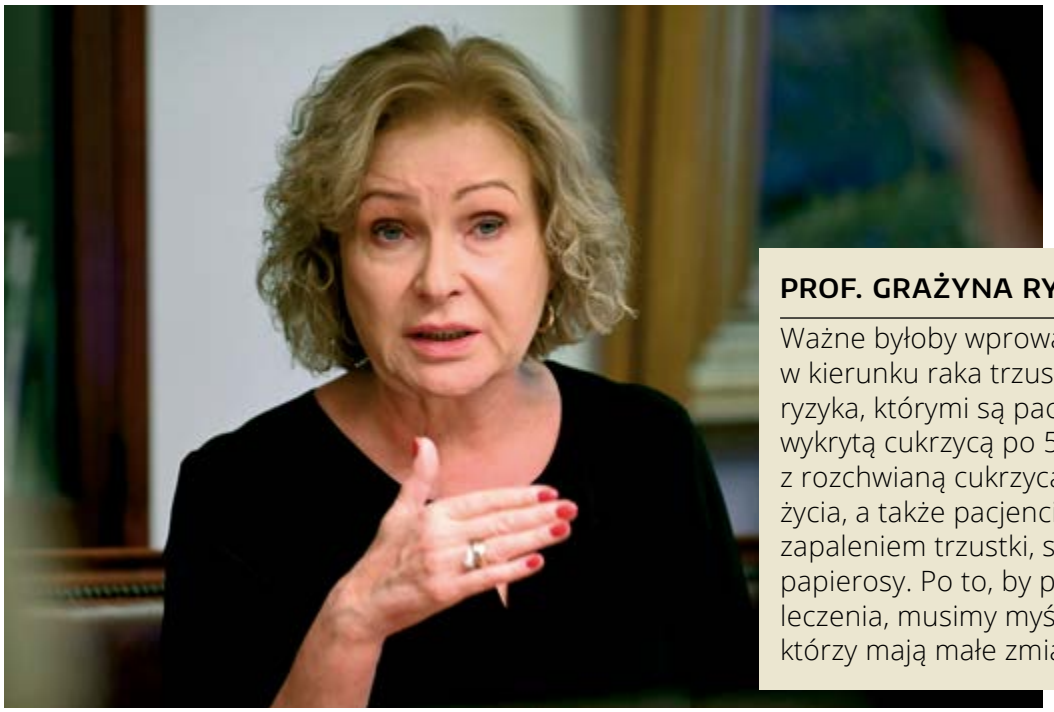
WICEMINISTER MACIEJ MIŁKOWSKI: Cieszę się, że prawie wszystkie procedury diagnostyczne są finansowane. Jeśli chodzi o ośrodki, to po pierwszej publikacji Map Potrzeb Zdrowotnych i wykazaniu, że jednym z głównych czynników decydujących o jakości leczenia operacyjne- ➤



PROF. ANNA NASIEROWSKA-GUTTMEJER:
Często musimy wykonać badania dodatkowe, immunohistochemiczne. Niestety, są one niedofinansowane, stanowią koszty szpitala, nie w pełni finansuje je NFZ.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA:

Ważne byłoby wprowadzenie skriningu w kierunku raka trzustki w grupach ryzyka, którymi są pacjenci z nowo wykrytą cukrzycą po 50. roku życia, z rozchwianą cukrzycą po 50. roku życia, a także pacjenci z przewlekłym zapaleniem trzustki, szczególnie palący papierosy. Po to, by poprawić wyniki leczenia, musimy myśleć o pacjentach, którzy mają małe zmiany w trzustce.

go jest liczba wykonanych operacji przez operatora oraz w danym ośrodku, NFZ ustalił w wielu zakresach wskaźniki korygujące. Promują one skupienie się niektórych ośrodków na wykonywaniu trudnych zabiegów, jednocześnie pokazując pozostałym szpitalom, że nie warto operować małej liczby pacjentów z danym schorzeniem. W raku trzustki też warto obrać taki kierunek.

Widzimy, że trzeba skupić się na szybkim diagnozowaniu raka trzustki, szybko i dobrze wykonanej operacji, która odgrywa największą rolę w leczeniu. Wiem, że ośrodek, w którym obecnie się znajdujemy, jest bardzo dobrze znany z opieki nad pacjentami z rakiem trzustki. Przy wykonywaniu operacji dużą rolę mogą odegrać nowoczesne technologie – będziemy o nich rozmawiać. Na pewno jednak ośrodków wykonujących tego typu operacje nie powinno być w Polsce wiele. Najważniejsze jest doświadczenie osób wykonujących operacje.

Jeśli chodzi o leki w raku trzustki, to przez wiele lat nie działo się nic. Obecnie po raz pierwszy pojawiło się kilka nowych terapii, proces refundacyjny dla części z nich już się zakończył. Jeden z leków udało się przyjąć, ma bardzo dobre efekty kliniczne, jednak jest stosowany w wąskich populacjach.

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Sytuacja jest bardzo dobra, jeśli nowotwór jest wykryty w takim stadium, że pacjenta można zoperować. Dlatego niezbędna jest szybka diagnostyka i leczenie w ośrodkach, które robią to kompleksowo. Zgadzam się ze słowami Pana Ministra, że nic tak nie zmieni losu chorego jak dobrze wykonana operacja, co jest możliwe tylko w tego typu ośrodkach. Również sama kwalifikacja do leczenia powinna być odpowiednia: zdarzało mi się widzieć wiele sytuacji, kiedy wykonano resekcję trzustki, choć nie było to konieczne.

Niestety, mamy też grupę pacjentów – ok. 200-300 rocznie – którym na dziś nie jesteśmy w stanie nic zaoferować. Polski Klub Trzustkowy, podobnie jak Europejski oraz Światowy Klub Trzustkowy, w którego jestem zarządzie, rekomenduje stosowanie wszystkich leków dostępnych w leczeniu drugiego rzutu raka trzustki. Z perspektywy czasu, gdy patrzę na leczenie raka jelita grubego, to widzę, że dzięki postępowi chemioterapii i wdrażaniu nowych cząsteczek, stał się on chorobą przewlekłą. Na początku nowe leki tylko w niedużym stopniu przedłużały życie; obecnie dzieje się to w dużo większym stopniu. Dlatego warto dać szansę również pacjentom z rakiem trzustki. Taka szansa im się po prostu należy.

DR N. MED. PAWEŁ NURZYŃSKI: Do oddziału onkologii trafiają pacjenci po radykalnych zabiegach operacyjnych oraz chorzy z zaawansowanym rakiem trzustki. Jeśli kwalifikują się do leczenia operacyjnego, to dysponujemy schematami chemioterapii, które podajemy przed leczeniem operacyjnym. To bardzo dobre i skuteczne leczenie, często jego zastosowanie pozwala zoperować pacjentów. Jeśli nowotwór jest zaawansowany i nie ma już możliwości leczenia operacyjnego, to zwykle kwalifikujemy chorych do jednego z dwóch schematów chemioterapii. Pierwszy to leczenie gemcytabiną w skojarzeniu paklitakselem opartym o albuminy. To bardzo skuteczne leczenie, pomaga większości chorym. Jeśli pacjent jest w dobrym stanie ogólnym, możemy zaproponować leczenie schematem trójlekowym FOLFIRINOX, który jest dużo bardziej agresywny, ale daje dużo lepsze odsetki odpowiedzi.

Przed dużym znakiem zapytania stajemy w drugiej linii leczenia. Zwykle po niepowodzeniu leczenia gemcytabiną w skojarzeniu z paklitakselem pacjenci otrzymują schematy oparte o 5-fluorouracyl, oksaliplatynę albo o irinotecan. Jest również liposomalny irinotecan, w Polsce na razie niedostępny. Ma udowodniony wpływ na przeżycie, leczenie jest skuteczne. Chcielibyśmy móc stosować ten lek u naszych chorych. Dostęp do niego byłby dla nas bardzo cenny, dajemy wtedy pacjentom czas, przedłużając życie.

Leczenie staramy się tak konstruować, by było jak najmniej toksyczne dla chorych, a jednocześnie przedłużające życie. Dostęp do każdej nowej terapii daje nam nowe możliwości terapeutyczne. Bardzo się cieszymy, że jest już dostępny lek dla pacjentów z mutacjami germinalnymi BRCA1, 2. To jednak niewielka grupa chorych. Niestety pacjentom, którzy nie mają tej mutacji, na dziś mamy niewiele do zaoferowania. Chcielibyśmy móc podać im liposomalny irinotecan, który w wielu przypadkach pozwala przedłużyć im życie, a jednocześnie to lek bardzo bezpieczny.

SENATOR BEATA MAŁECKA-LIBERA: W leczeniu onkologicznym widzimy dziś ogromny postęp, jednak rak trzustki to nadal duże wyzwanie. Mamy wiele do zrobienia, by poprawić wyniki jego leczenia. Ponieważ jestem nie tylko lekarzem, ale też specjalistą zdrowia publicznego, to bardzo zaintrygowało mnie to, o czym mówiła Pani Profesor Grażyna Rydzewska: że chociaż w tym nowotworze nie ma profilaktyki i skutecznych metod skriningowych, to warto byłoby wdrożyć badania skriningowe w grupach ryzyka, np. u osób, u których po 50. roku życia, u których jest wykrywana cukrzyca typu 1.

Widzimy, że nowotwór trzustki jest wykrywany późno, również dlatego, że wczesna diagnostyka jest utrudniona. Brakuje elementu kompleksowości. Warto więc budować interdyscyplinarne zespoły, nastawione na wczesne wykrycie raka trzustki, w których swoją wiedzą wymieniają się interniści, gastroenterolodzy, ultrasonografiści, onkolodzy. To ważne, gdyż na dziś tylko 20 proc. chorych kwalifikuje się do leczenia chirurgicznego.

Jeśli chodzi o leki, to warto zwrócić uwagę na pewien szczegół, o którym wspomniał Pan Minister – w tym nowotworze wciąż mamy niewiele do zaoferowania. Dlatego każdy nowy lek, który przedłuża życie i daje szansę chorym, jest wart uwagi. Warto też pamiętać o leczeniu paliatywnym, gdyż część chorych będzie musiała być w ten sposób leczona. Zwróćmy uwagę na konieczność opieki kompleksowej, również na opiekę paliatywną.

Tylko kompleksowe podejście da nam efekt w postaci poprawy rokowania. Nie możemy działać tylko w jednym punkcie. Dlatego chciałabym też zaapelować do pana ministra o to, żebyśmy zweryfikowali Narodowy Program Zdrowia, bo są tam elementy związane z profilaktyką i czynnikami ryzyka, możliwe do zrealizowania. Program powinien mieć należyty priorytet. Wierzę, że jeśli te działania zostaną podjęte, to zdecydowanie poprawią się wyniki leczenia raka trzustki.

PROF. WALDEMAR WIERZBA:
Po to, żeby stworzyć ośrodki kompleksowej diagnostyki i leczenia raka trzustki, konieczne są ➤



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. WALDEMAR WIERZBA:

Warto zwrócić uwagę na to, że nowy lek przedłuży życie jednemu pacjentowi o dwa miesiące, innemu znacznie dłużej. Nie mniej ważną kwestią jest to, że mamy do czynienia z postępem medycyny. Nabieramy wiedzy, doświadczenia w leczeniu. Tak rozwija się medycyna.

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

POSŁANKA BARBARA DZIUK:

Dla pacjentów onkologicznych dostęp do szybkiej i nowoczesnej diagnostyki, a potem walka o każdy miesiąc życia to ogromna wartość, a każda dostępna metoda leczenia jest szansą i nadzieją na dłuższe życie. Każdy z nas zasługuję na tę szansę. Czasem są to miesiące, a czasem lata.

kompleksowe rekomendacje. W naszym szpitalu udało się takie rekomendacje stworzyć, jeśli chodzi o leczenie COVID-19. Znakomite osiągnięcia ma też prof. Grażyna Rydzewska, gdy chodzi o opracowanie modelu dla choroby Leśniowskiego-Crohna. „Świat Lekarza" relacjonował te znakomite osiągnięcia. Czy jest przygotowywany taki kompleksowy model, jeśli chodzi o leczenie raka trzustki?

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Na pewno jeśli chodzi o raka trzustki, to bardzo ważne jest stworzenie kompleksowych ośrodków, wyspecjalizowanych w diagnozowaniu i leczeniu. Takie ośrodki funkcjonują w wielu krajach Europy. Ważna jest też nowoczesna chirurgia. W przypadku raka jelita grubego na początku były wykonywane operacje tylko w przypadku wcześnie rozpoznanego nowotworu o małych rozmiarach, później – coraz większych. Obecnie możliwości leczenia chirurgicznego rozszerzają się, wykonuje się resekcje przerzutów do wątroby. Być może tak będzie za kilka lat w przypadku raka trzustki?

PROF. WALDEMAR WIERZBA: Podczas niedawnej konferencji w naszym szpitalu prezentowaliśmy techniki oparte o małoinwazyjną chirurgię, wspomaganą robotyką. Na żywo transmitowaliśmy bardzo oszczędzające operacje w chorobach trzustki. Jeszcze przed świętami będzie w naszym szpitalu jeden z dziesięciu najnowocześniejszych w Polsce skanerów PET-CT, wykorzystywany w diagnostyce i leczeniu. Będzie pełnił bardzo ważną rolę również dla pacjentów z rakiem trzustki – dla pacjentów z Mokotowa, Warszawy, Mazowsza i całej Polski: wszystkim którzy się do nas zgłoszą, bo nikomu nie odmawiamy pomocy. Już jesteśmy takim kompleksowym ośrodkiem diagnostyki i leczenia raka trzustki.

RED. KATARZYNA PINKOSZ:
Ponieważ jesteśmy w ośrodku, który jest kompleksowym miejscem leczenia raka trzustki, to jakie są rekomendacje, by poprawić leczenie pacjentów? I ile takich ośrodków powinno być w Polsce?

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Takie ośrodki powstają w sposób naturalny, obecnie w Polsce jest ich kilka. Jak mówiłam, ważna jest nie tylko diagnostyka, ale także możliwości zastosowania nowoczesnych metod chirurgicznych. Budujemy model kompleksowej diagnostyki i leczenia raka trzustki – to jest zachęta dla innych ośrodków, by tworzyć taki model. Podobnie stało w przypadku pacjentów z chorobą Leśniewskiego-Crohna: wyznaczyliśmy standardy i każdy ośrodek, kto je spełnił, mógł sięgnąć po taki model. Chcielibyśmy, by taki ośrodek leczenia raka trzustki był u nas, chcielibyśmy też, by były budowane ośrodki o podobnym standardzie opieki w Polsce.

PROF. WALDEMAR WIERZBA: Nasz szpital mógłby być ośrodkiem wiodącym, zainteresowani młodzi chirurdzy mogliby się u nas uczyć technik operacyjnych. Cieszę się, że jest duża grupa młodych ludzi, którzy chcą uczyć się chirurgii. Nasz ośrodek mógłby być liderem i ośrodkiem szkoleniowym dla młodych chirurgów.

PROF. ANNA NASIEROWSKA-GUTTMEJER: Chciałabym zwrócić uwagę na to, że w Polsce jest zdecydowanie za mało patomorfologów; to ogromny problem. A jednocześnie, wraz z rozwojem nowych metod leczenia, czynniki predykcyjne w różnych nowotworach są coraz lepiej rozpoznawane. Opierają się one na badaniach molekularnych i immunohistcohemicznych. Patomorfolodzy muszą podążać za klinicystami, rozwijając wiedzę na temat nowotworowych czynników predykcyjnych, znać szlaki kancerogenezy, na każdym etapie rozwoju nowotworu wiedzieć, jaki czynnik należy badać. Często musimy wykonać badania dodatkowe, immunohistochemiczne. Niestety, są one niedofinansowane, stanowią koszty szpitala, nie w pełni finansuje je NFZ. W naszym szpitalu nie mamy problemu z wykonywaniem takich badań, dzięki przychylności dyrekcji, jednak w wielu szpitalach w Polsce dyrekcje nie pozwalają wykonywać tych badań, bo wpędzają się w koszty.

DR N. MED. PAWEŁ NURZYŃSKI: Dziś nie ma już jednak możliwości dobrego leczenia nowotworów bez dobrego zakładu genetyki, dlatego że konieczne jest oznaczenie mutacji genetycznych. Wymaga to bardzo dokładnej diagnostyki. Dobra pracownia genetyczna daje nam dużo większe możliwości terapeutyczne.

PROF. WALDEMAR WIERZBA: I tu chciałbym zwrócić uwagę Pana Ministra, że w tym roku otworzyliśmy zakład genetyki i genomiki, gdzie oznaczamy całe sekwencje DNA. Korelujemy je z ciężkością przebiegu choroby, mamy już na ten temat publikacje. Na razie dotyczą one COVID-19. Niedawno otworzyliśmy Centrum Wsparcia Badań Klinicznych, gdzie będą stosowane te wszystkie nowoczesne metody, oparte o medycyną personalizowaną. Ja również, tak jak Pani Senator, jestem specjalistą zdrowia publicznego, dlatego podkreślając rolę centrów właściwej diagnostyki i leczenia, mam też na myśli centra szkoleniowe, by właśnie inni lekarze mogli tu u nas zasięgnąć informacji, rady, jeśli będą ich potrzebować.

SENATOR BEATA MAŁECKA-LIBERA: Bardzo wspieram powstanie takich centrów, żeby jednak mogli do nich trafić pacjenci na wczesnym etapie choroby, to konieczna jest ścisła współpraca ośrodka z lekarzami POZ i specjalistami.

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Bardzo ważny jest dostęp do szybkiej i właściwej diagnostyki, możliwość przesłania pacjenta z podejrzanymi zmianami w USG do centrów, gdzie zostaną dobrze zdiagnozowani. To powinna być też edukacja w zakresie diagnostyki, np. endosonografii zabiegowej. Tego bardzo brakuje.

PROF. ANNA NASIEROWSKA-GUTTMEJER: Diagnostyka cytologiczna guzów trzustki jest bardzo specyficzna; patomorfolodzy, którzy mieliby diagnozować zmiany na wczesny etapie powinni mieć doświadczenie. Ponieważ mamy stosunkowo dużo materiałów w porównaniu do innych ośrodków, to również moglibyśmy dzielić się swo- ➤



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

DR N. MED. PAWEŁ NURZYŃSKI:

Bardzo się cieszymy, że jest już dostępny lek dla pacjentów z mutacjami germinalnymi BRCA1, 2. To jednak niewielka grupa chorych. Niestety pacjentom, którzy nie mają tej mutacji, na dziś nie mamy wiele do zaoferowania. W drugiej linii chcielibyśmy móc podać liposomalny irinotecan, który w wielu przypadkach pozwala przedłużyć im życie, a jednocześnie to lek bardzo bezpieczny.

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl



Tylko kompleksowe podejście da nam efekt w postaci poprawy rokowania chorych: podkreślali uczestnicy debaty Świata Lekarza i CSK MSWiA.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

ją wiedzą z mniej doświadczonymi kolegami. Dostaję telefony, nawet z dużych ośrodków onkologicznych, od kolegów, którzy mają problemy z diagnozowaniem. Dlatego udostępnienie naszych materiałów na stronie naszego szpitala, stworzeni biblioteki guzów trzustki, na pewno byłoby bardzo przydatne w diagnozowaniu.

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Często weryfikujemy u nas preparaty pochodzące z różnych ośrodków. Wielokrotnie preparaty rozpoznawane jako rak trzustki okazywały się np. guzem neuroendokrynnym lub zapaleniem autoimmunologicznym. Wtedy w ogóle nie trzeba wykonywać operacji, albo wykonuje się ją, zupełnie inaczej.

RED. KATARZYNA PINKOSZ:
Wracając do możliwości leczenia pacjentów z zaawansowanym rakiem trzustki – w jakim stopniu dostęp do nowych leków poprawiłby sytuację chorych?

DR N. MED. PAWEŁ NURZYŃSKI: Wspominałem już o tym, że liposomalny irinotecan ma udowodnioną skuteczność w drugiej, trzeciej linii. W badani NAPOLI schemat oparty o irinotecan liposomalny porównywano do schematu opartego o 5-fluorouracylu. Liposomalny irinotecan udowodnił swoją skuteczność, jeśli chodzi o czas do progresji choroby i czas przeżycia chorych. Nie ma więc wątpliwości, że lek działa. Dla onkologów możliwość jego stosowania byłaby bardzo wartościowa. Każdy schemat, który jest w stanie przedłużyć tym pacjentom życie, jest wartościowy w raku trzustki.

Co ciekawe, bywa tak, że u pacjenta nie zawsze „sprawdza się" standardowy irinotecan, natomiast irinotecan liposomalny czasem okazuje się bardziej skuteczny. Ważne jest też to, że nie jest to lek toksyczny, jest bezpieczny, ma niewiele skutków ubocznych. Czasem pacjenci sami ten lek są w stanie sobie zakupić, jednak takich osób jest niewiele. Chcielibyśmy mieć możliwość zaproponowania chorym takiego leczenia w drugiej linii, po niepowodzeniu pierwszej.

PROF. WALDEMAR WIERZBA: Warto zwrócić uwagę na to, że nie jest to tylko kwestia przedłużenia życia; jednemu pacjentowi przedłużymy życie o 1-2 miesiące, innemu znacznie dłużej. Nie mniej ważną kwestią jest to, że mamy do czynienia z postępem, tak rozwija się medycyna. Nabieramy doświadczenia w leczeniu, wiedzy, mamy publikacje naukowe. Oznacza postęp medycyny. Również z tego powodu należałoby tę terapię refundować. Za te pieniądze „kupujemy" nie tylko dłuższy czas życia chorych, ale też naszą wiedzę.

PROF. GRAŻYNA RYDZEWSKA: Tym bardziej, że to jest 200-300 pacjentów rocznie, dla których nie mamy innej propozycji leczenia.

PROF. WALDEMAR WIERZBA:
Bardzo dziękuję za udział w debacie. Wierzę, że w krótkim czasie powstanie ogólnopolski standard opieki koordynowanej w raku trzustki oraz że Pan Minister wprowadzi go możliwie najszybciej, kontynuując wolę poprawy jakości leczenia.

Grant na diagnozowanie i leczenie

Polskie Towarzystwo Onkologiczne otrzymało od firmy Servier Polska grant na innowacyjne projekty nakierowane na rozwój w opiece nad pacjentem z rakiem trzustki.

Grant Onkologiczny Servier został przekazany Polskiemu Towarzystwu Onkologicznemu w ramach współpracy w Warsaw Health Innovation Hub. Finansowane mają być najlepsze innowacyjne pomysły i rozwiązania nakierowane na diagnostykę, leczenie raka trzustki i edukację pacjentów w tym zakresie.

Konkurs będzie realizowany w trzech corocznych edycjach po 150 mln zł. – Rak trzustki to nie jest rak z tzw. wielkiej piątki, jeśli chodzi o liczbę zachorowań, patrzymy jednak z niepokojem na dużą liczbę zgonów w stosunku do liczby zachorowań; to rak, który zbiera bardzo śmiertelne żniwo, tym bardzie cenne są projekty w tym zakresie, zarówno dukacyjne jak wspierającd startapy, które być może opracują nowe technologie służące pacjentom – mówił Radosław Sierpiński, prezes Agencji Badań Medycznych, która zainicjowała projekt Warsaw Health Innovation Hub.

WYZWANIE DLA PACJENTÓW I KLINICYSTÓW

Rak trzustki to nowotwór o bardzo trudnym rokowaniu, późno wykrywany, bardzo trudny w leczeniu. – Jest wiele niezaspokojonych potrzeb, jeśli chodzi o raka trzustki. Pierwsza to potrzeba informacji o tym nowotworze, skierowana do pacjentów, gdyż nie zawsze zachorowania wiąże się ze złym rokowaniem. Ośrodki referencyjne mają coraz lepsze wyniki leczenia; dane z najlepszych ośrodków w Europie pokazują, że jeśli dobrze dobierzemy chorych do operacji, odpowiednio ich poprowadzimy, to nawet u 40 proc. pacjentów mamy szanse na wieloletnie przeżycia – mówił prof. Lucjan Wyrwicz z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie, Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

– Jako Polskie Towarzystwo Onkologiczne podejmujemy trudne tematy, dotyczące różnych aspektów w onkologii, gdzie są rzeczywiste problemy dla polskich pacjentów. Ten grant jest kilkuletni, myślę, że pobudzi badania nad rakiem trzustki w naszym kraju. Często pierwsze granty są potrzebne, by zrobić pierwsze badania, by później dzięki ich wynikom móc otrzymać większe fundusze na już bardziej zaawansowane



FOT. ARCHIWUM PTO

technologie – podkreślał prof. Piotr Rutkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

– Ponad 50 proc. naszego budżetu badawczego jest przeznaczona na badania onkologiczne w trudnych nowotworach, m.in. w raku trzustki. Servier jest w Polsce obecny już od 30 lat, inwestujemy w produkcję leków w Polsce, ale też w działalność profilaktyczno-edukacyjną. Bardzo się cieszę, że ten grant niesie szeroki wachlarz możliwości poprawy sytuacji pacjentów z rakiem tak trudnym do diagnozy i leczenia, gdzie rokowanie nie jest dobre – mówiła Joanna Drewla.

WSPÓŁPRACA PUBLICZNO-PRYWATNA W RAMACH WHIH

Przekazanie przez Servier grantu dla Polskiego Towarzystwa Onkologicznego jest jednym z przykładów publiczno-prywatnej współpracy realizowanej w ramach Warsaw Health Innovation Hub. – Do inicjatywy dołączyło już ponad 30 parterów biznesowych, zarówno z firm globalnych, jak polskich. Chcemy, by WHIH to była inicjatywa nie tylko polska. Podobne huby na pewno powstaną też w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej: już podpisaliśmy porozumienia międzyrządowe na Łotwie: w najbliższym czasie podpiszemy podobne umowy z rządem Chorwacji, Czech. Myślę, że region Europy Środkowo-Wschodniej stanie się bardzo ciekawy, jeśli chodzi o budowanie takiej współpracy pomiędzy biznesem a instytucjami publicznymi – zaznaczył prezes Radosław Sierpiński. ▮

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Na przekształceniu w Państwowy Instytut Medyczny zyskają pacjenci

Z **PROF. DR. HAB. N. MED. WALDEMAREM WIERZBĄ**, DYREKTOREM CSK MSWIA W WARSZAWIE, ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ

Szpital CSK MSWiA ma zostać przekształcony w Państwowy Instytut Medyczny. Skąd pomysł na taką zmianę?

Szpital ma duży potencjał naukowo-badawczy, co widać było w ostatnich latach. Oprócz działalności leczniczej podejmowaliśmy wiele działalności naukowych, aplikowaliśmy o granty do Agencji Badań Medycznych, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Z powodzeniem je realizujemy: dla dobra szpitala, medycyny, a przede wszystkim dla pacjentów.

Pojawiały się jednak głosy, że po przekształceniu będzie to „szpital dla VIP-ów" i służb mundurowych. A stracą zwykli pacjenci.

To nieprawda. Nigdy nie było pomysłu, by był to szpital dla VIP-ów. Naszym podstawowym zadaniem było i zawsze będzie leczenie ogółu obywateli, szczególnie mieszkańców Mokotowa i Warszawy, a także Mazowsza i całej Polski. Są u nas leczeni (i zawsze byli) pacjenci z całej Polski, którzy wymagali wysoko specjalistycznej pomocy. Po przekształceniu szpitala w Państwowy Instytut Medyczny, jedynie część naukowa ma być m.in. ukierunkowana na problemy zdrowotne funkcjonariuszy służb mundurowych, ponieważ pojawiają się u nich problemy zdrowotne związane z pełnioną służbą, zarówno somatyczne, jak z zakresu zdrowia psychicznego. Wszyscy chcielibyśmy, żeby strażak, policjant, funkcjonariusz straży granicznej zawsze był w gotowości i nas chronił. Ta część działalności naukowej ma być nastawiona na profilaktykę i prewencję u funkcjonariuszy i realizowana w ramach grantów. Poza tym wszyscy pacjenci będą traktowani tak samo.

Czy na przekształceniu szpitala w instytut mogą zyskać pacjenci?

Oczywiście, ponieważ przekształcenie w Instytut otwiera możliwość pozyskiwania dodatkowych dużych środków finansowych, które będą wykorzystywane na nowoczesne metody diagnostyczne i lecznicze – dla wszystkich pacjentów. Mamy szansę na nowszy, nowocześniejszy sprzęt, wprowadzanie nowych technologii. Niedawno wprowadziliśmy minimalnie inwazyjną chirurgię robotyczną. Z punktu widzenia pacjenta to kamień milowy, jeśli chodzi o jakość leczenia. Przekształcenie w Państwowy Instytut Medyczny pozwoli nam do- ➤



FOT. TOMASZ ADAMASZEK



Niedawno rozszerzyliśmy klinikę kardiochirurgii o transplantologię – przeszczepiliśmy płuca po raz pierwszy na Mazowszu. Pacjentka czuje się znakomicie. To są unikalne rzeczy w skali europejskiej, światowej. Stworzyliśmy unikalną klinikę diagnostyki i leczenia chorób piersi, centrum szybkiej diagnostyki chorób urologicznych. Na takie nowoczesne leczenie potrzebne są jednak środki, a łatwiej nam będzie je pozyskać jako instytut. Zwłaszcza że chcemy występować też o granty naukowe.

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

datkowo pozyskać nowoczesny sprzęt. Obecnie nasza baza jest w dramatycznym stanie, jeśli chodzi o centralną sterylizację, aptekę, zakład patomorfologii, dział inżynierii medycznej. Pozyskane pieniądze mają być wydane na poprawę tej bazy, na nowoczesny sprzęt, rozwój nauki, lepsze leczenie. Nie było zaplanowanych pieniędzy na podwyżki, a już na pewno nie na podwyżki dla osób kierujących szpitalem. Pozyskane środki mają być przeznaczone na rozwój i poprawę działalności klinicznej dla społeczeństwa.

Takie przekształcenie będzie kosztowne...

Oczywiście, że będzie kosztowne, to jednak będą pieniądze przeznaczone na poprawę jakości leczenia, poszerzenie jego oferty i na leczenie najwyższej jakości, jeśli chodzi o sprzęt, wiedzę personelu, nową bazą łóżkową.

CSK MSWiA zasłynął działalnością w czasie pandemii. Przez wiele miesięcy był szpitalem numer jeden, jeśli chodzi o liczbę hospitalizowanych pacjentów z COVID-19, ale także stosowane procedury lecznicze czy wydawane zalecenia leczenia pacjentów. A dziś?

Możemy pochwalić się leczeniem na najwyższym poziomie w zakresie kardiochirurgii, kardiologii klinicznej, kardiologii interwencyjnej, hematologii, laryngologii, gastroenterologii. Operacje chirurgiczne trzustki są u nas wykonywane na poziomie najwyższym w Polsce poziomie. Funkcjonuje u nas jedyne z prawdziwego zdarzenia centrum leczenia chorób rzadkich – w porozumieniu z Instytutem Matki i Dziecka i Centrum Zdrowia Dziecka weszliśmy w unikalny projekt: przejmujemy opiekę nad wchodzącymi w dorosłość dziećmi z chorobami rzadkimi. Do tej pory były pozostawione same sobie.

Mamy niedawno otwarte bardzo nowoczesne centrum wsparcia badań klinicznych. Stworzyliśmy zakład genetyki i genomiki – unikalny w Polsce. Jako jeden z nielicznych szpitali w Polsce stosujemy wsparcie robotyczne w pięciu obszarach: nie tylko w operacjach urologicznych, ale też ginekologicznych, operują też z użyciem robota chirurdzy jamy brzusznej, chirurdzy gastroenterologiczni, kardiochirurdzy, a laryngolodzy kończą szkolenia w tym zakresie. W żadnym szpitalu w Polsce robot da Vinci nie jest wykorzystywany w tylu obszarach.

Niedawno rozszerzyliśmy klinikę kardiochirurgii o transplantologię – przeszczepiliśmy płuca po raz pierwszy na Mazowszu. Pacjentka czuje się znakomicie. To są unikalne rzeczy w skali europejskiej, światowej. Stworzyliśmy unikalną klinikę diagnostyki i leczenia chorób piersi, centrum szybkiej diagnostyki chorób urologicznych.

Na takie nowoczesne leczenie potrzebne są jednak środki, a łatwiej nam będzie je pozyskać jako instytut. Zwłaszcza że chcemy występować też o granty naukowe.

Przekształcenie szpitala w Państwowy Instytut Medyczny to więc szansa – dla szpitala, lekarzy, ale przede wszystkim dla pacjentów na bardzo nowoczesne leczenie?

To ogromna szansa: dla lekarzy i pielęgniarek, którzy będą mieli lepsze warunki pracy, dla naukowców, którzy będą mogli sięgać po granty naukowe, do których realizacji często też jest niezbędny zakup najnowszego sprzętu. Przede wszystkim to szansa dla pacjentów, którzy będą leczeni najnowocześniejszymi metodami. Nie ukrywamy, że dzięki przekształceniu szpitala w instytut możemy ubiegać się o większe nakłady. Bez nich szpital będzie musiał część osób zwolnić, przestać wykonywać wysoko kosztochłonne specjalistyczne procedury, zamknąć niektóre kliniki.

Będą łóżka i osobne sale dla VIP-ów?

Nigdy nie było takiego pomysłu. Sale i łóżka dla VIP-ów zostały zlikwidowane kilkanaście lat temu. Za mojej kadencji jako dyrektora szpitala nigdy nie było, nie ma i nie będzie żadnych łóżek VIP-owskich. To, w jakiej sali leży pacjent, zależy przede wszystkim od jego stanu zdrowia.

Skąd w takim razie pogłoski o „specjalnej ochronie zdrowia" dla VIP-ów? W tej sprawie wystosowała swoje stanowisko nawet Naczelna Rada Lekarska.

Dziwię się, że Naczelna Rada Lekarska protestuje, gdy placówka medyczna wnioskuje o pieniądze dla szpitala i dla medycyny. Myślę, że została przez kogoś wprowadzona w błąd. Wystarczy logicznie pomyśleć, że gdybyśmy przestali leczyć zwykłych pacjentów, to szpital pogrążyłby się finansowo. 100 procent finansowania naszej działalności – poza grantami naukowymi – pochodzi z NFZ i obowiązuje nas kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń. Jesteśmy zobowiązani przyjmować wszystkich pacjentów i chcemy ich przyjmować i leczyć. Zawsze tak robiliśmy. W okresie pandemii leczyliśmy pacjentów z całej Polski. Często podejmujemy się leczenia najtrudniejszych pacjentów i nigdy nie było pomysłu, żeby to zmieniać. Zgodnie z obowiązującą ustawą, szpital MSWiA ma obowiązek zapewnić opiekę medyczną czterem najważniejszym osobom w państwie. I nadal tak będzie, nic się pod tym względem nie zmieni. Jeśli będzie nowoczesny sprzęt i super fachowcy, to będzie super opieka: dla wszystkich pacjentów. Jeśli nie będzie super sprzętu i super fachowców, bo odejdą, to nie będzie super opieki – dla nikogo.







Świąteczny koncert z aukcją





„Spotykamy się, bo wierzymy w potencjał naukowy polskiej młodzieży medycznej. Wierzymy w nich. Nam też kiedyś ktoś uwierzył i podał rękę" – mówił Paweł Kruś, organizator koncertu Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny i aukcji na rzecz II stypendium naukowego Nagrody Zaufania Złoty OTIS.

Po raz trzeci spotkaliśmy się w zabytkowych wnętrzach Pałacu Szustra, siedzibie Warszawskiego Towarzystwa Muzycznego. Paweł Kruś, witając gości, podziękował tenorowi Pawłowi Pecuszokowi oraz dyrektorowi Andrzejowi Mrowcowi, dzięki którym odbyły się Muzyczne Spotkania Mistrzów Medycyny z aukcją na rzecz II stypendium naukowego Nagrody Zaufania Złoty OTIS.

Stypendium Naukowe Nagrody Zaufania Złoty OTIS dla młodego lekarza, poświęcającego się pracy naukowej, laureata Nagrody Zaufania Złoty OTIS w kategorii Debiut Naukowy, zostało zainicjowane w 2022 r. przez prof. Romualda Olszańskiego. Zaproponował on ufundowanie stypendium, aby młodzi naukowcy czuli moralne i materialne wsparcie Kapituły Nagrody Zaufania.

Podczas trzeciej aukcji na rzecz stypendium zaprezentowano kilka ciekawych prac. Goście oglądali rzeźby Dionizego Purty, jednego z najwybitniejszych twórców ludowych: „Anioł i Diabeł" oraz „Muzycy". Dwa obrazy „Pejzaż podlaski znad Supraśli" (nr 44 i 45) Tobiasza Kenio przedstawiające rzekę w czasie różnych pór roku przyciągały uwagę, podobnie jak „Morze" Krzysztofa Koniczka. Gościom podobały się „Pole maków" Tatiany Pytkowskiej i „Dziwna sosna" Stanisława Sierko, a także szkice statuetki Złotego Otisa Włodzimierza Pytkowskiego. Szczególnym zainteresowaniem cieszyła akwarela: „Stary Budapest" Albina Waczyńskiego, lekarza psychiatry i uznanego pejzażysty. Łącznie na II stypendium naukowe uzyskaliśmy 5 100 zł!

Na scenie wystąpiła Martyna Kasprzyk-Peralta – mezzosopran i Adam Woch – gitarzysta, gościnnie towarzyszył im Massimilliano Peralta – 7-letni laureat 75. edycji konkursu Zecchino d'Oro we Włoszech. Solowy występ małego artysty, który zaśpiewał „Bella ciao", nagrodzono gromkimi i entuzjastycznymi brawami. Koncert zakończyliśmy wspólnym kolędowaniem.

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



FOT. TOMASZ ADAMASZEK

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl



Siódmy pies. **Dwa dni z wojny**

Tarnopol. Puste jezioro, pusty deptak

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Pokój w hotelu jest ciepły, nawet przegrzany i bardzo czysty. Mrozu boją się wszyscy najbardziej. Bez światła da się żyć, bez Internetu też. Śmierć z wychłodzenia przychodzi znienacka. Zasypiasz i już.

Za oknem jezioro w Tarnopolu, lekka mgła. Na drugim brzegu, na skarpie, domy w popołudniowej szarówce. Po zmroku miasto przypomina szachownicę: dziesięć domów z nielicznymi światłami w oknach, jasne witryny sklepów, a dalej kilkanaście przecznic ciemnych, i znowu jasno, i tak bez końca. Oświetlenie zmienia się nieprzewidywalnie – coś się zapala, coś gaśnie, po chodnikach przesuwają się nieliczne świetliki latarek i sylwetki bez cieni.

Każdy nosi swój strach inaczej.

Wycie syren, krótkie hasło – rakiety. Szybka powtórka z pamięci, trzeba zejść do schronu, wszędzie są oznakowane. W szoku, jaki podświadomie wywołuje dźwięk alarmu, część ludzi nie robi nic. Rozpakowuje walizki w hotelu, wymienia karty w telefonie, podłącza ładowarki. Na wojnie najważniejsza jest rytualizacja czynności życiowych: wracasz do pokoju po ciemku i musisz wiedzieć, gdzie stoi lampka na baterie, gdzie leży kabel i powerbank, zachować butelkę wody do mycia i do picia. A jak już zapalisz lampę, pozostaje tylko kołdra i książka i sen.

A i tak będą ci się śniły obrazy rakiet wbitych w górne piętra domów w Kijowie, Mariupolu, Charkowie i będziesz widzieć, jak wlatują w twoje czwarte piętro ciepłego hotelu w Tarnopolu. I poczujesz chłód.

**

Dzień I

Kiedy widzisz pierwszą panią z pieskiem, myślisz, że to normalne życie; gdy mijasz pierwszą kobietę z pięcioma psami, nie dziwisz się. Druga, trzecia, dziesiąta osoba otoczona gromadą psów, to w Tarnopolu codzienność. Wszystkie zwierzęta są z innej bajki – małe do schowania pod pachą i wielkie charty, psy czarne i bure, kundle i wielki rasowy wilczur. Naliczyłem siedem wokół jednej osoby. Wszystkie psy bez smyczy, każdy w kubraczku z włóczki, sikają na skrawek trawnika przy głównym placu, jeden po drugim jak w kolejce. Żadnej zabawy, zero zaczepek, hałasu – zupełnie nie jak psy na spacerze. Karnie idą po schodach ku jezioru, obok zamku. Nie rozbiegają się, choć alejki i place zabaw kuszą, można by nawet pobiegać po zjeżdżalniach; południe, nie ma na nich nikogo, pogoda nawet ładna, bez wiatru.

W centrum nieliczni ludzie na chodnikach, też są półobecni. Ale są. I jest dudnienie generatorów, wysta- ➤



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Kuchnia w Chersoniu, 2022



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

W metrze, podczas alarmu bombowego, Chersoń, 2022

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl





FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Operacja



FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Na przypadkowym stole, pierwsza pomoc dla ranionej odłamkiem. Chersoń 2022.



wionych przed witryny, i czekanie na odwołanie alarmu. I na światło.

***

Żołnierz przed hotelem, to stary wiarus. Ogorzała twarz siedemdziesięciolatka, opalona wiatrem, nieobecny wzrok. Ubrany w żołnierski szynel z drugiej wojny nie wygląda jak bojownik w telewizji. Ale to on jest prawdziwy – pewnie z niewoli albo z frontu. Przywieziony na leczenie, na przepustkę? Nie chce rozmawiać, szybko znika w budynku na sam dźwięk rosyjskiego.

Przy głównym wejściu, w hallu uniwersytetu medycznego, za parawanami półki darów, stosy pudeł – dwa tiry, może trzy. Nasza dostawa na środku, ustawiona do pamiątkowego zdjęcia. Tu kompletowane są apteczki indywidualne w standardzie NATO, zrobili ich blisko cztery tysiące, tu dociera termiczna bielizna, dziś najcenniejsza. Stąd sprzęt jedzie prosto na front.

– Kiedy zmieniają rozmiary koszul, jakich potrzebuje oddział, wiem, że ktoś zginął – Natalia płacze. Od początku wojny poznała kilkanaście jednostek bojowych, dożywia je, ubiera, kocha.

Polski profesor ortopedii mówi, że tu chce ściągnąć swoich lekarzy, żeby zobaczyli, jak się tutaj operuje stu ciężko rannych ludzi nieomal jednocześnie. Tylu jest zwożonych do kliniki uniwersyteckiej raz w tygodniu, regularnie jak w zegarku.

Dary, medale, kolacje. Wdzięczność w oczach rektora, łzy. Łzy nie kłamią. Polacy i Ukraińcy po przeciwnych stronach stołu – tak decyduje starszyzna. Bo to jest rada. Nie wolno mówić po rosyjsku, każda strona rozumie drugą może w trzydziestu procentach. Gościnność jednych i determinacja drugich nie potrzebuje żadnego języka – jest emocją. Powstaje plan. Wojnę wygrywają sojusze.

****

Dzień II

Na parking przed liceum w Krzemieńcu wychodzą poborowi. Sześciu chłopaków, ich oczy i kilka rodzin przy samochodach. Oficer pomaga nieść torby rekrutów, w armii to się raczej nie zdarza. Cisza na parkingu jest ciszą małego miasteczka, ciszą ich dotychczasowego życia. Wsiadają do busa, jadą do następnej miejscowości, po kolejny zaciąg.

Grupa psów przechodzi powoli, w kierunku ulicy prowadzącej w górę, do domu Juliusza Słowackiego. – Powiedz, że mnie widziałeś, że jestem grzeczny i czekam – mówi siódmy.

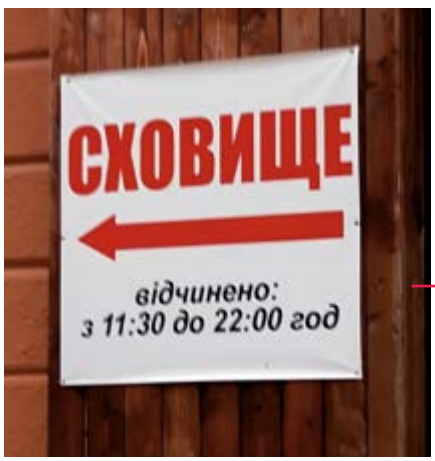
Paweł Kruś
Tarnopol, 5-7 grudnia 2022



Gorzki smak zwycięstwa.



Okropności wojny, Charków, 2022



Wejście do schronu



Kasza, jajko i ... Kolacja dla lekarzy, Dniepropietrowsk, 2022



Do lasów wchodzić nie wolno. Suszone grzyby są najbardziej deficytowym artykułem na Ukrainie.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

ŚWIAT LEKARZA 3D

Archiwalne numery

czytaj swiatlekarza.pl

























ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl