



KLINIKA

Czas na polski rejestr przypadków cukrzycy

Największym wyzwaniem diabetologii jest rosnąca zapadalność na cukrzycę. Szczególnie niepokojący jest wzrost zachorowań na cukrzycę typu 1. ► 18

FAKTY

Marek Kos

W ramach SZNUR chcemy usunąć wadliwe albo nierealizowane zapisy z poprzedniej ustawy oraz urealnić kreowanie polityki refundacyjnej przez ministra zdrowia. ► 5



Exemplarz promocyjny

PULS Medycyny

NR 5 (471) 26 MAJA 2025 ISSN 1642-5154

CENA 37,50 Zł (w tym 8% VAT)

pulsmedycyny.pl

NOWE KOMPETENCJE, STARE WYZWANIA



MEDYCYNĄ RODZINNA Podstawowa opieka zdrowotna przechodzi głęboką transformację. W centrum tych zmian pozostaje lekarz rodzinny, który musi łączyć wiedzę kliniczną z kompetencjami przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia. ► 6-12

Jakie są przyczyny niepowodzeń w terapii alergii

Niska skuteczność leczenia chorób układu oddechowego i alergii wynika często z braku przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów. ► 13-15



Nowotwory nie odbiera szansy na macierzyństwo

Metody zabezpieczenia płodności oferowane w ramach rządowego programu *in vitro* są skuteczne, szanse na ciążę bardzo wysokie, a sama ciąża jest bezpieczna. ► 16





prof. dr hab. n. med.
Janusz Gumprecht

został wybrany prezesem elektem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) podczas XXVI Zjazdu Naukowego PTD w Krakowie. Prof. Janusz Gumprecht jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

OD REDAKTORA

Jesteśmy pulsem każdej dziedziny medycyny

PRZEŁOM MAJA I CZERWCA TO ŚWIĘTO MEDYCYNY RODZINNEJ ZA SPRAWĄ KONGRESU MEDYCYNY RODZINNEJ, KTÓRY ODBĘDZIE SIĘ PO RAZ 23. Jego organizator, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, istnieje już ponad 30 lat, a działalność edukacyjna ukierunkowana na lekarzy rodzinnych to jeden z naszych priorytetów. Nie może zabraknąć tam „Pulsu Medycyny”.

Tym razem łączymy siły z redakcją platformy MEDIBAS Polska, narzędzia, które jest realnym wsparciem w podejmowaniu decyzji klinicznych. Oferuje je nasz wydawca Bonnier Healthcare Polska. Zapraszamy do naszego stoiska na spotkanie z prof. Adamem Windakiem, wiceprezesem Zarządu Głównego KLRwP i redaktorem naczelnym MEDIBAS Polska. A w naszej gazecie polecamy sekcję Medycyna Rodzinna, w której więcej informacji na temat platformy MEDIBAS (► 9).

W TYM NUMERZE ZAMIESZCZAMY TAKŻE RELACJE Z INNYCH NAUKOWYCH WYDARZEŃ: XXVI Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (► 18) oraz 17. Konferencji Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego pod hasłem „Alergia w zmieniającym się świecie”. Doniesieniami z tego ostatniego spotkania otwieramy nowy cykl „Puls Alergologii” (► 24-17). „Epidemia chorób alergicznych zaczęła się już pod koniec XX w.,



a obecnie obserwujemy ją w pełni” — mówi Anna Ben Drissi, dyrektor zarządzająca PTA. Będziemy się więc wspólnie śledzić wyzwania, jakie stoją obecnie przed alergologami i sekundować ich działaniom.

ZA NAMI 26. BIEG PO NOWE ŻYCIE, NAJWIĘKSZE W POLSCE WYDARZENIE WSPIERAJĄCE TRANSPLANTOLOGię. W przededniu biegu, podczas Gali Polskiej Transplantologii organizatorzy rozdali nagrody „Drugie Życie”. W kategorii „Media o transplantacji” w tym roku wyróżniony został „Puls Medycyny”. W naszym piśmie regularnie poruszamy tematy ważne dla polskiej transplantologii, piszemy też o osiągnięciach wybitnych transplantologów, takich jak prof. Michał Grąt, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby UCK WUM oraz konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej, który również otrzymał nagrodę „Drugie Życie”, w kategorii „Osobowość polskiej transplantologii”. Przypomnijmy, że prof. Grąt wraz z zespołem zajął pierwsze miejsce w prestiżowym konkursie „Pulsu Medycyny” Złoty Skalpel 2024. Gratulujemy!

Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna
m.konaszczuk@pulsmedycyny.pl



PULS Medycyny

Deбаты i konferencje „Pulsu Medycyny”

oglądaj online:
[pulsmedycyny.pl/wydarzenia](https://www.pulsmedycyny.pl/wydarzenia)

Zeskanuj kod QR i zobacz online

Wydawca: Bonnier Healthcare Polska Sp. z o.o.
ul. Kijowska 1, 03-738 Warszawa
Prezes: Patrycja Deyna
Redakcja: ul. Kijowska 1, 03-738 Warszawa,
tel. 22 333 99 91, fax 22 333 97 35,
redakcja@pulsmedycyny.pl,
prenumerata@pulsmedycyny.pl, www.pulsfarmacji.pl

Dyrektor zarządzający Bonnier Healthcare Polska:
Fredrik Andersson
Dyrektor ds. sprzedaży:
Paulina Pietruczuk
Dyrektor artystyczny:
Tomasz Młynarski
Redaktor naczelna:
Małgorzata Konaszczuk
m.konaszczuk@pulsmedycyny.pl
Z-ca redaktora naczelnego
Marcin Kaźkowski
m.kaźkowski@pulsmedycyny.pl

Zespół redakcyjny:
Emilia Graża (z-ca redaktora naczelnego
ds. e-wydawni, tel. 22 333 97 28,
e.graza@pulsmedycyny.pl)
Katarzyna Matusiewicz, tel. 603 441 155
k.matusiewicz@pulsmedycyny.pl
Monika Majewska,
m.majewska@pulsmedycyny.pl
Katarzyna Lisowska,
(z-ca redaktora naczelnego ds. wydania online)
k.lisowska@pulsmedycyny.pl
Anna Rogala, a.rogala@pulsmedycyny.pl

Współpraca redakcyjna:
Patrycja Puciec
p.puciec@pulsmedycyny.pl
Olga Tymanowska,
o.tymanowska@pulsmedycyny.pl
Dział marketingu i reklamy:
tel. 605 948 158
e-mail: d.rynek@pulsmedycyny.pl
Anna Mijakowska
(senior key account manager)
anna.mijakowska@konsylium24.pl

Anna Szostakiewicz (key account manager)
anna.szostakiewicz@konsylium24.pl
Aleksandra Uziębło (senior key account manager),
a.uzieblo@pulsmedycyny.pl
Beata Topoly (junior key account manager)
b.topoly@pulsmedycyny.pl

Prenumerata: tel. 22 333 97 69

Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności
za treść reklam
i ogłoszeń ani za udostępnianie ich osobom
nieuprawnionym. Materiałów niezamierzonych nie
zwracamy. Zarezerwowaliśmy sobie prawo adustacji
i korekty tekstów oraz zmiany ich tytułów.
Bonnier Healthcare Polska 2025
Wszystkie prawa zastrzeżone
ISSN 1642-5154



prof. dr hab. n. med.
Krzysztof J. Filipiak

został wybrany na stanowisko dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Nowy dyrektor CMKP jest specjalistą chorób wewnętrznych, kardiologii, hipertensjologii i farmakologii klinicznej, rektorem Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Rada naukowa

Dr hab. n. med., prof. nadzw. Bożenna Bagińska-Dembowska, Klinika Onkologii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski, Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej WIM w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Bartuzi, Katedra Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych w Bydgoszczy

Prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski, Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia izotopami USK we Wrocławiu

Prof. dr hab. n. med. Ewa Bernatowska, Klinika Immunologii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Prof. dr hab. n. med. Roman Danielewicz, Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong, Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii WUM

Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert, Klinika Nefrologii i Chorób Wewnętrznych CMKP

Prof. dr hab. n. med. Marek Hartleb, Klinika Gastroenterologii i Hepatologii SUM w Katowicach

Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Międzydziałek Szpitala Specjalistycznego Warszawskiego UM

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Teresa Jackowska, Klinika Pediatrii CMKP w Warszawie

Dr n. med. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz, Klinika Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii

Prof. dr hab. n. med. Wiesław Jędrzejczak, Katedra i Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM

Prof. dr hab. n. med. Joanna Maj, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UM we Wrocławiu

Prof. dr hab. n. med. Leszek Królicki, Zakład Medycyny Nuklearnej WUM

Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, Katedra i Klinika Neurologii UM w Lublinie

Prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka, Klinika Dermatologiczna WUM

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec, Katedra i Klinika Psychiatrii PUM w Szczecinie

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Szafflik, Centrum Mikrochirurgii Oka Laser

Prof. dr hab. n. med. Witold Szyfter, Klinika Otolaryngologii UM w Poznaniu

Prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński, II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

Prof. dr hab. n. med. Witold Tlustochowicz, Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii WIM w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego PUM

Dr hab. n. med. Mariusz Wyleźo, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie Leczenia Otyłości.

Prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UM w Poznaniu



Praktyka lekarza rodzinnego w Polsce stoi obecnie przed wieloma wyzwaniami — liczne zmiany organizacyjne, coraz większe obciążenia administracyjne, rosnąca liczba pacjentów, ograniczony czas na wizytę, potrzeba aktualizacji wiedzy i konieczność podejmowania decyzji diagnostycznych i terapeutycznych w warunkach dużej niepewności to tylko niektóre z nich. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce wśród statutowych celów swojej działalności już w drugim punkcie ma zapisane „Wspieranie lekarza rodzinnego w wykonywaniu jego praktyki”. I właśnie dlatego Kolegium podjęło współpracę z firmą Bonnier Healthcare Polska w celu budowy nowoczesnego, profesjonalnego systemu wspierania decyzji klinicznych lekarza rodzinnego. W jej efekcie powstała platforma MEDIBAS — profesjonalne i niezależne narzędzie wsparcia decyzji klinicznych dla lekarzy rodzinnych.

Dlaczego warto korzystać z platformy MEDIBAS?

1. MEDIBAS to nowoczesna, stale aktualizowana platforma edukacyjno-decyzyjna, która integruje:

- rekomendacje kliniczne,
- algorytmy diagnostyczne,
- odpowiedzi praktyczne dostosowane do realiów medycyny rodzinnej,
- wsparcie w interpretacji badań.

Dzięki temu lekarz rodzinny zyskuje szybki dostęp do sprawdzonej wiedzy, co przekłada się na bezpieczniejsze i bardziej efektywne leczenie pacjentów.

2. Platforma MEDIBAS powstała z myślą o realiach pracy w podstawowej opiece zdrowotnej — krótkich wizytach, ograniczonej dostępności badań specjalistycznych i szerokim spektrum problemów zdrowotnych. Platforma nie narzuca teoretycznych schematów, lecz proponuje rozwiązania dostosowane do warunków, w jakich pracują lekarze rodzinni w Polsce.

3. Jednym z filarów MEDIBAS jest współpraca z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP) — profesjonalną organizacją naukową i zawodową lekarzy rodzinnych. Dzięki temu treści publikowane w MEDIBAS są:

- merytorycznie sprawdzone przez ekspertów KLRwP,
- zgodne z aktualnymi wytycznymi i standardami,
- tworzone z udziałem praktyków medycyny rodzinnej.

4. Korzystanie z MEDIBAS to:

- szybsze i trafniejsze decyzje kliniczne,
- większa pewność w trudnych przypadkach,
- poprawa jakości opieki nad pacjentem,
- oszczędność czasu i ograniczenie ryzyka błędów.

5. Dzięki współpracy pomiędzy KLRwP a firmą Bonnier Healthcare Polska — właścicielem platformy MEDIBAS, członkowie Kolegium uzyskują stałą, preferencyjny dostęp do platformy z 20 proc. bonifikatą.

MEDIBAS to nie tylko platforma edukacyjna — to realne wsparcie w podejmowaniu decyzji klinicznych i miłowy krok na drodze budowania nowoczesnej, bezpiecznej medycyny rodzinnej w Polsce. Daj sobie dostęp do narzędzia, które naprawdę wspiera decyzje — tam, gdzie liczy się każda minuta i każdy szczegół.

Pozdrawiam serdecznie

prof. dr hab. n. med. Adam Windak
wiceprezes Zarządu Głównego KLRwP
redaktor naczelny MEDIBAS Polska



PROFESJONALNE ŹRÓDŁO WIEDZY MEDYCZNEJ





Polska prezydencja w Radzie UE stała się okazją do spotkania z odpowiednikami Rzecznika Praw Pacjenta z państw Unii Europejskiej, żeby rozmawiać o wspólnej sieci wymiany informacji medycznych i podjąć pracę nad europejskimi standardami ochrony praw pacjenta, które miałyby obowiązywać w całej Wspólnocie.

Bartłomiej Chmielewicz, Rzecznik Praw Pacjenta

9,5

— tyle zaświadczeń o niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu wystawili lekarze w 2024 roku.

Wprowadzony zostanie zakaz sprzedaży e-papierosów nieletnim

Sejm RP uchwalił nowelizację ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, która kompleksowo reguluje rynek elektronicznych papierosów i woreczków nikotynowych. Nowe przepisy zakazują ich sprzedaży osobom do 18. roku życia, przez Internet i w automatach. Poprawiają też nadzór nad składem tych produktów.

Czas na skoordynowaną opiekę długoterminową

Polska geriatra i opieka długoterminowa wymagają pilnych zmian. „Była propozycja, by geriatra nie była osobną specjalizacją, ale zaliczała się do tzw. umiejętności zawodowych lekarzy. Ich zdobycie jest znacznie mniej skomplikowane i trwa krócej niż szkolenie specjalizacyjne. Boję się jednak, że przez to geriatra jako specjalizacja umrze” — stwierdziła wiceminister Demkow, wiceminister zdrowia.

Polskie społeczeństwo to jedna z najszybciej starzejących się populacji w Europie. Szczególnego znaczenia nabierają więc usługi opieki długoterminowej. Nie chodzi jedynie o wsparcie w zakresie zdrowia, ale też społeczne, bowiem potrzeby populacji senioralnej są bardzo zróżnicowane.

Wyzwania związane z demograficznym tsunami

Szczególnie cenne wydają się te rozwiązania, które skoordynują działania w obszarze polityki społecznej i systemu opieki zdrowotnej. Jakże są dziś podstawowe cele polityki senioralnej?

„Biorąc pod uwagę demografię, najpilniejsze wydają się dziś zmiany w obszarze opieki długoterminowej, aby za kilka lub kilkanaście lat system udźwignął potrzeby związane ze starzeniem się społeczeństwa. Długość życia wzrasta. Za kilkanaście lat liczba osób starszych dramatycznie wzrośnie. Szacuje się, że w 2040 r., czyli już za 15 lat liczba stułatków wzrośnie do nawet 20 tys. Dziś jest ich w polskiej populacji ok. 7 tys. W 2040 r. osób po 85. roku życia będzie więcej o ponad 90 proc. w stosunku do ich liczby w 2022 r. Tymczasem wraz z wyższym wiekiem rośnie też ryzyko konieczności korzystania ze wsparcia osób trzecich” — podkreśliła minister ds. polityki senioralnej Marzena Okła-Drewnowicz.

Jak dodała, opieka długoterminowa będzie więc bardzo potrzebna, choć nie w takim kształcie, w jakim funkcjonuje obecnie. „Musi to być opieka skoordynowana, z określonymi standardami i ramami jakości, a także prawidłowo monitorowana. Dziś jest ona podzielona i silosowa. Z jednej strony mamy ochronę zdrowia, a z drugiej system opieki społecznej. Te systemy „muszą się widzieć”, choć po długich latach zaniedbań trudno to zmienić z dnia na dzień” — przyznała minister.

Zintegrowane działania resortów

Marzena Okła-Drewnowicz zauważyła, że wielu osobom opieka długoterminowa kojarzy się od razu ze szpitalem i leczeniem. „W mojej ocenie, ta opieka zaczyna się już w miejscu zamieszkania, czyli w domu seniora. Stąd mój resort kładzie nacisk na takie rozwiązania, jak bon senioralny. To rozwiązanie w ramach systemu opieki społecznej, ale „ma się widzieć” z opieką długoterminową, świadczoną przez lekarza i pielęgniarkę w warunkach domowych” — wskazała

ZMIANY DEMOGRAFICZNE

Skutki dla ochrony zdrowia

- Społeczeństwo polskie jest w trakcie głębokiej zmiany demograficznej. Do 2035 r. (w ciągu 10 lat):
 - liczba osób w wieku do 18. roku życia zmniejszy się o niemal 1,1 mln;
 - liczba osób aktywnych zawodowo (18-59/64) zmniejszy się o niemal 750 tys.;
 - liczba osób w wieku 60+/65+ zwiększy się o ponad 600 tys., przy czym liczba osób w wieku 80+ zwiększy się o 1,1 mln.
- ta zmiana stawia istotne wyzwania przed systemem ochrony zdrowia:
 - wzrost liczebności populacji 65+;
 - zwiększenie liczby osób z chorobami wymagających leczenia, dłuższe życie z chorobami przewlekłymi;
 - wzrost liczby świadczeń, w tym spożycia leków;
 - wzrost wydatków na ochronę zdrowia;
 - wzrost zapotrzebowania na leki stosowane w chorobach wieku podeszłego;
 - kadry medyczne również będą się starzeć — ryzyko braku zastępowalności pokoleniowej w wybranych zawodach, specjalizacjach:
 - spadek populacji 15-64;
 - zmniejszenie liczby pracujących;
 - zmniejszenie wartości składek zdrowotnej;
 - wzrost napięć w budżecie płatnika publicznego, skutkujący koniecznością poszukiwania oszczędności;
 - spadek zapotrzebowania na wybrane leki (np. leki antykoncepcyjne);
 - spadek populacji 0-14;
 - wskazuje na długoterminową trwałość charakteru zmian demograficznych;
 - spadek zapotrzebowania na produkty stosowane w okresie dziecięcym.



(Źródło: Pex)

mniej skomplikowane i trwa krócej niż szkolenie specjalizacyjne. Boję się jednak, że przez to geriatra jako specjalizacja umrze” — stwierdziła wiceminister Demkow.

Potencjał w lekarzach rodzinnych i innych zawodach medycznych

W pewnym sensie naturalnymi kandydatami do realizacji szkolenia z zakresu geriatry mogliby być lekarze rodzinni. To przecież z usług zdrowotnych POZ korzysta wielu seniorów. „Jednak ponad 90 proc. przychodni POZ to podmioty prywatne. Trudno jest namówić prywatnego pracodawcę, by oddelegował swojego pracownika na 2 lata na szkolenie specjalizacyjne” — przyznała Urszula Demkow.

Jak przypomniała, obecnie trwają prace zmierzające do zwiększenia liczby oddziałów geriatrycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia ogłosił w tym zakresie konkursy, do których ponoć przystępuje wiele szpitali.

„Kolejnym krokiem są modyfikacje koszyka świadczeń. NFZ najpierw będzie podpisywać kontrakty z oddziałami, a następnie musi pójść za tym odpowiednie finansowanie. Staramy się też przekazywać kompetencje pomiędzy poszczególnymi zawodami medycznymi. Na przykład obniżamy wyśrubowane wymogi dotyczące tego, że opiekę długoterminową domową mogą pełnić wyłącznie lekarze pewnych określonych specjalizacji. Pielęgniarki są coraz lepiej wyszkolone. Naprawdę mogą wykonywać za lekarzy pewne czynności, np. wkłucia centralne. Natomiast część kompetencji pielęgniarek przejmą opiekunowie medyczni” — wskazała wiceminister Demkow.

Warto przy tym pamiętać, że młodszy seniorzy, czyli ci w wieku 60 plus, nierzadko muszą dźwigać na barkach ciężar opieki nad rodzicami w wieku ok. 90 lat, mimo własnych zdrowotnych obciążeń.

„Kiedyś pacjentami senioralnymi zajmowała się głównie internia. Dziś brakuje zarówno internistów, jak i geriatrów. Przy takich niedoborach kadr powinniśmy na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia, zależnie gdzie trafi pacjent, wykonywać bilanse zdrowia. Chodzi o to, aby ocenić, na ile taka osoba wymaga wsparcia. Ta ocena powinna być przekazywana profesjonalistom, którzy wspierają seniorów” — powiedziała prof. Brygida Kwiatkowska z Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

Emilia Grzela

22 maja Ministerstwo Zdrowia przekazało do 30-dniowych konsultacji zewnętrznych i międzyresortowych wyczekiwany projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej. Na konferencji prasowej wiceminister zdrowia Marek Kos przedstawił najważniejsze założenia projektu.

„Nowelizacja, którą przygotowaliśmy, to efekt krytyki poprzednich zmian w ustawie z 2023 r. Już od kwietnia 2024 r. rozpoczęliśmy intensywne prace nad nową wersją ustawy o refundacji. Po spotkaniach z interesariuszami sektora farmaceutycznego projekt został wpisany w styczniu 2025 r. do wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów. 7 lutego był przekazany do konsultacji wewnętrznych, po których został zmieniony i 18 kwietnia nastąpiła aktualizacja wpisu” — informował wiceminister Kos na konferencji prasowej 21 maja.

Miała być szybka, jest szeroka nowelizacja ustawy

Przypomnijmy, że projekt, określany w skrócie jako SZNUR, oznaczający szybką nowelizację ustawy refundacyjnej, pierwotnie miał być przepracowany jeszcze w ubiegłym roku. Dziś resort zdrowia nadal posługuje się tym akronimem, mówiąc teraz o „szerokiej” nowelizacji.

Jaki jest cel kolejnych zmian w ustawie refundacyjnej? „Chcemy przede wszystkim usunąć wadliwe albo nierelatywne zapisy z poprzedniej ustawy, a także urealnić kreowanie polityki refundacyjnej przez ministra zdrowia. Obecnie w wielu obszarach minister zdrowia jest zobowiązany do oczekiwania np. na wniosek ze strony podmiotu odpowiedzialnego” — wyjaśnił wiceminister.

Kolejne cele to: eliminacja barier administracyjnych, przyspieszenie procedury refundacyjnej, większa dostępność terapii, racjonalizacja wydatków ze środków publicznych, jak również zaangażowanie przedstawicieli pacjentów w proces refundacyjny, sprawniejszy proces negocjacyjny czy wprowadzenie nowych rozwiązań informatycznych.

W porównaniu z nowelizacją ustawy z roku 2023, która liczyła 66 stron, projekt został „odchudzony”, bo ma 59 stron. Uwzględniając jednak uzasadnienie, projekt nowelizacji ustawy jest i tak bardzo duży, ponieważ łącznie liczy 136 stron.

Jak podsumował wiceminister, projekt zawiera ok. 100 zmian, w tym 30 o charakterze deregulacyjnym.

Przyspieszenie i uproszczenie zasady składania wniosków

Zaproponowane przez resort zmiany mają m.in. stymulować do składania wniosków refundacyjnych. „To bardzo ważne, bo na składanie wniosków w procesie refundacyjnym czekamy najdłużej. To najbardziej kontrowersyjny



RETAKS/ANIM

syjny i krytykowany przez wszystkich etap, który czasami trwa ok. dwóch lat (od zarejestrowania leku w Europejskiej Agencji Leków do złożenia wniosku przez podmiot odpowiedzialny). Dlatego chcemy kreować politykę refundacyjną przez wyzwanie podmiotu odpowiedzialnego do złożenia wniosku refundacyjnego z jednoczesnym udzieleniem preferencji ustawowych — wyjaśnił wiceminister. — Zmieniamy też podejście do dowodów dostępności, których nie trzeba będzie przedstawiać z chwilą złożenia wniosku, lecz wtedy, gdy lek będzie już refundowany”.

W skróceniu procesu refundacyjnego mają też pomóc prekonsultacje. Firmy farmaceutyczne mają zgłaszać się z Ministerstwem Zdrowia przed złożeniem wniosku. Chodzi o ustalenie, w jakiej kategorii dostępności lek powinien się znaleźć: w programie lekowym, katalogu chemioterapii, w opcji ambulatoryjnej (nowa kategoria dostępności) czy w aptekach oraz jaką docelową grupą pacjentów resort jest zainteresowany w danym przypadku.

Prekonsultacje mają zapobiec składaniu wniosków do niewłaściwej kategorii, nieodpowiadającej specyfice leku lub leczenia w danej chorobie. Firmy będą mogły lepiej zaplanować cały proces, oszczędzić czas i uniknąć problemów, które zwykle pojawiają się dopiero po złożeniu wniosku. Dzięki temu wnioski szybciej trafią do oceny przez AOTMIT, co skróci czas oczekiwania na decyzję i cały proces refundacyjny.

Nowa kategoria dostępności oraz nowe ścieżki refundacyjne

Projekt wprowadza czwartą kategorię dostępności leków (obok listy aptecznej, programów lekowych i katalogu chemioterapii) — dla pacjentów

z przewlekłymi chorobami innymi niż onkologiczne. Dzięki temu chorzy będą mogli otrzymywać niektóre leki nieonkologiczne w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). W tej chwili są one dostępne głównie w szpitalach, w programach lekowych. Ma to być kategoria pośrednia między refundacją leków w aptece a programem lekowym. Ułatwi dostęp do skutecznego leczenia bez konieczności hospitalizacji, a także ograniczy formalności i koszty dla szpitali. Firmy farmaceutyczne będą mogły od razu składać wnioski o refundację w ramach nowej kategorii, co przyspieszy cały proces.

Ważne zmiany w projekcie to nowa ścieżka refundacyjna dla terapii złożonych i skojarzonych oraz dla chorób rzadkich. Leki stosowane w chorobach rzadkich mają podlegać analizie wielokryterialnej. Jest to specjalna metoda oceny, która bierze pod uwagę wiele czynników jednocześnie, m.in. korzyści społeczne i dostęp do innych terapii.

Nowelizacja zakłada także szybszą ścieżkę refundacyjną dla innowacyjnych leków przez zniesienie automatycznego przerywania procesu refundacyjnego w najczęstszych przypadkach, jak:

- starsza analiza HTA — obecnie, jeśli ocena technologii medycznej (HTA) ma ponad rok, firmy muszą przygotować nową, a to drogi i czasochłonny proces. Po zmianach będzie można kontynuować procedurę na podstawie istniejącej analizy, o ile nie pojawią się nowe dane naukowe;
- braki w dokumentacji (np. niekompletna analiza HTA) — teraz nawet drobne braki w dokumentach oznaczają konieczność składania nowego wniosku. Po zmianach firmy będą

mogły uzupełniać dokumenty w trakcie postępowania refundacyjnego.

Zwiększenie potencjału leków generycznych

To kolejny cel nowelizacji, na który wskazał wiceminister Kos. Zwiększeniu potencjału leków generycznych ma pomóc wspomniana czwarta kategoria dostępności, a także: liberalizacja wymogów formalno-prawnych w przypadku terapii typu SPC (ang. *single pill combination*) i nowe podejście do ceny progowej dla kolejnych odpowiedników. Posłużymy temu ponadto: zmiana podejścia do dowodu dostępności (zastosowanie tzw. wyjątku Bolara), możliwość wcześniejszego wnioskowania w przypadku pierwszych odpowiedników, promowanie leków o ugruntowanej skuteczności oraz przywracanie na listy leków, które zniknęły z obrotu, a także uproszczenie procedury dla leków z importu docelowego.

Ku lepszej dostępności leków

„Optymalna dostępność terapii to kolejny cel, który chcemy osiągnąć wprowadzając nowelizację ustawy refundacyjnej” — wskazał wiceminister zdrowia, przerywania procesu refundacyjnego w najczęstszych przypadkach, jak:

Jeśli firma farmaceutyczna nie wywiąże się z dostaw, dany lek trafi automatycznie na listę antywywozową, czyli nie będzie można wywozić go za granicę bez zgody głównego inspektora

farmaceutycznego. Resort zakłada, że zwiększy to dostępność refundowanych leków w aptekach i ograniczy ryzyko ich braków.

Projekt wprowadza także zmiany w dystrybucji leków deficytowych do hurtowni. Obecnie leki, których może brakować w aptekach, powinny być dzielone po równo między 10 hurtowni w Polsce. Ten system się nie sprawdził, dlatego ministerstwo chce zrezygnować z tego obowiązku. Dla branży farmaceutycznej to większa przewidywalność — hurtownie będą mogły działać zgodnie z wcześniej zawartymi umowami dystrybucyjnymi. Jak przekonuje resort, skorzystają na tym apteki i pacjenci.

Kolejna ważna regulacja ma przyspieszyć dostęp do leczenia w nowych programach lekowych. „Obecnie czekamy na podpisanie umów ze świadczącymi, na stworzenie czy wdrożenie programu lekowego, co trwa czasami nawet kilka miesięcy. Chcemy, żeby te leki były dostępne od razu po ogłoszeniu listy refundacyjnej” — oświadczył wiceminister.

Firmy będą też musiały zaproponować mechanizm finansowy, który umożliwi rozliczenia, dopóki NFZ nie zakontraktuje nowego świadczenia i będzie mógł go sfinansować.

Szpital nie będą płacić za zmnarowane leki

Projekt wprowadza też finansowanie strat technologicznych dla terapii onkologicznych oraz w chorobach rzadkich. W tej chwili niektóre refundowane leki podawane w szpitalach są dawkiwane indywidualnie — w zależności od masy ciała pacjenta. To znaczy, że szpital często potrzebuje tylko część opakowania leku, a mimo to musi kupić je całe. NFZ refunduje tylko tę ilość leku, która została rzeczywiście podana pacjentowi. Reszta się marnuje, a szpital ponosi stratę.

„To wielki problem, szczególnie dla szpitali, w których straty lekowe są bardzo duże (część ampulki, która jest otwarta, nieużywana, trzeba zutylizować). Mamy dużo głosów sprzeciwu ze strony przede wszystkim świadczeniodawców” — przyznał wiceminister Kos.

Ministerstwo chce zwolnić szpitale z tych kosztów. W przypadku leków już objętych refundacją straty będzie pokrywał Fundusz Medyczny (subfundusz terapeutyczno-innowacyjny), a w przypadku nowych leków — firmy farmaceutyczne, które wnioskuje o refundację.

Marcin Książkowski

medycyna rodzinna

Medibas — źródło wiedzy przydatnej dla lekarza POZ

„Ta naukowo-edukacyjna platforma, którą współtworzą eksperci Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, powstała z myślą o lekarzach rodzinnych, choć specjaliści innych dziedzin medycyny również mogą z niej korzystać. To baza wiedzy, gromadząca artykuły oraz wytyczne dotyczące najczęstszych w praktyce POZ problemów klinicznych” — wyjaśnia lek. Michał Sutkowski, prezes elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLrWP) to jedna z reprezentatywnych organizacji tego środowiska. Jednym z obszarów aktywności KLrWP są działania edukacyjne.

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce istnieje już ponad 30 lat. Jesteśmy największą organizacją zrzeszającą specjalistów medycyny rodzinnej w Polsce. Działalność edukacyjna ukierunkowana na lekarzy rodzinnych to jeden z naszych priorytetów. Zależy nam, aby działania w tej sferze odzwierciedlały specyfikę naszej specjalizacji, a więc fakt, że medycyna rodzinna to dziedzina niezwykle złożona, a lekarze rodzinni muszą w codziennej praktyce patrzeć na pacjentów holistycznie.

Widać to doskonale na przykładzie programu merytorycznego 23. Kongresu KLrWP, który odbędzie się 29 maja — 1 czerwca w Łodzi zarówno w formie stacjonarnej, jak i online. Uczestnicy znajdą w programie te zagadnienia, które najczęściej pojawiają się w ich praktyce: problemy kliniczne z obszaru psychiatrii, neurologii, endokrynologii, dermatologii oraz leczenia otyłości i jej powikłań.

Program kongresu uzupełniają warsztaty, podczas których słuchacze będą mogli pogłębić swoją wiedzę, m.in. z zakresu wykonywania badań USG głowy i szyi czy opieki nad pacjentem geriatrycznym z nietrzymaniem moczu. Nowością w programie będzie sesja poświęcona pielęgniarcom podstawowej opieki zdrowotnej.

Podczas sesji specjalnej zaprezentujemy lekarzom nowe narzędzie, stworzone z myślą o specjalistach medycyny rodzinnej, czyli platformę Medibas.

Jak powstawała ta platforma?

Medibas to platforma naukowo-edukacyjna, którą współtworzą eksperci Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, i choć powstała z myślą o lekarzach rodzinnych, specjaliści innych dziedzin medycyny również mogą z niej korzystać. To baza wiedzy, gromadząca artykuły oraz wytyczne dotyczące najczęstszych w praktyce POZ problemów klinicznych.

Praca nad stworzeniem Medibas trwała kilka lat, czerpalimy przy tym z doświadczeń norweskich, szwedzkich i niemieckich oraz eksperckiej wiedzy polskich lekarzy rodzinnych skupionych wokół KLrWP. Pracami nad budowaniem platformy kierował prof. Adam Windak, obecnie wiceprezes zarządu KLrWP oraz redaktor naczelny serwisu Medibas.

Jakie treści znajdują tam lekarze rodzinni?

Zależało nam, by Medibas stał się dla lekarzy rodzinnych narzędziem na co dzień wykorzystywanym w gabinetach oraz źródłem rzetelnej wiedzy

O KIM MOWA

Lek. Michał Sutkowski jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, dyrektorem NZOS „Medycyna Rodzinna” w Osuchowie, wykładowcą i prodziekanem ds. rozwoju na Wydziale Medycznym Uczelni Łazarskiego w Warszawie, prezesem elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, prezesem Warszawskiego Oddziału Terenowego KLrWP i rzecznikiem prasowym KLrWP.



„Zależy nam, aby działania edukacyjne odzwierciedlały specyfikę naszej specjalizacji, a więc fakt, że medycyna rodzinna to dziedzina niezwykle złożona, a lekarze rodzinni muszą w codziennej praktyce patrzeć na pacjentów holistycznie.”

opartej na *evidence based medicine*. Każdy materiał na platformie Medibas jest więc poparty naukowymi źródłami oraz wzbogacony o precyzyjne, praktyczne wskazówki diagnostyczno-terapeutyczne. Udało nam się zasilic Medibas już blisko czterema tysiącami artykułów, jest to więc pokaźna dawka wiedzy, ułożona w ustrukturyzowany sposób.

Co ważne, na platformie są publikowane wyłącznie treści niekomercyjne, a więc nie ma tam artykułów reklamowych i sponsorowanych. Medibas w całości utrzymuje się ze środków pochodzących z subskrypcji użytkowników. W mojej ocenie, jest to dodatkowa gwarancja, że lekarze rodzinni znajdują tam rzetelne i w pełni niezależne treści. Chciałbym też podkreślić, że treści na platformie są stale aktualizowane, zgodnie z najnowszymi wytycznymi i badaniami.

Bardzo przydatną funkcjonalnością Medibas jest także to, że stanowi on źródło rzetelnych materiałów

edukacyjnych, które lekarz może przekazać pacjentowi. Platforma została zaprojektowana w sposób przejrzysty i przyjazny dla użytkownika, co bardzo ułatwia korzystanie z niej tak zapracowanym lekarzom, jak specjaliści medycyny rodzinnej. Medibas towarzyszy mi w codziennej pracy w gabinecie, często służąc praktyczną wskazówką w diagnostyczno-terapeutycznych dylematach.

Użytkownicy platformy znajdują tam treści podane nie tylko w formie artykułów. Od początku kwietnia do połowy czerwca w każdą środę na Medibasie lekarze rodzinni będą mogli uczestniczyć w webinarach z cyklu „Środowe wieczory z medycyną rodzinną”. W serii krótkich, 30-minutowych spotkań specjaliści medycyny rodzinnej oraz eksperci z innych dziedzin omówią praktyczne wskazówki dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w wybranych problemach klinicznych.

Rozmawiała Emilia Grzela

MEDIBAS

PROFESJONALNE ŹRÓDŁO WIEDZY MEDYCZNEJ



Masz wilczy apetyt na wiedzę?

Sprawdź platformę MEDIBAS!



Zaufaj polskim i międzynarodowym ekspertom.



Uzyskaj natychmiastowy dostęp do aktualnych wytycznych.



Sięgnij po sprawdzone informacje i praktyczne wskazówki od ekspertów.



Zdobądź dostęp do profesjonalnej wiedzy medycznej w 20 sekund.



Poznaj MEDIBAS!



Poznaj **MEDIBAS** już dziś – zarejestruj się i skorzystaj ze specjalnej oferty dla nowych użytkowników.

medibas.pl

Zespół metaboliczny powinien być w Polsce intensywniej leczony

„Występowanie zespołu metabolicznego to częsty problem w praktyce lekarza rodzinnego. Zwiększa się ono wraz z wiekiem pacjentów. Warto przypomnieć, że nadmierna masa ciała, a więc podstawowa składowa zespołu metabolicznego, cechuje 60 proc. dorosłych Polaków, natomiast otyły jest już co piąty dorosły mieszkaniec Polski” — zwraca uwagę prof. Tomasz Tomasik, specjalista medycyny rodzinnej.

Jakie czynniki ryzyka zdrowotnego wchodzą w skład pojęcia zespołu metabolicznego?

Zespołem metabolicznym (ZM) określamy współwystępowanie istotnych i modyfikowalnych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (s-n). Składowe zespołu metabolicznego to: otyłość, podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, zaburzenia gospodarki węglowodanowej i lipidowej, w tym podwyższone stężenie cholesterolu frakcji nie-HDL. Główne kryteria rozpoznania ZM to stwierdzenie otyłości oraz dwóch spośród trzech wyżej wymienionych składowych. Zgodnie z przyjętą koncepcją, u pacjentów z ZM uwaga lekarza i współpracującego z nim personelu medycznego powinna zostać skierowana na leczenie otyłości oraz współwystępujących z nią czynników ryzyka rozwoju miażdżycy, cukrzycy typu 2 i chorób sercowo-naczyniowych.

Jak częste są przypadki zespołu metabolicznego w praktyce lekarzy rodzinnych?

To istotny problem zdrowotny w polskiej populacji, a co za tym idzie również w codziennej praktyce lekarzy rodzinnych. W Polsce zrealizowano co najmniej kilka badań epidemiologicznych, będących próbą oszacowania występowania ZM oraz jego składowych. Były to przede wszystkim badania NATPOL i WOBASZ, a także badanie LIPIDOGRAm, ukończony na POZ. Potwierdziły one, że ostatnie dekady przyniosły istotny wzrost występowania ZM w populacji osób dorosłych. Szacuje się, że obecnie ponad 30 proc. kobiet choruje na zespół metaboliczny, a odsetek ten zwiększa się do blisko 40 proc. wśród mężczyzn. Szczególny wzrost zapadalności na ZM obserwuje się w populacji mężczyzn powyżej 65. roku życia.

Występowanie ZM w ogóle zwiększa się wraz z wiekiem. Warto przypomnieć, że nadmierna masa ciała, a więc podstawowa składowa zespołu metabolicznego, występuje u 60 proc. dorosłych Polaków, natomiast otyły jest już co piąty dorosły mieszkaniec Polski.

Diagnostyka czy leczenie pacjentów z zespołem metabolicznym przysparza lekarzom rodzinnym największe trudności?

Diagnostyka ZM nie przysparza lekarzom rodzinnym trudności, mamy bowiem do dyspozycji jasno określone kryteria jego rozpoznawania. Rozpoznanie można ustalić stosunkowo łatwo po wykonaniu badania podmiotowego i przedmiotowego, a także prostych badań laboratoryjnych. Natomiast terapia ZM istotnie może przysparzać lekarzom pewnych trudności. Opiera się ona na leczeniu jego poszczególnych składowych, a więc: otyłości, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii oraz cukrzycy lub stanu przedcukrzycowego. Wymaga to indywidualnego podejścia do pacjenta i także jego zaangażowania w terapię.

Skuteczność postępowania ma niebagatelne znaczenie dla profilaktyki zawałów serca, udarów mózgu i innych zdarzeń sercowo-naczyniowych. Oczywiście, pewne elementy postępowania będą wspólne dla wszystkich składowych ZM. Chodzi tu przede wszystkim o modyfikację stylu życia oraz redukcję masy



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Tomasik jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej i zdrowia publicznego, związany z Katedrą Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, wiceprezsem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce ds. kształcenia, rozwoju zawodowego i nauki.

30 proc.

— taki odsetek kobiet choruje na zespół metaboliczny.

ciała. Poszczególne zalecenia mogą się jednak różnić w zależności od potrzeb pacjenta. Przykładowo, zalecenia dietetyczne będą inne dla chorego z nadciśnieniem tętniczym, a inne dla pacjenta z zaburzeniami gospodarki lipidowej. Polska to kraj charakteryzujący się wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, a więc leczenie poszczególnych składowych ZM powinno być w naszej populacji intensywniejsze niż w krajach o niskim lub umiarkowanym poziomie ryzyka s-n.

Przy wielu składowych ZM również cele terapeutyczne zapewne obejmują kilka elementów. Jak są one określone?

Ustalając cele terapeutyczne dla danego pacjenta z ZM oraz rodzaj leczenia, należy spojrzeć całościowo na potrzeby chorego. Postępowanie powinno jednocześnie obejmować wszystkie składowe ZM, ale także często współistniejące zaburzenia, jak: stłuszczenie wątroby, upośledzenie funkcji nerek, obturacyjny bezdech senny, niewydolność serca, przewlekłe stany zapalne czy hiperurykemię.

Podstawowe cele terapeutyczne to dążenie do prawidłowych wartości glikemii, ciśnienia tętniczego, cholesterolu frakcji LDL (LDL-C) i nie-HDL (nie-HDL-C) oraz masy ciała. W zależności od tego, czy mamy do czynienia z nadwagą, czy otyłością, poziom redukcji masy ciała powinien wynosić od 5 do 10 proc., a w przypadku najbardziej otyłych pacjentów do 15 proc. W przypadku zaburzeń gospodarki węglowodanowej zaleca się utrzymywanie hemoglobiny

glikowanej na poziomie nie przekraczającym 7 proc. (u niektórych pacjentów poniżej 6,5 proc.). U większości osób docelowa wartość ciśnienia tętniczego to <130/80 mm Hg w pomiarach gabinetowych. Dla właściwej kontroli dyslipidemii kluczowymi parametrami są te odnoszące się do LDL-C i nie-HDL-C, a ich wartości zależą od całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Podstawą skutecznej interwencji jest modyfikacja stylu życia oraz właściwie dobrane leczenie farmakologiczne. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami, każdy pacjent z ZM, u którego zmiana stylu życia nie dała efektu, jest kandydatem do włączenia farmakoterapii otyłości. Zaleca się bowiem jej włączenie u wszystkich osób z BMI ≥ 30 kg/m² oraz ≥ 27 kg/m² z przynajmniej jedną chorobą związaną z nieprawidłową masą ciała. Kluczowa dla osiągnięcia efektu zdrowotnego jest maksymalnie wczesna interwencja i włączenie skutecznego leczenia. Nie zapominajmy o zaleceniach dotyczących aktywności fizycznej: nie mniej niż 150 minut aktywności aerobowej tygodniowo.

Czy takie narzędzia, jak platforma Medibas, mogą być pomocne w pracy z pacjentami z ZM? Jak można ją w tym wypadku praktycznie wykorzystać?

Platforma Medibas jak najbardziej może być pomocna w pracy z pacjentami obciążonymi zespołem metabolicznym. To znakomite źródło aktualnej wiedzy na temat ZM i kryteriów diagnostycznych tego schorzenia. Lekarz rodzinny znajdzie tam również rzetelne informacje o celach terapeutycznych oraz rekomendacje dotyczące postępowania behawioralnego i farmakologicznego. Informacje o leczeniu farmakologicznym są uzupełnione o odnośniki bezpośrednio kierujące do indeksu leków, dzięki czemu w łatwy sposób można sprawdzić np. dawkowanie danego preparatu lub ryzyko działań niepożądanych.

Co więcej, zalecenia dotyczące wykonania dodatkowych badań laboratoryjnych u pacjentów z ZM również uzupełniono w Medibasie o informacje o samym badaniu. Chodzi np. o informacje dotyczące aktualnych zakresów referencyjnych, zasad interpretacji uzyskanych wyników czy sposobów pobierania próbek.

Medibas to szeroka baza wiedzy o problemach klinicznych z codziennej praktyki lekarzy rodzinnych. Rozwiązanie zostało zaprojektowane w przyjazny dla użytkownika sposób. Przykładowo, lekarz szukający wiedzy o zespole metabolicznym z łatwością znajdzie też informacje o cukrzycy czy innych składowych zespołu. W Medibasie lekarz rodzinny uzyska także łatwy dostęp do polskich i angielskich wytycznych, piśmiennictwa i bazy artykułów naukowych.

Bardzo przydatną funkcjonalnością Medibas jest także to, że stanowi on źródło rzetelnych materiałów edukacyjnych, które lekarz może przekazać pacjentowi. W przypadku opieki nad pacjentem z zespołem metabolicznym, gdzie edukacja zdrowotna ma niezwykle istotne znaczenie, ta możliwość stanowi dla lekarza duże ułatwienie.

Rozmawiała Emilia Grzela

reklama

Sylimarol®

Wątroba od nowa!



DO STOSOWANIA:

- ✓ w toksyczno-metabolicznych uszkodzeniach wątroby
- ✓ w niestrawności

SIL:



TRADYCYJNY PRODUKT LECZNICZY ROŚLINNY
Z OKREŚLONYMI WSKAZANIAMI WYNIKAJĄCYMI
WYŁĄCZNIE Z DŁUGOTRWAŁEGO STOSOWANIA.



www.pulsmedycyny.pl
NR 5 (471) 26 MAJ 2025

W profilaktyce zdrowotnej jest jeszcze wiele do zrobienia

„Rozmowy na temat edukacji są jednymi z najtrudniejszych. Znacznie łatwiej zlecić pacjentowi farmakoterapię, wypisać receptę, niż próbować wpływać na modyfikację stylu życia tej osoby” — podkreśla dr n. med. Aleksander Biesiada, specjalista medycyny rodzinnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Profilaktyka jest kluczowym elementem medycyny rodzinnej na świecie, również w Polsce. Mówią o tym zalecenia zarówno Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), World Organization of Family Doctors (WONCA), jak i polska ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej. Lekarz POZ zajmuje się nie tylko diagnostyką i leczeniem pacjentów z różnymi schorzeniami, ale powinien również angażować się w profilaktykę, aby zapobiegać chorobom cywilizacyjnym.

„Zadaniem lekarza rodzinnego jest zadbanie o całą populację pacjentów, zarówno o dzieci, jak i dorosłych. Musimy zapobiegać rozwojowi chorób, zwłaszcza cywilizacyjnych, jak: choroba otyłościowa i jej powikłania, cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma oskrzelowa, nadciśnienie tętnicze, choroby serca i naczyń” — wyjaśnia dr n. med. Aleksander Biesiada, specjalista medycyny rodzinnej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR), pełnomocnik ZG PTMR ds. Innowacji i Rozwoju, członek Zespołu ministra zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej, przewodniczący Sekcji Opieki Wspierającej i Leczenia Bólu PTMR.

Jeśli lekarz rodzinny zaniecha profilaktykę, nie będzie monitorować zdrowia pacjentów, wskazywać im zagrożenia i ustalać optymalnego sposobu postępowania niefarmakologicznego, będzie to miało negatywne skutki, zarówno społeczne, jak i finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Skuteczna komunikacja oparta na zrozumieniu potrzeb

Najistotniejsza jest budowa zaufania między pacjentem i lekarzem poprzez długofalową komunikację, dostosowaną do indywidualnych potrzeb leczonej osoby i skupiającą się na jej priorytetach. Pacjent, który ufa swojemu lekarzowi, chętniej stosuje się do jego zaleceń. Medycyna rodzinna ma znaczącą przewagę nad ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS), ponieważ lekarz POZ częściej widzi danego pacjenta.

„Obserwujemy pacjenta we wszystkich jego sytuacjach zdrowotnych, np. gdy przychodzi się szczepić czy z dziećmi, wnukami na wizyty kontrolne. Mamy dużo okazji do nawiązywania relacji, budowania porozumienia, żeby pacjent rozumiał, że lekarzowi zależy na jego dobru. Rozmowy



FOT. ARCHIWUM

na temat edukacji są jednymi z najtrudniejszych. Znacznie łatwiej zlecić pacjentowi farmakoterapię, wypisać receptę, niż próbować wpływać na modyfikację stylu życia tej osoby” — zaznacza specjalista medycyny rodzinnej.

Podstawą budowania prawidłowej komunikacji powinna być otwartość obu stron. Lekarz musi zorientować się, czy pacjent w ogóle chce podjąć rozmowę na temat modyfikacji stylu życia, ale też dowiedzieć się, jakie ma on potrzeby. Przekaz dla pacjenta powinien być prosty i zrozumiały. Zamiast mówić o „ograniczeniu ryzyka sercowo-naczyniowego”, lepiej powiedzieć, że dzięki modyfikacji stylu życia można uniknąć niewydolności serca czy udaru mózgu.

„Dla pacjenta jest ważne, żeby mógł się bawić z dziećmi czy doczekać wnuków. Istotna jest też sprawność fizyczna, aby mógł pracować zawodowo. Jeśli lekarz wie o tych kwestiach, łatwiej mu nawiązać do nich i przekonać pacjenta do właściwego postępowania” — tłumaczy dr Aleksander Biesiada.

Edukacja pacjentów w zakresie badań przesiewowych

Badania przesiewowe pozwalają wykryć niektóre z chorób na wczesnym etapie, dzięki czemu istnieje szansa na skuteczne leczenie i zredukowanie ryzyka powikłań. Są programy bezpłatnych badań przesiewowych w kierunku nowotworów: szyjki macicy, piersi, jelita grubego. Polacy jednak niezbyt chętnie korzystają z tego typu badań. Odnotowuje się bardzo niską frekwencję, np. w 2024 r. w woj. łódzkim na profilaktyczną kolonoskopię zgłosiło się zaledwie 15 proc. uprawnionych pacjentów. Dlaczego tak się dzieje?

„Dla pacjenta jest ważne, żeby mógł się bawić z dziećmi czy doczekać wnuków. Istotna jest też sprawność fizyczna, aby mógł pracować zawodowo. Jeśli lekarz wie o tych kwestiach, łatwiej mu nawiązać do nich i przekonać pacjenta do właściwego postępowania.”

dr Aleksander Biesiada

„Brakuje edukacji, w jakim celu te badania są wykonywane, a to powoduje obawy pacjentów. Boją się, że zostanie u nich wykryty nowotwór. Nie rozumieją, że intencją badań przesiewowych jest wczesne wykrywanie nowotworów, a co za tym idzie skuteczne leczenie — wskazuje dr Biesiada. Jest przekonany, że „rolą podstawowej opieki zdrowotnej powinna być edukacja pacjentów w zakresie badań przesiewowych”. Potrzebują oni rzetelnej wiedzy, dlaczego należy wykonać badanie oraz gdzie i w jakim terminie mogą to zrobić. W roli edukatora może również sprawdzić się pielęgniarka, która często bardzo dobrze zna środowisko pacjentów, z którymi pracuje.

Potrzebne wsparcie dla osób uzależnionych od tytoniu

Palenie tytoniu niesie za sobą poważne skutki zdrowotne, zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób nowotworowych, układu krążenia i oddechowego. Obowiązkiem lekarza jest przeprowadzanie raz w roku ankiety dotyczącej palenia papierosów.

„Brakuje nam części farmakoterapii dla pacjentów w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny. Brakuje przeszkolenia i czasu na to, żeby taką edukację z pacjentami prowadzić i wskazywać im ten istotny problem medyczny” — zaznacza dr Biesiada. Potwierdza, że lekarze z reguły podejmują z pacjentami temat palenia papierosów i edukują ich w tym zakresie. Niemniej jednak pacjenci powinni być pod opieką poradni leczenia uzależnienia od nikotyny, w których otrzymają nie tylko wsparcie farmakologiczne, ale też psychologiczne. „W Gdańsku, gdzie pracuję, funkcjonuje jedna z nielicznych w Polsce poradnia, do której

kierują pacjenci. Takich punktów powinno być znacznie więcej” — mówi specjalista medycyny rodzinnej.

Dzienniczek żywieniowy i porada dietetyczna

Nieprawidłowe nawyki żywieniowe połączone z niską aktywnością fizyczną prowadzą do nadmiernej masy ciała, a co za tym idzie choroby otyłościowej i cukrzycy typu 2. Lekarz rodzinny powinien zwracać uwagę na dietę i styl życia pacjenta. Jak wyjaśnia dr Biesiada, w ramach opieki koordynowanej pacjent chory na cukrzycę może skorzystać z dziewięciu porad dietetycznych w ciągu roku.

„Warto zaproponować pacjentowi prowadzenie dzienniczka żywieniowego, dzięki czemu będzie można „wylać” różne nieprawidłowości i wskazać mu, jak powinien zmodyfikować dietę. To absolutnie kluczowe, żeby pomagać osobom z nadmierną masą ciała. Wśród dorosłej populacji stanowią oni już ponad 50 proc.” — podkreśla specjalista medycyny rodzinnej.

Wraz z programem Moje zdrowie pojawiają się dodatkowe możliwości konsultacji. Pacjent będzie mógł skorzystać z dwóch porad dietetycznych w ciągu roku.

Styl życia: schody zamiast windy

Pacjenci unikają regularnej aktywności, wymawiając się zazwyczaj brakiem czasu. Korzystnym rozwiązaniem jest zmiana drobnych, codziennych nawyków, np. wybieranie schodów zamiast windy, spacer do sklepu zamiast jazdy samochodem. Aktywność fizyczna powinna być dostosowana do możliwości pacjenta. Osoby sprawne mogą zaplanować większy wysiłek, jednak dla wielu pacjentów na początek odpowiedni będzie 15-minutowy spacer. Ważna jest systematyczność i stopniowe zwiększanie aktywności.

„Lekarz rodzinny regularnie obserwuje pacjenta, który przychodzi na wizyty związane z kontynuacją leczenia. Jeśli w dokumentacji mam zapisane, na co się umówiliśmy z pacjentem w zakresie aktywności fizycznej, mogę go o to zapytać. Pacjenci lubią te pytania. Widzę, że oni chcą się pochwalić, iż udało im się osiągnąć jakiś efekt, zwiększyli swoją aktywność fizyczną” — mówi specjalista. Jeśli pacjentowi nie udało się więcej ćwiczyć, jest to też przyczynek do rozmowy — jakie czyniki na to wpłynęły, co można zrobić, żeby to zmienić.

Szczepienia dorosłych zapobiegają powikłaniom

Jednym z najważniejszych aspektów profilaktyki zdrowotnej prowadzonej przez lekarza rodzinnego są szczepienia. Większość pacjentów realizuje szczepienia dla dzieci zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych, ale zapomina, że nie kończą się one w osiemnastym roku życia.

„Pacjenci, którzy podróżują po świecie, bez problemu szczepią się przeciwko wielu chorobom. Natomiast pacjentom dorosłym z chorobami przewlekłymi, np. POChP, astmą, schorzeniami kardiologicznymi, wątroby czy nerek, trzeba tłumaczyć, że te choroby będą u nich powodowały cięższy przebieg infekcji, np. grypy. Musimy dotrzeć z komunikatem, że szczepienia nie po to są, żeby pacjent nie miał objawów grypy, ale żeby nie miał powikłań. Tu jest bardzo duża rola medycyny rodzinnej i mamy jeszcze wiele do zrobienia w tym zakresie” — przyznaje dr Biesiada.

Zdrowe nawyki już od najmłodszych lat

W polskim systemie ochrony zdrowia, mimo wprowadzenia modelu opieki koordynowanej, nadal brakuje edukacji i profilaktyki. „U pacjenta rozpoznajemy chorobę, zlecamy farmakoterapię. Jesteśmy bardzo reaktywni. To chyba najdroższy model systemu opieki zdrowotnej” — ocenia dr Biesiada.

Jako lekarz rodzinny popiera każdą inicjatywę, która wspiera edukację szkolną w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Uważa, że zdrowe nawyki żywieniowe powinno się wdrażać już u najmłodszych, warto też zachęcać dzieci do sportu, który sprawia im przyjemność. „Jeśli dzieci nauczą się zdrowego stylu życia w wieku 7 czy 10 lat, będą w ten sposób funkcjonować przez całe swoje dorosłe życie” — podkreśla specjalista medycyny rodzinnej. Co więcej, często dzieci przenoszą zdrowe nawyki do domu rodzinnego. Dzięki temu dbają nie tylko o swoje zdrowie, ale też rodziców i dziadków.

„Warto, aby w mediach, w przekazach reklamowych zamiast zachwalania żywności wysokoprzetworzonej, słodczy, przekąsek i napojów słodzonych były komunikaty o zdrowym stylu życia” — podsumowuje dr Aleksander Biesiada.

Anna Rogala

reklama

Zalety opieki koordynowanej

„Lekarze rodzinni starają się promować opiekę koordynowaną i coraz więcej pacjentów jest świadomych korzyści, jakie mogą dla nich wynikać z nowego rozwiązania. Szersze wdrożenie opieki koordynowanej jest jednak ograniczane przede wszystkim przez ilość środków w ramach budżetu powierzzonego oraz braki kadrowe w POZ” — mówi lek. Dominik Lewandowski, specjalista medycyny rodzinnej.

Jak wdrożenie opieki koordynowanej (OK) zmieniło codzienną pracę lekarzy rodzinnych? Czy w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia jest realne, by tą opieką została objęta większa populacja pacjentów?

Wraz z opieką koordynowaną weszła do POZ nowa jakość. W wachlarzu narzędzi, z jakich korzystają lekarze rodzinni, pojawiły się nowe produkty. Mowa tu przede wszystkim o poradzie kompleksowej, która umożliwia raz w roku gruntowną ocenę stanu zdrowia pacjenta z chorobą przewlekłą, objętego OK, i zaplanowanie kolejnych badań, interwencji terapeutycznych czy działań profilaktycznych. Efektem porady kompleksowej powinno być opracowanie indywidualnego planu opieki medycznej (I POM). Co więcej, uzyskane dzięki OK dane zdrowotne pacjenta wraz z I POM są przekazywane do platformy P1.

Opieka koordynowana to dla mnie kwintesencja idei medycyny rodzinnej: umożliwia spojrzenie na pacjenta kompleksowo, z uwzględnieniem dostosowanej do jego potrzeb profilaktyki i stałego monitoringu. Opieka koordynowana to także dla przychodni POZ zastrzyk nowych kadr. Zadaniem koordynatora jest czuwanie nad realizacją zawartych w I POM każdego pacjenta badań i konsultacji. Pacjenci bardzo pozytywnie oceniają również fakt, że dzięki OK zyskali łatwy i szybki dostęp do porad dietetyków oraz porad zdrowotnych, realizowanych w większości przez pielęgniarki. Z perspektywy lekarza to także duża korzyść, ponieważ współpraca z dietetykiem i pielęgniarką zdejmuję z jego barków część obowiązków.

Według danych z kwietnia, umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację OK podpisało ok. 2500 podmiotów. Opieka koordynowana objęła tym samym blisko 50 proc. dorosłej polskiej populacji, co niewątpliwie jest sukcesem. Dane z platformy P1 potwierdzają, że rocznie lekarze rodzinni wystawiają ponad milion indywidualnych planów opieki medycznej. Wszystko to cieszy, ale w porównaniu z liczbą pacjentów obarczonych chorobami przewlekłymi, populacja chorych objętych OK wciąż pozostaje stosunkowo niewielka. Przykładowo, nadciśnienie tętnicze to problem połowy dorosłych Polaków, a cukrzyca dotyka ponad 3 miliony.

Jakie są wobec tego najpoważniejsze bariery w skutecznym wdrażaniu opieki koordynowanej w POZ? Czy pacjenci wiedzą, że mogą z takiego rozwiązania skorzystać?

Lekarze rodzinni starają się promować opiekę koordynowaną i coraz więcej pacjentów jest świadomych korzyści, jakie mogą dla nich wynikać z nowego rozwiązania. Barier szukałbym więc gdzie indziej. W mojej opinii, szersze wdrożenie opieki koordynowanej jest ograniczane przede wszystkim przez ilość środków w ramach budżetu powierzzonego oraz braki kadrowe w POZ.

Dla przykładu, poradnia, w której pracuję, ma pod swoją opieką ok. 5 tys. pacjentów. Roczny budżet na realizację opieki koordynowanej, jaki otrzymuję z NFZ, to 75 tys. złotych, co pozwala mi na objęcie OK, a więc wystawienie I POM dla może 20 pacjentów miesięcznie. Realizacja porady kompleksowej, o której wspominałem wcześniej, to jedynie część kosztów związanych z objęciem pacjenta



O KIM MOWA

Lek. Dominik Lewandowski jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej i geriatry, wiceprezesem Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego KLRwP.

OK. Do tego należy doliczyć koszty wykonanych badań, porad dietetycznych i edukacyjnych oraz ewentualnych konsultacji specjalistycznych. Budżet na poziomie 75 tys. zł rocznie pozwala mi objąć OK ok. 10 proc. pacjentów.

Oczywiście, świadczeniodawcy mogą wnioskować do NFZ o zwiększenie takich budżetów, ale Fundusz znajduje się teraz w trudnej sytuacji finansowej. Warto dodać, że w ostatnich miesiącach koszty badań, które może zlecać lekarz rodzinny, poszerzono o dodatkowe pozycje, takie jak test na HIV i oznaczenie wapnia całkowitego w surowicy, ale sam budżet powierzony się nie zmienia.

Polski system ochrony zdrowia pozostaje szpitalocentryczny — 50 proc. środków na leczenie trafia do tych placówek. Nie jest to optymalna organizacja, ponieważ to POZ i ambulatoryjna opieka specjalistyczna powinny stanowić podstawę systemowej piramidy. Tymczasem dziś do POZ płynie jedynie 13 proc. z ogółu środków na zdrowie. Przy obecnych problemach finansowych NFZ można więc mieć obawy o przyszłość opieki koordynowanej.

Warto też pamiętać, że od maja pacjenci uzyskali możliwość skorzystania z programu „Moje zdrowie”, który ma zastąpić Profilaktykę 40 Plus. Będzie to świadczenie gwarantowane w POZ. To lekarz rodzinny zleci pacjentowi badania, a następnie zinterpretuje ich wyniki podczas podsumowującej konsultacji i zaproponuje Indywidualny Plan Zdrowotny. Widać więc, że Ministerstwo Zdrowia wyciągnęło wnioski z błędów popełnionych przy wdrażaniu programu Profilaktyka 40 Plus. Bardzo pozytywnie oceniam też fakt, że w programie „Moje zdrowie” położono nacisk na ocenę czynników ryzyka sercowo-naczyniowego oraz stylu życia.

Wątpliwości budzą jednak pewne kwestie merytoryczne. Na przykład w programie „Moje zdrowie” z badania PSA będzie mógł skorzystać każdy mężczyzna powyżej 50. roku życia. Tymczasem aktualne amerykańskie zalecenia dotyczące populacji mężczyzn powyżej 50. r.ż. rekomendują jedynie rozważenie przez lekarza zasadności wykonania tego badania u danego

pacjenta. W przypadku starszych mężczyzn (powyżej 70. r.ż.) zalecenia te uznają wykonywanie tego badania za bezzasadne. Tym bardziej, że mamy już dziś świadomość, iż w przypadku raka prostaty problemem jest tzw. *overtreatment* (ang. nadmierne leczenie).

Co więcej, wydaje się, że program „Moje zdrowie” jest wdrażany w pewnym pośpiechu, co uniemożliwia synchronizację gabinetowych oprogramowań z Gabinet.gov.pl, a więc optymalne przekazywanie danych pacjentów.

Co z brakami kadrowymi? Czy dotyczą przede wszystkim trudności w zapewnieniu pacjentom dostępu do konsultacji specjalistycznych?

Nie każda porada kompleksowa musi bezwzględnie skończyć się skierowaniem pacjenta objętego OK na konsultację specjalistyczną. Zdecydowana większość pacjentów jest nadal prowadzonych na poziomie POZ. Konsultacje mają służyć wsparciem lekarzom rodzinnym w sytuacjach wątpliwości diagnostyczno-terapeutycznych. Taka zresztą jest idea opieki koordynowanej.

Konsultacja specjalistyczna w ramach OK ma dwa warianty. W pierwszym to lekarz rodzinny konsultuje się ze specjalistą innej dziedziny — wówczas wycena wynosi 94 zł. W drugim wariantcie pacjent otrzymuje dostęp do konsultacji ze specjalistą, np. kardiologiem, i to zostało wycenione na 152 zł. Są to stawki poniżej rynkowych, co nie ułatwia przychodniom podpisywania umów ze specjalistami. Przy brakach finansowych i organizacyjnych, o których wspominałem, nie sądzę, aby realnie było wprowadzenie opieki koordynowanej jako rozwiązania obligatoryjnego dla wszystkich przychodni POZ.

Czy środowisko widzi zasadność i szanse rozwoju OK o kolejne ścieżki terapeutyczne, np. ścieżkę onkologiczną lub przeznaczoną dla pacjentów zotytością?

Obecnie najbardziej popularna w OK pozostaje ścieżka kardiologiczna, co nie dziwi, bo w jej ramach jest dostępnych najwięcej badań i procedur medycznych. Jest ona atrakcyjna nie tylko dla pacjenta, ale i dla lekarza, który może realnie więcej choremu zaproponować. Przychodnie chętnie realizują również ścieżkę diabetologiczną. Od listopada 2023 r. zaczęła obowiązywać nowa ścieżka w OK — nefrologiczna. Na razie jest ona najmniej popularna, ale też nie oferuje wiele, poza możliwością konsultacji specjalistycznej z nefrologiem i zleceniem badania UACR.

W mojej opinii, nie istnieje duża potrzeba tworzenia dodatkowej ścieżki onkologicznej w ramach OK. W systemie mamy już rozwiązanie umożliwiające sprawne wprowadzenie pacjenta z podejrzeniem choroby nowotworowej do procesu diagnostyki, czyli kartę DiLO.

Zdecydowanie natomiast należałoby rozważyć stworzenie ścieżki dla pacjentów z chorobą otyłościową. Otyłość dotyczy coraz większej liczby osób, jest chorobą przewlekłą, zwiększającą ryzyko wielu powikłań. Pacjenci z chorobą otyłościową mogliby wiele zyskać na włączeniu do OK, np. porady dietetycznej i edukacyjnej. Mam jednak poważne wątpliwości, czy przy tak dotkliwych problemach finansowych NFZ poszerzenie opieki koordynowanej jest możliwe.

Rozmawiała Emilia Grzela

puls alergologii

Nie zabraknie pracy dla alergologów

O współczesnych uwarunkowaniach chorób alergicznych oraz działaniach edukacyjnych i systemowych Polskiego Towarzystwa Alergologicznego rozmawiamy z Anną Ben Drissi, jego dyrektor zarządzającą.

Czy Polskie Towarzystwo Alergologiczne (PTA) zgadza się z poglądem, że choroby alergiczne, obok innych chorób cywilizacyjnych, zasługują na miano epidemii XXI wieku?

Zdecydowanie tak. Epidemia chorób alergicznych zaczęła się już nawet pod koniec XX w., a obecnie obserwujemy ją w pełni. Często nie zdajemy sobie sprawy, jak bardzo są one powszechne, ale kilka faktów i liczb powinno to uświadomić. W ostatnich dekadach częstość występowania chorób alergicznych wzrastała, dotykając 20 proc. światowej populacji, zwłaszcza dzieci. Choroby atopowe stają się epidemią i problemem pandemicznym. Prognozy sugerują, że do 2050 r. populacja globalna prawdopodobnie osiągnie 9-10 mld ludzi, z czego 2-4 mld będzie na nie cierpieć. Obecnie ok. 300 mln ludzi na świecie choruje na astmę, alergie pokarmowe dotykają od 3 do 35 proc. populacji, zaś alergiczny nieżyty nosa — od 1 do nawet 54,5 proc.

Polskie badania epidemiologiczne, prowadzone m.in. przez prof. Bolesława Samolińskiego, pokazują podobne liczby i trendy. A to wyliczenie wskazuje, że te liczby nie spadają, ale z czasem rosną, co jest widoczne nie tylko dla lekarzy i osób zawodowo zajmujących się alergologią, ale także dla szerokiego grona społecznych.

Zmienia się świat wokół nas i zmienia się też alergologia. Dynamiczny rozwój cywilizacyjny, zmiany klimatu, zanieczyszczenie powietrza, niezdrowa dieta, wysoko przetworzona żywność, stosowanie sztucznych nawozów, ale również nadmierne higieniczność trybu życia oraz częste stosowanie antybiotyków to czynniki wpływające na powstawanie chorób alergicznych.

Istotne jest to, że mają one charakter przewlekły — rozpoznanie astmy, nadwrażliwości na leki czy też alergii pokarmowej zostaje z pacjentem praktycznie na całe życie, wpływając zarówno na niego samego, jak też bliskich i otoczenie, w którym przebywa. Dlatego choroby alergologiczne są dzisiaj naprawdę istotnym wyzwaniem, nie tylko medycznym, ale także społecznym i systemowym. Nie unikniemy ich w miarę rozwoju społecznego, a ich charakter i epidemiologia sprawiają, że musimy się przyzwyczaić do życia w świecie, w którym możemy być świadkami lub sami doświadczyć wstrząsu anafilaktycznego lub ataku astmy. Co wówczas zrobić? Jak się zachować? Czy da się temu przeciwstawić? Jako Polskie Towarzystwo Alergologiczne staramy się pomóc w identyfikacji tych zagrożeń i przede wszystkim dążyć do tego, by im zapobiegać.

Czy to, że alergie nie są tak spektakularnym zabójcą, jak choroby onkologiczne czy kardiologiczne, sprawia, że alergolodzy mają mniejsze szanse na uwrażliwienie społeczeństwa i decydentów na problemy chorych?

Alergolodzy podkreślają, że choroby alergiczne mają najczystszy charakter przewlekły, a dynamika ich historii naturalnej jest zupełnie inna niż w przypadku nowotworów czy chorób sercowych. Ponadto rozwój medycyny i farmakoterapii sprawił, że o ile kilkadziesiąt lat temu obserwowaliśmy np. wiele zgonów z powodu stanu astmatycznego, to dzisiaj takie



O KIM MOWA

Anna Ben Drissi, dyrektor zarządzająca Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, koordynatorka Koalicji na rzecz Leczenia Astmy.

przypadki są naprawdę sporadyczne. Poważnym problemem jest jednak ciągle zagrożenie wstrząsem anafilaktycznym, ale i tu widzimy, że dzięki działaniom m.in. naszego Towarzystwa z prezydentem prof. Radosławem Gawlikiem na czele, rośnie świadomość postępowania i użycia adrenaliny — przez samego chorego, jak i świadków takiego wstrząsu.

Dostrzegamy jednak, że jest to stałe wyzwanie edukacyjne, biorąc pod uwagę rosnącą liczbę zagrożeń alergologicznych. Ekspertki naszego Towarzystwa podkreślają, że zmiany stylu życia, diety i klimatu spowodowały, że to, co jeszcze w poprzednim pokoleniu było jedynie ciekawostką medyczną, dzisiaj staje się powszechnością w polskiej alergologii. Dla przykładu: ciężka reakcja alergiczna skutkująca anafilaksją po spożyciu cytrusów, krewetek czy użyciu nowego typu leków bywa coraz powszechniejsza.

Trzeba podejmować tu i teraz konkretne działania — w kontekście edukacji, dostępności do leków, zwłaszcza adrenaliny, i budowania świadomości społecznej. Dlatego jako Towarzystwo działamy wieloletkowo: kierujemy nasz przekaz poprzez kampanie i propozycje szkoleń do placówek edukacyjnych, promujemy skutecznie rozwiązania systemowe wśród decydentów, ale także cały czas kształcimy personel medyczny.

Nasze aktywności odnoszą skutek — działamy na rzecz lepszej dostępności leczenia biologicznego, które jest ogromną szansą na normalne życie dla chorych z ciężkimi postaciami alergii i astmy. Z sukcesem prowadziliśmy działania na rzecz zmiany definicji pierwszej pomocy, co zwiększa bezpieczeństwo osób zagrożonych anafilaksją czy atakiem astmy. Przeszkoliliśmy kilkadziesiąt osób z placówek edukacyjnych w zakresie opieki nad dzieckiem z chorobą alergiczną. We współpracy z Centrum e-Zdrowia modyfikujemy także profil wizyty pacjenta u lekarza, by eliminować nadużycie leków. Dzięki wszystkim członkom PTA, którzy poświęcają swój czas realizowali i realizują te działania.

Mamy także wiele innych aktywności, które mają na celu przede wszystkim poprawić poziom diagnostyki i terapii, zwłaszcza komfort pacjenta z chorobą alergiczną.

Obchodzony w maju Światowy Dzień Astmy jest doskonałym momentem, aby o tych problemach mówić. Co udało się zrealizować?

Polskie Towarzystwo Alergologiczne razem z Koalicją na rzecz Leczenia Astmy, kierowaną przez prof. Marka Kulusa, już od wielu lat organizuje polskie obchody Światowego Dnia Astmy. Jest to doskonała okazja, by naświetlić problematykę tej niezwykle powszechnej (4 mln chorych, z czego leczonych jest ok. 2,2 mln) i zbyt długo diagnozowanej choroby (nawet 7 lat!) w Polsce. I tutaj też prowadziliśmy szeroko zakrojone działania — nasz przekaz kierowaliśmy zarówno do lekarzy, jak i pacjentów oraz przedstawicieli mediów branżowych i ogólnopolskich.

Celem naszej aktywności było przedstawienie astmy jako istotnego wyzwania medycznego i systemowego, którego sposób traktowania przez decydentów i środowisko medyczne ma bezpośredni wpływ na społeczeństwo. Biorąc pod uwagę odzew,

z jakim spotkały się te działania, mamy wrażenie, że nasza narracja o astmie zaczyna coraz mocniej docierać do grup docelowych, na których nam zależy. Dziękujemy wszystkim mediom, w tym również „Pulsowi Medycyny”, za wspieranie naszych działań w tej materii.

Czy alergologia realizuje się jako specjalizacja interdyscyplinarna?

Alergologia powstała jako dyscyplina interdyscyplinarna. Gdy popatrzymy na jej początki, to jej polscy twórcy reprezentowali często dość odległe specjalizacje — pediatrię, laryngologię, dermatologię, pulmonologię, immunologię i wiele innych. I ta interdyscyplinarność jest wyróżnikiem alergologii do dzisiaj. Wynika to z prostego faktu: choroby alergiczne dotykają wiele narządów. Dlatego praktykujący specjalista ma kontakt ze skórą, okiem, płucami, ale musi także znać zasady działania układu immunologicznego czy też interakcje między lekami. Alergologia tworzy z tego wszystkiego zupełnie nową jakość.

Warto w tym kontekście wspomnieć o immunoterapii alergenowej, która jest metodą zarezewowaną tylko i wyłącznie dla tej specjalizacji, ale wpływa pozytywnie na schorzenia alergiczne dotykające wielu narządów.

Interdyscyplinarność widać także we władzach naszego Towarzystwa, w których mamy reprezentantów wielu — poza alergologią — specjalizacji. Poszerza to nasze perspektywy i umożliwia działanie w wielu sferach.

Jakie jeszcze wyzwania stoją przed Polskim Towarzystwem Alergologicznym w najbliższym czasie?

Wyzwań jest ciągle wiele. O części z nich wspominałem, ale warto dodać także inne. Ponieważ wypowiadam się na łamach czasopisma branżowego, to jako PTA apelujemy do młodych medyków o rozważenie specjalizacji alergologicznej jako swojej drogi zawodowej. Biorąc pod uwagę trendy epidemiologiczne, na pewno nie zabraknie tu pracy, a jej charakter sprawia, że każdy znajdzie w niej swoją niszę, w której będzie się dobrze czuł, mając zacięcie pediatryczne, pulmonologiczne czy dermatologiczne.

Jako PTA nie będziemy także ustawać w staraniach na rzecz pacjentów, zabiegając o poszerzenie dostępu do nowoczesnych terapii biologicznych, ale także leków, czego przykładem jest ostatnia sytuacja z dostępnością i refundacją adrenaliny. Chcemy również kontynuować szerokie działania systemowe i uświadamiające, które pozwolą na prawidłową pomoc osobie w potrzebie, zwłaszcza we wstrząsie anafilaktycznym czy ataku astmy.

Nie zapominamy także o środowisku medycznym, zabiegając o prawidłową wycenę procedur, a także odpowiedni poziom wykształcenia, organizując konferencje, kongresy, webinary czy warsztaty.

Podsumowując, wyzwania w alergologii są ciągle te same, ale nasze działania bez wątpienia będą coraz szersze i skuteczniejsze. Wszystkich zainteresowanych zapraszam do współpracy z nami!

Rozmawiała Małgorzata Konaszuk

Identyfikowanie wyzwań w alergologii służy poprawie leczenia

Hasłem kwietniowej konferencji szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego była „Alergia w zmieniającym się świecie”. Uczestnicy konferencji mówili m.in. o wyzwaniach, z jakimi w najbliższych latach musi zmierzyć się środowisko.

Wśród wyzwań wymienianych przez specjalistów znalazły się m.in.: współpraca z lekarzami medycyny rodzinnej, przyspieszenie refundacji nowoczesnych terapii, alergologia personalizowana, wieloprofilowe spojrzenie na pacjenta i poprawa komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Narastający problem braku adherencji

W kontekście niedostatecznej komunikacji lekarza z pacjentem można rozpatrywać zjawisko przerywania terapii przez chorych, nierzadko obserwowane w alergologii.

„Niska skuteczność leczenia chorób układu oddechowego i alergicznych wynika często z braku przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów. Problem ten dotyczy szczególnie leków wziewnych, stosowanych w astmie i przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POCHP), które są chorobami przewlekłymi i — jak cukrzyca — wymagają stałego leczenia” — przyznał prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W jego ocenie, słaba adherencja jest jednym z głównych powodów braku sukcesu terapeutycznego i częstych zaostrzeń chorób.

Ekspert zwrócił uwagę, że nie chodzi o samo przyjmowanie leków, a o prawidłowe używanie inhalatorów leków. „Na polskim rynku mamy bardzo wiele leków wziewnych, a jeszcze więcej inhalatorów, z jakich są one podawane. Sposoby użycia inhalatorów różnią się w zależności od ich typu. Gdy słyszę od pacjenta, że leki mu nie pomagają, pierwszą rzeczą, o jaką go pytam jest, czy prawidłowo inhaluje lek. Zawsze instruję pacjentów, pokazując, jak powinno to wyglądać. Proszę też ich, żeby przynieśli za sobą inhalatory i przy mnie zrobili inhalację” — wyjaśnia prof. Kuna i dodaje, że edukacja pacjentów w tej dziedzinie jest niezbędna. A lekarz powinien dobrze pacjentowi taki inhalator, który nie będzie sprawiał mu trudności w użyciu.

W pułapce odstawienia leków

Jak często obserwowany jest brak adherencji w alergologii? „W przypadku chorych na POChP już po roku terapii zaledwie ok. 10 proc. nadal stosuje przepisane leki. W przypadku chorych na astmę jest nieco lepiej, choć nie do końca. Leki stosowane w astmie są bardzo skuteczne i już po

miesiącu terapii choroba znika. To sprawia, że pacjent zastanawia się, czy ma brać dalej lek, czy nie. I mimo że astma jest chorobą przewlekłą, nieuleczalną, i wyraźnie mówimy, że to jest lek do brania codziennie, na stałe, pacjenci przerywają leczenie, bo dobrze się czują. Przerwanie terapii tłumaczy m.in. obawa przed jej ubocznymi skutkami, czy lekarze edukowali pacjentów na temat konieczności systematycznego stosowania leków, aby zapewnić skuteczność terapii i poprawę jakości życia.

Przyznaje, że problemy ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich wynikają z bardzo wielu różnych przyczyn. Często są one po stronie pacjenta, ale też po stronie lekarza, a nawet po stronie leku. Trzeba również pamiętać, że w przypadku chorób układu oddechowego leki podawane wiewnie są dużo trudniejsze w stosowaniu od leków podawanych doustnie.

Kluczowa jest edukacja pacjentów
Według prof. Kuny, problemy z przestrzeganiem zaleceń lekarskich dotyczą również immunoterapii swoistej, w przypadku której ponad 80 proc. pacjentów przerywa leczenie szczepionkami podjęzykowoymi przed zakończeniem pełnego cyklu. „Mamy dwa sposoby podawania tych leków antyalergiczyne: podjęzykowo, czyli doustnie, oraz podskórnym. Badania, które oceniają adherencję, jasno mówią, że w przypadku szczepionek podskórnych leczenie przebiega lepiej, ale i tu istnieje problem jego przerywania. Potem pacjenci mówią: szczepionka nie działa. To nie jest prawda. Szczepionki są bardzo skuteczne, ale

trzeba zastosować pełen cykl leczenia” — podkreśla alergolog. Jak podsumowuje, nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich odnosi się także do leków miejscowych, takich jak krople do oczu czy leki donosowe, prowadząc do postępu choroby alergicznej, np. alergicznej nieżyty nosa lub zapalenia spojówek. Dlatego bardzo ważne jest, by lekarze edukowali pacjentów na temat konieczności systematycznego stosowania leków, aby zapewnić skuteczność terapii i poprawę jakości życia.

Opinia jednego eksperta nie zastąpi naukowych wytycznych

„W polskiej alergologii brakuje wytycznych opartych na dowodach naukowych, a więc zgodnych z evidence-based medicine (EBM). Obecnie wiele rekomendacji opiera się na opiniach ekspertów, a nie na wynikach badań klinicznych” — ocenia prof. dr hab. n. med. Marek Jutel, kierownik Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, ALL-MED Medyczny Instytut Badawczy. Jak to ma znaczenie w praktyce?

Prof. Marek Jutel, były prezydent Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI), przyznał, że w obszarze alergologii korzystamy w Polsce głównie z rekomendacji pochodzących z innych krajów. Ale — jak podkreślił — jego środowisko poświęca sporo uwagi temu, jak przełożyć dowody z badań naukowych na wytyczne służące praktyce klinicznej w kraju. „Mamy trzy najważniejsze elementy: dowody naukowe z badań kli-

nicznych, z badań translacyjnych oraz z badań podstawowych. To wszystko trzeba połączyć z praktyką kliniczną i wtedy mamy wytyczne, na których powinniśmy się opierać. Czym innym są natomiast rekomendacje oparte są na opinii liderów, ekspertów. Wielu lekarzy praktyków nie dostrzega tej różnicy” — zaznacza prof. Jutel.

Przypomina też, że to nie dowody formułują wytyczne, ale ludzie. „Dowody, które pochodzą z badań randomizowanych, są pierwszym krokiem do tego, by zadać pytanie, czy np. dana terapia w porównaniu z inną osiąga efekt, o który nam chodzi i czy możemy na tej podstawie sformułować konkretną rekomendację. A zatem czy w określonej grupie wiekowej pewna terapia, np. immunoterapia alergowa z zastosowaniem roztoczu kurzu domowego jest wskazana w celu osiągnięcia lepszej kontroli astmy, czyli np. redukcji jej zaostrzeń. Na to pytanie chcemy w badaniu odpowiedzieć i następnie formułujemy rekomendację” — tłumaczy alergolog.

Zwraca jednak uwagę, że wiele pytań pozostanie bez odpowiedzi, ponieważ gros pacjentów z alergią zgłasza się właśnie do przychodni POZ. A zatem uprawnienia tych lekarzy pozwolą na szybszą diagnostykę dużej grupy osób z podejrzeniem alergii. Z drugiej strony, niesie to jednak za sobą wiele wyzwań. Chcielibyśmy, żeby badania zlecane przez lekarzy rodzinnych miały sens. Nie zawsze tak jest” — mówi dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki, przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę,

Katarzyna Lisowska

Alergie na leki nie są częste, ale mogą być zagrożeniem dla życia

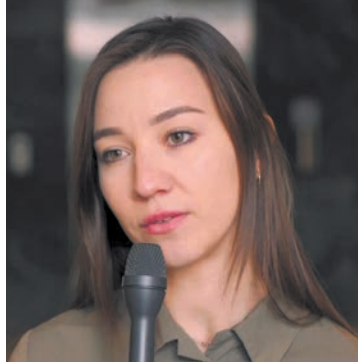
Alergie na leki stanowią poważny problem w praktyce klinicznej, choć w rzeczywistości dotyczy jedynie 5-7 proc. wszystkich polekowych działań niepożądanych. Równie istotną kwestią jest przy tym nadrozpoznawalność alergii na niektóre leki, w tym m.in. penicylinę. O tym, jak diagnozować i leczyć tego typu reakcje, mówi alergolożka dr Lesia Rozłucka.

Działania niepożądane po lekach dzielą się na:

- reakcje typu A, które stanowią większość, bo nawet 80 proc. takich działań. W dużym stopniu zależą one od dawki przyjmowanego leku. Należy do nich np. krwawienie po przedawkowaniu leków przeciwkrzepliwych czy dolegliwości bólowe po zastosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ).
- reakcje typu B, czyli reakcje nadwrażliwości, w tym alergię, które są niezależne od dawki. Odpowiadają one za niespełna 20 proc. wszystkich działań niepożądanych, z czego alergię na leki stanowią 5-7 proc.

Od wysypki po anafilaksję

„Alergie na leki — mimo że nie są częste — stanowią poważny problem w codziennej praktyce lekarskiej. Ich objawy mogą być bardzo zróżnicowane. W większości są to łagodne wysypki skórne, ale mogą występować objawy ze strony każdego układu i narządu, włącznie z ciężkimi, takimi jak duszność, spadek ciśnienia tętniczego, a nawet anafilaksja, która jest stanem zagrożenia życia” — tłumaczy dr n. med. Lesia Rozłucka z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.



Ekspertka zaznacza, że najczęściej nadwrażliwość na leki występuje po antybiotykach, w tym beta-laktamowych (np. penicylina), oraz po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych, chociaż w ostatnich latach rośnie liczba alergii na inne leki. „Obecnie bardzo istotnym problemem jest też nadrozpoznawalność alergii na leki. Dla przykla-

du: mimo że 6-10 proc. społeczeństwa zgłasza alergię na penicylinę, to po przeprowadzeniu diagnostyki alergologicznej u 95 proc. tych osób jest ona wykluczana” — stwierdza ekspertka.

Wywiad, próba prowokacji, eliminacja przyczyny

Diagnostyka w kierunku nadwrażliwości na leki polega przede wszystkim na zebraniu wnikliwego wywiadu. Jeżeli sytuacja tego wymaga, lekarz może zlecić punktowe testy skórne, testy śródskórne oraz próbę prowokacji z wybranymi lekami. „Wszystko zależy od konkretnego przypadku. Jeżeli pacjent miał reakcję łagodną, wtedy bardzo często wykonujemy diagnostykę z lekiem, który był sprawcą objawów, natomiast jeżeli była to reakcja ciężka, to raczej decydujemy się na leczenie alternatywne” — mówi dr Rozłucka.

I dodaje, że leczeniem nadwrażliwości na leki jest przede wszystkim unikanie czynnika sprawczego. Istnieją jednak wąskie grupy pacjentów, u których — pomimo potwierdzenia nadwrażliwości — trzeba jakiś konkretny lek zastosować. Dotyczy to np. chorych, którzy wymagają terapii onkologicznej jednym celowanym lekiem.

„U nich nie ma możliwości — tak jak w przypadku np. alergii na pyłki — żeby uzyskać trwałą tolerancję. Możemy jednak uzyskać tolerancję czasową poprzez desensytyzację, czyli podawanie we wzrastających dawkach tego konkretnego leku. Musimy jednak pamiętać, że podczas kolejnego podania, którego pacjent będzie wymagał, konieczne jest powtórzenie tej procedury” — podsumowuje ekspertka.

Katarzyna Matusiewicz

Leczenie astmy musi uwzględniać różne fenotypy tej choroby

„Postęp w leczeniu astmy to serpentyna, na końcu której widać optymalną kontrolę, do czego my wszyscy — lekarze alergolodzy i pulmonolodzy — dążymy i chcielibyśmy ją uzyskać” — mówi dr Rafał Dobek. Jednocześnie tłumaczy, jak powinna przebiegać terapia, aby przynosiła największe korzyści.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat kamieniami milowymi w terapii astmy stało się wprowadzenie: długo działających leków cholinolitycznych, terapii trójskładnikowej zawierającej leki z grupy LAMA (ang. *long acting muscarinic agonist*), LABA (ang. *long acting beta-adrenolytic antagonists*) oraz kortykosteroidy wziewne (ang. *inhaled corticosteroids*, ICS).

Kiedy korzystać z terapii trójlękowej

„Największym kamieniem milowym jest wprowadzenie terapii biologicznej w przypadku chorych na astmę ciężką. Pacjentów tych jest relatywnie niewiele, a w codziennej praktyce dominują ci leczeni w III i IV stopniu według GINA (Global

Initiative for Asthma). Są to chorzy, którzy wymagają szczególnej uwagi. Astma ma u nich najczęściej umiarkowane nasilenie, stąd często jako lekarze mamy dylemat, czy — zwłaszcza u pacjentów w IV stopniu leczenia — należy zwiększyć dawkę kortykosteroidów wziewnych do wysokiej i jednocześnie stosować lek z grupy LABA, czy już wprowadzić terapię trójskładnikową” — tłumaczy dr n. med. Rafał Dobek z II Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

I dodaje, że raport ekspertów GINA pozwala na włączenie leków z grupy LABA do terapii astmy już w IV stopniu leczenia. Z kolei aktualizacja wytycznych leczenia astmy, zapro-



ponowana przez Grupę Roboczą Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc oraz Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, zaleca u tych pacjentów stosowanie terapii trójskładnikowej w jednym inhalatorze.

Zwiększenie dawki ICS pod kontrolą

„Dla niektórych pacjentów lepszym rozwiązaniem może być zwiększenie dawki kortykosteroidów wziewnych ze średniej do wysokiej.

Dotyczy to chorych, którzy mają mocno wyrażone cechy zapalenia typu 2, najczęściej osób w młodym lub średnim wieku z astmą alergiczną, z częstymi zaostrzeniami, z podwyższonym poziomem eozynofili oraz ze zwiększoną liczbą cząstek tlenu azotu w wydychanym powietrzu, a więc z wysokim FeNO. Ci chorzy mogą skorzystać ze zwiększenia dawki kortykosteroidów wziewnych. Musimy jednak pamiętać, że dawka wysoka nie powinna być stosowana dłużej niż 3 do 6 miesięcy, dlatego że takie leczenie może być związane z pewnymi działaniami niepożądanymi. W razie braku skuteczności takiego postępowania musimy myśleć o leczeniu biologicznym” — stwierdza dr Rafał Dobek.

Druga grupa pacjentów to osoby, u których cechy zapalenia typu 2 nie są tak silnie wyrażone. „Są to chorzy, którzy mogą mieć utrwaloną obturację, dość często występuje u nich

otyłość, a w krwi obwodowej nie widzimy podwyższonej eozynofilii. U tych osób leczeniem z wyboru jest wczesne zastosowanie terapii trójskładnikowej. Przypominam, że taka opcja terapeutyczna jest dostępna dla tych pacjentów, u których pomimo leczenia preparatem złożonym LABA + ICS w dawce średniej, wystąpiło co najmniej jedno umiarkowane zaostrzenie i nie mamy zadowalającej kontroli choroby” — wyjaśnia ekspert.

Dr Dobek zaznacza przy tym, że terapia astmy musi być personalizowana, ponieważ jest to heterogenny zespół chorobowy i chorzy stanowią bardzo różnorodną grupę osób. „Obecnie mamy tak wiele opcji terapii terapeutycznych, że jesteśmy w stanie dostosować je do cech fenotypowych pacjenta, którego aktualnie leczymy czy konsultujemy. Cechy te mają kluczowe znaczenie w doborze terapii” — ocenia pulmonolog.

Katarzyna Matusiewicz

Badania alergologiczne zlecane w POZ powinny mieć sens

„Lekarze POZ mogą od pewnego czasu kierować pacjentów na testy alergologiczne z krwi, co ułatwia diagnozę. Należy jednak pamiętać, że wyniki testów nie zawsze są jednoznaczne. Dodatni wynik nie zawsze oznacza alergię, a ujemny jej nie wyklucza” — zaznacza dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki.

Opieka koordynowana w pulmonologii i alergologii sprawiła, że lekarze rodzinni otrzymali większe uprawnienia w ramach diagnostyki alergologicznej, a konkretnie możliwość skierowania pacjenta na wykonanie testów z krwi swoistych IgE.

Uwaga na wynik fałszywie dodatni

„Z jednej strony, to dobry pomysł, ponieważ gros pacjentów z alergią zgłasza się właśnie do przychodni POZ. A zatem uprawnienia tych lekarzy pozwolą na szybszą diagnostykę dużej grupy osób z podejrzeniem alergii. Z drugiej strony, niesie to jednak za sobą wiele wyzwań. Chcielibyśmy, żeby badania zlecane przez lekarzy rodzinnych miały sens. Nie zawsze tak jest” — mówi dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki, przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę,



ale nie wdrażać u niego leczenia do momentu, aż pojawią się objawy. Wówczas trzeba ponownie przeprowadzić u niego diagnostykę, zewalować, co się z nim dzieje i ewentualnie rozpocząć terapię” — tłumaczy dr hab. Piotr Dąbrowiecki.

Test ujemny nie wyklucza alergii

Druga sytuacja, która budzi obawy eksperta, to przypadek, gdy pacjent, który — mimo że ma ujemny wynik testów — jest alergikiem.

„Czułość i swoistość, szczególnie gorszej jakości testów,

siega 60-70 proc. Oznacza to, że 3-4 pacjentów z 10 kierowanych na badania ma alergię, chociaż nie zostaje ona potwierdzona. Tak więc, jeżeli pacjent ma ewidentne objawy alergii po kontakcie z alergenem i np. reaguje uczuleniem o określonej porze roku, to powinien zostać skierowany do poradni alergologicznej, gdzie diagnostyka zostanie poszerzona, np. o testy naskórkowe, testy prowokacyjne czy test aktywacji bazofilii (BAT)” — stwierdza specjalista.

Nie do końca jest też uzasadnione leczenie objawowe w POZ pacjenta, który ma określone objawy, takie jak: katar sienny, kichanie, łzawienie, a w testach np. dodatnią reakcję na pyłki brzozy. Taki chory powinien zostać skierowany do poradni alergologicznej i zakwalifikowany do immunoterapii swoistej.

Kiedy potrzebny jest lekarz specjalista

„Do AOS powinien trafić również pacjent, który mimo mnóstwa testów nie otrzymał dokładnego

rozpoznań, a więc nie została ujawniona przyczyna jego dolegliwości. W tej grupie chorych często konieczna jest nawet hospitalizacja, aby w warunkach szpitalnych wykonać próby prowokacyjne. Powiem więcej, istnieją takie stany, które przypominają alergię, mimo że alergię nie są” — zaznacza dr hab. Piotr Dąbrowiecki.

I dodaje, że diagnostyka w kierunku rozpoznania alergii może zacząć się u lekarza rodzinnego, ale większość z tych pacjentów powinna trafić pod opiekę alergologa.

„Opieka koordynowana w pulmonologii i alergologii to dobry krok w kierunku lepszej opieki nad pacjentem z alergią, ale należy uważać, żeby nie wylać dziecka z kąpielą. Z tego względu proszę o ostrożność w wymienionych powyżej sytuacjach i uwzględnienie ograniczeń testów serologicznych, bo tylko wtedy nasza współpraca będzie się układała jak najlepiej, z korzyścią dla pacjenta” — podkreśla alergolog.

Katarzyna Matusiewicz

czas na onkologię

Bezpieczna ciąża po nowotworze

„Zarówno choroba nowotworowa, jak i leczenie onkologiczne mogą negatywnie wpływać na płodność, utrudniając lub uniemożliwiając później posiadanie potomstwa. Dlatego przed rozpoczęciem leczenia należy skorzystać z możliwości bezpłatnego zabezpieczenia płodności. Metody oferowane w ramach rządowego programu *in vitro* są skuteczne, szanse na ciążę bardzo wysokie, a sama ciąża jest bezpieczna i nie zwiększa ryzyka nawrotu raka” — przekonuje dr n. med. Joanna Kufel-Grabowska.

Co roku rozpoznanie choroby nowotworowej jest stwierdzane u ok. 200 tys. osób w Polsce. Jaki odsetek wśród nich stanowią osoby w wieku reprodukcyjnym, które mogłyby w przyszłości mieć dziecko?

Szacuje się, że co roku w Polsce na nowotwory zachorowuje ok. 14 tys. osób w wieku od 0 do 45 lat. Od dłuższego czasu obserwujemy wzrost zachorowań na nowotwory w Polsce we wszystkich grupach wiekowych, także wśród osób młodych. Jednocześnie dzięki nowoczesnym metodom leczenia coraz więcej osób, także tych młodych, zostaje wyleczonych z tej choroby. Jednak w momencie jej rozpoznania młoda osoba często w ogóle nie ma dzieci albo ma tylko jedno i planuje kolejne. Na szczęście funkcjonuje rządowy program *in vitro*, który obejmuje również pacjentów z chorobą onkologiczną i mogą oni zabezpieczyć swoją płodność.

Czy pacjenci ci są świadomi takiej możliwości?

To nowy program, funkcjonujący od czerwca 2024 r., który jest skierowany do kobiet do 40. roku życia i mężczyzn do 45. roku życia od okresu dojrzwania. Jednak pacjenci są coraz bardziej świadomi i też chętni do udziału w tym programie, m.in. ze względów finansowych.

Kiedy ci chorzy powinni zacząć myśleć o zabezpieczeniu płodności?

Jak najszybciej, zaraz po postawieniu diagnozy choroby nowotworowej. U mężczyzn ten proces trwa 1 dzień, u kobiet ok. 2 tygodni. Płodność można zabezpieczyć niezależnie od stopnia zaawansowania choroby, a więc nawet u pacjentki/ta z przerzutami.

Czy 2-tygodniowe opóźnienie rozpoczęcia leczenia może wpłynąć na skuteczność terapii?

To zależy od nowotworu, jednak w wielu przypadkach nie ma wpływu. Obecnie najliczniejszą grupą pacjentów onkologicznych korzystających z zabezpieczenia płodności są chore na raka piersi i na palcach jednej ręki mogą policzyć te, którym odradziłam to postępowanie, ponieważ widziałam konieczność podjęcia pilnego leczenia. Natomiast pozostałe chore bez obaw mogą opóźnić leczenie o 2 tygodnie.

Dlatego optymalnym momentem na zabezpieczenie płodności jest czas postawienia diagnozy, gdy onkolog otrzyma wyniki badania histopatologicznego, wyjaśnienia, jak będzie przebiegać dalsze postępowanie, jakie jeszcze badania muszą zostać wykonane. Wówczas działamy dwutorowo: z jednej strony przeprowadzamy dalszą diagnostykę onkologiczną, a z drugiej zabezpieczamy płodność. Później nie będzie już na to czasu.

Które konkretne metody zabezpieczenia płodności są refundowane?

U mężczyzn jest to zamrożenie nasienia, a u kobiet — komórek jajowych. W tym ostatnim przypadku potrzebna jest wcześniejsza stymulacja hormonalna. Warto wyjaśnić, że u pacjentek z nowotworami hormonalnymi stymulacja hormonalna jest absolutnie



O KIM MOWA

Dr n. med. Joanna Kufel-Grabowska jest specjalistką w dziedzinie onkologii klinicznej, adiunktką w Katedrze i Klinice Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczącą Sekcji Płodności w Chorobie Nowotworowej (Oncofertility) Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Od 1 czerwca 2024 r. do końca lutego 2025 r., a więc w niespełna rok, wykonano ponad 750 procedur zabezpieczenia płodności u pacjentów onkologicznych w ramach rządowego programu *in vitro*.

bezpieczna, ponieważ w trakcie tego procesu dodatkowo są stosowane leki, które obniżają poziom estradiolu.

Rządowy program *in vitro* nie obejmuje takich metod zabezpieczenia płodności, jak mrożenie zarodków. Czy pani ją poleca?

Uważam, że mrożenie gamet jest bezpieczniejsze. Pamiętajmy, że w przypadku pacjentów onkologicznych zarodek może być wykorzystany dopiero za kilka lat, bo tyle w sumie może trwać terapia przeciwnowotworowa i obserwacja po leczeniu. Życie pisze różne scenariusze i może się okazać, że po tym czasie kobieta nie jest już w związku z mężczyzną, z którym ten zarodek powstał. Jednocześnie nie ma komórek jajowych, ponieważ doszło do przedwczesnego wygasania funkcji jajników w wyniku zastosowanej terapii onkologicznej. Znajduje się więc w sytuacji bez wyjścia, bo zarodków nie wykorzystają, a swoich komórek jajowych już nie ma. Natomiast jeżeli para nalega na zamrożenie zarodków, to może to zrobić, a jednocześnie kobieta może zamrozić swoje komórki jajowe.

Refundacją nie jest również objęte zamrożenie fragmentu jajnika bądź całej tkanki jajnika. Czy pani zdaniem ta opcja powinna być refundowana?

Tak, i wiem, że Ministerstwo Zdrowia pracuje nad włączeniem tej metody do rządowego programu *in vitro*. To, że obecnie nie jest ona objęta refundacją, nie wynika ze złej woli resortu. Przyczyną są względy prawne, które wymagają wyjaśnienia i dostosowania do polskich warunków. Omawiana metoda jest dedykowana głównie dziewczynkom przed okresem dojrzewania. Następnie powracają do leczenia. Okazało się, że nawet dwuletnia przerwa w hormonoterapii nie wpłynęła negatywnie na stan ich zdrowia — nie odnotowano wzrostu wznów nowotworów u tych kobiet, wzrostu przypadków nowych nowotworów. Dzieci urodziły się zdrowe, więc wydaje się, że taka przerwa jest bezpieczna i sama ciąża może nawet obniżyć ryzyko nawrotu nowotworu w przypadku raka piersi. W przypadku innych nowotworów ciąża także nie zwiększa ryzyka nawrotów.

Jaka jest skuteczność refundowanych metod zabezpieczenia płodności, jakie są potem szanse na ciążę?

Szanse są bardzo duże i wiemy, że te metody zabezpieczenia płodności u pacjentów onkologicznych są tak samo skuteczne, jak u innych osób.

W jakim czasie po zakończeniu leczenia onkologicznego można zacząć myśleć o ciąży?

To bardzo indywidualna kwestia. Pod uwagę bierzemy kilka czynników: rodzaj nowotworu, stopień jego zaawansowania, a także rodzaj zastosowanego leczenia, ponieważ musi minąć określony czas od zakończenia konkretnej metody leczenia, aby pacjentka mogła zacząć myśleć o ciąży. Na przykład w przypadku chemioterapii to jest rok, a po immunoterapii — pół roku. Wtedy mamy pewność, że leczenie nie będzie miało negatywnego wpływu na rozwijający się płód.

Jednak najbardziej determinującym czynnikiem jest wiek pacjentki, szczególnie kobiet. W innej sytuacji jest

pacjentka, która ma 30 lat, zakończyła leczenie i u której sytuacja zdrowotna pozwala, aby odczekać 2 lata przed rozpoczęciem starań o dziecko. A w innej sytuacji będzie kobieta w wieku 39 lat, w przypadku której starania o dziecko są zalecane 5 lat od zakończenia leczenia. Wiemy, że za 5 lat będzie miała 44 lata i wtedy mogą pojawić się problemy z zajściem w ciążę.

Niejednokrotnie zdarza się, że pacjentka wraca od ginekologa i mówi, że ciąża jest możliwa teraz albo nigdy. Wtedy rozmawiam z pacjentką i wyjaśniam, jakie jest ryzyko onkologiczne. To są niekiedy trudne, ale też bardzo ciekawe rozmowy. Szczególnie, mam już sporo pacjentek, które urodziły dzieci.

Czy ciąża po chorobie nowotworowej jest bezpieczna?

Zdecydowanie tak. Możliwa jest nawet przerwa w leczeniu, pozwalająca bezpiecznie zająć w ciążę, a pozostająca bez wpływu na ryzyko onkologiczne. Dowiodło tego badanie o akronimie POSITIVE, zaprojektowane z myślą o kobietach z rakiem piersi, które zachorowały „na granicy” swoich możliwości rozrodczych, a deklarowały, że chciałyby urodzić dziecko.

Po 18-30 miesiącach stosowania hormonoterapii chorym zaproponowano dwuletnią przerwę, by w tym czasie starały się o dziecko. Możliwe było nawet zapłodnienie pozaustrojowe. Następnie powracaly do leczenia. Okazało się, że nawet dwuletnia przerwa w hormonoterapii nie wpłynęła negatywnie na stan ich zdrowia — nie odnotowano wzrostu wznów nowotworów u tych kobiet, wzrostu przypadków nowych nowotworów. Dzieci urodziły się zdrowe, więc wydaje się, że taka przerwa jest bezpieczna i sama ciąża może nawet obniżyć ryzyko nawrotu nowotworu w przypadku raka piersi. W przypadku innych nowotworów ciąża także nie zwiększa ryzyka nawrotów.

Gdzie szukać wiarygodnych informacji na temat metod zabezpieczenia płodności u pacjentów onkologicznych?

Na stronie mamrakkachcedziecko.pl — to kampania ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Jednocześnie zwraca uwagę, że rak jelita grubego u młodych ma bardziej agresywny przebieg niż u starszych osób. „Nowotwór rozpoznawany u starszych charakteryzuje

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

50 tys.

— tyle każdego roku w Polsce odnotowuje się przypadków nowych zachorowań na nowotwory skóry.

Rak jelita grubego nie oszczędza młodych

„W Polsce wzrasta liczba zachorowań na raka jelita grubego. Nowotwór coraz częściej występuje u osób młodych, u których w momencie rozpoznania zwykle jest już w zaawansowanym stadium. Dlatego tak ważna jest czujność onkologiczna, także lekarzy, szczególnie POZ. Nie powinni oni bagatelizować objawów ze strony układu pokarmowego zgłaszanych przez 20- czy 30-latków, argumentując, że „są za młodzi na raka jelita grubego”, bo wiemy, że tak nie jest” — stwierdza Iga Rawicka, prezes Fundacji EuropaColon Polska.

W ciągu ostatnich 30 lat odsetek zachorowań na nowotwory przewodu pokarmowego, w tym raka jelita grubego, wzrósł o 80 proc. i ten negatywny trend będzie się utrzymywał. „Żyjemy coraz dłużej, w związku z tym ryzyko zachorowania na raka jelita grubego jest coraz większe. Liczba przypadków tego nowotworu będzie więc wzrastać, szczególnie u osób, które nie wykonały przesiewowej kolonoskopii” — mówi Iga Rawicka, prezes Fundacji EuropaColon Polska.

Kiedy bez skierowania na profilaktyczną kolonoskopię

Iga Rawicka przypomina, że w Polsce funkcjonuje program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, dedykowany osobom w wieku 50-65 lat lub 40-49 lat posiadających krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano ten nowotwór. Do profilaktycznej kolonoskopii kwalifikują się osoby zdrowe, bez objawów sugerujących nowotwór jelita grubego, które nie miały wykonanego badania w ciągu ostatnich 10 lat. Nie jest wymagane skierowanie — wystarczy samemu zgłosić się do ośrodka.

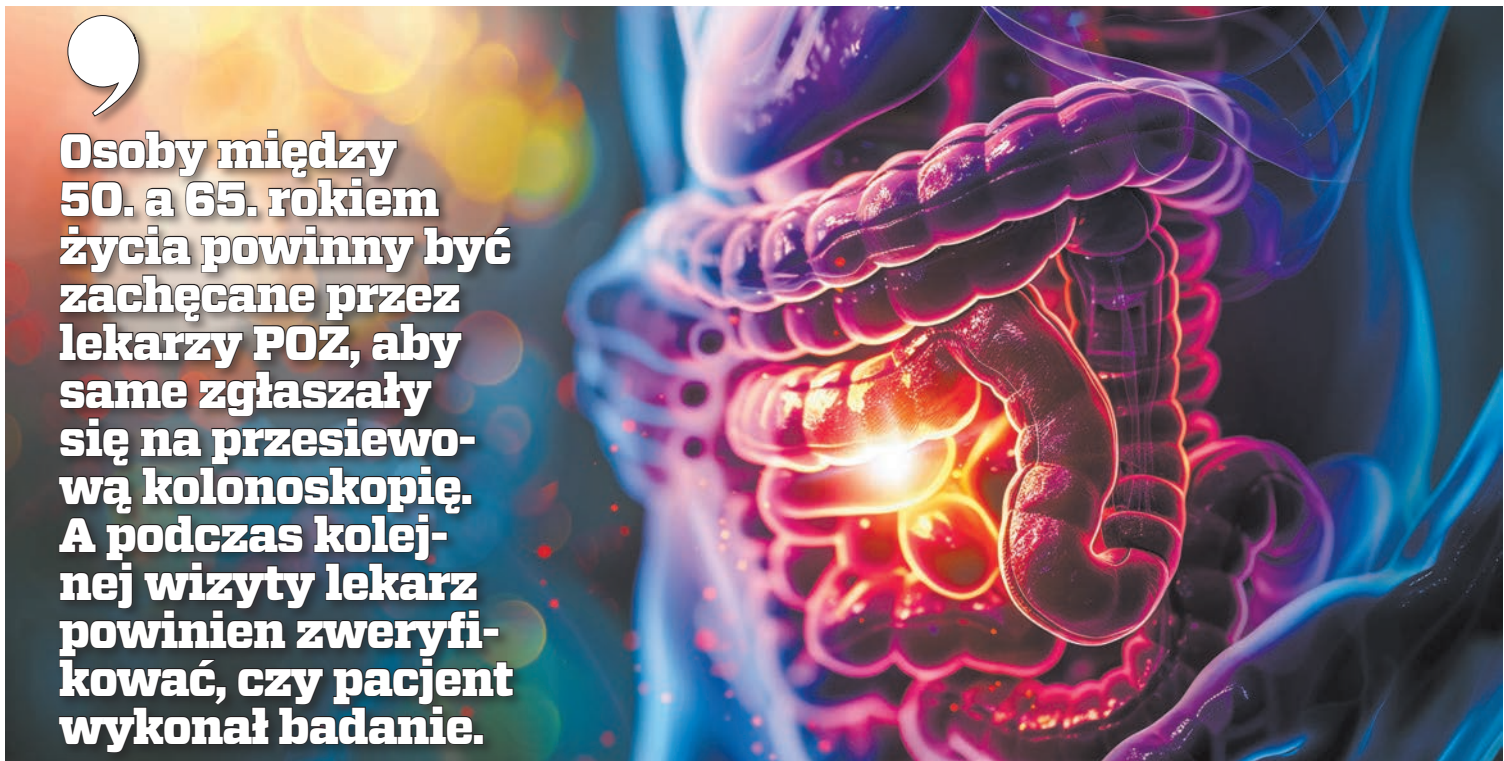
„Z kolei osoby 65+ i przed 50. rokiem życia, które chcą wykonać kolonoskopię, mogą albo zapłacić za badanie w prywatnej placówce, albo poprosić lekarza o skierowanie w ramach NFZ. W tym ostatnim przypadku muszą jednak istnieć ku temu przesłanki, tzn. pacjent musi zgłosić lekarzowi objawy sugerujące nowotwór” — wyjaśnia prezes Fundacji EuropaColon Polska.

Medyczne i ekonomiczne efekty wczesnego leczenia

Tymczasem rak jelita grubego wykryty na wczesnym etapie rozwoju jest niemal w 100 proc. wyleczalny. „Znam historie pacjentów, u których leczenie ograniczyło się tylko do zabiegu chirurgicznego, nawet nie musieli poddawać się chemio- czy radioterapii” — argumentuje prezes Fundacji EuropaColon Polska.

W związku z tym także koszty terapii są niższe. „Koszt leczenia pacjenta z rakiem jelita grubego wykrytym w I, najpóźniej II stopniu zaawansowania wynosi mniej więcej 4 tys. euro, a jeżeli nowotwór zostanie rozpoznany w IV stopniu zaawansowania, wówczas koszty te wzrastają do 40 tys. euro” — informuje.

Barierą na drodze do szybkiego rozpoznania raka jelita grubego u młodych osób jest brak świadomości na ten temat zarówno wśród społeczeństwa, jak i lekarzy. Medycy często bagatelizują objawy ze strony układu pokarmowego u osób młodych, nie biorąc pod uwagę, że mogą one mieć związek z rakiem jelita grubego.



się powolnym rozwojem, często trwającym wiele lat. U młodych osób proces ten jest bardziej dynamiczny i nowotwór szybciej osiąga zaawansowane stadium”.

Medyczne i ekonomiczne efekty wczesnego leczenia

Tymczasem rak jelita grubego wykryty na wczesnym etapie rozwoju jest niemal w 100 proc. wyleczalny. „Znam historie pacjentów, u których leczenie ograniczyło się tylko do zabiegu chirurgicznego, nawet nie musieli poddawać się chemio- czy radioterapii” — argumentuje prezes Fundacji EuropaColon Polska.

W związku z tym także koszty terapii są niższe. „Koszt leczenia pacjenta z rakiem jelita grubego wykrytym w I, najpóźniej II stopniu zaawansowania wynosi mniej więcej 4 tys. euro, a jeżeli nowotwór zostanie rozpoznany w IV stopniu zaawansowania, wówczas koszty te wzrastają do 40 tys. euro” — informuje.

Barierą na drodze do szybkiego rozpoznania raka jelita grubego u młodych osób jest brak świadomości na ten temat zarówno wśród społeczeństwa, jak i lekarzy. Medycy często bagatelizują objawy ze strony układu pokarmowego u osób młodych, nie biorąc pod uwagę, że mogą one mieć związek z rakiem jelita grubego.

Pierwszy w Europie Hub Misji Rak w Polsce

W Polsce zostanie uruchomiony pierwszy w Europie National Cancer Mission HUB/NCMH – inicjatywa stanowiąca istotny krok w realizacji Misji UE ds. Walki z Rakiem (Mission on Cancer), prowadzonej w ramach programu badań naukowych i innowacji Horyzont Europa. W nadchodzących latach podobne centra powstaną w wielu krajach, łącząc interesariuszy ze środowisk publicznych i prywatnych we wspólnym działaniu na rzecz walki z rakiem.

„Gdy do lekarza, zwykle POZ, zgłaszają się osoby poniżej 50. roku życia z objawami mogącymi sugerować ten nowotwór, często słyszą: „Jest pan/pani za młody/a na raka jelita grubego. Wielokrotnie słyszałam od młodych pacjentów chorujących na ten nowotwór, że zgłaszali lekarzowi objawy ze strony układu pokarmowego, a mimo to nie otrzymali skierowania na kolonoskopię” — alarmuje Iga Rawicka.

Także z tego powodu w ich przypadku nowotwór w momencie rozpoznania często jest już w zaawansowanym stadium. Wówczas nie można zastosować leczenia z intencją radykalną, czyli wyleczenia, tylko leczenia paliatywne — z intencją wydłużenia życia i utrzymania odpowiedniej jego jakości. Tacy pacjenci mogą żyć nawet latami, ale nie zostaną wyleczeni.

„Jeśli więc na wizyte zgłasza się osoba przed 50. rokiem życia, np. 20- czy 30-latek z dolegliwościami ze strony układu pokarmowego, to nie należy ich ignorować, szczególnie jeśli pacjent wraca do gabinetu, ponieważ dolegliwości nie ustępują. Lekarz powinien „mieć z tyłu głowy”, że to może być rak jelita grubego, bo coraz częściej występuje on w młodszej populacji, i skierować pacjenta na USG jamy brzusznej i kolonoskopię. Bagatelizując objawy, pozwala na roz-

wój polipa, który może przekształcić się w nowotwór złośliwy” — ostrzega prezes Fundacji EuropaColon Polska. „Myślę, że lekarze POZ znają część swoich pacjentów i potrafią określić, który z nich jest, powiedzmy, hipochondrykiem, a który zgłasza się ponownie, ponieważ naprawdę niepokoją go jakieś dolegliwości” — dodaje.

Wskazuje, że podobnie powinno się postępować u pacjentów po 65. roku życia, którzy, jak wspomniano, nie kwalifikują się do przesiewowej kolonoskopii. „Z kolei osoby między 50. a 65. rokiem życia powinny być zachęcane przez lekarzy POZ, aby same zgłaszały się na przesiewową kolonoskopię. A podczas kolejnej wizyty lekarz powinien zweryfikować, czy pacjent wykonał badanie” — zaznacza Iga Rawicka.

Na tropie nieklasycznych czynników ryzyka

Nie wiadomo, jakie są przyczyny wzrostu liczby przypadków raka jelita grubego w młodszej populacji. „Na pewno wiemy, że wiek nie jest już

czynnikiem ryzyka. U młodych osób pewną rolę odgrywają uwarunkowania genetyczne, ale one odpowiadają za 5-10 proc. przypadków tego raka” — wyjaśnia Iga Rawicka.

Z pewnością część winy należy też przypisać coraz częściej występującym również wśród młodych: nadwadze i otyłości, z którymi wiążą się niepra-

widlowa dieta oraz brak aktywności fizycznej. Choć trzeba przyznać, że nawet osoby szczupłe znajdują się w grupie ryzyka.

„Coraz częściej zwraca się uwagę na zależność między stanem mikrobioty jelitowej a rozwojem raka jelita grubego. Ta zależność znajduje potwierdzenie w moich rozmowach z pacjentami, szczególnie młodymi, którzy dostrzegają wpływ stresu w swoim życiu, będący jednym z głównych czynników modyfikujących skład mikrobioty. Są to zwykle osoby między 20. a 30. rokiem życia, szczupłe, aktywne fizycznie, zdrowo się odżywiające, które nie sięgają po alkohol czy papierosy, a więc nie występują u nich klasyczne czynniki ryzyka rozwoju raka jelita grubego. A mimo to chorują na ten nowotwór. Konieczne są dalsze badania na ten temat, jednak nie od dziś mówi się, że „jelita to nasz drugi mózg” — zauważa prezes Fundacji EuropaColon Polska.

Dodaje, że coraz więcej doniesień dotyczy także związku między mikrobiotą w organizmie a rozwojem raka jelita grubego. „Obecnie mikrobiotą jest wszechobecny w żywności. Myślę, że szeroko pojęty rozwój cywilizacji w dużym stopniu przyczynia się do rozwoju wielu chorób, w tym raka jelita grubego” — konkluduje Iga Rawicka.

Monika Majewska

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

Wiek jest uważany za jeden z czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego — wzrasta ona u osób po 50. roku życia, ze szczytem zachorowań ok. 65. roku życia. Jak jednak zauważa Iga Rawicka, w ostatnich latach nowotwór ten występuje u coraz młodszych osób. „Jedną z ambasadorów Fundacji EuropaColon Polska zachorowała na raka jelita grubego w 2019 r. w wieku 35 lat. Z kolei w ubiegłym roku spotkałam się z przypadkiem tego nowotworu u 19-latką, a nawet u 12-latką!”.

klinika

Rosną zachorowania
na cukrzycę typu 2

„Największym wyzwaniem współczesnej diabetologii jest rosnąca zapadalność na cukrzycę. Szczególnie niepokojący jest wzrost zachorowań na cukrzycę typu 1 wśród dorosłych, co podważa dotychczasowe szacunki, że stanowi ona tylko 10 proc. wszystkich przypadków cukrzycy” — wskazuje prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, była prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Jak zaznacza, sytuację leczniczą pogarsza starzenie się kadry diabetologów, co w połączeniu z rosnącą liczbą chorych może doprowadzić do niedostatku specjalistów w najbliższej dekadzie.

W Krakowie odbyło się najważniejsze coroczne spotkanie polskich diabetologów — Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Wydarzenie było organizowane po raz 26., a w tym roku padł frekwencyjny rekord. W jeździe uczestniczyło 2500 specjalistów — oprócz diabetologów także lekarze rodzinni, endokrynolodzy, pielęgniarki, dietetycy, psychologowie, tj. wszyscy profesjonalści, którzy w modelu kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą powinni wchodzić w skład zespołu terapeutycznego.

Przed otwarciem konferencji jej uczestnicy minutą ciszy uhonorowali pamięć dr. Tomasza Soleckiego, ortopedy z Krakowa, zamordowanego w czasie pełnienia obowiązków zawodowych.

Wybrano prezesa elekta PTD

W trakcie zjazdu odbyło się kilkadziesiąt sesji naukowych i sate-litarnych z udziałem nie tylko polskich, ale i zagranicznych ekspertów. Z kolei podczas walnego zgromadzenia członków PTD wybrano prezesa elekta na następną kadencję zarządu, czyli na lata 2027–2031. Został nim prof. Janusz Gumprecht, zaś do grona członków honorowych dołączyli: prof. Przemysław Jarosz-Chobot oraz prof. Andrew Hattersley.

Nie jest zaskoczeniem, że w obliczu wzrastającej liczby pacjentów z cukrzycą oraz współwystępującej otyłości uczestnicy spotkania koncentrowali się na wykorzystaniu nowoczesnych terapii farmakologicznych i technologii medycznych w codziennym życiu chorych. Podkreślali konieczność uwzględnienia w procesie terapeutycznym nie tylko zdrowia fizycznego, ale i psychicznego pacjenta.

Trudności w dostępie do odpowiedniej opieki

W takcie spotkania eksperci wielokrotnie mówili o tym, że w polskiej opiece diabetologicznej wciąż mamy do czynienia z niezgodnością między zaleceniami klinicznymi a praktyką, co wynika z ograniczeń w refundacji leków i sprzętu. W efekcie, chociaż w ostatnich latach dokonała się w diabetologii prawdziwa rewolucja



Organizatorami Zjazdu były Polskie Towarzystwo Diabetologiczne i Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych UJCM. Na zdjęciu od prawej: prof. dr hab. n. med. Janusz Gumprecht, prof. dr hab. n. med. Irina Kowalska, prof. dr hab. n. med. Maciej Małecki, prof. dr hab. n. med. Tomasz Klupa, dr hab. n. med. Katarzyna Cyganek, dr hab. n. med. Katarzyna Cyranka.

i obecnie dysponujemy zaawansowanymi terapiami oraz sprzętem, które dają pacjentom szansę na kontrolę cukrzycy i zachowanie dobrej jakości życia — dla części chorych jest to nieosiągalne.

W ocenie prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, prof. Iriny Kowalskiej, taki stan zabezpieczenia chorych jest niezgodny z podpisaną w 2023 r. przez Międzynarodową Federację Diabetologiczną (IDF) i WHO Europe deklaracją, wywołującą do zapewnienia sprawiedliwego dostępu do wysokiej jakości opieki wszystkim pacjentom z cukrzycą oraz osobom z grup ryzyka.

W trakcie konferencji poruszono również problem braku refundacji

leków na otyłość. „Pacjenci z nasiloną otyłością, ci, którzy nie mają postępowania behawioralnego, powinni otrzymywać farmakoterapię. Aż się prosi, żeby kryterium refundacyjnym była określona wartość BMI” — stwierdził prof. Maciej Małecki, prezydent Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum, kierownik Oddziału Klinicznego Diabetologii, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Wysoki odsetek chorych niezdiagnozowanych

Prof. Janusz Gumprecht, wiceprezes Polskiego Towarzystwa



Współprzewodniczący komitetu organizacyjnego wydarzenia, prof. dr hab. n. med. Maciej Małecki, kierownik Oddziału Klinicznego Diabetologii, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Diabetologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i i Nefrologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, zwracał uwagę na nadal utrzymujący się problem późnych rozpoznań cukrzycy. W dodatku odsetek osób z niezdiagnozowaną cukrzycą jest w Polsce wyższy niż średnia europejska.

Jak zaznaczył diabetolog, rozpoznanie cukrzycy typu 2 jest często ustalane dopiero wtedy, gdy choroba rozwinęła już powikłania, w tym te najgroźniejsze — kardiologiczne, które odpowiadają zazwyczaj za skrócenie długości życia chorego. Zdaniem eksperta, z tego powodu kluczowe jest interdyscyplinarne spojrzenie na cukrzycę jako chorobę sercowo-nerkowo-metaboliczną i wdrażanie leków, o szerokim spektrum działania.

Potrzebny ogólnopolski rejestr przypadków cukrzycy

Swoją opinią dotyczącą pogarszającego się stanu kadry lekarzy. „W połączeniu z rosnącą liczbą chorych może to doprowadzić do niedostatku specjalistów już w najbliższej dekadzie. Konieczne jest zatem zachęcanie młodych lekarzy do tej specjalizacji, ponieważ bez tego nie uda nam się otoczyć opieką wszystkich chorych, nawet z pomocą tak dobrych leków, jakie obecnie mamy” — podsumowuje prof. Zozulińska-Ziółkiewicz.

Towarzystwa Diabetologicznego w latach 2019–2023.

„Największym wyzwaniem jest rosnąca zapadalność na cukrzycę typu 1 i 2. Widzimy to w takich badaniach, jak PolPeDia, w zakresie populacji dziecięcej. Wskazują one na alarmujący skok zachorowań” — mówi prof. Zozulińska-Ziółkiewicz. Jak dodaje, to, co obserwują pediatrzy w skali ogólnopolskiej, jest również dostrzegalne w jej ośrodku w Wielkopolsce — aż 60 proc. nowych przypadków cukrzycy typu 1 dotyczy populacji młodych dorosłych.

„Niektóre dane światowe pokazują, że ta populacja stanowi obecnie nawet 70 proc. nowych rozpoznań cukrzycy typu 1. Nie jest to więc tylko i wyłącznie choroba dzieci i młodzieży, ale właśnie młodych dorosłych. Z racji wydłużenia życia pacjentów z cukrzycą typu 1, ich populacja w skali ogólnej liczy pacjentów z cukrzycą typu 2 rośnie. Tym samym mówienie, że cukrzyca typu 1 stanowi niewielki, 10-procentowy odsetek wszystkich przypadków cukrzycy jest już dalekie od prawdy” — komentuje diabetolożka.

Jednak określenie dokładnej skali problemu utrudnia brak ogólnopolskiego rejestru dedykowanego cukrzycy. „Ten wzrost liczby młodych dorosłych z cukrzycą typu 1 jest szczególnie niepokojący, bo ci chorzy wymagają insulinoterapii. A dostęp do nowoczesnych technologii, takich jak systemy ciągłego monitorowania glikemii i zautomatyzowanego podawania insuliny, jest w Polsce ograniczony ze względu na restrykcyjną refundację, głównie dla osób powyżej 26. roku życia” — zaznacza prof. Zozulińska-Ziółkiewicz.

Ekspertka przyznaje, że w obszarze diabetologii sytuację pogarsza też starzenie się kadry lekarzy. „W połączeniu z rosnącą liczbą chorych może to doprowadzić do niedostatku specjalistów już w najbliższej dekadzie. Konieczne jest zatem zachęcanie młodych lekarzy do tej specjalizacji, ponieważ bez tego nie uda nam się otoczyć opieką wszystkich chorych, nawet z pomocą tak dobrych leków, jakie obecnie mamy” — podsumowuje prof. Zozulińska-Ziółkiewicz.

Katarzyna Lisowska

3 mln

— tyle osób w Polsce choruje na cukrzycę; w 90 proc. przypadków to cukrzyca typu 2 (dane NFZ).

Czynniki genetyczne a leczenie otyłości

Czynniki genetyczne tylko w niewielkim stopniu wpływają na skuteczność leczenia otyłości, zarówno farmakologicznego, jak i chirurgicznego — to najważniejsze wnioski wynikające z najnowszej publikacji w piśmie „Nature Medicine”. W badaniach brał udział polski naukowiec — dr n. med. Łukasz Szczeciński. W analizie danych uczestniczył też bioinformatyk z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Adrian Janucki (Centrum Medycyny Cyfrowej UMB).

Problemy skórne
u pacjenta z cukrzycą

„Uporczywa i nawracająca drożdżycza może być pierwszym sygnałem zaburzeń metabolicznych, świadczących o cukrzycy” — wskazuje dermatolożka prof. dr hab. Joanna Maj w rozmowie na temat patogenezy zmian skórnych u osób z cukrzycą, najczęstszych infekcji i ich objawów oraz diagnostyki i monitorowania tych zmian.

Co jest podłożem zmian skórnych w cukrzycy?

Zmiany skórne występują u 15–40 proc. chorych na cukrzycę. U ich podstaw leży wzrost stężenia glukozy nie tylko w surowicy i tkankach, ale także w skórze właściwej. Procesy często współistniejące, odpowiedzialne za szereg zmian chorobowych w cukrzycy to: uszkodzenie drobnych naczyń (mikroangiopatia) i większych naczyń (makroangiopatia) krwionośnych, zwyrodnienie włókien kolagenowych i sprężystych, neuropatia obwodowa oraz nagromadzenie produktów końcowej glikacji, a także zaburzenia funkcji układu odpornościowego.

Jakie są najczęstsze zmiany skórne, które mogą świadczyć o nierozpoznanej lub niewyrównanej cukrzycy?

W pierwszej kolejności należy wykluczyć cukrzycę u osób z nawrotowymi infekcjami drożdżakowymi, nawrotowymi czyrakami, nawrotową różą oraz z zapaleniem mieszków włosowych. Kolejne jednostki chorobowe, w których dermatolog, czasami jako pierwszy, może postawić rozpoznanie cukrzycy, to: obumieranie tłuszczowate, rogowacenie ciemne, ziarninaki obrączkowate, piodermia zgorzeliwna.

Jak częsta jest u tych pacjentów kandydoza skóry i błon śluzowych? Czym się charakteryzuje?

Uporczywa i nawracająca drożdżycza może być pierwszym sygnałem zaburzeń metabolicznych świadczących o cukrzycy. Typowym miejscem zakażeń Candida albicans jest jama ustna, gdzie wykwyty lokalizują się na języku lub na błonach śluzowych policzków pod postacią białawych, jakby nałożonych na śluzówkę, czasami brodawkujących ognisk, które można usunąć mechanicznie szpatułką.

Pierwszym objawem cukrzycy, szczególnie u młodych i w średnim wieku kobiet, jest drożdżakowe zapalenie sromu i pochwy. Towarzyszą mu uporczywy świąd i upławy. Analogicznie u mężczyzn obserwuje się zapalenie żołądździ — śluzówka jest zaczerwieniona, a na powierzchni mogą wystąpić żółtawe krosty. Z kolei u osób otyłych z cukrzycą pierwszą skórą manifestacją choroby są wyprzenia drożdżakowe — zmiany rumieniowe z wysiękiem, dobrze odgraniczone od zdrowej skóry, złokalizowane w fałdach podpiersiowych, w okolicy pach, pachwin oraz w przestrzeniach międzypalcowych dłoni (III przestrzeń międzypalcowa) i stóp.

Czy bakteryjne zakażenia skóry także często towarzyszą cukrzycy? Gdzie są najczęściej zlokalizowane i jaką postać przyjmują?

Wśród infekcji bakteryjnych klasyczną chorobą wskaźnikową cukrzycy jest czyraczność, czyli wysiew mnogich i nawrotowych czyraków, które są wywołane infekcją *S. aureus*. Czyraki zaczynają się od niewielkich krost, złokalizowanych przywłosie, które szybko stają się bolesnymi naciekami zapalnymi z czopem martwym na powierzchni. Zmianom skórnym może towarzyszyć podwyższona temperatura ciała. Najczęstsza lokalizacja czyraków to: pośladki, kark, kończyny górne i dolne. Najczęściej czyraki są pierwszym objawem cukrzycy u osób otyłych. Rozwój czyraków w cukrzycy

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Joanna Maj jest specjalistką w dziedzinie dermatologii i wenerologii w Uniwersyteckim Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezesem Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.



może być wypredzony przez zwykłe lub głębokie zapalenie mieszków włosowych o charakterze nawrotowym. Zmiany skórne to zapalne grudki lub krosty „przebite” włosem. U mężczyzn pojawiają się na skórze brody, a u obu płci na kończynach dolnych.

Kolejną jednostką chorobową o podłożu bakteryjnym, która może współistnieć z cukrzycą, jest róża, szczególnie nawrotowa, często przebiegająca jako postać krwotoczna lub pecherzowa, a nawet zgorzeliwna. Zmiany chorobowe w różę mają postać bolesnego, zapalnego, dobrze odgraniczonego nacieku, o gładkiej,



napiętej powierzchni. W pierwszych dniach infekcji zmianie skórnej, poza dużą bolesnością, towarzyszy wysoka gorączka 39–40 st. C.

Rzadko rozpoznawaną jednostką chorobową o etiologii bakteryjnej, często myloną z grzybicą skóry gładkiej, jest łupież rumieniowy, dosyć częsty u pacjentów otyłych z cukrzycą. Zmiany skórne mają charakter jednolitych plam koloru czerwono-brązowego, złokalizowane są w okolicy pachwin, pod pachami, w szparze międzypodłaskowej. Pacjenci skarżą się na pieczenie i świąd zmian skórnych.

Czym jest tzw. rumieniec cukrzycowy?

Rumieniec cukrzycowy to ciemnoczerwone zabarwienie twarzy, szczególnie jej środkowych części. Zmiany rumieniowe w cukrzycy mogą także zajmować szyję, kończyny górne (głównie dłonie), stopy. Te zmiany, tzw. rubeoza cukrzycowa, występują w przebiegu długolejnej cukrzycy, a są efektem mikroangiopatii.

Jakie choroby powinna uwzględnić diagnostyka różnicowa w sytuacji, gdy u pacjenta pojawiają się zmiany skórne mogące świadczyć o cukrzycy?

To zależy od rodzaju schorzenia, któremu towarzyszy cukrzyca. Na przykład w przypadku rogowacenia ciemnego należy wykluczyć nowotwory narządowe, chociaż postać związana z cukrzycą należy do łagodnych odmian tego schorzenia. W przypadku obrzęku twarżowego (zmiany powstają nagle, początkowo mają charakter rozległych stwardnień skóry górnej części pleców oraz szyi), należy wykluczyć szpiczaka mnogiego.

Objawem zaawansowanej cukrzycy związanym z polineuropatią bywa uogólniony świąd skóry. Diagnostyka przyczyn świądu jest wyjątkowo rozległa, ponieważ obejmuje wiele zaburzeń ogólnoustrojowych.

Jakie zmiany skórne są charakterystyczne dla zespołu stopy cukrzycowej?

Do powstania zmian prowadzą zaburzenia ukrwienia typu mikro- i makroangiopatii oraz neuropatia obwodowa. Często pierwszym objawem bywa zasinienie palucha, chociaż głębokie owrzodzenia mogą powstać w różnych miejscach stopy, np. po zabiegach pedikiurzystek (usuwanie nagietków). Najczęstszą lokalizacją zmian jest przednia część stopy. Owrzodzenia są dobrze odgraniczone, często głębokie, mogą penetrować do kości.

W przebiegu jakich schorzeń dermatologzy powinni monitorować stężenie glukozy?

W każdej chorobie dermatologicznej w której są stosowane ogólnie kortykosteroidy, np. w pęcherzyczach, piodermii zgorzeliwno, w wyprysku rozsianym, zapaleniu skórno-mięśniowym itd. Stężenie glukozy należy monitorować także przy rozpoznaniu: ziarninaka obrączkowatego, nekrobiozy kolagenu, żółtego zabarwienia paznokci, nabytej dermatomy perforującej, rumienia różopodobnego (dobrze odgraniczone ogniska rumieniowe występujące na kończynach dolnych i stopach, związane z niewydolnością małych naczyń).

Rozmawiała Emilia Grzela

Adherencja wyzwaniem w leczeniu chorób przewlekłych

Nawet 50 proc. polskich pacjentów z cukrzycą nie przestrzega zaleceń terapeutycznych. Nie lepiej wygląda sytuacja w przypadku innych chorób przewlekłych, jak nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia czy dławica piersiowa. Niska adherencja generuje negatywne konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne. Dobra współpraca lekarza z pacjentem oraz unikanie inercji terapeutycznej mogą przyczynić się do poprawy efektów terapii chorób przewlekłych w naszym kraju.

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów, czyli brak adherencji, to globalny problem, dotyczący przede wszystkim chorób przewlekłych, jak choroby układu krążenia czy cukrzyca. O tym problemie dyskutowano podczas sesji „Budujemy mosty, a nie mury. Wspólnie zadbajmy o lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w cukrzycy typu 2”, zorganizowanej w czasie XXVI Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Krakowie.

Sesja była realizowana w ramach projektu firmy Servier „Współodpowiedzialni dla Zdrowia”, kładącego nacisk na poprawę adherencji poprzez m.in. szeroko zakrojone aktywności edukacyjne.

Indywidualne przyczyny nieprzestrzegania zaleceń lekarskich

Problem nieprzestrzegania zleceń lekarskich eksperci zilustrowali dwoma przypadkami klinicznymi pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem.

Przypadek pierwszy: 57-letni mężczyzna aktywny zawodowo, z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą typu 2 wypiera się chorobą, czuje się zdrowy, nie ufa lekarzom, którzy zdiagnozowali jego schorzenia. Mężczyzna zamierza skonsultować diagnozę z innymi specjalistami, wierząc, że potwierdzą oni jego przypuszczenia co do dobrego stanu zdrowia. Zalecone leki stosuje nieregularnie.

Przypadek drugi: emerytowana nauczycielka, u której stwierdzono m.in. nadciśnienie tętnicze, dławicę piersiową i cukrzycę typu 2. Kobieta wstydzi się faktu, że nie zawsze stosuje się do zaleceń lekarzy. Wizyty w gabinecie lekarskim są dla niej stresujące, nie jest w stanie zapamiętać zaleceń. Nie przyznaje się, że odstawiła leki, gdy ciśnienie się „unormowało”.

Leczenie nie będzie skuteczne, jeżeli chory nie przyjmuje leków

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz, hipertensjolog, kierownik Katedry i Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, komentując zachowanie pierwszego pacjenta, zwrócił uwagę, że już jego wstępny opis sugeruje, iż ta osoba będzie miała problem ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich. Prowadzący tego pacjenta specjalista powinien zaproponować mu możliwie prosty schemat leczenia oraz uwzględnić w całej terapii wsparcie żony.

„Musimy pamiętać, że leczenie nie będzie skuteczne, jeżeli chory nie przyjmie leków. Lekarz powinien ustalić przyczyny nieprzestrzegania zaleceń i starać się wdrażać odpowiednie działania, które mogą temu zapobiec. Czasami potrzebny będzie czas dodatkowy poświęcony na edukację pacjenta lub jego motywowanie,



a może przyda się uproszczenie terapii czy upewnienie się, że powodem braku adherencji nie jest aspekt finansowy” — tłumaczył specjalista.

Jak zaznaczył, praktyka pokazuje, że mniej więcej połowa chorych na pewnym etapie leczenia nie stosuje się do tego, co zalecił lekarz. To dotyczy nie tylko pacjentów z nadciśnieniem tętniczym czy cukrzycą, ale również z zaburzeniami gospodarki lipidowej i wielu innych. „W dużym uproszczeniu, po roku co drugi chory przewlekle nie stosuje leków, które nam (lekarzom) wydaje się, że ta osoba (lekarzom) wydaje się, że ta osoba przyjmuje” — przekonywał prof. Narkiewicz, dodając, że często specjaliści całkowitą winą za tę sytuację obarczają pacjentów.

„Samii również musimy zastanowić się, czy możemy być bardziej proaktywni. W Polsce tylko 23-33 proc. osób z nadciśnieniem tętniczym ma je pod kontrolą, większość, niestety, nie. Dzieje się tak, ponieważ aż 54 proc. tych chorych jest ciągle leczonych za pomocą jednego leku” — wyjaśnił hipertensjolog. Tymczasem u większości chorych należy stosować terapię złożoną (leki SPC — ang. *single pill combination*) ze zwiększaniem liczby leków w jednej tablecie w trakcie intensyfikacji leczenia.

Świadomość zagrożeń i terapie poprawiające rokowanie

Prof. Narkiewicz przypomniał, że nowe rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego są proste i wskazują, że optymalne ciśnienie dla większości chorych to 120-129 mm Hg/70-79 mm Hg. Dotyczy to też pacjentów z cukrzycą.

„Wiemy, jak ważnym czynnikiem ryzyka sercowo-naczyniowego jest cukrzyca. Współwystępowanie nadciśnienia tętniczego i cukrzycy typu 2 zwiększa wielokrotnie

prawdopodobieństwo wystąpienia zawału serca, udaru mózgu i innych powikłań. W tej populacji chorych należy stosować leki, które poprawiają rokowanie. W badaniu ADVANCE udowodniono, iż skojarzenie perindoprylu i indapamidu zmniejsza ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Leki SPC zapewniają lepsze przestrzeganie zaleceń, niższe koszty terapii oraz redukcję zgonów i złażeń sercowo-naczyniowych, np. u chorych z cukrzycą 1 tabletką zawierającą perindopryl/indapamid/amlodypinę (SPC) vs wiele tabletek” — wyjaśnił specjalista.

Prof. Narkiewicz podkreślił, iż pacjenci wyedukowani na temat choroby są siedmiokrotnie bardziej skłonni przestrzegać zaleceń terapeutycznych.

Nie zwlekać z intensyfikacją leczenia w cukrzycy

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Klupa, specjalista diabetologii z Katedry i Kliniki Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, odnosząc się do zaprezentowanych przypadków pacjentów, wskazał, że do takich chorych należy podchodzić holistycznie. „Dbamy o: ciśnienie tętnicze, parametry lipidowe, odpowiednią jakość diety i masę ciała, ale ostatecznie to glikemia jest tym najważniejszym czynnikiem, wpływającym na punkt końcowy, czyli na przeżywalność” — przekonywał.

Prof. Klupa zwrócił uwagę, że obecne zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego mówią wyraźnie, iż nie należy czekać dłużej niż 3-4 miesiące z intensyfikacją leczenia, licząc, że pacjent poprawi dietę i zwiększy aktywność fizyczną. „To jest myślenie magiczne. Oczywiście ta interwencja byłaby bardzo skuteczna, gdyby była

wdrażana, niestety, w praktyce nic nie zastąpi intensyfikacji leczenia farmakologicznego” — stwierdził prof. Klupa.

Jak uzasadniał: istnieje wiele dowodów klinicznych na to, że ryzyko sercowo-naczyniowe u pacjentów, którzy byli leczeni intensywnie, jest wyraźnie niższe. „Obecnie jest dużo opcji terapeutycznych w algorytmie. Jedną z nich jest nadal gliklazyd, który może być stosowany w terapii dwu-, trzy- bądź czterolekowej, aby osiągnąć i utrzymać cel glikemiczny. Terapia skojarzona gliklazydem i inhibitorem SGLT2 w 2-letniej obserwacji u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym była skuteczna i dobrze tolerowana. Ważne są również jej niskie koszty” — zaznaczył diabetolog.

Ekspert zwrócił uwagę, że finalnie o skuteczności terapii decyduje wdrożony lek, który pozwoli na osiągnięcie celu terapeutycznego, ale jeszcze częściej to, czy pacjent go stosuje. Jak możemy poprawić adherencję w cukrzycy? Poprzez uwzględnienie preferencji pacjenta, np. w zakresie drogi podawania leków lub kosztów terapii i przede wszystkim poprzez ustawiczną edukację na temat choroby, na każdym jej etapie.

Odrębności terapii przeciw cukrzycowej u osób starszych

Szacuje się, że co piąta osoba w Polsce powyżej 60. r.ż. ma cukrzycę. „W kontekście tej populacji — jak mówiła dr n. med. Janina Kokoszka-Paszkot, specjalistka chorób wewnętrznych, geriatrii i diabetologii — to uproszczenie terapii często decyduje o tym, czy chory przyjmuje leki tak, jak powinien”.

W jej opinii, starość ma różne oblicza, dlatego wymaga indywidualnego podejścia. W tej samej grupie wie-

kowej lekarz może spotkać zarówno osoby sprawne, radzące sobie, jak też pacjentów z zespołem kruchości w obszarze fizycznym i deficytami w wymiarze poznawczym, psychicznym lub socjalnym.

„Dlatego obraz kliniczny osoby leczonej powinien mieć odbicie w zaleconej terapii i komunikacji. W gabinecie można spotkać 65-latkę aktywnego poznawczo, sprawnego fizycznie i komunikacja z nim nie będzie sprawiać większych problemów. Ale u innej osoby w tym samym wieku starzenie się może mieć mniej pomyślny przebieg. To może być pacjent zdezorientowany, o obniżonym nastroju... Wtedy kierowany do niego system przekazu musi być zupełnie inny” — wyjaśniała dr Kokoszka-Paszkot.

Jeżeli lekarz ma wątpliwości, z jakim typem chorego ma do czynienia, wystarczy, by pod koniec wizyty zapytał pacjenta, co z niej zapamiętał i wtedy uzyska odpowiedź. Specjalistka przestrzegała, że traktowanie wszystkich seniorów jako wykluczonych cyfrowo, jest błędem. Część tej grupy z powodzeniem korzysta z nowych technologii, w tym platform informacyjnych, a świadomość tego może być bardzo pomocna w procesie leczenia.

Odnosząc się do podejmowanego przez poprzedników wątku intensyfikacji leczenia, dr Kokoszka-Paszkot wskazała, że w leczeniu osób starszych z cukrzycą i nadciśnieniem potrzebna jest często deintensyfikacja lub uproszczenie terapii. U tych pacjentów można stosować w terapii np. gliklazyd ze względu na niskie ryzyko hipoglikemii i bezpieczeństwo kardiologiczne oraz możliwość miarczkowania dawki.

Warunkiem dobrej komunikacji jest słuchanie chorego

W sesji poruszono także dość powszechny problem nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów psychiatrycznych. Z danych przytoczonych przez dr. n. med. Piotra Wierzbńskiego, specjalistę psychiatrii, wynika, że do zleconej terapii nie stosuje się po roku ok. 50 proc. pacjentów psychiatrycznych, a po dwóch latach aż 75 proc.

Specjalista wskazał, że niska adherencja jest częsta szczególnie u pacjentów z objawami lęku. Jego zdaniem, kluczem do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego w prowadzeniu przewlekle chorych jest dobra komunikacja. A jej warunkiem są: słuchanie chorego, empatia, parafrazowanie, unikanie udzielania rad i pocieszania, a skupienie się na potrzebach. „Trzeba uwzględnić cechy osobowości pacjenta (np. narcystyczna, lękowa), aby dostosować strategię komunikacji i leczenia” — podsumował dr Wierzbński.

Katarzyna Lisowska

reklama

artykuł partnerski

Nowy doustny lek przeciw otyłości dostępny w Polsce

Choroba otyłościowa szerzy się w Polsce jak epidemia i nic nie wskazuje na to, by zwalniała. Otyłość nie tylko indukuje coraz więcej powikłań zdrowotnych, lecz odpowiada również za skrócenie długości życia kolejnych pokoleń. Dlatego leczenie tej choroby ma ogromne znaczenie, a pojawienie się nowego narzędzia dodatkowo motywuje.

Tylko w ciągu dekady przybyło w Polsce ok. 13 proc. osób z nadmierną masą ciała. Z najnowszych analiz Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że choroba otyłościowa dotyka już 28 proc. populacji.

Problem naszych czasów

W Polsce nadwaga dotyczy 30 proc. kobiet i 41 proc. mężczyzn, natomiast otyłość odpowiednio 26 proc. i 31 proc. Skala tego problemu zdrowotnego jest więc u nas olbrzymia, a przy obecnym tempie jego wzrostu za dekadę będzie się z nim mierzyć aż 40 proc. społeczeństwa.

Trzeba przy tym pamiętać, że choroba otyłościowa prowadzi do rozwoju ponad 200 powikłań, m.in. nadciśnienia, niewydolności serca, cukrzycy typu 2. Tkanka tłuszczowa produkuje mnóstwo substancji prozapalnych i promiażdżycowych sprzyjających rozwojowi i progresji chorób układu krążenia na podłożu miażdżycy.

Eksperti są zgodni, że do przeciwdziałania zdrowotnym konsekwencjom epidemii otyłości niezbędne są: skuteczna edukacja i profilaktyka, a w przypadku osób chorych — postępowanie terapeutyczne. Praktyka

dowodzi, iż bez wsparcia farmakologicznego trwale pozbycie się tej choroby jest bardzo trudne.

Przez lata chorzy na otyłość nie mieli możliwości korzystania ze specjalnie dla nich przeznaczonych leków: jednak w ostatnich latach dokonał się w tym zakresie znaczący postęp i dziś obserwujemy dynamiczny rozwój farmakoterapii przeciwotyłościowej.

Kapsułki twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu

Jednym z takich leków jest dostępny od pół roku na polskim rynku produkt leczniczy zawierający dwie substancje czynne: fenteminię i tipiramat w kapsułkach twardej o zmodyfikowanym uwalnianiu. Lek jest zatwierdzony już w ponad 20 krajach, w Stanach Zjednoczonych dostępny w sprzedaży od 2012 r., a w Korei Południowej od 2020 r. Od 2007 r. lek był przedmiotem licznych badań klinicznych, w których uczestniczyło łącznie ponad 6,5 tys. pacjentów. Badania były prowadzone przez wiodące instytucje akademickie, w tym przez Mayo Clinic, Duke University, Pennington Biomedical Research

TRZEBA WIEDZIEĆ

Bezpieczeństwo stosowania leku

Produkt leczniczy zawierający fenterminę i topiramát w kapsułkach twardych o zmodyfikowanym uwalnianiu jest przeciwwskazany:

- w okresie ciąży oraz u kobiet w wieku rozrodczym, które nie stosują wysoce skutecznych metod antykoncepcji;
- u pacjentów poddawanych terapii lub w okresie do 14 dni od zakończenia terapii inhibitorami monoaminooksydazy;
- u pacjentów z nadwrażliwością na aminy sympatykomimetyczne, topiramal lub którykolwiek z nieaktywnych składników omawianego produktu leczniczego.

Produkt leczniczy zawiera topiramat, który może powodować uszkodzenie płodu. Zaleca się, aby pacjenci mogące zażyć w ciążę uzyskać ujemny wynik testu ciążowego przed rozpoczęciem leczenia, wykonywać comiesięczne testy ciążowe oraz stosowały skuteczną antykoncepcję w trakcie terapii. Jeśli pacjentka zdiagnozowana jest podczas stosowania tego produktu leczniczego, należy natychmiast przerwać leczenie i poinformować pacjentkę o potencjalnym zagrożeniu dla płodu. Do najczęstszych działań niepożądanych występujących u osób dorosłych pod czas terapii lekiem zawierającym fenterminę i topiramat w kapsułkach twardych o zmodyfikowanym uwalnianiu należą: parostępie, zawroty głowy, zmniejszenie lub zaburzone odczuwanie smaku, bezsenność, zaparcia oraz suchość w ustach.

Institute i Wake Forest University
w Stanach Zjednoczonych.

Wyróżniającą cechą tego produktu leczniczego jest wygodna forma podania — kapsułka twarda o zmodyfikowanym uwalnianiu do przyjmowania doustnego raz dziennie. Pacjentom nie jest obcy ten sposób podawania leków.

więc postrzegają go jako prostszy i mniej stresujący w porównaniu np. z zastrzykami podskórnymi.

Korzystne działanie

Mechanizm działania leku polega na hamowaniu apetytu, czyli zmniejszeniu uczucia głodu, zapewnieniu

uczucia sytości przez cały dzień oraz ograniczeniu zachcianek wieczorami.

Lek zawiera fenterminę i typiramat w kapsułkach twardej o zmodyfikowanym uwalnianiu, a w badaniach klinicznych zaobserwowano jego korzystny wpływ na profil metaboliczny u leczonych pacjentów zotylością lub nadwagą. W badaniach tych zaobserwowano także, że omawiany preparat może pomóc obniżyć ciśnienie tętnicze krwi oraz zmniejszyć ryzyko cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych poprzez redukcję masy ciała u pacjentów z nadwagą lub otyłością. W połączeniu z dietą o obniżonej kaloryczności i aktywnością fizyczną omawiany preparat jest wskazany do kontroli masy ciała u dorosłych pacjentów z BMI ≥ 30 kg/m², także z chorobami współistniejącymi związanymi z nadmierną masą ciała. Istotne jest też to, że aż 91 proc. przyjmujących ten lek pacjentów dobrze go toleruje, a uzyskana redukcja masy ciała jest utrzymywana. Jednakże, jak w przypadku każdego leku, mogą wystąpić działania niepożądane oraz istnieją pewne przeciwwskazania do jego stosowania.

Katarzyna Lisowska

Komentarz

Redukcja masy ciała potwierdzona w badaniach



Dr Bart Molemans, dyrektor ds. medycznych na Europę w VIVUS:



DR J. JUREK

Nadwaga i otyłość stają się poważną i wciąż narastającą epidemią. Im dłużej utrzymuje się nadmierna masa ciała i im jest ona większa, tym bardziej zrozumiemy i poważnie są związane z tym powikłania, w tym choroby serca, cukrzyca, bóle stawów oraz problemy z poruszaniem się, które utrudniają chęć przemieszczania z codziennego życia. Pojawienie się nowego dostępnego leku redukującego masę ciała, będącego połączeniem fenterminy i topiramatu w kapsułce twardej o zmodyfikowanym uwalnianiu, działającego w innych mechanizmach niż pozostałe zatwierdzone terapie, umożliwi lekarzom opracowywanie wspólnie z pacjentami indywidualnych strategii i schematów leczenia. A to pomoże im osiągnąć i utrzymać pożądane cele, w tym redukcję masy ciała.

**PODSTAWĄ REJESTRACJI – TAKŻE W POLSCE – BYŁY
DANE UZYSKANE W BADANIACH KLINICZNYCH FAZY
III: EQUIP (NCT00554216) I CONQUER (NCT00553787),**

w których wzięło udział ponad 3700 pacjentów. Badania te wykazały, że u osób przyjmujących omawiany produkt leczniczy osiągnięto redukcję masy ciała o 7,8-10,9 proc. (analiza ITT) oraz zmniejszenie obwodu talii o 7,6-10,9 cm po 56 tygodniach leczenia.

**U PACJENTÓW, KTÓRZY PRZYJMOWALI LEK PRZECZ
56 TYGODNI (ANALIZA W GRUPIE, KTÓRA UKOŃCZYŁA
BADANIE LECZENIE),** uzyskano redukcję masy ciała
o 9,6-14,4 proc. oraz zmniejszenie obwodu talii o 9,4-13,6 cm po zakończeniu próby. Badania kliniczne wykazały również, że stosowanie połączenia fenterminy i topiramatu w skojarzeniu z dietą odchudzającą i programem aktywności fizycznej prowadzi do istotnej statystycznie oraz klinicznie ważnej redukcji masy ciała i obwodu talii w porównaniu z placebo.

ZAOBSERWOWANO RÓWNIEŻ POPRAWĘ POD WZGLĘDEM WAŻNYCH MARKERÓW RYZYKA, wskazujących choroby współistniejące związane z nadmierną masą ciała, takich jak skurczowe i rozkurczowe ciśnienie tętnicze krwi, stężenie trójglicerydów, glikemia na czczo oraz progresja w kierunku cukrzycy typu 2.

DANE POCZĄDKĄCE Z BADANIA SEQUEL (NCT00796367), BĘDĄCEGO 25-TYGODNIOWĄ KONTYNUACJĄ BADANIA CONQUER, wskazują, że u pacjentów otrzymujących pośrednią lub najwyższą dawkę ocenianego leku, po 2 latach terapii uzyskano większą redukcję masy ciała niż w grupie placebo (odpowiednio o 7,5 proc i 8,7 proc). Ponadto u pacjentów leczonych tym dwuskładnikowym lekiem, w porównaniu z osobami przyjmującymi placebo, utrzymywała się zaobserwowana poprawa profilu metabolicznego, pomimo zmniejszonego stosowania towarzyszących leków hipotensyjnych, przeciwcukrzycowych i lipidopamięających.

W REZULTACIE BADAŃ ZATWIERDZONO WSKAZANIA DO STOSOWANIA POŁĄCZENIA FENTERMINY I TOPIRAMATU W KAPSULKACH TWARDYCH O ZMODYFIKOWANYM UWALNIANIU. Lek ten, jako uzupełnienie niskokalorycznej diety i aktywności fizycznej, jest zatem wskazany do kontroli masy ciała u pacjentów dorosłych z początkowym wskaźnikiem BMI wynoszącym:

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (osoby chorujące na otyłość) lub
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (osoby z nadwagą) ze związanymi z nadmierną masą ciała chorobami współistniejącymi, takimi jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 lub dyslipidemia.



Radca prawny **Marcin Andrzejewicz**, specjalizujący się w zagadnieniach prawa medycznego i prawa procesowego. W swojej praktyce skupia się przede wszystkim na reprezentacji stron w procesach karnych, cywilnych i dyscyplinarnych. Prezentowany cykl publikacji jest więc oparty na doświadczeniach zdobywanych na salach sądów powszechnych i lekarskich.

Wytyczne resortu zdrowia dotyczące legalnej aborcji nie stanowią prawa

Prawo do legalnej aborcji w Polsce jest obecnie jednym z najbardziej restrykcyjnych w Europie. Stało się takim po zmianach wprowadzonych w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r., który uznał, że aborcja z powodu ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu jest niezgodna z Konstytucją RP.

W wyniku wspomnianego wyroku Trybunału Konstytucyjnego (TK) z roku 2020 (sygn. akt K 1/20) jedna z trzech obowiązujących do tej pory przesłanek legalnej aborcji została uchylona. Pozostały jedynie dwie.

Dopuszczalność przerwania ciąży i dalsze wątpliwości

Zgodnie z przepisami ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (zwanej dalej „ustawą o planowaniu rodziny”), jest to legalne w sytuacjach, w których:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
- 2) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Na gruncie głośniejszego ostatnio postępowania lekarki z Oleśnicy (terminacja ciąży w 36. tygodniu w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia kobiety — przyp. red.), rozgorzała dyskusja na temat definicji aborcji, a przede wszystkim, czym jest „przerwanie ciąży” w rozumieniu ustawy. Dopytywano, jakie znaczenie mają wytyczne Ministerstwa Zdrowia w kontekście wymogów stosowania prawa. I czy przerwanie ciąży w rozumieniu ustawy, gdy dziecko uzyskuje zdolność do życia poza organizmem matki, definicyjnie łączy się z pozbawieniem tego dziecka życia?

Odpowiadając od końca na te pytania, bezwzględnie ustawa nie wprowadza definicji przerwania ciąży, ale w żadnym też razie nie uprawnia do pozbawienia życia dziecka, które może funkcjonować poza organi-

zmem matki, szczególnie wtedy, gdy to „ciąża” stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej.

Reperkusje wyroku TK

Wspomniany wyrok TK wywołał szeroką debatę publiczną oraz protesty społeczne, które miały miejsce w całej Polsce. Organizacje pozarządowe, takie jak Amnesty International, Centre for Reproductive Rights oraz Human Rights Watch, wyraziły zaniepokojenie tym orzeczeniem, wskazując na jego negatywne konsekwencje dla praw kobiet. W odpowiedzi na zmiany w przepisach prawnych oraz w kontekście wyroku Trybunału Konstytucyjnego sądy powszechne w Polsce zaczęły rozpatrywać sprawy związane z legalnością przerwania ciąży.

Jednym z głośniejszych przypadków była sprawa M.L. przeciwko Polsce, która trafiła przed Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPCz). W tej sprawie skarżąca zarzucała Polsce naruszenie jej prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka) w związku z brakiem możliwości przerwania ciąży z powodu ciężkich wad płodu. ETPCz w wyroku z 14 grudnia 2023 r. uznał, że Polska naruszyła art. 8 Konwencji, wskazując na brak odpowiednich procedur prawnych umożliwiających dostęp do legalnej aborcji w takich przypadkach. Trybunał zauważył również, że wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2020 r., na podstawie którego wprowadzono zakaz aborcji eugenicznej, został wydany przez skład orzekający z udziałem sędziów powołanych z naruszeniem

prawa, co podważało jego legitymację.

W odpowiedzi na krytykę krajową i międzynarodową oraz w kontekście orzeczeń sądów, w tym ETPCz, w Polsce rozpoczęto prace nad zmianą przepisów dotyczących legalnej aborcji. 8 listopada 2024 r. Sejm RP skierował do dalszych prac w komisji nadzwyczajnej poselski projekt nowelizacji Kodeksu karnego, który zakłada częściową dekryminalizację przerywania ciąży za zgodą kobiety oraz dekryminalizację pomocy w samodzielnej aborcji. Projekt ten budzi kontrowersje i jest przedmiotem intensywnej debaty publicznej.

Wskazówki dla szpitali i lekarzy

Pomimo braku zmian ustawowych, Ministerstwo Zdrowia wydało oficjalne wytyczne interpretacyjne dla placówek medycznych i lekarzy dotyczące stosowania obowiązującego prawa, zwłaszcza w kontekście aborcji, a w szczególności przesłanki zdrowotnej. Wytyczne te, opublikowane 30 sierpnia 2024 r., wskazują m.in., że wystarczy jedno orzeczenie lekarskie potwierdzające, iż ciąża zagraża zdrowiu (w tym psychicznemu) kobiety — nie jest wymagane orzeczenie konsylium. W praktyce oznacza to częściową liberalizację dostępu do aborcji w ramach istniejącego prawa — bez jego zmiany, ale z zastosowaniem prokobiecych interpretacji istniejących przepisów.

W dalszym ciągu aktualna pozostaje jednak kwestia klauzuli sumienia, na którą powołuje się wielu lekarzy, a także placówki medyczne. Zgodnie z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz może

odmówić wykonania świadczenia niezgodnego z jego sumieniem. Musi jednak odnotować to w dokumentacji, jak również poinformować pacjenta, gdzie może uzyskać dane świadczenie (obowiązek informacyjny). Wyjątkiem jest sytuacja zagrożenia życia pacjenta, w której lekarz nie może odmówić pomocy. W praktyce obowiązek informacyjny jest często pomijany, co bywa podstawą do postępowań cywilnych lub dyscyplinarnych.

Interpretacja kształtująca praktykę

Obowiązujące przepisy, jak wspomniano, dopuszczają aborcję wyłącznie w dwóch przypadkach: zagrożenia zdrowia lub życia kobiety oraz ciąży powstałej w wyniku czynu zabronionego. Praktyka interpretacyjna Ministerstwa Zdrowia wprowadza bardziej liberalne podejście do przesłanki zdrowotnej, w tym psychiatrycznej. Wyroki sądów krajowych i ETPCz wskazują na potrzebę stworzenia bardziej dostępnych i klarownych procedur, z poszanowaniem praw kobiet do prywatności i zdrowia.

Brak implementacji orzeczeń ETPCz może skutkować odpowiedzialnością międzynarodową państwa polskiego. Regulacje i wytyczne Ministerstwa Zdrowia, choć nie są źródłem prawa w rozumieniu art. 87 Konstytucji RP, odgrywają istotną rolę interpretacyjną i wykonawczą w systemie ochrony zdrowia. Należy jednak podkreślić, że:

- wytyczne Ministerstwa Zdrowia nie mają mocy ustawy, rozporządzenia ani aktu prawa miejscowego — nie są źródłem prawa powszechnie obowiązującego;

- stanowią akty wewnętrzne lub tzw. *soft law*, czyli narzędzia kształtujące praktykę administracyjną i kliniczną, bez wiążącej mocy prawnej dla obywatela czy sądu;

- mają charakter wykonawczy i interpretacyjny, służąc jednolitej wykładni i stosowaniu obowiązujących przepisów.

Oznacza to, że wytyczne mogą być pomocne dla placówek medycznych, ale nie wiadomo, jak w konkretnej sprawie uzna ich ważkość sąd lub inny organ oceniający postępowanie lekarza czy podmiotu leczniczego, bo jednak zostały wydane przez podmiot niemający do tego uprawnień. Minister zdrowia nie ma bowiem żadnej kompetencji do wydawania wiążących wskazówek interpretacyjnych.

Niepewność pozostaje

W założeniu wytyczne mają zmniejszyć lęk przed konsekwencjami prawnymi dla lekarzy czy przedstawicieli innych zawodów medycznych, jednak nie stanowią prawa. Dlatego też stuprocentowe zawierzenie ich treści nie może równać się stuprocentowej pewności, że postępując w zgodny z nimi sposób, wyłączona jest odpowiedzialność karna, cywilna czy za przewinienie zawodowe.

Takiej gwarancji nie może personełowi medycznemu zapewnić żaden przedstawiciel władzy politycznej. Jedyną gwarancją jest przestrzeganie aktualnego stanu prawnego, niezależnie od indywidualnej oceny jakości tego prawa.

Marcin Andrzejewicz

