



KARDIOLOGIA

Punkt zwrotny dla zdrowia serca kobiet

Choroby sercowo-naczyniowe u kobiet rozwijają się później niż u mężczyzn, ale po menopauzie ich przebieg staje się bardziej dynamiczny i podstępny. ► 19



KLINIKA

DDA: kategoria kliniczna czy mit lub moda

Przez lata tłumaczyła lęki, problemy w relacjach i niską samoocenę, dziś okazuje się psychologicznym mitem. Dr Tomasz Witkowski wyjaśnia, dlaczego DDA to raczej moda niż kategoria naukowa. ► 26

PULS Medycyny

NR 10 (476) 19 GRUDNIA 2025 ISSN 1642-5154

CENA 37,50 Zł (w tym 8% VAT)

pulsmedycyny.pl

Szczyt medyczny „Bezpieczny Pacjent”

FAKTY

Finanse, reformy i odpowiedzialność państwa – co dalej z NFZ i modelem finansowania ochrony zdrowia.

► 4-5



GŁOŚNO O SUKCESACH, PRZEMILCZANY KRYZYS: minister zdrowia przedstawiła listę osiągnięć, ani słowa o dramacie w ochronie zdrowia. (FOT. KPRM)

*Spokojnych i pełnych radości
świąt Bożego Narodzenia
oraz pogody ducha i wiary w lepsze jutro
życzy zespół redakcyjny „Pulsu Medycyny”.*





W GÓRĘ



dr hab. n. med.
Waldemar Machała,
prof. UM w Łodzi

Minister obrony narodowej powołał dr. hab. Waldemara Machałę na funkcję konsultanta Wojskowej Służby Zdrowia w dziedzinie anestezjologii na najbliższe 5 lat. Ten specjalista w dziedzinie anestezjologii i medycyny ratunkowej, nauczyciel akademicki i praktyk — będzie wspierał rozwój systemu medycyny wojskowej.

www.pulsmedycyny.pl
NR 10 (476) 19 GRUDNIA 2025

25 LAT „PULSU MEDYCYNY”

Szybsze dotarcie z informacją, zawsze w zasięgu ręki, najwyższa jakość wiedzy

KONIEC ROKU TO CZAS PODSUMOWAŃ, ALE W „PULSIE MEDYCYNY” JESTEŚMY WŁAŚCIWIE NA POCZĄTKU SZCZEGÓLNEGO CZASU, BO WE WRZEŚNIU ROZPOCZĘLIŚMY ROK JUBILEUSZOWY. Mając za sobą wspaniałą, 25-letnią tradycję trwania z Państwem „na dyżurze”, śmiało spoglądamy w przyszłość.

TAKIE CEZURY CZASOWE INSPIRUJĄ DO PODEJMOWANIA WYZWAŃ. SPOTYKAMY SIĘ Z PAŃSTWEM PO RAZ OSTATNI NA ŁAMACH GAZETY W WYDANIU PAPIEROWYM. Wszystkich przywiązanych do tej formy pragnę uspokoić, że na pewno ujrzą Państwo dedykowane wydania tytułu, poświęcone najważniejszym tematom. Spotkamy się na konferencjach naukowych, dotrzemy do osób zainteresowanych wybranymi zagadnieniami. Nie zabraknie też tematycznych periodyków i raportów. Wszystko to będzie zmierzać do celowanego dotarcia z przekazem „szytym na miarę”, tak aby był on bardziej angażujący i zapadający w pamięć.

STAWIAMY WIĘC NA CODZIENNE SPOTKANIA Z PAŃSTWEM ZA POŚREDNICTWEM PORTALU PULSMEDYCYNY.PL.

Przynależność „Pulsu Medycyny” do grupy Bonnier Healthcare daje możliwość zaproponowania naszym Czytelnikom dostępu również do całej oferty wydawnictwa — po bezpłatnym zalogowaniu się na naszym portalu.

TRAFIAJĄC NA PULSMEDYCYNY.PL, OTRZYMAJĄ PAŃSTWO SWOJE ULUBIONE PISMO O KAŻDEJ PORZE, BĘDĄ ŚLEDZIĆ NASZE WYDARZENIA, być z nami na konferencjach naukowych, ale też dołączyć do forum dyskusyjnego 100 tys. lekarzy Konsylium24, skorzystać z oferty edukacyjnej Kompendium24 oraz uzyskać wsparcie w szybkiej diagnozie w MediBas Polska.

BARDZO DZIĘKUJEMY CZŁONKOM RADY NAUKOWEJ, która wspierała gazetę i bardzo liczymy na dalsze kibicowanie naszemu tytułowi w nowej formie wydawniczej, bo zdecydowanie nie jest to pożegnanie.

LICZYMY, ŻE CZŁONKOWIE RADY NAUKOWEJ, JAK I MECENASI NASZEGO BRENDU — EKSPERCI MEDYCZNI I LIDERZY OPINII, KTÓRZY ZAWSZE ODBIERAJĄ TELEFONY OD „PULSU MEDYCYNY”, chętnie wezmą udział w naszym nowym otwarciu. Myślę, że będzie to wyjątkowy i przełomowy rok, a we wrześniu 2026, kończąc obchody jubileuszu, wkroczymy w nowe 25-lecie z wykorzystaniem wszystkich możliwości dotarcia i komunikacji.

ZMIANY NASTĄPIŁY RÓWNIEŻ

W REDAKCJI. Od początku listopada obowiązki redaktora naczelnego przejął redak-

tor Katarzyna Matusiewicz, a od stycznia 2026 r. zastąpi mnie na tym stanowisku. Spędziłam w „Pulsie Medycyny” wspaniałe 12 lat. Dziękuję znakomitemu Zespołowi za wspólny czas, zaangażowanie i wyrozumiałość. Pozdrawiam również dziennikarzy, którzy dzielili ze mną tę drogę, a teraz realizują się we własnych projektach lub innych mediach. Mam nadzieję, że z podobnym sentymentem wspominają ten czas.

MOJE SERCE ZOSTAJE W REDAKCJI „PULSU MEDYCYNY” I NIE JEST TO POŻEGNANIE. Zawsze będę służyła wsparciem, realizując się na innym stanowisku. Z czytelnikami „Pulsu Medycyny” spotkam się jeszcze na pewno.

A W TYM NUMERZE JEST OBECNY „PULS KARDIOLOGII” — SEKCJA REALIZOWANA DZIĘKI WSPARCIU POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO — a w niej m.in. relacja z debaty „Od recepty do efektu — wyzwania codziennej terapii”, zorganizowanej pod patronatem „Pulsu Medycyny” podczas konferencji „Kardiologia Prewencyjna”. Było to szczególne spotkanie wszystkich stron procesu leczenia: klinicystów, ekspertów zdrowia publicznego, przedstawicieli Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Senatu RP, Centrum e-Zdrowia oraz organizacji pacjentek.

Z NASZEJ TEMATYCZNEJ SEKCJI DOWIEDZĄ SIĘ PAŃSTWO TAKŻE: jak rehabilitacja kardiologiczna zmienia rokowanie pacjentów, czy miażdżyca u kobiet przyspiesza po menopauzie, jak równoważyć ryzyko zakrzepowo-zatorowe i krwotoczne. Rozwiążemy kardiologiczną łamigłówkę: dławica piersiowa bez zmian w tętnicach i przeanalizujemy, czy serce ochronią kwasy omega-3 pochodzące z naturalnych źródeł. Takiej „wieloskładnikowej pigułki kardiologicznej” nie podalibyśmy Państwu bez wsparcia wiedzy wspaniałych ekspertów. Bardzo dziękujemy.

DZIĘKUJEMY TEŻ PONAD TRZYDZIESTU EKSPERTOM, KTÓRZY PODZIELILI SIĘ Z NAMI SWOJĄ OPINIĄ NA TEMAT NAJWAŻNIEJSZYCH WYDARZEŃ W MEDYCYNIE I FARMACJI. Polecam załączone do numeru wydanie specjalne „2025. Jaki był ten rok zdaniem ekspertów”.

Życzę zdrowych, spokojnych Świąt Bożego Narodzenia. Spełnienia marzeń i ciekawych wyzwań w nowym roku!

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



W DÓŁ



Adam Konka

został odwołany ze stanowiska dyrektora Centrum e-Zdrowia. Adam Konka pełnił tę funkcję niespełna dwa miesiące, zastępując na tym stanowisku Małgorzatę Olszewską. Do czasu powołania nowego dyrektora obowiązki szefa CeZ będzie pełnił Andrzej Sarnowski, dotychczasowy dyrektor Pionu Rozwoju SIM i Wdrożeń.

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 CM 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 Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego WUM

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 Szaflik, 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 Thustochowicz, 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 Wyleźoł, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej WUM, kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie

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



*Dziękujemy naszym partnerom
za całoroczną współpracę! Życzymy Państwu
wesołych świąt Bożego Narodzenia
oraz wielu sukcesów w nadchodzącym 2026 roku.*

**PULS
Medycyny**

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 Książkowski, tel. 22 333 97 29,

m.kiszkowski@pulsmedycyny.pl

Zespół redakcyjny:

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

Anna Gumulka

a.gumulka@pulsmedycyny.pl

Współpraca redakcyjna:

Patrycja Pupiec

p.pupiec@pulsmedycyny.pl

Oliwia Tymonowska,

o.tymonowska@pulsmedycyny.pl

Dział marketingu i reklamy:

Dorota Dyś (kierownik działu realizacji),

tel. 605 948 188

e-mail: d.dy@pulsmedycyny.pl

Anna Mijakowska

(senior key account manager)

anna.mijakowska@konsylium24.pl

Anna Szostakiewicz (senior key account manager)

anna.szostakiewicz@konsylium24.pl

Aleksandra Uziębło (senior key account manager),

a.uzieblo@pulsmedycyny.pl

Alicja Dubniewska (key account manager)

a.dubniewska@pulsmedycyny.pl

Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności

za treść reklam i ogłoszeń ani za udostępnianie

ich osobom nieprzeznaczonym. Materiały

niezamówionych nie zwracamy. Zastrzegamy sobie

prawo aduatacji i skracania tekstów oraz zmiany

ich tytułów.

Bonnier Healthcare Polska 2025

Wszystkie prawa zastrzeżone

ISSN 1642-5154

Prenumerata: tel. 22 333 97 69



Na pewno po tych dwóch szczytach politycy nie mogą powiedzieć, że nie wiedzą o problemach ochrony zdrowia ani tych problemów negować.

Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Szczyt medyczny „Bezpieczny Pacjent”

NFZ nie jest bankrutem, jest rzetelnym płatnikiem

„Narodowy Fundusz Zdrowia jest nie tylko wypłacalny, ale także jest rzetelnym płatnikiem w zakresie realizowanych umów. Wszystkie płatności, w tym dotyczące nadwykonań nielimitowanych, będą zrealizowane” — zapowiedział premier Donald Tusk, otwierając zorganizowany przez rząd szczyt medyczny „Bezpieczny pacjent”. Jak podkreślił, nakłady na ochronę zdrowia rosną, ale skala problemów jest większa niż dostępny budżet. „Naszym zadaniem jest sprawić, by te środki były realnie odczuwalne dla pacjentów i personelu medycznego oraz by nie dawały pretekstu do narracji o zapaści systemu” — podsumował premier.

Punktualnie w południe 4 grudnia rozpoczął się rządowy szczyt medyczny, w którym wzięli udział przedstawiciele Rady Ministrów, szpitali, reprezentanci zawodów medycznych i eksperci. Celem wydarzenia miało być wypracowanie rozwiązań pozwalających wyjść z kryzysu, w jakim znalazła się polska ochrona zdrowia.

Płatności będą realizowane

Otwierając spotkanie, premier zapewniał, że jego dążeniem jest budowanie synergii między tymi dwoma kluczowymi obszarami: zdrowiem publicznym i bezpieczeństwem państwa. „Synergia ta jest potrzebna w wielu wymiarach, także w kontekście budżetowym. I nie ma żadnego powodu, żeby mówić, iż rząd nie da rady. Jeśli w 2023 r. mieliśmy 185 mld zł publicznych wydatków na zdrowie, w 2024 r. — 211 mld zł, a w 2025 r. jest planowane 237 mld zł, to pokazuje ich realny wzrost przy radykalnym spadku inflacji” — podkreślił Donald Tusk.



Premier dobitnie zaznaczył, że NFZ nie jest bankrutem i jak rzetelny płatnik zrealizuje płatności za świadczenia. „Nadwykonania nielimitowane są rozliczane, a w sprawach wykonania limitów będziemy szukać rozwiązań. Łączy nas wspólny interes, efektywne wydawanie środków publicznych, które z roku na rok są coraz większe” — stwierdził.

Na zdrowiu pacjenta nikt nie będzie zarabiał ponad miarę

Premier Tusk przekonywał uczestników spotkania, że nie ma dyskusji o tym, czy ktoś w ochronie zdrowia zarabia za dużo czy za mało, ale wszystkie nadużycia muszą być eliminowane przez osoby zarządzające tym systemem. „Naszym nadrzędnym

celem jest dobro pacjenta i chciałbym, aby ta teza była absolutnie niekontrolowana. Zdarza się, że pojawia się narracja o konflikcie interesów między personelem medycznym a pacjentami. Chcę jasno powiedzieć: taki konflikt jest sztucznie tworzony i nie ma odzwierciedlenia w rzeczywistości. Większość pracowników ochrony zdrowia kieruje się troską o pacjenta, a większość pacjentów ufa, że trafia do ludzi, którzy chcą im pomóc” — mówił.

„Chciałbym również odnieść się do kwestii wyżywienia w szpitalach i pilotażu, który rozpoczęli moi poprzednicy. Wyniki pilotażu stały się podstawą do stworzenia standardów żywieniowych, i słusznie. Standardy mają obowiązywać wszędzie, a nie tylko w wybranych placówkach. Optymalizacja wydatków jest tu naturalnym elementem procesu. Na zdrowiu pacjentów nikt nie może zarabiać ponad miarę” — stwierdził premier.

Więcej problemów niż pieniędzy na ich rozwiązanie

Szef rządu przyznał, że trzeba mieć świadomość, iż liczba problemów w ochronie zdrowia zawsze będzie większa niż liczba dostępnych środków. „Nie istnieje system, który mógłby w 100 proc. spełnić oczekiwania pacjentów i personelu. Ale naszym obowiązkiem jest, by te problemy rozwiązywać w sposób możliwie spokojny, merytoryczny i pozbawiony politycznych emocji. Dlatego dzisiaj szef spotkania, nasza wspólna praca w najbliższych dniach i tygodniach powinny być skoncentrowane na realnych rozwiązaniach” — wskazał.

„Mogę zapewnić, że z naszej strony jest pełne zrozumienie dla problemów środowiska oraz gotowość do szukania sposobów zwiększania wykonania budżetu wszędzie tam, gdzie będzie to możliwe i zasadne” — podsumował Donald Tusk.

Katarzyna Lisowska

248 mld zł na zdrowie w 2026 r. to wciąż za mało wobec potrzeb systemu

Minister finansów Andrzej Domański podczas szczytu medycznego przekonywał, że wydatki na ochronę zdrowia będą rosły, bo bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów to jeden z kluczowych priorytetów rządu. Zapowiedział też przeznaczenie 248 mld zł na zdrowie w 2026 r., przyznając jednocześnie, że są to niewystarczające środki wobec rosnących wyzwań.

„Bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów było, jest i będzie priorytetem naszego rządu i naturalnie także Ministerstwa Finansów. Każdą pracę nad budżetem państwa zaczynamy od dyskusji z Ministerstwem Zdrowia o koniecznych nakładach” — podkreślił minister finansów Andrzej Domański.

Nakłady na zdrowie podwojone w cztery lata

Minister przypominał, że wydatki na ochronę zdrowia w ostatnich latach znacząco wzrosły. „O ile w 2019 r. przeznaczaliśmy na zdrowie trochę ponad 100 mld zł, to w 2024 r. było to już 211 mld zł. Na ten rok planujemy 237 mld zł, a na przyszły — 248 mld zł” — wyliczał, dodając, że oznacza to ponad dwu-

kratny wzrost w ciągu czterech lat. Jak zaznaczył Andrzej Domański, wzrost nakładów należy rozpatrywać w kontekście inflacji i rosnących kosztów funkcjonowania państwa, ale również dobrej sytuacji gospodarczej. „Widzimy rosnące PKB i w relacji do niego nakłady na ochronę zdrowia również sukcesywnie rosną” — powiedział.

Wpływy ze składki zdrowotnej idą w górę

Minister zwrócił też uwagę na presję demograficzną, która będzie zwiększać koszty systemu ochrony zdrowia. „W 2025 r. mamy w Polsce ok. 10 mln osób w wieku powyżej 60 lat, a za 10 lat będzie ich już 11 mln. To wzrost o 10 proc. i musi on znaleźć odzwierciedlenie

w planowaniu wydatków” — wskazał Andrzej Domański.

W jego ocenie, istotne jest również to, że rosną wpływy ze składki zdrowotnej, co jest efektem dobrej kondycji rynku pracy. „W 2023 r. wpływy ze składki zdrowotnej wynosiły 141 mld zł, w 2025 r. — zgodnie z planem NFZ — mają sięgnąć 173 mld zł, a w 2026 r. szacujemy je na 184 mld zł” — podał dane.

Dodatkowe środki dla NFZ i nacisk na efektywność wydatków

Minister Domański zastrzegł jednocześnie, że mimo rosnących nakładów, w systemie w ciągu roku wciąż pojawiają się niedobory pieniędzy, co wymaga podejmowania dodatkowych decyzji finansowych.

„W tym roku przeznaczaliśmy dodatkowe 6,5 mld zł z rezerw, ponad 1,5 mld zł to rekompensata skutków niższej składki zdrowotnej, a prawie 1 mld zł trafił do NFZ w formie obligacji skarbowych przekazanych przez premiera” — wyliczał.

Na zakończenie szef resortu finansów podkreślił, że trend wzrostu wydatków na zdrowie będzie kontynuowany, ale równolegle państwo musi zadbać o lepsze wykorzystanie tych środków. „Nie mam wątpliwości, że nakłady na ochronę zdrowia rosną i będą rosły w kolejnych latach. Musimy jednak wspólnie pracować nad tym, aby efektywność wydatkowania tych środków była jak najwyższa” — podsumował Andrzej Domański.

Katarzyna Matusewicz



25 lat



Kryzys znikł pod ciężarem sukcesów

Podczas szczytu medycznego z udziałem premiera minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda wymieniła długą listę sukcesów kierowanego przez nią resortu, wśród nich m.in. przekazanie ponad miliarda złotych dla szpitali powiatowych. Natomiast o kryzysie w ochronie zdrowia nie zająknęła się ani słowem.

Rzeczywiście, Jolanta Sobierańska-Grenda w swoim wystąpieniu wymieniła długą listę inwestycji i sukcesów kierowanego przez nią resortu. Nie wspomniała natomiast o kryzysie w ochronie zdrowia, który to temat od kilku miesięcy dominuje w debacie publicznej.

- **Program *in vitro***, dzięki któremu nastąpił zauważalny wzrost liczby urodzeń dzieci.
- **Leczenie endometriozy** — odnotowano dobre rezultaty w ośmiu ośrodkach, są plany dalszych usprawnień.
- **Dostęp do antykoncepcji awaryjnej** — podpisano umowy z 1400 aptekami.
- **Szczepienia** — wykonano 160 tys. szczepień.
- **Badania prenatalne** — dostęp do badań uzyskało dodatkowo 260 tys. pacjentek; wzrosła także liczba znieczuleń przy porodzie.
- **Zdrowie kobiet** — rekordowy wydatek 25,5 mld złotych na refundację leków.
- **Opieka paliatywna i hospicyjna** — nielimitowany dostęp do świadczeń, z planami dalszej poprawy dostępności w regionach.
- **Krajowa Sieć Kardiologiczna** — uruchomienie sieci z trzema poziomami opieki, 1300 placówkami i 12 centrami doskonałości.
- **Program profilaktyczny „Moje Zdrowie”** — ponad 2 mln zgłoszeń w ciągu sześciu miesięcy.

Wyznaczone priorytety i dotychczasowe osiągnięcia

„Ministerstwo Zdrowia, ale również cała Rada Ministrów przyjęły trzy priorytety związane ze zdrowiem: Zdrowy szpital — bezpieczny pacjent, Zdrowe serce, zdrowy mózg oraz Cyfryzacja ochrony zdrowia. Przyjęcie tych trzech priorytetów nie oznacza, że nie będziemy realizowali szeregu innych, co także obecnie czyni Ministerstwo Zdrowia” — dodała Jolanta Sobierańska-Grenda.

Wymieniając następnie dokonania resortu zaznaczyła, że odnoszą się one

- **Wsparcie dla szpitali** — 1,2 mld złotych przekazano na rehabilitację, porody i leczenie udarów, szczególnie dla placówek pierwszego stopnia referencyjności (szpitali powiatowych).

Rekordowe inwestycje

W ocenie minister zdrowia, lata 2024–2025 przyniosły rekordowe inwestycje. Fundusze z KPO w łącznej wysokości 18 mld złotych przeznaczono na onkologię, opiekę długoterminową, kardiologię i cyfryzację. Ponad 3 mld złotych zostanie zainwestowane w kształcenie kadr, 1 mld złotych w badania kliniczne, a także w zakup nowoczesnego sprzętu i robotyki, co pozwoli na dalszy rozwój i unowocześnienie polskiej medycyny.

Wyzwania demograficzne i zmiany profilu szpitali

W kontekście sytuacji demograficznej: starzejącego się społeczeństwa i spadającej liczby urodzeń Ministerstwo Zdrowia podkreśla konieczność przeprofilowania szpitali. Wprowadzone zostaną narzędzia deregulacyjne, mające na celu efektywniejsze wykorzystanie kompetencji personelu medycznego. Przewiduje się także ułatwienia w wykonywaniu zabiegów planowych oraz złagodzenie wymogów dla mniejszych szpitali. W planach jest też

wzmocnienie bezpieczeństwa przyszłych matek poprzez zapewnienie standardów opieki i stabilności pracy oddziałów położniczych.

Wsparcie dla konsolidacji i cyfryzacji

Ministerstwo Zdrowia zachęca do optymalizacji struktury szpitalnej poprzez konsolidację placówek lub tworzenie konsorcjów, oferując 1 mld złotych z Funduszu Medycznego na reorganizację infrastruktury i sprzętu. „Mamy dużo przykładów w kraju, nie tylko na Pomorzu. Zgłaszają się do mnie inne regiony, które chcą pokazać, że skonsolidowane szpitale dobrze funkcjonują. Dzisiaj ta struktura jest efektywniej wykorzystywana” — podkreśliła Jolanta Sobierańska-Grenda. Zapewniła również, że taryfikacja będzie uwzględniać zmiany kosztów związane z reorganizacją, a także lepsze finansowanie kluczowych profili zdrowotnych.

Resort zaprosił również regiony do aktywnego udziału w tworzeniu wojewódzkich planów transformacji na lata 2027–2031. Jednocześnie minister zachęcała do konsultacji i współpracy w celu opracowania realnej mapy drogowej dla przyszłości polskiej ochrony zdrowia.

Monika Majewska



W oczekiwaniu na kompleksową reformę

„Na szczycie zdrowotnym u pana premiera wybrzmiała nasza prośba, żeby odciążyć budżet NFZ i te zadania, które przeniesiono z budżetu państwa do NFZ, ponownie do budżetu państwa wróciły” — przypomniał jeden z postulatów środowiska prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

„Dziękujemy politykom, że chcieli z nami rozmawiać i pochylić się nad systemem ochrony zdrowia, ale oczekujemy, że na rozmowach się nie skończy i że obecnie przedstawia kompleksową jego reformę. My ze swej strony będziemy w sposób merytoryczny przekazywać napływające do nas informacje o trudnościach w rejonach. Jeśli trzeba będzie alarmować, będziemy alarmować obie strony sporu politycznego, bo my sytuujemy się przy łóżku pacjenta i chcemy reprezentować ten system niezależnie od tego, jaka władza jest dzisiaj u steru” — oświadczył Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, uczestnik obu szczytów — rządowego i prezydenckiego — poświęconych sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce.

Kompromis w sprawie edukacji zdrowotnej jest możliwy

„Na pewno po tych dwóch szczytach politycy nie mogą powiedzieć, że nie wiedzą o problemach ochrony zdro-

wa ani tych problemów negować” — ocenił szef lekarskiego samorządu. Dodał, że nawet najdłuższe rozmowy nie uzdrowią sytuacji w ochronie zdrowia. „Chcielibyśmy poszukać punktów wspólnych między szczytami właśnie po to, żeby pokazać, że mimo sporu politycznego, naszym zdaniem jest możliwe pewnego kompromisu czy pójścia w jedną ze stron” — powiedział Łukasz Jankowski.

„Papierkiem lakmusowym dla tego kompromisu jest, według mnie, rozmowa w Pałacu Prezydenckim o edukacji zdrowotnej — projekcie, który napotykał duże niezrozumienie po obu stronach politycznego sporu i okazał się wielką katastrofą i klęską. Dziś potrzebujemy uzdrowienia edukacji zdrowotnej, stworzenia jej na nowo, bez elementów, które ten spór budują. I rozmawiając z przedstawicielami obu gremiów widziałem, że taki konsensus co do edukacji zdrowotnej jest jak najbardziej możliwy. My będziemy chcieli zapoczątkować

merytoryczne rozmowy na ten temat” — zapewnił Łukasz Jankowski.

Ponowne finansowanie świadczeń przez budżet państwa

„Na szczycie zdrowotnym u pana premiera wybrzmiała nasza prośba, żeby odciążyć budżet NFZ i te zadania, które przeniesiono z budżetu państwa do NFZ, ponownie do budżetu państwa wróciły. Mamy deklarację pani minister, że rząd będzie w tym kierunku pracował” — relacjonował prezes Jankowski.

Przypomniał on też deklarację premiera Donalda Tuska, że nie jest planowana podwyżka składki zdrowotnej. „Traktujemy to jako powrót do ważnej dyskusji o finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Można powiedzieć, że premier tym samym blokuje zwiększenie składki zdrowotnej, jednak dla nas, przyzwyczajonych do politycznego sporu, ta konkretna deklaracja jest ważnym zaczynem do dyskusji o tym, skąd wziąć pieniądze na system ochro-

ny zdrowia. Jeżeli ta dyskusja rozgorzała, to tylko na plus dla systemu ochrony zdrowia i pacjentów” — ocenił.

Obszary koniecznych zmian

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wskazał obszary niezbędnych zmian w ochronie zdrowia, zauważając, że obie strony sporu politycznego diagnozują je podobnie. Chodzi zatem o: zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, urealnienie wycen procedur medycznych (tych zaniżonych i tych przeszacowanych), opracowanie rzetelnych map potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem wieloletniej perspektywy i dostosowanie do nich zaplecza lokalowego, sprzętowego oraz zasobów kadrowych.

NRL postuluje ponadto: zwiększenie efektywności wykorzystania wyspecjalizowanych zespołów, szczególnie zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia” — przyznał.

Łączenie szpitali:

tak, ale nie w moim okręgu

Zdaniem Łukasza Jankowskiego, dziś już nikt nie broni tezy, że funkcjonowanie przy jednej ulicy dwóch szpitali o tych samych profilach działalności, jednak różnych organach założycielskich, to dobre rozwiązanie. Dla konsolidacji brakuje jednak woli politycznej na poziomie lokalnym.

„W rozmowach z posłami słyszymy: tak, zmiana nadzoru właścicielskiego i konsolidacja to dobry pomysł, ale oby nie dotyczyła szpitala w moim powiecie, w moim okręgu. Takie są, niestety, oczekiwania klasy politycznej” — powiedział prezes Jankowski.

Poinformował również o rychłym przekazaniu listy postulatów samorządu lekarskiego minister zdrowia Jolancie Sobierańskiej-Grendzie. „Nie mamy złudzeń, że bez woli politycznej, ponadpartyjnej, nie da się tych punktów zrealizować, szczególnie zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia” — przyznał.

Anna Gumińska

Poznański ośrodek powrócił na mapę transplantacji płuc w Polsce

W Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu przeszczepiono w tym roku 21 płuc. Ten największy, bo liczący ponad 550 łóżek, szpital pulmonologiczny w Polsce, po kilkuletniej przerwie wrócił do programu transplantacyjnego i szybko go rozwija.



Już 21 transplantacji płuc przeprowadzono w 2025 r. w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii (WCPiT) im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu.

Transplantacje płuc w Polsce przeprowadza 7 ośrodków. Według danych Poltransplantu, w 2024 r. wykonano 149 takich operacji, w tym 10 przeszczepień pojedynczego płuca. Liderem jest Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, mające na koncie 60 zabiegów. Na drugim miejscu jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, gdzie przeszczepiono płuca 50 biorcom. Miejsce na podium zamyka w ubiegłorocznej klasyfikacji Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie (17 zabiegów).

Był zastój, jest nowa energia

Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów (WCPiT) było w ubiegłym roku dopiero na 5. miejscu rankingu (7 zabiegów), za Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (9). Jednak transplantacje płuc w WCPiT wznowiono po pięcioletniej przerwie — dopiero w lipcu 2024 r.

„Robiliśmy przeszczepy przed pandemią, ale z różnych powodów — po części przeciążenia zespołu, spraw logistycznych, trudności związanych z tymi przeszczepieniami oraz odejściem grupy anesteziologów ten program się zalał” — wspo-

minał dyrektor WCPiT dr n. med. Maciej Bryl.

Dwa lata temu zapadły decyzje, by wrócić do programu. „Chciał tego zespół lekarzy — zarówno chirurgów, ze szczególnym wkładem dr. hab. Cezarego Piwkowskiego, jak i pulmonologów, do których dołączył dr hab. Marek Ochman, a zespół anesteziologów udało się odbudować. Ponadto zbiegło się to z inicjatywą samorządu wojewódzkiego, żeby rozwijać transplantologię” — dodał dr Bryl.

Investycje w ludzi i infrastrukturę

Placówka dostała od władz województwa dodatkowe finansowanie. Stworzono nowy oddział intensywnych terapii, w 2024 r. dokończono jego modernizację i powiększenie oraz doposażono blok operacyjny za ponad 8,5 mln zł. Zatrudniono i wyszkolono dodatkowe instrumentariuszki i pielęgniarki anesteziologiczne oraz specjalistów anesteziologii i torakochirurgów. Zapewniono m.in. całodobowe dyżury tomografu, perfuzjonistów i kardiochirurgów. Cykl przygotowań zamknęła szczegółowo zaplanowana przez dr. n. med. Łukasza Gąsiorowskiego symulacja transplantacji płuc.

„Przełomem było pozyskanie do zespołu wspomnianego dr hab. Marka

Ochmana, pulmonologa ze Śląska, który w Zabrzu prowadził pacjentów przed i po przeszczepach. Wszyscy uwierzyli, że jak ten specjalista będzie z nami, to program się uda” — podkreślił dyrektor WCPiT.

Zespół połączony wspólnym celem

Dr hab. Cezary Piwkowski, kierownik działającej w WCPiT Kliniki i Oddziału Torakochirurgii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz prezes Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów, uważa, że na powrót poznańskiego szpitala do programu transplantacji płuc złożyło się kilka elementów.

„To były przede wszystkim potrzeby pacjentów i współpraca z dr. hab. Markiem Ochmanem, a także przychylność dyrektora i władz województwa. Liczyło się też pozytywne nastawienie zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego Kliniki Torakochirurgii oraz kierownika oddziału anesteziologii i intensywnej terapii dr Kamili Grzybowskiej wraz z zespołem. Wszyscy mieliśmy wspólny cel, bez tego by się nie udało, bo to zabiegi trudne i kosztowne” — zaznaczył dr Piwkowski. Obecnie procedura z wyjątkowej, jaką była na początku, staje się coraz bardziej rutynowa

— w pozytywnym tego słowa znaczeniu.

Dr hab. Marek Ochman od 2018 r. rozwijał program transplantacji płuc w Śląskim Centrum Chorób Serca (SCCS) w Zabrzu we współpracy z ówczesnym dyrektorem placówki prof. Marianem Zembałą. „WCPiT ma ogromny potencjał, a ja miałem już doświadczenie w odbudowie programu w Zabrzu. Wtedy z prof. Zembałą sięgnęliśmy po model niemiecki z Hanoweru, tym razem — po program AKH Wieden (Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien — przyp. red.). Ten ośrodek i kanał dyżurny w Toronto mają obecnie dwa najlepsze programy transplantacji płuc na świecie” — wyjaśnił dr hab. Marek Ochman.

Wzorcowy model opieki

Program transplantacji płuc w poznańskim ośrodku dynamicznie się rozwija dzięki sprawnemu współdziałaniu kilku zespołów lekarzy i pielęgniarek. „Opiera się na doświadczonych torakochirurgach z dr. Piwkowskim na czele, którzy mogą też liczyć na pomoc zespołu kardiochirurgów z kierowanej przez prof. Marka Jemielitego Katedry Kardio-Torakochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu” — przed-

stawia podstawy działania jednostki dr hab. Marek Ochman.

Następnie pacjent trafia na OIOM, pod opiekę doświadczonych w transplantologii anesteziologów, a później na pulmonologię, gdzie pacjenci są prowadzeni w dłuższym okresie. „Nieoceniony wkład w rozwój programu wniósł również dr Fryderyk Zawadzki, który pierwsze szlify zdobywał w SCCS. Dodatkowo poznański szpital posiada w swojej strukturze oddział rehabilitacji pulmonologicznej. Pacjenci po transplantacji trafiają tam w ręce wyspecjalizowanych w rehabilitacji płucnej lekarzy i fizjoterapeutów, tak jak w najlepszych światowych ośrodkach. Uważam ten model za wzorcowy” — powiedział dr hab. Marek Ochman.

Zwrócił też uwagę, że w przypadku wykonywania ponad 20 transplantacji płuc rocznie można mówić o dużym programie, realizowanym przez dany ośrodek. „Jak dotąd w Polsce granicę 20 zabiegów rocznie przekracza od 2018 r. Śląskie Centrum Chorób Serca, a od 2022 r. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Poznań właśnie dołączył do tego grona” — podsumował transplantolog.

Anna Gumińska



WCPiT w Poznaniu to największy szpital pulmonologiczny w Polsce. W zeszłym roku po kilkuletniej przerwie wrócił do programu transplantacji płuc i szybko go rozwija.

CZY POLSKIE SZPITALA SĄ GOTOWE NA PEŁNĄ CYFRYZACJĘ?

Mimo coraz większych inwestycji w technologie medyczne, trudno dziś jednoznacznie stwierdzić, na jakim etapie cyfryzacji są faktycznie polskie szpitale. Odpowiedź brzmi raczej: „jesteśmy w połowie drogi”, niż „misja zakończona”. Choć wiele placówek dysponuje solidną infrastrukturą i spełnia wymagania prawne, rzeczywista gotowość procesowa oraz organizacyjno-kulturowa pozostaje bardzo nierówna. Wciąż zdarza się, że nowoczesne narzędzia funkcjonują obok analogowych nawyków, a technologia wyprzedza codzienną praktykę.

Lata 2025-2027 tworzą dla polskiej ochrony zdrowia wyjątkowe okno możliwości. Zastrzyk środków z Krajowego Planu Odbudowy (KPO) oraz prace nad Europejską Przestrzenią Danych Zdrowotnych (EHDS) mogą przyspieszyć systemową transformację i przenieść cyfryzację na zupełnie nowy poziom — o ile szpitale potraktują ten moment strategicznie, a nie jedynie jako kolejny krótkoterminowy projekt.

Szóste miejsce w Unii Europejskiej

Polskie szpitale coraz pewniej wchodzą w erę cyfrową, a najnowsze dane to potwierdzają. Według badania Centrum e-Zdrowia (CeZ) z marca 2025 r., aż 89,3 proc. placówek korzysta już z systemu HIS (Hospital Information System — Szpitalny System Informacyjny), co pokazuje, że informatyzacja nie jest już eksperymentem, lecz standardem. Niemal wszystkie szpitale (98,7 proc.) mają możliwość prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM), choć w praktyce w pełnym ustawowym zakresie realizuje ją 89,1 proc. I to właśnie ta luka najczęściej ujawnia różnicę między „możemy” a „robimy”.

Wyraźnie widać również poprawę integracji z systemem e-Zdrowie (P1): 84,4 proc. szpitali realnie wymienia dane z platformą, podczas gdy rok wcześniej było to ok. 78 proc. To ważne, bo gotowość techniczna bez wymiany danych nie przekłada się na realną wartość kliniczną.

Solidne fundamenty infrastrukturalne dodatkowo stabilizują ten postęp. W praktyce pełna transformacja oznacza zupełnie inny model funkcjonowania szpitala — taki, 96,6 proc. szpitali ma dostęp do szerokopasmowego internetu, a 92,1 proc. prowadzi własne repozytorium EDM, co znacząco zwiększa bezpieczeństwo i kontrolę nad danymi.

Na tle Europy Polska nie wypada źle, wręcz przeciwnie. W 2025 r. zajęliśmy 6. miejsce w UE pod względem cyfryzacji ochrony zdrowia. To dowód, że nie jesteśmy outsiderem, ale jednocześnie sygnał, że do europejskiej czołówki wciąż brakuje nam spójności, konsekwencji i pełnego domknięcia procesów.

Czas wejść na poziom zaawansowany Choć fundamenty cyfryzacji są już w większości szpitali zbudowane, to „wyższe piętra” transformacji nadal świecą pustkami. Najnowsze dane pokazują, że z narzędzi analityki bizne-

sowej (BI) korzysta zaledwie 22,2 proc. placówek. Tymczasem to właśnie BI mogłoby wspierać menedżerów w realnym zarządzaniu kosztami, obłożeniem łóżek czy efektywnością pracy personelu.

Jeszcze bardziej ograniczone jest wykorzystanie rozwiązań opartych na sztucznej inteligencji (AI) — zarówno w diagnostyce obrazowej, jak i w obszarach administracyjnych. Obecnie AI wdrożyło tylko 13,2 proc. szpitali, co pokazuje, że potencjał tej technologii pozostaje w Polsce w dużej mierze nie wykorzystany.

Nieco lepiej prezentuje się telemedycyna: 40 proc. placówek deklaruje korzystanie z takich rozwiązań. To wciąż mniej niż połowa, ale jednocześnie sygnał, że część szpitali zaczyna myśleć o cyfryzacji szerzej niż tylko przez pryzmat zgodności z przepisami.

Wniosek? Polskie szpitale są dobrze przygotowane technicznie do spełniania obowiązków ustawowych, natomiast prawdziwe trudności zaczynają się tam, gdzie cyfryzacja ma wejść na wyższy poziom i rzeczywiście przeorganizować sposób pracy. To właśnie w warstwie zaawansowanej widać największe rezerwy — i jednocześnie największy potencjał.

Bez papierowej dokumentacji, w procesach E2E

Jeśli cyfryzację utożsamiamy wyłącznie z EDM i P1, widzimy jedynie wierzchołek góry lodowej. W praktyce pełna transformacja oznacza zupełnie inny model funkcjonowania szpitala — taki, w którym technologia nie tylko wspiera, ale realnie organizuje procesy.

Fundamentem tego podejścia jest koncepcja „Paperless Hospital” — placówki, w której papier znika z kluczowych obiegów, a zlecenia, dokumentacja pielęgniarstwa, zgody, karty zabiegowe, rozliczenia czy gospodarka magazynowa działają w jednym, spójnym, cyfrowym środowisku z dostępem do danych w czasie rzeczywistym.

Pełna cyfryzacja to również budowa procesów *end-to-end* (E2E), obejmujących całą ścieżkę pacjenta: od rejestracji i przyjęcia, przez diagnostykę i leczenie, aż po rozliczenie procedur. Dopiero w takim modelu znikają duplikacje pracy, dane stają się spójne, a jakość i efektywność można faktycznie monitorować.

Najbardziej zaawansowany etap to zarządzanie oparte na danych — gdy analityka biznesowa i sztuczna inteligencja wspierają decyzje strategiczne i operacyjne, a nie tylko generują raporty do NFZ.

Ten poziom cyfryzacji jest już wpisany w DNA platform nowej generacji, takich jak Optimed NXT. W odróżnieniu od systemów z początku lat dwutysięcznych, obciążonych długim technologicznym, nowoczesne rozwiązania integrują narzędzia BI i współczesne standardy, umożliwiając szpitalom wejście w wyższą fazę dojrzałości cyfrowej.

Co blokuje transformację?

Doświadczenia z wdrożeń systemów HIS pokazują, że największymi przeszkodami w cyfryzacji szpitali rzadko są same technologie. Znacznie częściej problem leży po stronie organizacyjnej i kulturowej. Bariery finansowe pozostają głównym wyzwaniem — aż 82,1 proc. placówek wskazuje brak pieniędzy jako istotną przeszkodę. Choć Krajowy Plan Odbudowy przeznaczył na cyfrową transformację szpitali ponad 3,13 mld zł, jest to jednorazowy zastrzyk. Tylko 34,1 proc. podmiotów posiada wyodrębniony budżet (CAPEX/OPEX) na utrzymanie i rozwój systemu, co oznacza, że nawet dobrze wdrożony projekt może się zastarzeć, zanim przyniesie oczekiwane efekty.

Nie mniej istotne są bariery kompetencyjne i kulturowe. Prawie połowa szpitali (47,4 proc.) wskazuje niewystarczające kompetencje cyfrowe pracowników, a 46,8 proc. deklaruje ich potrzebę dodatkowych szkoleń. Często pojawia się opór przed zmianą — oczekuje się, aby system „działał jak papierowy workflow”. Brak czasu na szkolenia oraz przekonanie, że HIS powinien dopasować się do starych praktyk, utrudniają pełną transformację. Na szczęście nowoczesne systemy są projektowane w ścisłej współpracy z użytkownikami, co ułatwia wdrożenie i przyspiesza akceptację zmian.

Mobilna cyfryzacja wciąż rzucaje. W wielu szpitalach tablety zakupione w projekcie nigdy nie zostały użyte, skutkując dublowaniem pracy (notatki spisywane na papierze są potem przepisywane do systemu) i utratą kontekstu czasu i miejsca, utrudniając analizy AI. Rozwiązaniem są natywne,

role-based (oparte na rolach) aplikacje mobilne, np. do podań leków, które eliminują konieczność przepisywania danych z kartek.

Integracja takich systemów, jak HIS, LIS, RIS/PACS czy systemy apteczne, pozostaje kolejnym wyzwaniem. Wiele placówek wciąż korzysta z dziesiątek połączeń punkt-punkt zamiast spójnej architektury integracyjnej (np. ESB/API Gateway) i stosuje mieszankę standardów, jak HL7 v2 czy własne pliki CSV, zamiast nowoczesnego FHIR. Starsze systemy HIS, z rdzeniem powstałym często na początku lat 2000., mają duży dług technologiczny i trudno je unowocześnić lub dostosować do nowoczesnej architektury REST API.

Wreszcie poważnym ograniczeniem jest brak strategii i ładu organizacyjnego. Cyfryzacja bywa traktowana jako zbiór odrębnych projektów, a nie spójna ścieżka rozwoju. Często brakuje osoby pełniącej funkcję CIO lub CDO z realnymi kompetencjami decyzyjnymi, co przekłada się na brak koordynacji i fragmentaryzność działań.

Wzorce sukcesu we wdrożeniach HIS

Praktyka pokazuje, że udane wdrożenia HIS opierają się na kilku stałych filarach. Pierwszym z nich jest ład organizacyjny i jasne role. W najbardziej zróżnicowanych projektach powołuje się komitety ds. cyfryzacji, w którego skład wchodzi m.in. dyrektor, kierownik IT, naczelna pielęgniarka oraz przedstawiciele klinicznych oddziałów. Ważnym elementem jest również wyznaczenie właścicieli procesów (np. dla bloku operacyjnego), którzy wspólnie z zespołem HIS definiują wymagania, standardy i odpowiadają za adopcję systemu. Takie podejście, wspierane aktywnie przez dostawcę, ogranicza „politykę korytarzową”, przyspiesza ustalanie zasad i umożliwia mierzenie konkretnych KPI (kluczowych wskaźników efektywności).

Drugim filarem jest trójfazowe podejście do transformacji. Najpierw szpital powinien zapewnić pełne spełnienie wymogów prawnych (EDM, P1, RODO, cyberbezpieczeństwo). Następnie przeprowadzić digitalizację, najbardziej istotnych ścieżek procesowych, takich jak blok operacyjny, SOR czy farmacja szpitalna, również z wykorzystaniem mobilnych scenariuszy zleceń i podań leków. Ostatni etap

to wykorzystanie danych: wdrożenie narzędzi BI dla zarządu oraz pierwszych rozwiązań AI, np. predykcji zdarzeń czy analizy obrazów.

Trzeci element to nowoczesna architektura integracyjna, która zmniejsza ryzyko *vendor lock-in* i otwiera drogę do dalszego rozwoju. W praktyce oznacza to stosowanie standardów HL7 i FHIR, centralnego brokera integracyjnego (ESB) zamiast połączeń punkt-punkt oraz wybór systemów projektowanych w architekturze API-first. Takie rozwiązania, jak Optimed NXT, umożliwiają dzięki temu przyszłą integrację z Europejską Przestrzenią Danych Zdrowotnych (EHDS) i nowymi usługami krajowymi.

Ostatnim, ale kluczowym filarem jest strategiczne planowanie finansowe. Środki finansowe z KPO powinny być traktowane jako impuls rozwojowy, a nie jednorazowa okazja. Już na etapie aplikowania o finansowanie trzeba przewidzieć koszty utrzymania systemu, licencji, rozwoju kompetencji, a także inwestycje w zespół IT i cyberbezpieczeństwo po zakończeniu projektu.

Kto wykorzysta szansę modernizacji

A więc jaka jest ostateczna odpowiedź na pytanie: czy polskie szpitale są gotowe na pełną cyfryzację? Na to pytanie wciąż nie da się odpowiedzieć jednoznacznie. Polskie placówki zrobiły już wielki krok w stronę dojrzałości technologicznej, ale na tym etapie to nie technologia, lecz organizacja i sposób pracy decydują o tempie zmian. Finansowanie, kompetencje zespołów i otwartość na nowe metody działania stają się dziś równie ważne jak moduły HIS czy kolejne integracje.

Najbliższe lata pokażą, które szpitale wykorzystają potencjał narzędzi, a które zatrzymają się w połowie drogi. Wygrają te, które potraktują cyfryzację jako proces zarządzający, a nie projekt informatyczny — budując odpowiedzialność, spójne procesy i kulturę pracy opartą na danych. To tam cyfryzacja ma szansę stać się realnym wsparciem leczenia, a nie tylko spełnieniem kolejnych wymogów.

Więcej informacji o dostępnych rozwiązaniach cyfrowych dla placówek medycznych można znaleźć na stronie <https://mednow.pl/>

Mariusz Kot, Product Management Director, Mednow



FOT. ADRIAN STOK

Zespół z WUM wyznacza nową erę leczenia wad serca

To pierwszy taki projekt w Polsce i w Europie Środkowo-Wschodniej. Zespół I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wszczepił przeszło protezy zastawki trójdzielnej i mitralnej, rozszerzając wachlarz terapii dostępnych dla pacjentów z najcięższymi wadami serca. To dokonanie zostało wyróżnione 5. miejscem w konkursie „Złoty Skalpel 2025”. Dr Adam Rdzanek i dr hab. Piotr Scisło opowiadają o przygotowaniach, emocjach towarzyszących pierwszym zabiegom, roli interdyscyplinarnego zespołu oraz o tym, jak zastosowanie nowej metody zmienia oblicze polskiej kardiologii.

Jak panowie przyjęli informację o przyznaniu nagrody i co to wyróżnienie oznacza dla całego zespołu I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM?

Dr n. med. Adam Rdzanek (A.R.): Dla naszego zespołu było to niezwykle poruszające i jednocześnie budujące doświadczenie. Myślę, że każdy z nas odebrał tę informację jako wyraz ogromnego docenienia wieloletniej, konsekwentnej i niewidocznej na co dzień pracy, którą wykonujemy. Bardzo często w medycynie zapomina się o tym, że za dużymi osiągnięciami stoją dziesiątki osób — lekarzy, pielęgniarek, techników, koordynatorów, rezydentów, a także ludzi zajmujących się logistyką. Dlatego od pierwszej chwili mieliśmy poczucie, że to wyróżnienie nie należy się jednej osobie, lecz całemu zespołowi. Towarzyszyła nam ogromna dumna, prawdziwa radość i wdzięczność za to, że wysiłek, jaki wkładamy w rozwój nowoczesnych metod terapii zastawkowych, został dostrzeżony i doceniony. To dla nas również symboliczny moment — swiste, bardzo miłe podsumowanie lat pracy, nauki, stresu i niekiedy walki o każdy milimetr postępu.

Co było impulsem do podjęcia tego pionierskiego projektu przeszło implantacji zastawek?

A.R.: To była potrzeba kliniczna. Od ponad dekady prowadzimy w naszym ośrodku program leczenia niedomykalności zastawki mitralnej, a od kilku lat także trójdzielnej. Bardzo często trafiają do nas pacjenci z zaawansowanymi objawami niewydolności krążenia, dla których dostępne dotąd metody leczenia nie były wystarczające. Klasyczna naprawa zastawek techniką brzeg-do-brzegu sprawdziła się w wielu chorobach, ale nie w wszystkich; ok. jednej czwartej pacjentów nie mogliśmy pomóc ani farmakologicznie, ani kardiologicznie, ani przy użyciu dotychczasowych metod interwencyjnych. To była ogromna kliniczna luka, która z roku na rok stawała się coraz bardziej widoczna.

Z drugiej strony, od dawna obserwowaliśmy dynamiczny rozwój technologii w leczeniu zastawek, jednak przez wiele lat brakowało odpowiednich systemów umożliwiających przeszkoimplantację zarówno mitralną, jak i trójdzielną. Dopiero w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy pojawiły się na świecie urządzenia, które oferowały realną możliwość przeprowadzenia takiego zabiegu. Jako ośrodek z dużym doświadczeniem w leczeniu wad zastawek widzieliśmy w tym szansę nie tylko na rozwój, ale przede wszystkim na to, by pomóc grupie pacjentów, która dotąd nie miała żadnych perspektyw. To był dla nas najważniejszy impuls — autentyczna potrzeba chorych, wobec której nie chcieliśmy pozostać bierni.

Dr hab. Piotr Scisło (P.S.): Od ponad dwóch dekad nasza klinika rozwija program leczenia przezeimowego chorób strukturalnych serca, więc w pewnym sensie nie był to nagły impuls, lecz logiczne zwieńczenie wieloletniej pracy i konsekwentnie budowanej ekspertyzy. Pierwsze naprawy zastawki mitralnej metodą brzeg-do-brzegu rozpoczęliśmy już w 2013 r., a pięć lat



Domknęliśmy wachlarz możliwości leczenia niedomykalności mitralnych i trójdzielnych metodami przecewnikiowymi. Wcześniej mogliśmy naprawiać te zastawki, teraz możemy je również wszczepiać. To oznacza, że nasi pacjenci mają dostęp praktycznie do wszystkich metod stosowanych w najbardziej zaawansowanych ośrodkach w Europie czy USA.

dr hab. Piotr Scisło



Zostaliśmy zaproszeni do udziału w projekcie obejmującym kilkanaście ośrodków europejskich i przygotowywana jest wspólna publikacja, podsumowująca pierwsze doświadczenia ze wszczepianiem protez mitralnych. To ważny krok, który pokazuje, że nasza praca ma znaczenie nie tylko kliniczne, lecz także naukowe, a polskie ośrodki stają się partnerami w europejskich projektach badawczych.

dr Adam Rdzanek

później zastosowaliśmy tę technikę również w leczeniu niedomykalności trójdzielnej. Dość szybko zauważyliśmy jednak, że istnieje grupa pacjentów, którzy mimo ciężkiej wady i wyraźnych wskazań nie kwalifikują się do tej metody. Przez lata szukaliśmy więc rozwiązań, które pozwoliłyby objąć terapią także te osoby — chorych, dla których nie było żadnej alternatywy, bo ani metody chirurgiczne, ani dotychczasowe interwencje przeszkoimplantacji nie dawały im realnej szansy.

Od dawna wiedzieliśmy, że aby domknąć nasz „zestaw narzędzi”, potrzebujemy technologii umożliwiających nie tylko naprawę, lecz także wymianę zastawki mitralnej i trójdzielnej w sposób przeszkoimplantacyjny. Czekaliśmy na ten moment latami, obserwując rozwój techniki na świecie, ale dopiero w tym roku możliwości stały się realne. Dojrzałość technologiczna systemów Edwards EVOQUE i Edwards SAPIEN, połączona z naszym wieloletnim doświadczeniem, pozwoliła nam jako pierwszym w Polsce i w regionie przeprowadzić te procedury.

Z jakimi wyzwaniami organizacyjnymi i technicznymi trzeba było się mierzyć podczas przygotowań do pierwszych zabiegów?

P.S.: Wyzwań było wiele, choć towarzyszą nam one od lat, bo rozwój kardiologii strukturalnej to nieustanne mierzenie się z granicami technologii, obrazowania, organizacji pracy i koordynacji zespołów. Różnica polega na tym,

małymi kandydatami do zabiegu. Każdy z tych elementów musiał być dopracowany, ponieważ przy tak złożonych procedurach margines błędu jest minimalny.

Wiązało się to z intensywną pracą całego zespołu, zwłaszcza rezydentów, którzy odpowiadali za koordynację i dogrywanie wielu detali organizacyjnych. Mimo ogromnego doświadczenia, jakie zdobyliśmy w poprzednich latach przy uruchamianiu innych programów zabiegowych, przygotowania były wymagające i wieloetapowe. Jednak fakt, że leczenie niedomykalności zastawek prowadzimy regularnie od lat, pozwolił nam wejść w ten projekt z większym spokojem. Przy drugiej zastawce — trójdzielnej — wszystko przebiegało już znacznie płynniej, bo wiedzieliśmy, jakie przeszkody mogą się pojawić i jak je rozwiązywać.

Jak wspominać panowie podejście do pierwszego udanego zabiegu? Jakie emocje towarzyszyły zespołowi?

A.R.: Ten moment pozostaje na zawsze w pamięci. Zanim wejdziesz na salę, dominuje ogromne skupienie i precyzyjne nastawienie na cel. Przez wiele tygodni przygotowujemy się wszystkie scenariusze, analizując dane obrazowe, planując każdy etap zabiegu. Do samego końca staramy się być perfekcyjnie przygotowani, choć oczywiście medycyna zawsze niesie element nieprzewidywalności. Dopóki zabieg się nie zakończy, a pacjent nie trafi stabilnie na oddział, trudno myśleć o sukcesie. Poza tym ja osobiście nigdy nie ogłaszam sukcesu, zanim pacjent nie wyjdzie ze szpitala bez powikłań i z wyraźną poprawą.

A kiedy już przychodzi ta chwila, gdy wszystko przebiega zgodnie z planem, pierwszą emocją jest ulga. Ogromna ulga, że wielomiesięczna praca kilkudziesięciu osób nie poszła na marne. Ale prawdziwa satysfakcja przychodzi dopiero później, gdy widzimy pacjentów podczas kontroli po miesiącu czy dwóch. Gdy mówią nam, że znówu chodzą na spacer, mogą iść na targ bez zatrzymywania, że doganiają bliskich, a czasem to bliscy nie nadążają za nimi... Te rozmowy to najpiękniejszy moment całego procesu — wtedy człowiek ma poczucie głębokiego sensu wykonywanej pracy i widzi w praktyce, jak ogromną zmianę przynosi dobrze przeprowadzony zabieg.

P.S.: Podczas samego zabiegu staramy się wyciszyć emocje niemal do zera. One przeszkadzają, rozpraszają, wprowadzają niepewność, a podczas tak złożonych procedur jedynie absolutny spokój, skupienie i chłodne podejmowanie decyzji gwarantują bezpieczeństwo pacjenta. To nie jest moment na ekscytację, ale na czystą koncentrację.

Dopiero później przychodzi refleksja, że wydarzyło się coś naprawdę ważnego — domknęliśmy wachlarz możliwości leczenia niedomykalności mitralnych i trójdzielnych metodami przecewnikiowymi. Wcześniej mogliśmy naprawiać te zastawki, teraz możemy je również wszczepiać. To oznacza, że nasi pacjenci mają praktycznie dostęp do wszystkich metod stosowanych w najbardziej zaawansowanych ośrodkach w Europie czy USA.

Niezwykle satysfakcjonujące jest również to, że dystans czasowy między Polską a Zachodnią Europą jest minimalny. Pierwsze zabiegi mitralne w Europie wykonano pod koniec 2024 r., a my zaledwie kilka miesięcy później. W przypadku zastawki trójdzielnej różnica czasowa również jest symboliczna. To pokazuje, że polska kardiologia jest dziś na światowym poziomie. Niestety jedyną barierą, która pozostaje, jest finansowanie, ale to już kwestia systemowa, nie medyczna.

Jakie kryteria muszą spełnić pacjenci, by kwalifikować się do tego typu terapii?

A.R.: To przede wszystkim chorzy, których dolegliwości są na tyle nasilone, że znacznie ograniczają ich codzienne funkcjonowanie. Gdy pacjent musi zatrzymać się po kilkudziesięciu krokach, bo odczuwa duszność, męczliwość i nie reaguje odpowiednio na optymalną terapię farmakologiczną, zaczynamy rozważać leczenie zabiegowe. Warunkiem koniecznym jest wyczerpanie możliwości leczenia zachowawczego, czyli farmakoterapii prowadzonej bardzo skrupulatnie przez zespół kliniczny.

Drugim ważnym elementem jest fakt, że osoby te nie są kandydatami do operacji kardiologicznej — najczęściej z powodu obciążenia, wieku lub ryzyka okołoperacyjnego. Trzecim kryterium jest anatomia zastawki. Bywa tak złożona, że technika brzeg-do-brzegu nie daje żadnych szans powodzenia. W takich sytuacjach przeszkoimplantacja staje się jedyną realną możliwością terapii. Jednocześnie zawsze zwracamy uwagę na to, czy pacjent ma szansę odnieść kliniczną korzyść. Choć większość z nich ma 70-80 lat, są to osoby aktywne, pragnące nadal prowadzić normalne życie. Jeśli mamy pewność, że poprawa funkcji zastawki przełoży się na wyraźne polepszenie jakości życia, rozważamy kwalifikację do zabiegu.

P.S.: Przede wszystkim pacjenci muszą mieć ciężką niedomykalność zastawki mitralnej lub trójdzielnej, udokumentowaną w badaniach obrazowych i potwierdzoną klinicznie. Najczęściej są to osoby starsze, z licznymi obciążeniami, które sprawiają, że operacja kardiologiczna stanowi dla nich zbyt duże ryzyko. To właśnie ta grupa — chorzy o wysokim lub bardzo wysokim ryzyku operacyjnym — jest głównym beneficjentem terapii przeszkoimplantacyjnych.

Jednocześnie trzeba pamiętać, że nie mogą to być pacjenci w stanie terminalnym, bo jeśli choroba jest zbyt zaawansowana, skutki niewydolności krążenia stają się nieodwracalne, a nawet najdoskonalsza technologia nie przyniesie realnej poprawy. Dlatego tak istotne jest, aby wadę rozpoznać odpowiednio wcześniej i właściwie przygotować pacjenta — wyrównać farmakoterapię, zoptymalizować leczenie współistniejących chorób i stworzyć warunki do bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu.

Jakie znaczenie mają te zabiegi dla polskiej kardiologii? Czy możemy mówić o początku nowej ery w leczeniu wad zastawkowych?

P.S.: Myślę, że tak, choć unikam wielkich słów. Do niedawna pacjenci z najcięższymi postaciami niedomykalności mitralnej i trójdzielnej nie mieli w Polsce możliwości leczenia metodami przeszkoimplantacyjnymi. Dopiero w 2024-2025 r. pojawiły się w Europie pierwsze procedury, a Polska dołączyła do nich niemal natychmiast. To bez wątpienia moment przełomowy, bo po raz pierwszy możemy proponować terapię chorym, którzy dotąd byli skazani na postępującą niewydolność serca, hospitalizację i ograniczenia w codziennym życiu.

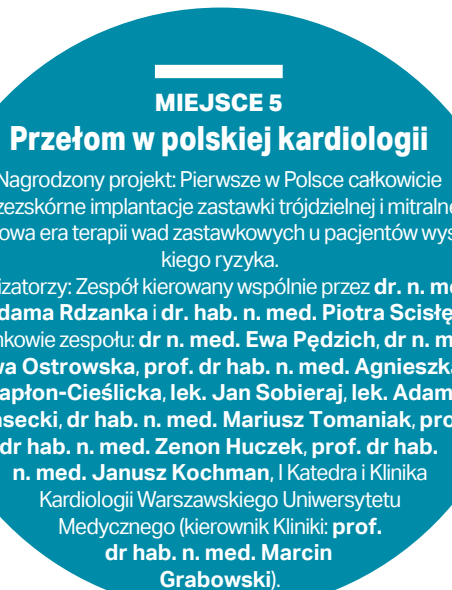
A.R.: Przeszkorna implantacja zastawek mitralnej i trójdzielnej była przez lata uznawana za jedno z największych wyzwań w kardiologii

interwencyjnej. Implantacja aortalna jest stosowana od ok. dwóch dekad, lecz stworzenie równie skutecznych protez dla zastawek mitralnej i trójdzielnej okazało się technologicznie trudniejsze. Teraz, gdy takie systemy są już dostępne, możemy mówić o przełomie.

Warto podkreślić, że Polska znajduje się w absolutnej czołówce krajów, które wprowadziły tę technologię równocześnie z najbardziej rozwiniętymi państwami Europy Zachodniej. Co więcej, wyprzedzamy wiele krajów, które od lat uznawane były za liderów innowacji medycznych. Już teraz jesteśmy proszeni o dzielenie się doświadczeniami z ośrodkami zagranicznymi, co jeszcze kilkanaście lat temu było praktycznie nie do wyobrażenia. To symboliczny moment dla polskiej medycyny — moment, który pokazuje, jak ogromną drogę przeszliśmy jako środowisko medyczne.

Proszę przybliżyć procedurę tego zabiegu.

P.S.: Opis techniczny tych zabiegów jest fascynujący. Zaczynamy od nakłucia żyły udowej, przechodzimy do prawego przedsionka, gdzie rozdzielają się ścieżki dostępu do zastawki trójdzielnej i mitralnej. W przypadku trójdzielnej droga jest stosunkowo krótka: wprowadzamy system do prawej komory, stopniowo rozkładamy koszyk, który chwytą płatkę zastawki, a następnie część centralną, a ta dociskającą płatkę do koszyka, stabilizuje zastawkę w odpowiednim położeniu. W przypadku mitralnej proces jest dłuższy — wymaga przejścia przez przegrodę



międzyprzedsionkową, zbudowania specjalnego rusztowania wokół aparatu podstawkowego i ustawienia systemu z milimetrową precyzją, zanim zastawka zostanie rozprężona balonem.

To procedury, które jeszcze kilka lat temu wydawały się futurystyczne. Dziś pacjent przychodzi jednego dnia, drugiego ma zabieg, a trzeciego wychodzi do domu. Nie ma przeciwciała mostka, nie ma długiej rekonwalescencji, nie ma ryzyka powikłań typowych dla kardiologii. To ogromna zmiana jakościowa zarówno dla pacjentów, jak i dla systemu.

Jak wyglądała współpraca między lekarzami różnych specjalizacji i jakie miało to znaczenie dla powodzenia projektu?

A.R.: To jeden z najważniejszych aspektów całego programu. Te zabiegi nie polegają jedynie na wszczepieniu zastawki — to cały proces, który zaczyna się długo przed wejściem na salę zabiegową, a kończy dopiero po wielu tygodniach intensywnej kontroli pooperacyjnej. Współpracując ze sobą klinicyści, echokardiograficy, operatorzy zabiegowi, specjaliści od napraw zastawek, eksperci od implantacji aortalnych oraz zespół techniczno-logistyczny. Każda z tych osób odpowiada za inny element procedury, ale dopiero połączenie wszystkich kompetencji pozwala na bezpieczne i skuteczne leczenie.

Szczególne znaczenie mają dokładne badania obrazowe wykonywane przez doświadczonych echokardiografistów, które pozwalają zrozumieć anatomie zastawki i przewidzieć zachowanie protezy. Równie istotna jest praca klinicystów, którzy zajmują się przygotowaniem pacjenta, stabilizacją farmakologiczną i opieką po zabiegu. Wreszcie kluczowy jest zespół operatorów — zarówno tych z doświadczeniem w technikach naprawczych, jak i w implantacji zastawek aortalnych. Te kompetencje wzajemnie się uzupełniają, tworząc spójną całość. Tylko tak może funkcjonować nowoczesny program terapii przeszkoimplantacyjnych.

P.S.: To absolutnie kluczowy element całego procesu. Zabiegów strukturalnych nie da się wykonywać „solo”. Każdy etap wymaga pełnej synchronizacji operatora, echonawigatora i zespołu anestezjologicznego. Operator odpowiada za wykonanie wszystkich manewrów i przeprowadzenie implantacji, ale byłoby to w ogóle niemożliwe bez obrazowania w czasie rzeczywistym, które w 99 proc. przypadków opiera się na echokardiografii przezprzełykowej. Nawigator musi idealnie rozumieć każdy krok operatora, przewidywać jego ruchy i dostarczać mu precyzyjnych informacji w czasie rzeczywistym.

Do tego dochodzi zespół anestezjologiczny, którego zadaniem jest zapewnienie pacjentowi komfortu i stabilności — to z kolei bezpośredni przekład się na warunki pracy operatora i nawigatora. Jednak zespół to nie tylko sala zabiegowa. To również klinicyści przygotowujący chorego przed zabiegiem poprzez odpowiednią farmakoterapię, która optymalizuje jego stan hemodynamiczny i minimalizuje ryzyko powikłań. Taki zabieg jest więc efektem pracy wielu osób działających w pełnej harmonii. Im bardziej zgrany zespół, tym większa szansa na sukces.

Jakie są kolejne kroki w rozwoju projektu? Czy planowane są dalsze zabiegi, udział w programach międzynarodowych?

A.R.: Najważniejsze jest to, aby te zabiegi mogły być wykonywane regularnie, a nie jedynie okazjonalnie. Aby było to możliwe, konieczne jest rozwiązanie problemu finansowania — obecnie procedury nie są refundowane, co stanowi poważną barierę. Powinniśmy wspólnie, jako środowisko medyczne, wypracować z Ministerstwem Zdrowia i NFZ kryteria refundacji, aby ci pacjenci, którzy naprawdę nie mają innych opcji terapeutycznych, mogli otrzymać dostęp do tej formy leczenia.

P.S. Jesteśmy dopiero na początku drogi, ale już teraz naturalnym elementem dalszego rozwoju programu jest systematyczne gromadzenie danych dotyczących skuteczności, bezpieczeństwa i trwałości tych procedur. Z racji że w momencie wykonania pierwszego zabiegu mitralnego w Polsce, w całej Europie przeprowadzono jedynie 64 takie implantacje, zostaliśmy automatycznie włączeni do ogólnoeuropejskiego programu oceny tych technologii.

To standard w przypadku nowych metod — każdy ośrodek wnosi swoje doświadczenia, dzięki czemu powstają pierwsze analizy, rejestry i publikacje. Równocześnie musimy mierzyć się z barierą finansową, bo te terapie na początku są bardzo drogie i dopiero z czasem stają się bardziej dostępne. Mimo to jest to etap niezbędny, aby budować trwałe, dojrzałe programy.

A.R.: Równocześnie rozwijamy współpracę międzynarodową. Zostaliśmy zaproszeni do udziału w projekcie obejmującym kilkanaście ośrodków europejskich i przygotowywana jest wspólna publikacja, podsumowująca pierwsze doświadczenia ze wszczepianiem protez mitralnych. To ważny krok, który pokazuje, że nasza

praca ma znaczenie nie tylko kliniczne, lecz także naukowe, a polskie ośrodki stają się partnerami w europejskich projektach badawczych.

Jakie refleksje towarzyszą panom po tym sukcesie? Jakże planują na przyszłość?

A.R.: Każdy kolejny zabieg przynosi nowe doświadczenia i nową dawkę emocji. Choć wykonaliśmy już kilkanaście implantacji, a kolejne są zaplanowane jeszcze w tym roku, nadal każda procedura jest wyzwaniem. W medycynie interwencyjnej nie ma rutyny — zawsze trzeba być przygotowanym na niespodziewane scenariusze. Cieszy mnie, że dotychczas żadna z operacji nie powikłała się w sposób, którego się obawialiśmy, choć statystyka nie-ubłagania przypomina, że takie sytuacje mogą się zdarzyć. Tym bardziej doceniamy każdy zabieg, który kończy się sukcesem klinicznym.

W najbliższym czasie chciałbym przede wszystkim kontynuować rozwijanie programu, poszerzać kwalifikacje pacjentów i zwiększać dostępność procedur. Chciałbym również, aby nasze doświadczenia przełożyły się na rozwój naukowy — kolejne publikacje i udział w międzynarodowych badaniach. Każdy taki krok wzmacnia pozycję polskiej kardiologii na arenie europejskiej.

P.S.: Myślę, że największą satysfakcję daje świadomość, że w Polsce udało się stworzyć pełny fundament terapii przeszkoimplantacyjnych praktycznie wszystkie wady zastawek: aortalne, mitralne, trójdzielne, jak i zastawkę płucną. Dzięki temu możemy dziś leczyć pacjentów w sposób analogiczny do najlepszych ośrodków na świecie. To solidna podstawa, na której będziemy budować kolejne rozwiązania, dostosowując się do zmian w medycynie i do nowych technologii.

Ta praca jest intensywna i wymagająca. Czy udaje się panom zachować równowagę między pracą kliniczną, naukową a życiem prywatnym?

A.R.: Nie ukrywam, że jest to jedno z najważniejszych wyzwań. Intensywna praca kliniczna, wymagająca działalności naukowej i duże zaangażowanie w projekty zabiegowe pozostawiają niewiele przestrzeni na odpoczynek. Każdy z nas ma rodzinę, bliskich, a często także dzieci, które wymagają czasu i uwagi. Zawsze jest to więc pewien kompromis — gdy więcej czasu poświęcamy na pracę zawodową, mniej zostaje na naukę czy życie prywatne, a gdy pochłania nas dom, cierpią projekty zawodowe. Staram się zachować równowagę, choć nie jest to proste.

W takich momentach jeszcze bardziej doceniam sytuację, w której praca całego zespołu zostaje dostrzeżona i wyróżniona. To daje ogromną satysfakcję i poczucie, że nasze poświęcenie — zarówno moje, jak i kolegów — ma sens. Widzimy, że to, co robimy, poprawia jakość życia pacjentów i wnosi coś realnego do polskiej medycyny. To właśnie takie chwile pomagają odzyskać równowagę i motywują do dalszej pracy.

P.S.: Jeśli mam być szczery, moja rodzina twierdzi, że tej równowagi nie ma — i ona pewnie wie to najlepiej. Dużo czasu poświęcam wizualizacji podczas zabiegów, echokardiografii, tworzeniu map strukturalnych serca, co jest właściwie przedłużeniem mojego wieloletniego hobby. Od ponad 40 lat zajmuję się fotografią; dziś, zamiast aparatu, trzymam w ręku głowicę echokardiograficzną i „świecę lampką” operatorowi, pomagając mu bezpiecznie przejść przez każdy etap procedury.

To połączenie pasji z pracą sprawia, że mimo ogromnych wymagań i obciążeń, wykonuję swoje zadania z satysfakcją. Ale odbywa się to kosztem czasu prywatnego — taka jest cena zaangażowania w rozwój nowych technologii, które realnie zmieniają życie pacjentów.

Rozmawiała Anna Rogala

czas na onkologię

Postępowanie w raku płuca: ambitne plany i nadal niewykorzystane szanse

Rok 2025 przyniósł wyraźne postępy w leczeniu chorych na raka płuca w Polsce, ale jednocześnie obnażył obszary, w których system nadal nie nadąża za potrzebami pacjentów i możliwościami współczesnej medycyny. Eksperci wymieniają tu: brak wdrożenia ogólnopolskiego programu badań przesiewowych z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej, niedostateczne finansowanie kompleksowej diagnostyki molekularnej, niewznowienie akredytacji jednostek patomorfologicznych oraz opóźnienia we wdrażaniu Lung Cancer Units.

W 2025 roku dokonano szeregu istotnych zmian systemowych, których celem była poprawa opieki nad pacjentami z rakiem płuca. O kierunkach tych zmian mówili eksperci podczas konferencji zorganizowanej 20 listopada przez Polską Grupę Raka Płuca.

Przybyło innowacyjnych terapii i leczonych pacjentów

Wśród najważniejszych osiągnięć wymieniano refundację kolejnych innowacyjnych terapii, w tym okolooperacyjne zastosowanie immunochemioterapii, przed- i pooperacyjne zastosowanie immunoterapii i terapii ukierunkowanych molekularnie oraz poszerzenie wskazań. Ważnym krokiem było także przedłużenie programu profilaktyki raka płuca z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej w dotychczasowej formule, przy jednoczesnej zapowiedzi jego włączenia do koszyka świadczeń gwarantowanych od 2026 r.

Sfinalizowano też prace nad ostatecznym kształtem modelu ośrodków kompetencji raka płuca Lung Cancer Units — w resorcie zdrowia trwają prace nad rozporządzeniem wdrażającym to rozwiązanie.

Jak podkreślił prof. dr hab. n. med. Rodryg Ramlau, prezes Polskiej Grupy Raka Płuca, w ostatnich latach obserwowany jest systematyczny wzrost liczby pacjentów objętych leczeniem oraz liczby udzielanych świadczeń. „Szczególnie wyraźna jest ta dynamika w populacji kobiet. W ciągu ostatnich dwóch lat liczba leczonych pacjentek wzrosła o 13 proc., a liczba świadczeń udzielonych kobietom z rakiem płuca — aż o 23 proc.” — zaznaczył ekspert.

Program badań przesiewowych z użyciem NDTK wciąż niewdrożony

Mimo zauważalnych postępów, eksperci wskazali na niewprowadzenie w mijającym roku rozwiązań, które mają kluczowe znaczenie dla poprawy rokowania pacjentów. Nie wdrożono m.in. ogólnopolskiego programu badań przesiewowych za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK), finansowanego przez NFZ. Są jednak zapo-



wiedzi jego włączenia do koszyka świadczeń od 2026 r.

Prof. Rodryg Ramlau przypomniał, że w 2024 r. świadczeniami w ramach programów pilotażowych, w tym Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca z użyciem NDTK, objęto 31 453 pacjentów. Łącznie wykonano 80 315 świadczeń o wartości 9,2 mln zł, co wskazuje na relatywnie niewielką skalę finansową, ale duże znaczenie systemowe.

Znaczenie badań przesiewowych potwierdził również prof. dr hab. n. med. Cezary Piwkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów. „Zastosowanie niskodawkowej tomografii komputerowej w profilaktyce raka płuca zmniejsza śmiertelność o ok. 20 proc. w perspektywie 5 lat. W profilaktyce raka płuca nie ma żadnej dostępnej formy samobadania, stąd NDTK jest kluczowa w kontekście wykrycia tego nowotworu na wczesnym etapie rozwoju” — podkreślił.

Brak refundacji kompleksowej diagnostyki molekularnej

Kolejnym istotnym problemem pozostaje brak refundacji kompleksowego profilowania genomowego (CGP) oraz badań molekularnych metodą NGS z płynnej biopsji (ctDNA).

NFZ nie refunduje innowacyjnych technologii i narzędzi diagnostycz-

nych stosowanych w raku płuca: badań z użyciem płynnej biopsji i wykorzystaniem circulating tumor DNA (ctDNA) zarówno w warunkach szpitalnych, jak i w ambulatorium oraz badań z materiału świeżego (krew obwodowa/płynna biopsja) zlecanych z poziomu ambulatorium. Nie są również refundowane kompleksowe profilowanie genomowe CGP metodą NGS jako wyodrębniona procedura i predykcyjne testy immunohistochemiczne w kierunku ekspresji białka PD-L1.

Dr n. med. Andrzej Tysarowski, koordynator ds. diagnostyki molekularnej w Narodowej Strategii Onkologicznej, podkreślił, że diagnostyka molekularna NGS oraz badania immunohistochemiczne powinny stanowić standard postępowania w przypadku oceny zmian genetycznych i czynników predykcyjnych u pacjentów z rakiem płuca. „NGS to obecnie złoty standard diagnostyki genetycznej” — zauważył, dodając, że powinna być zapewniona możliwość monitorowania efektów leczenia, oporności na leczenie i progresji choroby za pomocą płynnej biopsji.

Z kolei prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, zwrócił uwagę na konsekwencje braku pełnej diagnostyki. „Bez określenia wszystkich wariantów patogennych leczymy na oślep i nie osiągamy takich

efektów klinicznych, jakie powinniśmy, mając dostęp do nowoczesnych i skutecznych leków” — stwierdził.

Opóźnienia w badaniach i długie czekanie na wyniki

Eksperti zwrócili również uwagę na inne, systemowe problemy w obszarze diagnostyki. W Polsce rocznie rozpoznaje się ok. 21 tys. nowych przypadków raka płuca, a prognozy wskazują, że w 2040 r. liczba ta może wzrosnąć do 37 tys. Liczba zgonów może przekroczyć 31 tys. rocznie.

„Dostrzegamy wzrost liczby przeprowadzonych badań molekularnych, natomiast w dalszym ciągu znacząca część chorych nie ma wykonanej diagnostyki. To nawet kilkanaście tysięcy wszystkich pacjentów z rozpoznaniem NDRP, a w chorobie zaawansowanej to nawet kilka tysięcy pacjentów — zaznaczył prof. Ramlau.

Dr hab. Beata Jagielska, dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii — PIB w Warszawie, wskazała natomiast na problem długiego czasu oczekiwania na wyniki. „Od 2017 r., czyli od momentu wdrożenia nowego koszyka świadczeń gwarantowanych, obejmującego trzy typy badań molekularnych: podstawowe, złożone i zaawansowane, pacjent z rozpoznaniem raka płuca nadal oczekuje ok. 40–45 dni na wyniki badań molekularnych” — powiedziała.

Ekspertka zaapelowała, aby nie dzielić diagnostyki na dwa etapy, tylko skorzystać z rozwiązania polegającego na wystawieniu skierowania jednocześnie na badania molekularne i patomorfologiczne, co skracaa czas diagnostyki. „Takie rozwiązanie funkcjonuje w wielu ośrodkach, ale niestety nie we wszystkich” — zauważyła.

Dodatkowym problemem pozostaje jakość materiału diagnostycznego. Jak ocenił prof. Ramlau: „nawet 30 proc. pobranego materiału tkankowego do badań jest często niediagnostyczne lub niewystarczające do postawienia ostatecznego, prawidłowego rozpoznania i analizy molekularnej.

Patomorfologia bez akredytacji, Lung Cancer Units stale odwołane

Nie została wznowiona akredytacja jednostek diagnostyki patomorfologicznej, co bezpośrednio przekłada się na brak możliwości rozliczania badań patomorfologicznych, w tym oceny ekspresji białka PD-L1. „To nasza pięta achillesowa” — krótko ujął to prof. Ramlau.

Nie wdrożono również Lung Cancer Units, mimo licznych rozmów z decydentami. „Cały czas spotykamy się z decydentami w tej sprawie. Natomiast odzew nie jest taki, jakbyśmy sobie tego życzyli, mimo zapewnień m.in. ze strony Ministerstwa Zdrowia” — przyznał prezes Polskiej Grupy Raka Płuca.

Eksperci zgodnie podkreślili, że Lung Cancer Units stanowią optymalny model opieki nad pacjentami z rakiem płuca. Leczenie skojarzone w raku płuca powinno być realizowane w ośrodkach, które dysponują zespołem wielodyscyplinarnym, obejmującym torakochirurga, onkologa klinicznego, pulmonologa, radioterapeutę, patomorfologa, radiologa oraz diagnostę molekularnego i zapleczem diagnostyczno-terapeutycznym.

Tylko w takich warunkach możliwe jest optymalne podejmowanie decyzji terapeutycznych i zapewnienie chorym najwyższej jakości opieki.

Monika Majewska

25 lat



Polska jest w pełni przygotowana do wprowadzenia Lung Cancer Unitów

„Opieka nad pacjentami z rakiem płuca wymaga pilnej reorganizacji. Kierunkiem, który należy obrać w celu poprawy sytuacji, jest utworzenie wyspospecjalistycznych ośrodków kompetencji, czyli Lung Cancer Unitów” — mówi prof. Rodryg Ramlau. Środowisko liczy, że zostaną one wdrożone w 2026 r.

Prezes Polskiej Grupy Raka Płuca prof. dr hab. n. med. Rodryg Ramlau ostrzega, że jeśli nie zostaną wprowadzone zmiany w organizacji opieki nad pacjentem z rakiem płuca, problemy na ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej będą się tylko pogłębiać.

prof. Rodryg Ramlau. Zdaniem eksperta, jedynym kierunkiem, który należy obrać w celu poprawy sytuacji, jest utworzenie wyspospecjalistycznych, profesjonalnych ośrodków kompetencji. Ślusność takiego postępowania potwierdzają już funkcjonujące unity narodowe, np. dotyczące raka piersi (Breast Cancer Units).

Projekt dojrzeła już kilkanaście lat

Przypominamy, że wprowadzenie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentami z nowotworem płuca oraz innymi nowotworami klatki piersiowej w ramach centrum kompetencji (Lung Cancer Unit, LCU) jest jednym z założeń Narodowej Strategii Onkologicznej. Eksperci postulują o wdrożenie LCU już od

kilkunastu lat. Wszystko wskazuje na to, że rozwiązanie jest coraz bliżej wejścia w życie. „Slyszeliśmy już kilka, jeśli nie kilkanaście terminów wdrożenia Lung Cancer Units. Liczymy, że rok 2026 będzie tym finalnym” — mówi prof. Ramlau.

Ekspert zapewnia przy tym, że zgodnie z przeprowadzoną analizą, w Polsce funkcjonuje od 15 do 20 ośrodków, które są gotowe do utworzenia w ramach ich struktury omawianych centrów kompetencji. „Taka liczba jest wystarczająca na początkowym etapie do stworzenia sieci pełnoprofilowych ośrodków diagnostyki i leczenia chorych na raka płuca” — uważa prof. Ramlau.

Brakuje tylko decyzji Ministerstwa Zdrowia

W ocenie prezesa Polskiej Grupy Raka Płuca, także w kwestii zasobów kadrowych, sprzętowych i łóżkowych, Polska jest w pełni przygotowana do wprowadzenia Lung Cancer Unitów. „Kadra, sprzęt i umiejęt-

ści zarówno wyspospecjalistycznych oddziałów torakochirurgicznych, jak i oddziałów onkologicznych, są oceniane jako całkowicie wystarczające do wdrożenia omawianych zmian” — przekonuje ekspert.

Warto przypomnieć, że ostateczny kształt LCU, uwzględniający szczegółowe wymagania dotyczące organizacji, kadry oraz wyposażenia, został przekazany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W połowie maja 2025 r. wydała ona pozytywną opinię, rekomendując proponowany nowy model opieki. Obecnie dokument znajduje się w Ministerstwie Zdrowia, które poprosiło o opinię w tej sprawie konsultantów krajowych w dziedzinie torakochirurgii, radioterapii onkologicznej, pneumonologii oraz onkologii klinicznej i wszyscy byli zgodni co do struktury organizacyjnej LCU.

Prof. Ramlau zwraca również uwagę, że należy skupić się na zmianie modelu opieki onkologicznej (także opieki nad pacjentami z rakiem



płuca), promując leczenie ambulatoryjne zamiast szpitalnego. „Ten kierunek jest zgodny z trendami w Unii Europejskiej, gdzie kładzie się nacisk na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną” — podkreśla specjalista.

Monika Majewska

Jest kilka powodów, by tworzyć unity uro-onkologiczne

Około 40 chorych trafia co miesiąc pod opiekę Uro-Onko Unitu, utworzonego z początkiem 2025 r. w gliwickim oddziale Narodowego Instytutu Onkologii. „Początkowo byłem sceptyczny wobec tego pomysłu. Po co unit uro-onkologiczny, skoro raka gruczołu krokowego leczą lekarze o wysokich kompetencjach w tym zakresie? Teraz nie mam wątpliwości, że warto było powołać tę jednostkę” — mówi jej kierownik dr hab. Wojciech Majewski.

Unity onkologiczne to wyspecjalizowane, interdyscyplinarne jednostki ośrodka medycznego, zapewniające pacjentom chorującym na określoną grupę nowotworów kompleksową opiekę na wszystkich etapach: od diagnostyki, przez leczenie, po rehabilitację. W Narodowym Instytucie Onkologicznym (NIO) w Gliwicach działają także: Breast Unit (Centrum Kompetencji Raka Piersi), Colorectal Unit (zespół narządowy przewodu pokarmowego) oraz inne zespoły, koncentrujące się m.in. na guzach jajnika czy raku i czerniaku skóry.

„Kiedys byłem sceptycznie do tego nastawiony. Jaki cel może mieć tego typu unit uro-onkologiczny, skoro chory na raka gruczołu krokowego jest prowadzony w większości przez ekspertów w tym zakresie? Jednak w praktyce nie tylko eksperci leczą tych pacjentów, a nawet wśród lekarzy o najwyższych kompetencjach są pewne różnice zdań, które przecież można wyjaśnić wspólnie. To był jeden przyczynek do tego, żeby utworzyć unit” — wspomina dr hab. Wojciech Majewski.

„Drugi — to potrzeba lekarzy, którzy oddolnie widzieli miejsce na poprawę diagnostyki i leczenia tych chorych. A trzecim elementem było przygotowanie się na potencjalną przyszłość. Obecnie unity uro-onkologiczne nie muszą ist-

nieć w świetle obowiązującego prawa, ale to ma się zmienić. My — tworząc taki unit już teraz — będziemy na pewno doskonale zorganizowani i przygotowani, gdy pojawią się nowe przepisy” — dodaje radioterapeuta.

Zmiany systemowe, które stały się przełomem

Również urolog dr hab. n. med. Piotr Bryniarski, prof. Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z Kliniki Urologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. St. Szyszko w Zabrze był kiedyś sceptyczny wobec idei onko-unitów.

„Na początku byłem dużym przeciwnikiem spotykania się z radioterapeutami i onkologami klinicznymi. Myślałem sobie: przecież wiemy, co robić, wszystko jest opisane w podręcznikach. Nie miałem racji. Gdy zaczęły się obowią-

kowe konsylia onkologiczne, nagle się okazało, że nasz wąski punkt widzenia można rozszerzyć — z dużym zyskiem dla pacjenta. To otworzyło nam oczy na wiele różnych możliwości” — przyznał dr hab. Piotr Bryniarski.

Zdaniem urologa, wprowadzenie konsyliów i kart DiLO stało się przełomem w postępowaniu z pacjentem. „W ścieżce pacjenta możliwe stało się przyspieszenie pewnych badań laboratoryjnych, obrazowych, dzięki terminom, które zostały nam narzucone z góry. To było rewelacyjne posunięcie” — powiedział 28 listopada w Gliwicach, podczas konferencji Uro-Onko 2025, poświęconej interdyscyplinarnemu podejściu do diagnostyki i leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego.

Czasy Leonarda da Vinci dawno minęły

„Zawsze chodzi o pacjenta — dopiero gdy rozmawiamy w kilka osób, jesteśmy skupieni na jednym celu. Pacjenci mają z tego większy zysk, jeśli „przechodzą” przez zespoły wielodyscyplinarne, są na to dowody nauko-

we. Urologzy, onkolodzy kliniczni, onkolodzy-radioterapeuci rozumieją nowotwór trochę inaczej” — przekonywał podczas konferencji dr hab. n. med. Piotr Wojcieszek, kierownik Zakładu Brachyterapii w gliwickim oddziale NIO-PIB. Jego zdaniem, ścisła specjalizacja to kierunek, w którym zmierza obecnie onkologia.

Tego samego zdania jest dr hab. Wojciech Majewski: „Lepiej być dobrym specjalistą w jednej dziedzinie, niż być miernym we wszystkich. Czasy Leonarda da Vinci już dawno minęły” — dodał.

„Nie może być nowoczesnej onkologii bez wielodyscyplinarnego działania, bez dyskusji. Urologzy mają w swoich rękach doskonałe metody leczenia operacyjnego, nasi koledzy z radioterapii, brachyterapii, onkolodzy kliniczni mogą pomóc, by osiągnąć właściwy cel. Musimy rozmawiać, by to „ubrać” dla pacjenta, czyli jego leczenie, uszyć na miarę” — podsumowała prof. dr hab. n. med. Agnieszka Czarniecka, zastępca dyrektora NIO-PIB w Gliwicach ds. klinicznych.

Anna Gumułka

puls kardiologii



25 lat



Od recepty do poprawy rokowania — tak blisko, a tak daleko

Debata „Od recepty do efektu — wyzwania codziennej terapii”, zorganizowana pod patronatem „Pulsu Medycyny” podczas konferencji „Kardiologia Prewencyjna”, była spotkaniem wszystkich stron procesu leczenia: klinicystów, ekspertów zdrowia publicznego, przedstawicieli Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Senatu RP, Centrum e-Zdrowia oraz organizacji pacjenckich. Rozmowa pokazała, że o powodzeniu terapii decydują nie tylko nowoczesne leki, ale też zaufanie, sposób komunikacji z chorym, dostęp do świadczeń, wsparcie cyfrowe i konsekwentna edukacja — od szkoły po gabinet specjalisty.



W dyskusji udział wzięli:

- **Marzanna Bieńkowska**, zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- **prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzicki**, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum;
- **prof. dr hab. n. med. Mateusz Jankowski**, sekretarz Polskiego Towarzystwa Medycyny Personalizowanej;

- **prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski**, dziekan Szkoły Zdrowia Publicznego w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
- **Adam Konka**, dyrektor Centrum e-Zdrowia;
- **Beata Malecka-Libera**, przewodnicząca Komisji Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej;
- **prof. dr hab. n. med. Janina Stepińska**, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie;

- **Maria Wołcenko** z Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyni „EcoSerce”. Dyskusję moderowały: **dr hab. Monika Burzyńska**, prof. UM, prodziekan ds. kierunku zdrowie publiczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, oraz **red. Katarzyna Matusewicz**, p.o. redaktor naczelnej „Pulsu Medycyny”.

Wielochorobowość, polipragmatyzm i chaos terapii u osób starszych
Debata rozpoczęła się od przybliżenia perspektywy pacjentów w wieku podeszłym, zmagających się z wielochorobowością i polipragmatyzm. To jedna z najtrudniejszych grup z punktu widzenia długoterminowego leczenia. Prof. Tomasz Grodzicki zwrócił uwagę na kliniczne i systemowe bariery utrzymania ciągłości terapii. „Leczenie pacjentów starszych ma swoje plusy — mówił. — Są oni zwykle lepiej zmotywowani i prowadzą bardziej uporządkowany tryb życia, co sprzyja przestrzeganiu zaleceń”.

Jednocześnie jednak osoby starsze są pod opieką wielu specjalistów, a to w praktyce często obniża jakość leczenia. „Każdy zajmuje się „swoją” chorobą i przepisuje „swoje” leki, bez pełnej kontroli nad całością terapii” — podkreślił ekspert. Brakuje też systemu, który pozwoliłby lekarzowi szybko sprawdzić, jakie leki ordynują inni specjaliści, więc przy ograniczonej pamięci pacjenta obraz farmakoterapii jest niepełny. Zaniedbywana bywa również ocena funkcji poznawczych chorego i współpraca z opiekunem. Niespójne komunikaty od różnych lekarzy sprzyjają polipragmatyzm, interakcjom lekowymi i rezygnacji z czę-

ści terapii — w efekcie leczenie staje się nieskuteczne, mimo dobrych intencji. Dodatkowym problemem jest „szum informacyjny”. „Media, zwłaszcza społecznościowe, podważają zaufanie do leków — pacjenci słyszą np., że „statyny szkodzą na kości” — mówił prof. Grodzicki. — Seniorzy rzadziej są w tych kanałach, ale ich opiekunowie już tak — i to oni nierzadko wpływają na decyzje terapeutyczne”.

Leczenie „szyte na miarę” i język dostosowany do pacjenta
Kwestię indywidualnego podejścia do chorego omówił prof. Mateusz Jankowski. Przypomniat, że ele-

menty medycyny personalizowanej są obecne w praktyce od lat — dziś mamy dostęp do nowoczesnych, „szytych na miarę” terapii, ale zbyt rzadko pamiętamy o dwóch innych filarach: zmianie stylu życia i personalizowanej komunikacji. „Nawet najlepsze leczenie nie zadziała, jeśli pacjent nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniem i nie modyfikuje codziennych nawyków. Kluczowe jest też to, jak lekarz mówi do chorego, czy używa języka dostosowanego do jego kompetencji zdrowotnych” — stwierdził specjalista. Jak podkreślił, nawet 20-30-minutowa wizyta bywa nieskuteczna, jeśli pacjent wychodzi z gabinetu i nadal

nie rozumie przekazu. Pomagają proste narzędzia: obecność bliskiej osoby, która notuje zalecenia, oraz pisemne podsumowanie wizyty. Personalizację wspierają również rozwiązania e-zdrowia — kilkanaście milionów Polaków ma Internetowe Konto Pacjenta (IKP), które może stać się ważnym kanałem komunikacji. System nie osiągnie jednak 100-proc. adherencji, bo motywacja i kompetencje zdrowotne są różne. „Rola zespołu medycznego jest „wyczyszczyć sytuację po swojej stronie”: zapewnić dostęp do terapii, wyjaśnić, zmotywować i dopasować przekaz do konkretnej osoby, ponieważ inaczej będzie wyglądała rozmowa z 25-latkami, inaczej z pacjentem po 60. roku życia” — mówił prof. Mateusz Jankowski.

Za dużo leków, za mało czasu dla chorego
Perspektywę chorych przedstawiła Maria Wołcenko ze Stowarzyszenia „EcoSerce”. Zwróciła uwagę, że pacjent kardiologiczny zwykle ma kilka chorób przewlekłych i długą listę leków przyjmowanych o różnych porach dnia, co sprzyja pominięciu dawek i rezygnacji z części terapii. Dodatkowo, w mniejszych miejscowościach dostęp do kardiologa bywa tak utrudniony, że pacjenci latami nie weryfikują leczenia. Kluczowa — jej zdaniem — jest spokojna edukacja i traktowanie pacjenta jak partnera, nie „odbiorcy usługi”. To zadanie nie tylko kardiologów, ale także lekarzy POZ i pielęgniarzek. Organizacje pacjentów wspólnie z towarzystwami naukowymi przygotowują kampanie edukacyjne i uczą, jak korzystać wyłącznie z wiarygodnych źródeł informacji.

W rozmowie pojawił się też wątek wykluczenia cyfrowego seniorów. „Staramy się angażować rodziny: prosimy, żeby dzieci czy wnuki pomogły babci albo dziadkowi wejść na stronę internetową, przeczytać materiały, zainstalować aplikację. Nie wszystkich seniorów uda się nauczyć nowych technologii, ale zawsze można łączyć nowoczesne rozwiązania z „tradycyjnymi” metodami” — mówiła Maria Wołcenko, przypominając, że wciąż świetnie sprawdzają się klasyczne papierowe dzienniki ciśnienia.

„Przestrzeganie zaleceń to obowiązek pacjenta”
Przedstawicielka Biura Rzecznika Praw Pacjenta (RPP) Marzanna Bieńkowska wskazała, że problemy pacjentów kardiologicznych najczęściej dotyczą organizacji opieki.

„Jeżeli chodzi o dostępność, to nie odkryje Ameryki, mówiąc, że pacjenci mają utrudniony kontakt ze specjalistami — zarówno kardiologami, jak i w zakresie rehabilitacji” — powiedziała. Za jedno z najważniejszych rozwiązań uznała opiekę koordynowaną w POZ, choć — jak podkreśliła — tylko ok. 50 proc. tych podmiotów ma podpisaną umowę na jej prowadzenie, mimo że skraca ona czas oczekiwania na wizytę u specjalisty. Rehabilitacja poszpitalna działa coraz lepiej, natomiast w „wysklej” rehabilitacji, szczególnie u seniorów, potrzeby wciąż są duże. Marzanna Bieńkowska wskazała także na rosnącą rolę organizacji pacjenckich, które wspólnie z towarzystwami naukowymi pomagają chorym zrozumieć zarówno chorobę, jak i system. Podkreśliła, że Biuro RPP cały czas edukuje — prowadzi projekty unijne, szkoli personel medyczny z jasnej, zrozumiałej komunikacji i zachęca pacjentów, by zapisywali przekazywane im informacje oraz wcześniej przygotowywali listę pytań. „Przestrzeganie zaleceń to nie tyle prawo, co obowiązek pacjenta — podsumowała. — Skoro finansujemy badania, leczenie i wizyty u lekarzy, to naturalną konsekwencją jest odpowiedzialność pacjenta za to, by z terapii mądrze korzystać i stosować się do ustalonego planu leczenia”.

Szkoły medyczne nie uczą praktycznych umiejętności komunikacyjnych
Kolejny wątek dotyczył przygotowania kadr medycznych do rozmowy z chorym. Mimo zmian w programach nauczania, studenci nadal rzadko uczą się praktycznych umiejętności komunikacyjnych — dotyczy to lekarzy, pielęgniarzek i farmaceutów. „Dowody naukowe zmieniają nasze postępowanie dopiero po latach — przypomniał prof. Piotr Jankowski. — Podobnie było z adherencją. Gdy ja uczyłem się o nadciśnieniu tętniczym, dużo mówiono o przyczynach braku kontroli ciśnienia, ale kwestia niestosowania się pacjentów do zaleceń była na marginesie. Dziś wiemy, że to najczęstsza przyczyna niepowodzeń terapeutycznych”. Jak zaznaczył ekspert, dopiero od kilku lat świadomość skali problemu realnie przekłada się na kształcenie. „Stopniowo przekonujemy władze uczelni, że wspieranie adherencji musi być elementem programu. To nie tylko wiedza, ale przede wszystkim kompetencje praktycz-

ne” — podkreślił. CMKP rozwija kursy dotyczące adherencji i komunikacji podyplomowej. Prof. Piotr Jankowski zwrócił uwagę, że problem dotyczy nie tylko farmakoterapii, ale też zaleceń dotyczących stylu życia i zgody na zabiegi. „Realizacja zaleceń niefarmakologicznych przez pacjentów jest na jeszcze niższym poziomie niż przestrzeganie farmakoterapii” — mówił, wskazując, że odmowy często wynikają z braku zrozumienia i zbyt krótkiej rozmowy. Oczekiwania dotyczące większego zaangażowania pielęgniarzek nie zostały w pełni spełnione, stąd koncepcja nowego zawodu — profilaktyka zdrowotnego — który ma odciążać lekarzy i pomagać pacjentom w zrozumieniu terapii. „CMKP przechodzi duże zmiany organizacyjne, także w obszarze kształcenia podyplomowego. Wierzę, że w najbliższych latach zobaczymy dobre efekty również w zakresie kompetencji związanych z adherencją” — podsumował prof. Piotr Jankowski.

Gdy ulotka straszy bardziej niż choroba
Wspomniani już profilaktycy mogliby przejść część zadań edukacyjnych od lekarzy, obciążonych sporządzaniem dokumentacji elektronicznej podczas i tak krótkich wizyt. Prof. Piotr Jankowski zgodził się, że wzmocnienie zespołu terapeutycznego jest potrzebne, ale problem nie sprowadza się tylko do braku czasu dla pacjenta w gabinecie. „To również problem zaufania. Pacjent powinien ufać lekarzowi, a lekarz pacjentowi” — mówił, zwracając uwagę, że leczenie u kilku specjalistów bywa nierzadko wyrazem potrzeby „sprawdzenia” diagnozy. Gdy dwóch ekspertów zaproponuje nieco odmienne schematy terapii, pacjent często uznaje je za sprzeczne i... nie wdraża żadnego.

Profesor odniósł się też do języka ulotek leków. „Wskazanie zajmuje jedną linijkę, a potem następuje długa lista możliwych działań niepożądanych, łącznie ze zgonem. Kto, bez szerszego kontekstu, będzie chciał ten lek przyjmować?” — pytał. Jego zdaniem, obok katalogu powikłań, w ulotce powinien znaleźć się równie mocny opis korzyści: o ile lek zmniejsza ryzyko udaru mózgu, zawału czy niewydolności serca, ilu zgonom zapobiega. „To także element budowania adherencji: mówienie nie tylko o zagrożeniach terapii, ale przede wszystkim o tym, co się stanie, jeśli leczenia zabraknie” — stwierdził profesor.



prof. Mateusz Jankowski

Nawet najlepsze leczenie nie zadziała, jeśli pacjent nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniem i nie modyfikuje codziennych nawyków.



Maria Wołcenko

Nie wszystkich seniorów uda się nauczyć nowych technologii, ale zawsze można łączyć nowoczesne rozwiązania z tradycyjnymi metodami.



Marzanna Bieńkowska

Pacjenci mają utrudniony kontakt ze specjalistami — zarówno kardiologami, jak i w zakresie rehabilitacji.

13 ► Siła w konsekwentnie prowadzonej edukacji

W dalszej części rozmowy prof. Janina Stepińska odniosła się do potencjalnej roli Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) w poprawie przestrzegania terapii. „Na razie monitorowanie działania sieci opiera się na wskaźnikach, które — dzięki pracy Centrum e-Zdrowia i karcie KSK — pozwolą oceniać funkcjonowanie ośrodków. Pytanie tylko: kogo tak naprawdę kontrolujemy: lekarza czy placówkę?” — zauważyła ekspertka.

Jednym z rozważanych rozwiązań jest łączenie danych klinicznych z informacją o realizacji recept, np. monitorowanie stężenia LDL u chorych po przebytych ostrym zespole wieńcowym i zestawienie tej wartości z wykupywaniem leków. „Jeśli lekarz przepisuje terapię zgodną z wytycznymi, spełnia swoją rolę. Gdy recepty nie są realizowane, wiemy, że problem leży po stronie pacjenta. To raczej pokaże skalę kłopotów z adherencją, niż je rozwiąże” — podkreśliła.

Prof. Stepińska wskazała, że opór wobec przewlekłego leczenia częściej dotyczy młodszych chorych. „Moment, w którym człowiek słyszy, że ma brać lek na stałe, jest mentalnie bardzo trudny, zwłaszcza dla młodych mężczyzn” — tłumaczyła. Kluczowa jest więc „celowana” komunikacja, która pokazuje wpływ leczenia nie tylko „tu i teraz”, ale też na ryzyko zdarzeń za 10–30 lat.

W ocenie ekspertki, o adherencji nie da się mówić bez szerokiej edukacji zdrowotnej, prowadzonej od dzieciństwa, gdy kształtuje się styl życia i poczucie odpowiedzialności za zdrowie. Tymczasem narastają fake newsy o lekach, a autorytet środowiska medycznego jest coraz częściej podważany, przy wciąż obecnym paternalizmie. „Zdarza się, że lekarz mówi: „jeśli nie będzie się pan stosował do zaleceń, proszę do mnie nie przychodzić”. Skutek? „Pacjent nie stosuje terapii i rzeczywiście przestaje przychodzić, a my tracimy wpływ na jego leczenie” — wskazała.

„Adherencja jest zjawiskiem wielowymiarowym. Jeśli naprawdę chcemy ją poprawić, musimy zacząć jak najwcześniej: edukować, edukować i jeszcze raz edukować — od szkoły, przez gabinet POZ, po specjalistyczną opiekę kardiologiczną” — podsumowała prof. Stepińska.

Parlamentarzyści szukają rozwiązań systemowych

W dyskusji pojawił się także wątek prac Parlamentarnego Zespołu ds. Adherencji, któremu przewodniczy senator Beata Malecka-Libera. To pierwszy raz, gdy problem przestrzegania terapii w tak szerokim zakresie trafił na poziom debaty decydenctów. „Dostrzegaliśmy jeszcze jeden aspekt tego zjawiska — społeczny — mówiła senator. — To nie jest problem jednostki, ale wyzwanie ogólnospołeczne, dotyczące zarówno pacjentów, jak i środowiska medycznego. Pacjenci nie osiągają oczekiwanych efektów leczenia, a lekarze — mimo stosowania właściwej terapii — nie widzą poprawy, co pokazuje, jak silnie obie strony są ze sobą powiązane”.

Zespół od początku pracuje zadaniowo. Od lipca do października odbyło się kilka spotkań z udziałem ekspertów. Celem było wypracowanie konkretnych rozwiązań, a nie

REKOMENDACJE EKSPERTÓW

Działania przyczyniające się do poprawy adherencji

Na zakończenie debaty eksperci zostali poproszeni o najważniejsze rekomendacje dotyczące poprawy adherencji — od poziomu gabinetu lekarskiego, przez rozwiązania cyfrowe, po działania legislacyjne i edukacyjne. Oto 10 najważniejszych wniosków:

1. Uproszczenie systemu IT — dążenie do jednego, spójnego narzędzia dla lekarzy zamiast wielu aplikacji.
2. Odbudowanie zaufania — wzmacnianie relacji lekarz–pacjent i autorytetu profesjonalistów medycznych.
3. Styl życia jako lek — zalecenia niefarmakologiczne (dieta, ruch, rzucenie palenia) stawiane na równi z farmakoterapią.
4. Szkolenia z komunikacji dla wszystkich zawodów medycznych — rozwijanie kursów z adherencji i komunikacji klinicznej dla lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i innych zawodów medycznych, w tym prelektoriów.
5. Edukacja zdrowotna od najmłodszych lat — wprowadzanie i wzmacnianie edukacji zdrowotnej w szkołach i społecznościach lokalnych.
6. Wspieranie zmian legislacyjnych — dopinowanie, by rozwiązania dotyczące adherencji i e-zdrowia miały realne, wykonalne umocowanie w prawie.
7. Rozwijanie IKP — wykorzystanie konta jako narzędzia dla pacjenta (monitorowanie leczenia) i lekarza (pełny obraz farmakoterapii).
8. Włączanie farmaceutów — zwiększenie ich roli w edukacji pacjentów i kontroli polipragmatyzacji.
9. Szerokie kampanie społeczne — prowadzenie prostych, zrozumiałych działań informacyjnych o adherencji, we współpracy z mediami i organizacjami pacjenckimi.
10. Monitorowanie realizacji deklaracji — powrót do tematu (np. za rok w tym samym gronie) i rozliczenie instytucji z podjętych zobowiązań.

tylko powtarzanie znanych diagnoz. Prace podzielono na trzy główne obszary: kształcenie przed — i podplomowe wszystkich zawodów medycznych (nie tylko lekarzy); rozwój narzędzi e-zdrowia — tak, by pacjenci mieli przypomnienia i proste instrukcje, a lekarze lepszy wgląd w to, czy chory wykupuje i przyjmuje leki; wzmocnienie roli farmaceutów, szczególnie przy wprowadzaniu nowych terapii i ograniczaniu polipragmatyzacji.

Zespół zajmuje się też m.in. tym, jak powinny wyglądać ulotki leków. „Naszą rolą jest przedyskutować te zagadnienia z ekspertami i wypracować rozwiązania, które później będą mogły być wdrażane w systemie” — zaznaczyła Beata Malecka-Libera.

Na zakończenie senator również podkreśliła znaczenie edukacji. „Pacjent, oprócz recepty i zaleceń, musi przede wszystkim zrozumieć, o co w tym leczeniu chodzi. Komunikat powinien być prosty, przystępny, „skrojony” na jego możliwości. Jestem zwolenniczką szerokich kampanii społecznych dotyczących adherencji i wszędzie tam, gdzie będzie można je prowadzić i uświadamiać jak najwięcej osób, warto to robić. Będą takie działania wspierać” — zadeklarowała.

Cyfrowe wsparcie leczenia:

od IKP po domową opiekę medyczną

Kwestia adherencji została też pokazana z perspektywy e-zdrowia. Adam Konka, dyrektor Centrum e-Zdrowia, odnosząc się do wykluczenia cyfrowego, zaznaczył, że nie dotyczy ono wyłącznie seniorów. Dane Ministerstwa Cyfryzacji pokazują, że także młodsze osoby rzadko korzystają z aplikacji zdrowotnych, jeśli nie mają konkretnego impulsu, np. ciąży. „Młodzi żyją w świecie smartfonów, ale kwestie medyczne często kompletnie ich nie interesują. Czują się nieśmiertelni” — zauważył.

Wśród narzędzi już dziś wspierających przestrzeganie terapii dyrektor wymieniał Internetowe Konto Pacjenta i aplikację mojeIKP. Korzysta z nich kilkanaście milionów Polaków, a liczba użytkowników — według prognoz — ma wzrosnąć do 15–16 mln. „W najnowszej wersji aplikacji mojeIKP pacjent widzi m.in.

liczbę wykonywanych kroków dziennie, informacje o zrealizowanych receptach i przyjmowanych lekach, może też dopisywać kolejne preparaty” — wyjaśnił. Docelowo lekarz, po wpisaniu identyfikatora pacjenta, ma mieć w jednym miejscu listę leków, realizację recept i wyniki badań — bez „teczek” i luźnych kartek.

Kolejnym rozwiązaniem jest system DOM (domowa opieka medyczna), który ma wspierać pacjentów kardiologicznych, diabetologicznych i pozostających pod opieką POZ, również z wykorzystaniem aplikacji mojeIKP. Równolegle rusza Akademia CeZ — kampania edukacyjna dla lekarzy rodzinnych, specjalistów i pacjentów, pokazująca praktyczne korzyści z narzędzi cyfrowych.

Adam Konka przypomniał, że Polska jest w europejskiej czołówce, jeśli chodzi o infrastrukturę IT w ochronie zdrowia. „Jesteśmy technicznie przygotowani, żeby te rozwiązania wdrożyć i — jeśli zrobimy to mądrze — możemy być najlepszymi w Europie” — ocenił. Zaznaczył jednak, że kluczowym wyzwaniem jest czas: do końca marca 2026 r. mają zostać uruchomione nowe funkcjonalności. Równolegle trwa cyfryzacja ponad 400 szpitali i rozwój projektów związanych ze sztuczną inteligencją.

Przy obecnym harmonogramie — z rozliczeniami środków unijnych w drugiej połowie 2026 r. — konieczne będzie urealnienie części terminów. „Nie jesteśmy w stanie wszystkich rozwiązań ustawić na 31 marca, to po prostu niemożliwe” — przyznał. Ostateczny kształt kalendarza wdrożeń będzie zależał m.in. od wyników przetargów i możliwości rynku.

Na zakończenie podkreślił, że mimo krótkiego stażu na stanowisku dyrektora CeZ, zna skalę wyzwań. „Będę słuchał ekspertów i wspólnie z nimi wprowadzimy rozwiązania, z których w pierwszej kolejności zadowoleni będą pacjenci, potem lekarze. A my — jako system — zyskamy rzetelne dane do analiz i tworzenia lepszych polityk zdrowotnych” — podsumował dyrektor Konka.

Katarzyna Matusiewicz



prof. Piotr Jankowski

Realizacja zaleceń niefarmakologicznych przez pacjentów jest na jeszcze niższym poziomie niż przestrzeganie farmakoterapii.



prof. Janina Stepińska

Jeśli naprawdę chcemy poprawić adherencję, musimy zacząć jak najwcześniej: edukować, edukować i jeszcze raz edukować — od szkoły, przez gabinet POZ, po specjalistyczną opiekę kardiologiczną.



Beata Malecka-Libera

Adherencja to nie jest problem jednostki, ale wyzwanie ogólnospołeczne, dotyczące zarówno pacjentów, jak i środowiska medycznego.



Adam Konka

Jesteśmy technicznie przygotowani, żeby rozwiązania e-zdrowia wdrożyć i — jeśli zrobimy to mądrze — możemy być pod tym względem najlepszymi w Europie.

Niewydolność serca: korzyści z wczesnej interwencji farmakologicznej

Wprowadzenie flozyn do praktyki klinicznej zmieniło paradygmat leczenia niewydolności serca. Jak podkreśla prof. Piotr Rozentryt, w tej terapii decydujący jest czas. „Wczesne włączenie flozyn stabilizuje chorego, ogranicza progresję choroby i zmniejsza ryzyko rehospitalizacji nawet o 40 procent” — wyjaśnił.

Niewydolność serca (ang. *heart failure*, HF) pozostaje jednym z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego. Prof. dr hab. n. med. Piotr Rozentryt, internista, kardiolog i nefrolog z Katedry Chorób Przewlekłych i Zagrożeń Cywilizacyjnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, III Kliniki Kardiologii SUM Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze wskazał na skalę problemu: „Co czwarta, co piąta osoba w populacji dorosłych umrze z powodu niewydolności serca”. Zaznaczył, że ten dramatyczny wskaźnik dotyczy zarówno pacjentów kardiologicznych, jak i ogólnej populacji.

Niewydolność serca jest dziś główną przyczyną hospitalizacji osób po 65. roku życia, a koszty leczenia i opieki nad chorymi stale rosną. Choroba nie jest jednorodna, jej przebieg jest złożony, a obraz kliniczny zależy od etiologii, fenotypu, współchorobowości i dynamiki zmian narządowych. „Niewydolność serca to nie jest jedna choroba, lecz zespół chorobowy” — podkreślił prof. Rozentryt, wskazując na fundamentalne znaczenie tego rozróżnienia.

Trudności diagnostyczne

Obowiązująca od trzech lat definicja niewydolności serca wprowadziła spójne kryteria diagnostyczne, jednak ich zastosowanie w praktyce bywa wyzwaniem. Aby postawić rozpoznanie, konieczne jest stwierdzenie typowych objawów, a udokumentowanie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy objawami a stopniem uszkodzenia strukturalnego bądź dysfunkcji czynnościowej potwierdza obecność zastoiny narządowej i/lub podwyższonego stężenia peptydów natriuretycznych.

„Rozpoznanie nie zawsze jest takie banalne” — zaznaczył prof. Rozentryt, przypominając, że objawy niewydolności serca są nieswoiste i mogą wynikać z wielu innych chorób, takich jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroby nerek, niedokrwistość, sepsa, otyłość. Dodatkowo, różne fenotypy HF mogą odmiennie się prezentować, a szczególne trudności diagnostyczne przysparza niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF), zwłaszcza u pacjentów z otyłością, u których objawy mogą być maskowane lub błędnie interpretowane.

Peptydy natriuretyczne: wskaźnik ryzyka, nie marker choroby

Diagnostyka musi uwzględniać nie tylko ocenę objawów, lecz również obiektywne potwierdzenie uszkodzenia serca i udokumentowanie zastoiny narządowej, co można wykazać chociażby poprzez wykrycie obrzęku płuc. Podwyższone stężenie peptydów natriuretycznych jest w tym procesie pomocne, jednak — jak podkreślił prof. Rozentryt — „nie jest markerem niewydolności serca”. Wyjaśnił, że podwyższone wartości tych peptydów



„Aż 30 proc. chorych z HFpEF może mieć prawidłowe wartości peptydów natriuretycznych. To powinna być dla nas lekcja pokory i powód, aby nie opierać diagnostyki wyłącznie na biomarkerach.”

prof. Piotr Rozentryt

mogą wynikać nie z uszkodzenia serca, lecz jego przeciążenia metabolicznego. „Zdrowe serce, jeśli zostanie obciążone ponad miarę — sepsą, niedokrwistością, chorobą nerek — syntetyzuje więcej peptydów” — tłumaczył.

Jednocześnie zwrócił uwagę, że wysoka wartość peptydów natriuretycznych zawsze jest związana z wysokim ryzykiem rokowniczym, niezależnie od tego, czy występuje kliniczna niewydolność serca. Natomiast prawidłowe ich wartości nie wykluczają choroby — szczególnie u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową. „Aż 30 proc. chorych z HFpEF może mieć prawidłowe wartości peptydów natriuretycznych. To powinna być dla nas lekcja pokory i powód, aby nie opierać diagnostyki wyłącznie na biomarkerach” — zaznaczył prof. Rozentryt.

Fenotypizacja: klucz do nowoczesnego postępowania

Fundamentem diagnostyki HF jest właściwa ocena echokardiograficzna. „Warunkiem koniecznym jest fenotypizacja. Bez niej nie ma współczesnej diagnostyki niewydolności serca” — powiedział profesor. Podkreślił znaczenie precyzyjnego określenia frakcji wyrzutowej oraz identyfikacji takich fenotypów, jak: HFrEF (HF z zmniejszoną frakcją wyrzutową), HFmrEF (HF z łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową), HFpEF (HF z zachowaną frakcją wyrzutową) i niewydolność serca w remisji, która powinna być traktowana jako odrębny stan kliniczny, wymagający kontynuacji leczenia i monitorowania.

Pierwsza prezentacja niewydolności serca powinna nieuchronnie prowadzić do hospitalizacji. „Etiologia jest czynnikiem kardynalnym. Bez jej ustalenia leczenie jest pozbawione kierunku” — zaakcentował prof. Piotr Rozentryt. Dodał, że tylko w warunkach szpitalnych możliwe jest

przeprowadzenie pełnej diagnostyki, w tym wykluczenie: ostrych zespołów wieńcowych, przełomu nadciśnieniowego, zaburzeń rytmu czy innych przyczyn nagłej dekompensacji.

Czas to narządy

W ocenie kardiologa, najczęstszy jest fenotyp mokry HF, będący manifestacją zastoiny narządowej. Zwrócił uwagę, że w praktyce klinicznej bardzo ważne jest określenie, czy mamy do czynienia z zastoiną, w tym rozróżnienie jej lokalizacji na systemowy czy płucny. Niezależnie jednak od tego rozróżnienia szybkość skutecznego leczenia zastoiny ma zasadnicze znaczenie rokownicze. „Zwłoka w leczeniu przekłada się na ogromne różnice w rokowaniu. Złotym czasem interwencji jest sto minut od pierwszej prezentacji HF” — stwierdził prof. Rozentryt. Jego zdaniem, każdy epizod zastoiny powoduje mikrourazy narządowe — w płucach, nerkach, wątrobie — które kumulują się w czasie, prowadząc do trwałego uszkodzenia.

Opóźnienie leczenia ma poważne konsekwencje: prowadzi do uszkodzeń narządów, co bezpośrednio przekłada się na śmiertelność. Przy wysokim ryzyku oporności na diuretyki warto wcześniej wdrożyć terapię skojarzoną, zamiast czekać na pełną ocenę odpowiedzi na leczenie. „Czas to narządy” — podkreślił ekspert, zwracając uwagę, jak duże znaczenie ma każda godzina w ostrej fazie.

Terapia diuretyczna: algorytm i praktyczne wyzwania

Omawiając terapię diuretyczną, prof. Rozentryt zwrócił uwagę na konieczność stosowania odpowiednich dawek początkowych, kontrolę sodu w moczu, ocenę diurezy oraz szybkie reagowanie w przypadku braku oczekiwanej odpowiedzi. Wskazał również na szereg czynników, które

mogą świadczyć o zwiększonym ryzyku słabej odpowiedzi na diuretyki, takich jak: podeszły wiek, niskie ciśnienie tętnicze, niska filtracja kłębuszkowa czy hipoproteinemia. U takich pacjentów wcześniejsze wdrożenie terapii łączonej może być bardziej korzystne niż postępowanie stopniowe.

Prof. Rozentryt zastrzegł jednocześnie, że choć zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego są punktem odniesienia, praktyka kliniczna nierazkiedy wymaga indywidualizacji postępowania, szczególnie w przypadkach zagrożenia niewydolnością narządów krytycznych.

Złota czwórka jako fundament współczesnego leczenia

Pacjent z HF, u którego udało się uzyskać stan kompensacji i który nie wymaga już leczenia diuretykami dożylnymi, powinien otrzymać pełną terapię lekami z tzw. złotej czwórki. Obejmuje ona lek blokujący układ renina-angiotensyna-aldosteron (preferencyjnie z grupy ARNT), beta-adrenolityk, antagonistę receptora mineralokortykoidowego oraz flozynę (dapagliflozynę lub empagliflozynę), stosowaną równolegle z diuretykiem pętlowym.

Według prof. Rozentryta, interwencję tę należy wdrożyć natychmiast. „Włączenie flozyny w pierwszej kolejności daje największe korzyści rokownicze” — podkreślił.

Zwrócił uwagę, że mechanizmy działania flozyn wykraczają poza klasyczne efekty nefrologiczne i obejmują: wpływ na metabolizm, redukcję stresu oksydacyjnego, modyfikację funkcji komórkowej i stabilizację hemodynamiczną. Zastosowanie flozyn odgrywa kluczową rolę, ponieważ pozwalają ustabilizować pacjenta i zmniejszyć ryzyko ponownej hospitalizacji z powodu dekompensacji krążenia nawet o 40 proc.

„Jest to element o fundamentalnym znaczeniu dla rokowania. To wartość, której nie osiągną żadnym innym lekiem w tak krótkim czasie” — wskazał kardiolog.

Antagoniści receptora mineralokortykoidowego

W Polsce nadal istnieje ostrożność w stosowaniu leków mineralokortykoidowych, głównie z powodu obaw przed hiperkaliemią i pogorszeniem filtracji. Prof. Rozentryt podkreślił jednak, że „pozybywanie się tej klasy leków z błahych powodów powoduje pogorszenie rokowania”.

Zwrócił uwagę na wyniki badań sugerujących, że nawet przy filtracji poniżej 30 ml/min kontynuacja terapii może przynieść korzyści, o ile pacjent jest odpowiednio monitorowany. „Nie powinniśmy automatycznie odstawić takiego leku” — powiedział.

Zasygnalizował, że eplerenon jest lekiem bardziej stabilnym w praktyce klinicznej niż spironolakton. Pacjenci leczeni eplerenonem rzadziej trafiają do szpitala z powodu działań niepożądanych i rzadziej wymagają modyfikacji terapii, co czyni go preferowanym wyborem.

Progresja choroby i jej wpływ na rokowanie

Niewydolność serca ma charakter progresywny, a każdy epizod dekompensacji odbiera kolejne rezerwy czynnościowe. Prof. Rozentryt zaznaczył, że powikłania septyczne i narządowe są najczęstszą przyczyną zgonu pacjentów w zaawansowanych stadiach. „Najważniejszym momentem, który warunkuje losy chorego, jest agresywnie i maksymalnie intensywne leczenie pierwszej prezentacji oraz pierwszego zaostrożenia” — podkreślił. W jego ocenie, intensywna terapia wdrożona wcześniej pozwala odsunąć w czasie lub całkowicie uniknąć kolejnych epizodów niewydolności.

Prof. Rozentryt zwrócił również uwagę na znaczenie leczenia zaleźnego od specyficznych cech fenotypowych chorego, co może obejmować elektrolitery, antykoagulanty, rewaskularyzacje w chorobie niedokrwiennej serca, leczenie niedoborów żelaza oraz kontrolę rytmu serca. Podkreślił, że w niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową kluczem do poprawy jakości życia jest uzyskanie kontroli zastoiny, włączenie flozyn oraz intensywna kontrola współchorobowości — nadciśnienia, dyslipidemii i cukrzycy.

Zdaniem eksperta, współczesna opieka nad pacjentem z niewydolnością serca powinna mieć charakter zintegrowany, obejmujący nie tylko farmakoterapię, lecz także edukację, monitorowanie i wsparcie chorego oraz koordynację między poziomami opieki zdrowotnej.

Oprac. Anna Rogala

Na podstawie wykładu prof. Piotra Rozentryta: „Niewydolność serca AD 2025”.

Rehabilitacja kardiologiczna zmienia rokowanie pacjentów

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu pacjentom po zawale serca i innych incydentach sercowo-naczyniowych zalecano unikanie wysiłku. Dziś rehabilitacja kardiologiczna i aktywność fizyczna są podstawowymi elementami leczenia. „Ćwiczenia są nie tylko bezpieczne, ale często nawet skuteczniejsze niż farmakoterapia” — podkreśla kardiolog dr Adam Staroń.

Czym jest rehabilitacja kardiologiczna? Czy istnieje jej oficjalna definicja?

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), rehabilitacja kardiologiczna to zespół działań mających na celu przywrócenie pacjentowi sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej po przebytym incydencie sercowo-naczyniowym. Innymi słowy, ma ona umożliwić choremu powrót do stanu sprzed choroby. Moja własna definicja jest jednak nieco szersza. Uważam, że rehabilitacja kardiologiczna to proces, który potrafi odmłodzić pacjenta, a często wręcz przywrócić do etapu, w którym był młody, zdrowy i pełen energii.

Jakie są wskazania do rehabilitacji kardiologicznej?

Według zaleceń europejskich i amerykańskich towarzystw kardiologicznych, wskazanie do rehabilitacji ma większość pacjentów kardiologicznych. Notabene, w większości przypadków powinna ona rozpocząć się jak najszybciej po wypisie ze szpitala. Główną i największą grupą pacjentów, która jest kierowana na rehabilitację kardiologiczną, są osoby z chorobą niedokrwienną serca po ostrych zespólach wieńcowych: zawale serca lub wykonaniu angioplastyki z powodu niestabilnej dławicy piersiowej. To właśnie oni najczęściej trafiają do programów rehabilitacyjnych.

Kolejna duża grupa to pacjenci po epizodzie niestabilnej dławicy piersiowej, którzy — jeśli nie doszło u nich do zawału serca potwierdzonego podwyższonymi stężeniami markerów biochemicznych — nie kwalifikują się do programu KOS-zawał, ale mają pełne wskazania do rehabilitacji. Istotną grupę stanowią również chorzy z niewydolnością serca, zwłaszcza po jej zaostreniu. W ich przypadku warunkiem rozpoczęcia ćwiczeń jest kliniczne wyrównanie stanu pacjenta.

Liczną kategorią są pacjenci po zabiegach kardiochirurgicznych: pomostowaniu aortalno-wieńcowym (tzw. bajpasach) czy interwencjiach na zastawkach serca, zarówno klasycznych, jak i coraz częściej wykonywanych małoinwazyjnie metodami przeszłonowymi lub w ramach hybrydowych procedur kardiologiczno-kardiochirurgicznych. Na rehabilitację kieruje się także chorych z arytmiami serca oraz z zespołem metabolicznym, obejmującym m.in. otyłość, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię i zwiększony obwód talii. Trafiają na nią również osoby po wszczepieniu urządzeń kardiologicznych, takich jak stymulator serca, kardiowerter-defibrylator czy układ do terapii resynchronizującej (ang. *cardiac resynchronization therapy*, CRT).

Warto również wspomnieć o pacjentach z chorobą naczyń obwodowych, najczęściej palaczach, cierpiących na chłamanie zastawki. Choć rzadziej kierowani, odnoszą oni znaczące korzyści z udziału w programach rehabilitacyjnych.

Czy istnieją grupy pacjentów po incydentach sercowo-naczyniowych, u których rehabilitacja kardiologiczna jest przeciwwskazana?

Chodzi nie tyle o całkowite przeciwwskazanie, ile o odpowiedni moment rozpoczęcia rehabilitacji — to właśnie czas bywa decydujący. W przypadku zawału serca rehabilitację można rozpocząć dopiero od 2. tygodnia po incydencie. Po planowej angioplastyce wskazane jest oczekiwanie 2-3 dni, aby uniknąć



O KIM MOWA

Dr n. med. Adam Staroń jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii. Kieruje Oddziałem Dziennym Rehabilitacji Kardiologicznej w Górnośląskim Centrum Medycznym — Szpital w Ochojcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

powikłań, np. krwiaka w miejscu nakłucia. Chorzy z niewydolnością serca powinni być od 3 do 6 tygodni w stabilnym stanie klinicznym.

Z kolei pacjenci po zabiegach kardiochirurgicznych muszą poczekać 5-6 tygodni, aż mostek ulegnie odpowiedniemu wygojeniu. Podobne ograniczenia dotyczą osób po wszczepieniu urządzeń kardiologicznych, takich jak stymulator czy kardiowerter-defibrylator — zbyt wczesne rozpoczęcie ćwiczeń mogłoby zwiększyć ryzyko przemieszczenia lub złamania elektrody.

Istnieje też grupa chorych, którzy w ogóle nie mają wskazań do rehabilitacji kardiologicznej, ponieważ nie zostali ujęci w obecnych wytycznych. Dotyczy to m.in. pacjentów po drobnych, przeskórnych interwencjach, takich jak zamykanie ubytków, czy osób z napadami arytmii, np. po pojedynczym epizodzie migotania przedsionków. Do tej grupy należą również młode kobiety z wypadaniem płata zastawki mitralnej czy pacjenci z kryzysami nadciśnieniowymi. Samo nadciśnienie tętnicze, choć od osób chorych wymagane są ruch i regularna aktywność fizyczna, nie stanowi samodzielnego wskazania do rehabilitacji kardiologicznej i nie jest refundowane w tym zakresie.

To właśnie dla takich pacjentów potrzebne byłyby specjalne rozwiązania systemowe. Od lat postuluję wprowadzenie tzw. recepty na wysiłek i stworzenie poradni leczenia wysiłkiem, do której trafiałby chorzy niewymagający klasycznej rehabilitacji kardiologicznej, ale potrzebujący profesjonalnych wskazań dotyczących aktywności fizycznej. Takich osób jest bardzo wiele — wystarczy wspomnieć pacjentów z nadciśnieniem, którzy często nigdy nie byli hospitalizowani,

a mimo to powinni regularnie ćwiczyć. Obecnie nie mają jednak możliwości uzyskania fachowej pomocy w tym zakresie.

Wspomniał pan, że największą grupę pacjentów kierowanych na rehabilitację kardiologiczną stanowią osoby po zawale serca. Jak przebiega ona w praktyce?

Rehabilitacja kardiologiczna od lat ma najwyższą, pierwszą klasę zaleceń dla pacjentów po ostrych zespólach wieńcowych. Problemem była jednak jej realizacja. Sytuację poprawił wprowadzony w Polsce w 2017 r. pionierski na skalę światową program skoordynowanej opieki po zawale serca — KOS-zawał. Dzięki niemu coraz większa liczba chorych trafia na rehabilitację. Efekt jest wymierny: roczna śmiertelność po zawale serca spadła z ponad 10 proc. do ok. 7,3 proc. (według rejestrów waha się między 6 a 8 proc.).

Zgodnie z założeniami programu, pacjent powinien rozpocząć rehabilitację w ciągu dwóch tygodni od wypisu ze szpitala. Czasem ograniczeniem jest logistyka — dostępność łóżek czy wydolność oddziałów dziennych. Optymalnie jednak rehabilitacja powinna ruszyć już w 8.-9. dobie od zawału. Jest to bezpieczne, ponieważ od drugiego tygodnia można wykonać test wysiłkowy EKG. Zwykle wykonuje się test maksymalny — zakończony dużym zmęczeniem pacjenta — bo pozwala on najlepiej ocenić wydolność organizmu i dostosować indywidualny program treningowy. Im bardziej intensywny wysiłek podczas próby, tym precyzyjniej można zaplanować dawki treningu, które są skuteczniejsze i adekwatne do ryzyka chorego.



Od lat postuluję wprowadzenie tzw. recepty na wysiłek i stworzenie poradni leczenia wysiłkiem, do której trafiałby chorzy niewymagający klasycznej rehabilitacji kardiologicznej, ale potrzebujący profesjonalnych wskazań dotyczących aktywności fizycznej.

Regularny trening działa jak najlepszy lek na serce — niezależnie od wieku czy wyjściowej wydolności pacjenta.

Rehabilitacja kardiologiczna nie ogranicza się jednak do ćwiczeń fizycznych. W jej skład wchodzi konsultacje: kardiologa, dietetyka, psychologa. Kluczowy pozostaje jednak regularny trening fizyczny — to on odpowiada za większość dobroczynnych efektów rehabilitacji. Systematyczny wysiłek obniża ciśnienie tętnicze, częstotliwość rytmu serca, poziom glukozy i cholesterolu LDL, podwyższa stężenie cholesterolu HDL, wzmacnia działanie przeciwkrzepliwe, wzmacnia mięśnie i kości oraz korzystnie wpływa na nastrój dzięki wyrzutowi endorfin.

Jaki odsetek pacjentów po zawale w Polsce obejmuje rehabilitacja kardiologiczna?

Rehabilitacja powinna być obowiązkowym elementem leczenia wszystkich pacjentów po zawale serca, szczególnie że program KOS-zawał formalnie gwarantuje jej wdrożenie. Niestety, w praktyce sytuacja wygląda różnie — nie wszystkie ośrodki w Polsce uczestniczą w programie. Najlepiej rozwinięta sieć ośrodków działa w województwie śląskim, gdzie program jest realizowany najpełniej.

W innych regionach dostęp bywa ograniczony — zdarza się, że funkcjonują tam tylko pojedyncze placówki z kontraktem w ramach programu KOS-zawał. Część prywatnych sieci kardiologicznych wciąż go nie prowadzi. Pacjentów kieruje się wtedy na standardową rehabilitację, finansowaną z ogólnej puli, ale nieobjętą tym schematem.

Podsumowując, zdecydowana większość chorych po zawale trafia na rehabilitację, choć nie zawsze w ramach programu KOS-zawał. Zdarza się, że pacjenci odmawiają udziału lub nie docierają do ośrodków z powodów rodzinnych czy społecznych. Problemem pozostaje też czas — mimo zaleceń, by rehabilitację rozpocząć najpóźniej w ciągu 14 dni od wypisu, w wielu miejscach włączanie pacjentów następuje dopiero po 3-4 tygodniach. To opóźnienie ma istotne znaczenie kliniczne, ponieważ pogarsza długoterminowe rokowanie.

Przez wiele lat pacjentom kardiologicznym mówiono, że powinni się oszczędzać i unikać wysiłku. Dziś wiemy już, że zalecenia są zupełnie inne.

To prawda, że podejście zmieniło się diametralnie, zwłaszcza w przypadku pacjentów z niewydolno-

ścią serca. Jeszcze w latach 80. czy na początku 90. wysiłek fizyczny u osoby chorej był traktowany jako przeciwwskazanie. Dziś wiemy, że jest wręcz odwrotnie: odpowiednio prowadzony trening stanowi jeden z kluczowych elementów leczenia. Dowody naukowe są bardzo mocne. Wykazano, że nawet intensywne ćwiczenia interwałowe nie tylko nie szkodzą, ale mogą dawać lepsze efekty niż klasyczny, umiarkowany wysiłek, zwłaszcza u pacjentów osłabionych. Taki trening uczy organizm tolerancji wysiłku i prowadzi do adaptacji mięśniowej.

Rezultaty są spektakularne. Średnio na świecie rehabilitacja kardiologiczna poprawia wydolność o ok. 1,5 MET (ang. *Metabolic Equivalent of Task*), a już wzrost o 1 MET przekłada się na redukcję ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego o 13 proc. To oznacza, że standardowy efekt rehabilitacji daje ponad 20-procentowe zmniejszenie ryzyka zgonu. W naszych ośrodkach uzyskujemy poprawę jeszcze większą — średnio 2,5 MET. To tak, jakby pacjent „odmłodniał” o 16 lat. Co więcej, obserwujemy średni wzrost kurczliwości serca o 7 proc. To wynik przewyższający dane z literatury, gdzie zwykle mówi się o 3-5 proc. Trudno o bardziej namacalny dowód, że regularny trening w ramach rehabilitacji realnie zmienia rokowanie i poprawia jakość życia chorych.

Czy są dyscypliny sportu, które pacjent po zawale może bezpiecznie uprawiać bez konsultacji z lekarzem?

Tak jak wspominałem, każdy pacjent po zawale serca w Polsce trafia obowiązkowo do programu rehabilitacji kardiologicznej. Już przy wypisie ze szpitala ma wykonywany test wysiłkowy, zwykle na bieżni, który pozwala dokładnie ocenić jego wydolność fizyczną w odniesieniu do wieku i płci. Na podstawie tego testu lekarz prowadzący rehabilitację wystawia tzw. receptę wysiłkową, określając w niej dopuszczalne obciążenia, zakres tętna podczas aktywności oraz zasady stopniowej progresji wysiłku. Dzięki temu pacjent otrzymuje indywidualne zalecenia dotyczące czynności dnia codziennego, rekreacji czy sportu.

W praktyce wygląda to tak, że każda aktywność fizyczna — od prac domowych po sporty — ma przypisaną wartość wyrażoną w MET. Lekarz, znając maksymalną wydolność pacjenta z testu, może określić, jaki procent tego obciążenia jest dla niego bez-

Rehabilitacja kardiologiczna nie ogranicza się do ćwiczeń fizycznych. W jej skład wchodzi konsultacje: kardiologa, dietetyka, psychologa. Kluczowy pozostaje jednak regularny trening fizyczny — to on odpowiada za większość dobroczynnych efektów rehabilitacji.

Jak wygląda wiedza na temat rehabilitacji kardiologicznej wśród lekarzy kończących specjalizację z kardiologii, a także innych specjalistów?

Zacznę od własnego doświadczenia — spędziłem 12 lat w klinice kardiologii i mogę powiedzieć, że jeszcze kilkanaście lat temu wiedza o rehabilitacji kardiologicznej była znikoma. Odsetek lekarzy, którzy potrafili świadomie kierować pacjentów na rehabilitację, był wstydliwie niski. Sytuację poprawiło wprowadzenie programu KOS-zawał — dziś w materiałach egzaminacyjnych z kardiologii uwzględnia się rehabilitację.

Nadal jednak brakuje obowiązkowego stażu na oddziale rehabilitacji kardiologicznej. W praktyce oznacza to, że młodzi kardiolodzy znają jedynie podstawowe normy wydolności fizycznej w odniesieniu do wieku i płci, ale nie mają doświadczenia w praktycznym prowadzeniu treningu. Ponad 90 proc. kardiologów nie potrafi przepisać wysiłku fizycznego w sposób bezpieczny i efektywny. W podstawowej opiece zdrowotnej ten odsetek jest jeszcze wyższy — blisko 100 proc. To nie jest wina lekarzy, tylko systemu, który nie daje im narzędzi.

Dlatego postulujemy obowiązkowe szkolenia: minimum 3-tygodniowe, a najlepiej 4-tygodniowe, obejmujące testy wysiłkowe, trening wydolnościowy i oporowy oraz praktyczne prowadzenie pacjenta. Tylko tak można przełamać barierę niewiedzy i lęku przed zalecaniem aktywności chorym kardiologicznym. Obecnie wielu lekarzy unika tego tematu, bo nie czują się przygotowani. Medycyna sportowa zajmuje się tylko sportowcami, a trenerzy fitness osób zdrowych wolą nie pracować z pacjentami kardiologicznymi, np. z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory. Chcę bardzo mocno podkreślić, że regularny trening działa jak najlepszy lek na serce — niezależnie od wieku czy wyjściowej wydolności pacjenta.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Serce ochronią kwasy omega-3 pochodzące z naturalnych źródeł

Choć kwasy omega-3 od lat uchodzą za sprzymierzeńców serca i naczyń, nauka nie daje prostych odpowiedzi. Korzyści dla zdrowia wynikają przede wszystkim ze zbilansowanej diety bogatej w naturalne źródła EPA i DHA, a nie z profilaktycznego „łykania kapsułek”. Jak przypomina dr hab. Joanna Popiołek-Kalisz, suplementacja kwasów omega-3 ma sens jedynie u wybranych pacjentów, np. z hipertriglicerydemią, i powinna być prowadzona pod kontrolą lekarza.

Wiele osób zastanawia się, czy warto suplementować kwasy omega-3. Niektórzy sięgają po nie na wszelki wypadek. Czy istnieją wiarygodne badania naukowe, potwierdzające ich korzystny wpływ na zdrowie?

To w dużej mierze zależy od kontekstu. Mówiąc o kwasach omega-3, mamy na myśli trzy główne związki występujące w pożywieniu: kwas alfa-linolenowy (ALA), eikozapentaenowy (EPA) i dokozaheksaenowy (DHA). Ich rola w organizmie jest dobrze poznana, ale kluczowe znaczenie ma sposób, w jaki je dostarczamy.

Dysponujemy dwoma typami dowodów naukowych. Pierwsze pochodzą z badań obserwacyjnych i wskazują, że wzorce żywieniowe, takie jak dieta bogata w naturalne źródła kwasów omega-3, są związane z niższym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych. Takie wnioski przyniosło m.in. badanie PREDIMED.

Natomiast w przypadku suplementacji, czyli przyjmowania preparatów omega-3 bez wyraźnych wskazań klinicznych, nie mamy przekonujących dowodów na jej korzystny wpływ. Wyjątek stanowi badanie REDUCE-IT. Wykazało ono wyraźne korzyści ze stosowania wysoko oczyszczonego preparatu EPA w dużych dawkach u pacjentów z hipertriglicerydemią, u których — mimo leczenia statynami — nie udało się osiągnąć oczekiwanego efektu terapeutycznego.

Dodam, że zgodnie z definicją suplementu diety, jego stosowanie powinniśmy rozważyć jedynie w sytuacjach, gdy dieta nie pokrywa zapotrzebowania na dany składnik, np. u osób na diecie eliminacyjnej (np. wegańskiej) czy z innych powodów ograniczającej spożycie naturalnych źródeł kwasów omega-3. Wtedy suplementacja może być uzasadniona.

Czy w takim razie pacjent może usłyszeć w gabinecie kardiologa czy lekarza POZ: „proszę suplementować kwasy omega-3”? Jeśli tak, to w jakiej grupie pacjentów takie zalecenie byłoby zasadne?

Rutynowe zalecenie suplementacji *a priori*, bez konkretnego uzasadnienia klinicznego, nie powinno się zdarzać. Zawsze pierwszym krokiem, co bardzo wyraźnie podkreślają także wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC), jest modyfikacja diety. Zalecamy przede wszystkim zwiększenie spożycia tłustych ryb morskich jako naturalnego źródła kwasów omega-3. I tu warto podkreślić, że nie chodzi wyłącznie o lososia, który zwykle jako pierwszy przychodzi wielu osobom do głowy. Bardzo dobrym źródłem EPA i DHA są również nasze rodzime, łatwo dostępne ryby, takie jak śledź czy makrela.

Co więcej, mówimy nie tylko o pojedynczym składniku, ale o całym wzorcu żywieniowym. Zmiany w diecie, które prowadzą do większego spożycia naturalnych źródeł kwasów omega-3, zwykle idą w parze z innymi korzystnymi modyfikacjami sposobu żywie-



Stosowanie mieszanek EPA i DHA — typowych dla większości dostępnych suplementów diety — nie znajduje obecnie potwierdzenia w dowodach naukowych i nie jest profilaktycznie, rutynowo zalecane w prewencji chorób sercowo-naczyniowych.

O KIM MOWA

Dr hab. n. med. Joanna Popiołek-Kalisz, prof. UMLub, jest specjalistką w dziedzinie kardiologii i dietetyki klinicznej, kieruje Zakładem Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, przewodniczy Sekcji Młodych Lipidologów Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego.

nia. Dlatego patrzymy raczej całościowo na dietę pacjenta, a do suplementacji odwołujemy się dopiero wtedy, gdy jest ona rzeczywiście konieczna, np. gdy pacjent z różnych powodów nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania diety.

Czy kwasy omega-3 można przedawkować?

Jeżeli mówimy o suplementacji, czyli o przyjmowaniu skoncentrowanych preparatów kwasów omega-3, to tak — istnieje ryzyko niepożądanych efektów przy bardzo wysokich dawkach. Wytyczne ESC dopuszczają stosowanie dawek rzędu 4 g na dobę w określonych sytuacjach klinicznych. To są dawki praktycznie niemożliwe do osiągnięcia poprzez zwykłą dietę, nawet przy dużym spożyciu tłustych ryb. Mówimy więc o leczeniu farmakologicznym, a nie „profilaktycznym łykaniu kapsułek”.

Wiemy jednak, że tak wysokie dawki mogą być powiązane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia migotania przedsionków. W związku z tym wytyczne podkreślają, że u pacjentów, którzy mają już podwyższone ryzyko arytmii, decyzja o suplementacji kwasów omega-3 powinna być dobrze przemyślana, oceniona indywidualnie i prowadzona pod kontrolą lekarską.

Wspomniała pani o wytycznych. Co mówią najnowsze rekomendacje dotyczące stosowania kwasów omega-3?

W najnowszej, opublikowanej w tym roku, aktualizacji wytycznych ESC dotyczących postępowania w zaburzeniach gospodarki lipidowej odniesiono

się do kwestii stosowania kwasów omega-3. Poza wspomnianym badaniem REDUCE-IT, które potwierdziło skuteczność terapii EPA, wytyczne omawiają także wyniki badania STRENGTH. Ta obserwacja przyniosła rezultaty niemal odwrotne do REDUCE-IT — nie wykluczała bowiem pozytywnego wpływu suplementacji kwasów omega-3 na redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego ani na tzw. złożony punkt końcowy, obejmujący m.in. zawał serca, udar mózgu czy zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych.

Różnice między tymi badaniami zostały szczegółowo omówione w wytycznych. W badaniu REDUCE-IT oceniano czysty EPA, natomiast w badaniu STRENGTH — mieszaninę EPA i DHA. To właśnie ta różnica w składzie preparatu mogła mieć kluczowe znaczenie dla uzyskania odmiennych wyników.

Podsumowując: aktualne zalecenia podtrzymują możliwość stosowania wysoko oczyszczonego EPA u pacjentów z hipertriglicerydemią, zwłaszcza gdy mimo leczenia statynami nie udaje się osiągnąć właściwego stężenia lipidów. Natomiast stosowanie mieszanek EPA i DHA — typowych dla większości dostępnych suplementów diety — nie znajduje obecnie potwierdzenia w dowodach naukowych i nie jest profilaktycznie, rutynowo zalecane w prewencji chorób sercowo-naczyniowych. W tych sytuacjach pierwszym krokiem powinna być modyfikacja diety.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Miażdżyca u kobiet przyspiesza po menopauzie

Choroby serca u kobiet mają inny przebieg niż u mężczyzn — pojawiają się później, ale po menopauzie proces miażdżycowy dynamicznie narasta. Ryzyko sercowo-naczyniowe znacząco zwiększają choroby autoimmunologiczne. Prof. Piotr Dobrowolski i prof. Aleksander Prejbisz z Narodowego Instytutu Kardiologii tłumaczą, jak te czynniki wpływają na obraz kliniczny schorzeń, dlaczego objawy u kobiet są mniej typowe i jak powinna wyglądać profilaktyka.

Jakie są najważniejsze różnice między kobietami i mężczyznami w zachorowaniach na choroby sercowo-naczyniowe?

prof. Aleksander Prejbisz (A.P.): Najbardziej wyraźną różnicą jest moment pojawienia się choroby. Mężczyźni zaczynają chorować znacznie wcześniej, podczas gdy u kobiet pierwsze manifestacje chorób sercowo-naczyniowych pojawiają się z opóźnieniem średnio o 10-15 lat. Wynika to z odmiennego działania czynników ryzyka w ciągu życia.

U kobiet przed menopauzą ciśnienie tętnicze utrzymuje się zwykle na stosunkowo niskim poziomie, a jego wzrost wraz z wiekiem jest powolny. Jednak po 50. roku życia dynamika zmian znacznie przyspiesza i właśnie wtedy wartości ciśnienia zaczynają gwałtownie rosnąć. U kobiet w wieku 60-70 lat są one niejednokrotnie są wyższe niż u mężczyzn.

prof. Piotr Dobrowolski (P.D.): To z kolei przekłada się na tempo rozwoju miażdżycy. U kobiet proces ten przez wiele lat przebiega ciszej, jest mniej gwałtowny, ale po menopauzie — gdy ochrona hormonalna zanika — narasta szybko i w stosunkowo krótkim czasie. Dlatego nie można powiedzieć, że kobiety chorują „mniej” lub „łagodniej” — chorują inaczej i w innym momencie życia, a to ma istotne znaczenie dla profilaktyki oraz diagnostyki.

Czy kobiety rzeczywiście bardziej dbają o profilaktykę niż mężczyźni?

P.D.: W świadomości społecznej istnieje przekonanie, że kobiety są bardziej odpowiedzialne zdrowotnie i często rzeczywiście tak bywa. W polskich realiach mężczyzna nierzadko zgłasza się do lekarza dopiero wtedy, gdy zostanie do tego nakłoniony przez partnerkę. To zjawisko kulturowe, którego nie da się pominąć. Jednocześnie bywa tak, że kobieta koncentruje się na zdrowiu partnera, a własne badania profilaktyczne odkłada na później — szczególnie w okresie okołomenopauzalnym.

A.P.: Menopauza jest dla zdrowia serca momentem przełomowym. W tym czasie nawastrwiają się czynniki ryzyka: wzrasta ciśnienie tętnicze, nasilają się zaburzenia depresyjno-lękowe, pojawiają się trudności ze snem, a przewlekły stres staje się bardziej odczuwalny. Wszystko to razem prowadzi do pogorszenia jakości życia i przyspieszenia procesów miażdżycowych. To moment, gdy kobieta powinna szczególnie zadbać o profilaktykę, ale często wtedy może mieć mniej czasu dla siebie.

Dlaczego objawy choroby wieńcowej u kobiet tak często różnią się od męskich?

A.P.: Różnice wynikają zarówno z fizjologii, jak i z zachowań zdrowotnych. Kobiety w znacznie większym stopniu bagatelizują swoje dolegliwości. Charakterystyczna jest postawa: „nie będę zawracać głowy”, „to samo minie”. Tymczasem objawy choroby wieńcowej u kobiet rzadziej mają postać typowego, silnego bólu w klatce piersiowej. Częściej jest to duszność, uczucie dyskomfortu, bóle brzucha, zmęczenie czy niejasne dolegliwości w klatce piersiowej, które trudno opisać. Dolegliwości mogą być słabsze, ale nie mniej groźne.

P.D.: Dodam jeszcze, że na te objawy nierzadko nakładają się symptomy związane ze stresem i zaburzeniami lęgowymi, które u kobiet występują częściej. W efekcie klasyczna symptomatologia choroby niedokrwiennej serca bywa zamazana. Co więcej, kobiety



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski jest specjalistą w dziedzinie kardiologii, kierownikiem Samodzielnej Poradni Lipidowej Narodowego Instytutu Kardiologii, zastępcą kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia NIKard, konsultantem w dziedzinie kardiologii dla województwa mazowieckiego, pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032.



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych i hipertensjologii, kierownikiem Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia w Narodowym Instytucie Kardiologii w Warszawie, sekretarzem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

częściej chorują na postacię przewlekłych zespołów wieńcowych związane z mikrokrążeniem, które trudniej wykryć tradycyjnymi metodami, a to dodatkowo komplikuje diagnostykę.

Jakie błędy diagnostyczne najczęściej dotyczą pacjentek?

P.D.: Historycznie największe problemy sprawiała próba wysiłkowa, która u kobiet bywała mniej wiarygodna — częściej dawała wyniki fałszywie dodatnie lub była niediagnostyczna. Dziś ta sytuacja uległa poprawie dzięki nowoczesnym, obiektywnym metodom obrazowania: tomografii komputerowej naczyń wieńcowych oraz koronarografii. Te techniki nie różnicują pacjentów ze względu na płeć i jeżeli występuje miażdżyca, to będzie widoczna.

A.P.: Mimo to błędy nadal się zdarzają i wynikają głównie z niedoceniania objawów. Kobiety zgłaszają dolegliwości później, opisują je mniej precyzyjnie, a lekarz musi wziąć pod uwagę szerszy kontekst: stres, problemy lękowe, objawy somatyczne. To utrudnia diagnostykę i może opóźniać decyzję o wykonaniu badań obrazowych.

Czy kobiety są niedostatecznie reprezentowane w badaniach klinicznych dotyczących chorób serca?

A.P.: Często mówi się, że kobiety są niedoreprezentowane, ale nie jest to takie oczywiste. W badaniach z udziałem pacjentów z przewlekłym zespołem wieńcowym rzeczywiście kobiet jest mniej, jednak wynika to z faktu, że w populacji klinicznej choroba ta częściej dotyczy mężczyzn. Jeżeli badanie odzwierciedla rzeczywistość rozkładu płci, trudno mówić o zaniżonej reprezentacji.

P.D.: Dobrym przykładem jest badanie SELECT, w którym proporcja płci w grupie pacjentów po zawale była praktycznie identyczna jak w polskiej populacji pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby wieńcowej. W części nowoczesnych badań klinicznych coraz częściej stosuje się celowe zrównanie liczby kobiet i mężczyzn, co może pomóc lepiej poznać aspekty kliniczne i terapeutyczne chorób serca u kobiet.

Jakie czynniki hormonalne i immunologiczne wpływają na ryzyko sercowo-naczyniowe u kobiet?

P.D.: Ryzyko chorób serca u kobiet kształtują zarówno czynniki hormonalne, jak i immunologiczne. Choroby autoimmunologiczne, takie jak Hashimoto czy toczeń, występują u kobiet zdecydowanie częściej. A wiemy, że obecność jednej choroby autoimmunologicznej podnosi ryzyko sercowo-naczyniowe o 30-50 proc., zaś dwóch — nawet dwukrotnie. To bardzo duże obciążenie, które powinno być brane pod uwagę.

A.P.: Drugą grupą są czynniki związane z przebiegiem ciąży. Stan przedzrzucawkowy, nadciśnienie wywołane ciążą, porody przedwczesne czy martwe urodzenia to sygnały, że organizm kobiety jest bardziej predysponowany do rozwoju chorób układu krążenia w przyszłości. Nie zawsze te komplikacje „powodują” chorobę serca, ale wskazują, że kobieta wymaga intensywniejszej profilaktyki. W Narodowym Instytucie Kardiologii działa już program opieki, w którym kobiety po powikłaniach ciążyowych są kierowane do Poradni Kardiometabolicznej na szczegółowy przegląd — to przykład praktycznego wdrożenia zaleceń.

Czy lekarz POZ powinien zwracać szczególną uwagę na pacjentki z chorobą Hashimoto?

A.P.: Choroba Hashimoto to nie tylko problem endokrynologiczny. To choroba autoimmunologiczna, która zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe. Obliczając wskaźnik karty ryzyka SCORE, lekarz powinien mieć świadomość, że u takiej pacjentki jest ono faktycznie wyższe, niż sugerowałby wynik. Innymi słowy, kobieta z chorobą Hashimoto może mieć wyższe ryzyko sercowo-naczyniowe niż wynika to z klasycznych kart oceny ryzyka i będzie wymagać bardziej intensywnej profilaktyki.

Czy styl życia i stres mają inny wpływ na serce kobiet niż mężczyzn?

A.P.: Badania pokazują, że młode kobiety częściej niż mężczyźni zaprzestają aktywności fizycznej w okresie jesienno-zimowym. W Polsce aktywność fizyczna nadal ma charakter sezonowy: od kwietnia do września. Problem polega na tym, że infrastruktura sportowa — hale, siłownie, kryte obiekty — jest wciąż niewystarczająca, a tzw. orliki nie rozwijają potrzeb kobiet, które szczególnie zimą rezygnują z ruchu. To jeden z elementów prewencji wymagający poprawy systemowej.

P.D.: Stres również ma silniejszy wpływ na kobiety — nie tylko ze względu na częstsze występowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych, ale także dlatego, że jego objawy mogą imitować lub maskować objawy chorób serca. To utrudnia interpretację dolegliwości i może prowadzić do opóźnień diagnostycznych.

Jak program Moje Zdrowie i ankieta „10 dla Serca” wpływają na ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego w różnych grupach wiekowych?

P.D.: Program „Moje Zdrowie” to jedno z najważniejszych narzędzi profilaktycznych ostatnich lat. Pozwala każdej osobie powyżej 20. roku życia na ocenę podstawowych czynników ryzyka oraz konsultację lekarską, podczas której specjalista analizuje wyniki i przygotowuje indywidualny plan zdrowotny. To ogromny krok naprzód — pacjent nie zostaje sam z wynikami badań, lecz otrzymuje konkretną informację i zalecenia.

A.P.: Ankieta „10 dla Serca” uzupełnia ocenę ryzyka. Można ją wypełnić w aplikacji Moje IKP, a jej zaletą jest to, że obejmuje 10 kategorii czynników ryzyka i jest dostępna dla wszystkich — także dla osób młodych i tych, które były już leczone kardiologicznie. To duża przewaga nad tradycyjnymi kartami ryzyka, które obejmują jedynie osoby po 40. roku życia i wyłącznie prewencję pierwotną.

Jak zachęcać pacjentów do profilaktyki?

P.D.: To jedno z trudniejszych wyzwań. Skuteczność działań rośnie, gdy towarzyszy im odpowiednia promocja. Bardzo dobrze pokazał to program „Moje Zdrowie”: liczba zgłoszeń i wypełnionych ankiet wzrosła dopiero po jego nagłośnieniu. Istotny jest również efekt kuli śnieżnej. Pacjent, który wykonał badania i otrzymał konkretne zalecenia, informuje o tym innych. To rodzaj marketingu szeptanego, który potrafi być bardzo skuteczny.

A.P.: Program jest też szeroki — obejmuje nie tylko choroby układu krążenia, ale również elementy skriningu nowotworowego. Nie każdy wypełniający ankietę trafia na te same badania; system dobiera je zgodnie z indywidualnym profilem ryzyka. To zwiększa jego skuteczność i wiarygodność.

Rozmawiała Anna Rogala

Jak równoważyć ryzyko zakrzepowo-zatorowe i krwotoczne?

„Pacjenci, z obawy przed krwawieniami, mogą samodzielnie odstawić leki, które lekarz przepisał, aby nie dopuścić do udaru mózgu czy zakrzepicy w stencie” — mówi kardiolog prof. Mariusz Tomaniak. W rozmowie tłumaczy, jak w realnych sytuacjach klinicznych ważyć korzyści z antykoagulacji: dlaczego obecnie częściej wybiera się DOAC, kiedy wciąż trzeba sięgnąć po VKA, jak długo prowadzić terapię potrójną po przezskórnej interwencji wieńcowej i w jaki sposób konsekwentna edukacja zwiększa adherencję i bezpieczeństwo leczenia.

Jakie są najważniejsze wskazania do leczenia przeciwkrzepliwego?

W codziennej praktyce najczęstszym wskazaniem jest migotanie przedsionków — u pacjentów z tą arytmią stosujemy dostatną antykoagulację w celu prewencji udaru mózgu i innych powikłań zakrzepowo-zatorowych. Kolejną dużą grupą kwalifikowanych są osoby z żylną chorobą zakrzepowo-zatorową, czyli po epizodach zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej.

Leczenie przeciwkrzepliwie jest też niezbędne u pacjentów po niektórych zabiegach kardiologicznych, zwłaszcza u osób z wszczepioną zastawką mechaniczną. Rzadziej dotyczy to chorych z wrodzonymi trombofiliami o wysokim ryzyku — w tych sytuacjach postępowanie planuje się indywidualnie.

W jakich przypadkach klinicznych pierwszym wyborem są bezpośrednie doustne antykoagulanty (ang. *direct oral anticoagulants*, DOAC), a kiedy należy preferować antagonistów witaminy K (ang. *vitamin K antagonists*, VKA)?

Wytyczne europejskie są zgodne co do tego, że DOAC są co najmniej tak samo skuteczne w zapobieganiu powikłaniom zakrzepowo-zatorowym, jak VKA, a jednocześnie bezpieczniejsze w kontekście krwawień, m.in. do ośrodkowego układu nerwowego. Z tego względu pierwszym wyborem klinicystów pozostają DOAC. Niemniej u pacjentów z wszczepioną zastawką mechaniczną oraz u chorych z umiarkowaną i ciężką stenozą mitralną stosuje się z wyboru antagonistów witaminy K.

Jak w praktyce klinicznej równoważyć efekt terapeutyczny, czyli działanie przeciwkrzepliwie z ryzykiem krwawienia?

To bardzo ważne i szerokie zagadnienie. W zasadzie każdy kardiolog — inwazyjny i zachowawczy, także w ambulatorium — mierzy się z tym wyzwaniem na co dzień, bo de facto codziennie trzeba bilansować te dwa ryzyka. Przykładowo: u chorego z ostrym lub przewlekłym zespołem wieńcowym, który ma migotanie przedsionków, celem jest zapobieganie powikłaniom zakrzepowym w implantowanym stencie i innych tętnicach wieńcowych, a także zatorom związanym z arytmią — przy możliwie minimalnym wzroście ryzyka krwawień. Każdy lek „rozczepdzający” krew — jak tłumaczmy pacjentom — w mniejszym lub większym stopniu to ryzyko zwiększa.

Kluczowe jest więc dopasowanie intensywności leczenia i czasu trwania farmakoterapii do profilu klinicznego danego chorego. W tym celu posługujemy się skalami ryzyka (m.in. skala CHA₂DS₂-VA), które pozwalają określić wskazania do wdrożenia terapii przeciwkrzepliwiej u chorych z migotaniem przedsionków.

U pacjentów, którym implantujemy stent do tętnicy wieńcowej w ostrym zespole wieńcowym (OZW) stosujemy dostatną farmakoterapię skojarzoną: DOAC + inhibitor P2Y₁₂ (preferencyjnie kłopotogrel) do 12 miesięcy. Natomiast u chorych, u których stent wszczepia się w przewlekłym zespole wieńcowym, standardowo utrzymujemy podwójną terapię przez 6 miesięcy.



RY. A. KOWALCZAK

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Tomaniak jest specjalistą kardiologii, profesorem badawczo-dydaktycznym w I Katedrze i Klinice Kardiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (UCK WUM), a także operatorem kardiologii inwazyjnej, dyżurującym w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej UCK WUM.

U pacjentów poddawanych złożonym zabiegom angioplastyki wieńcowej, obarczonych wysokim ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych, możemy ten czas wydłużyć — analogicznie jak w OZW — do 12 miesięcy. Co ważne, ze względu na ryzyko krwawienia terapię potrójną (kwas acetylosalicylowy + inhibitor P2Y₁₂ + DOAC) stosujemy maksymalnie do tygodnia po zabiegu. Często ograniczamy ją do okresu hospitalizacji, a po wypisie najczęściej przedstawiamy pacjenta już na DOAC i kłopotogrel — zarówno w OZW, jak i w przewlekłym zespole wieńcowym.

Którzy pacjenci powinni mieć wydłużoną terapię potrójną i jak w praktyce oceniać ryzyko krwawienia w czasie?

Istnieje grupa chorych, u których — mimo podwyższonego ryzyka krwawienia — widzimy także istotnie zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowych. Podkreśliłbym to w praktycznym przewodniku, przygotowanym wspólnie przez Asocjacje Interwencji Sercowo-Naczyniowych oraz Sekcję Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), opublikowanym niedawno na łamach „Kardiologii Polskiej”.

U takich pacjentów można rozważyć wydłużenie terapii potrójnej do miesiąca. Do tego grupy zaliczamy chorych z licznymi czynnikami klinicznymi wysokiego ryzyka (np. nawrotowe zawały serca, cukrzyca) oraz czynnikami zabiegowymi: implantacją wielu stentów, leczenie kilku zmian, przebyty epizod zakrzepicy w stencie, interwencja w pionu lewej tętnicy wieńcowej — naczyńni kluczowym w obrębie całego drzewa wieńcowego — czy stentowanie ostatniego drożnego naczynia. W tych sytuacjach strategią domyślną, czyli trydziej, może zostać zastąpiona wariantem miesięcznym.

Każdorazowo konieczna jest jednak bieżąca ocena ryzyka krwawienia, bo ono zmienia się w czasie. Pomagają w tym dostępne narzędzia i aplikacje z kalkulatorami skal — np. ARC-HBR do oceny ryzyka krwawień — które pozwalają w kilkadziesiąt sekund oszacować zarówno ryzyko krwotoczne, jak i bilans między ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych a ryzykiem krwawień w dalszej obserwacji. To realnie ułatwia i usprawnia pracę w ambulatorium, zwłaszcza że liczba takich pacjentów rośnie.

Ogromnym problemem w praktyce klinicznej jest nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjentów. Jakże wyzwania niesie brak adherencji?

To szczególnie duży problem w grupie chorych po zawale serca z migotaniem przedsionków, u których mogą występować krwawienia. Zdarzają się też tzw. nuisance bleeding — niewielkie podbiegnięcia krwawe, siniaki, o których pacjent często nam nie mówi, bo nie traktuje ich jako „prawdziwego” krwawienia. Jednocześnie mogą one budzić na tyle duży lęk i wątpliwości, że chory samodzielnie odstawia lek, co stwarza ryzyko zakrzepicy w stencie oraz udaru mózgu.

Z tego względu kluczowe jest, aby pacjent dokładnie rozumiał, po co podajemy te leki. Po zabiegu staram się pokazać choremu tętnicę, którą „wycięliśmy” poprzez implantację stentu — zestawiam obraz „przed” i „po”.

Gdy chory zrozumie, że przyjmowanie leku zwiększa szansę, iż drożność naczynia — często odtworzona z dużym trudem — utrzyma się przez wiele lat, zwykle rośnie jego motywacja. Z mojego doświadczenia wynika, że pacjenci z dużym zaciekawieniem oglądają te obrazy i łatwiej akceptują terapię.

Jednocześnie w poradni w ramach wizyty poho-spitalizacyjnej pytamy nie tylko o jawne krwawienia, ale też o wspomniane drobne incydenty, aby zawsze je zaadresować — zanim chory spróbuje „pomóc sobie sam”, modyfikując dawki lub odstawiając lek. Adherencja wciąż pozostaje jednak dużym wyzwaniem i nie da się jej poprawić jedną rozmową — wymaga powtarzających się wizyt edukacyjnych oraz konsekwentnego wsparcia.

Jakie są obecnie kierunki badań klinicznych dotyczących leczenia przeciwkrzepliwego i jak mogą one w przyszłości zmienić codzienną praktykę?

Dla pacjentów bez migotania przedsionków wciąż obiecującym kierunkiem rozwoju pozostaje monoterapia silnym inhibitorem receptora P2Y₁₂. Kolejne próby kliniczne sugerują, że może to być „złoty środek” dla chorych z nieekstremalnym ryzykiem powikłań zakrzepowych i umiarkowanym ryzykiem krwawienia — w ten sposób możemy lepiej zbilansować oba zagrożenia. Zgodnie z wytycznymi jest to zalecenie klasy IIa.

Z kolei u pacjentów, u których przy pierwszej trzmi miesiące po angioplastyce nie działało się nie niepokojącego: nie wystąpiły krwawienia ani zdarzenia sercowo-naczyniowe (np. zakrzepica w stencie, ponowny zawał serca), można — po skróconym okresie podwójnej terapii przeciwpłytkowej — rozważyć monoterapię, np. tikagrelom lub prasugrelom.

W przypadku pacjentów z migotaniem przedsionków i OZW, bardzo ciekawą próbą kliniczną, która obecnie się toczy, jest badanie WOEST-3. Badacze odważnie zrezygnowali w nim z terapii przeciwzakrzepowej przez pierwszy miesiąc po zabiegu: w badanej populacji pacjentów całkowicie odstawiali lek przeciwkrzepliw i stosują wyłącznie podwójną terapię przeciwpłytkową, a leczenie przeciwkrzepliwie włączają dopiero po miesiącu.

W tym badaniu wykorzystuje się edoksaan w skojarzeniu z kłopotogrelem. Strategia ta jest porównywana ze standardową ścieżką deeskalacji: od terapii trójkłowej do dwukłowej, bez przerywania stosowania leku przeciwkrzepliwego. Z dużym zaciekawieniem czekamy na wyniki — rzeczywście mogą one zmienić paradygmat łączenia leczenia przeciwpłytkowego i przeciwkrzepliwego u chorych z OZW i migotaniem przedsionków w najbliższych latach, zwłaszcza we wcześniejszym, nerwalgicznym fazie terapii.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

* Tomaniak M., Górczyca-Głowacka I., Welnicki M. et al.: Practical aspects of antiplatelet therapy individualization among patients undergoing PCI for ACS and CCS. The joint expert opinion of the Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy and the Association of Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society. Kardiolog. Pol. 2025; 83(7-8): 965-979.

Kardiologiczna łamigłówka: dławica piersiowa bez zmian w tętnicach

Uciskający, gniotący ból w klatce piersiowej, duszność — niby dławica piersiowa, ale pacjent nie ma zmian w tętnicach wieńcowych. Chodzi od lekarza do lekarza. „To nie wymysły, ale rzeczywiste problemy sporej grupy chorych z nietypowym przebiegiem choroby, którym można pomóc” — mówi kardiolog prof. Paweł Gąsior z Górnośląskiego Centrum Medycznego.

Postawienie właściwej diagnozy i wdrożenie odpowiedniego leczenia jest w tym przypadku jak łamigłówka rodem z serialu „Dr House”. Najpierw należy wykluczyć inne schorzenia, mogące leżeć u podstawy objawów, a następnie pacjent jest poddawany ocenie czynnościowej naczyń wieńcowych, w tym badaniu mającym na celu wywołanie u niego objawów dławicy. Przeprowadzając próbę prowokacyjną, lekarze podają pacjentowi lek dostępny w Polsce tylko w trybie importu docelowego. Lek trzeba przygotować oraz podać według ściśle określonego protokołu.

Diagnostyka inwazyjna

o najwyższym standardzie zaleceń Szpital w Ochocju jest obecnie jedynym w woj. śląskim ośrodkiem, który oferuje rutynową kompleksową diagnostykę i możliwości leczenia tej grupy pacjentów. Postępowanie obejmuje nieinwazyjną oraz inwazyjną ocenę mikrokrążenia, próbę prowokacyjną z acetylocholiną oraz w określonych przypadkach implantację reduktora zatoki wieńcowej.

„Według ostatnich wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego odnośnie do przewlekłych zespołów wieńcowych z 2024 r., diagnostyką, jaką przeprowadzamy w naszym ośrodku, ma najwyższą klasę zaleceń. Zakładam, że rozpoznawalność schorzenia o tym nietypowym przebiegu będzie rosła wraz z poszerzeniem dostępu do tych metod diagnostycznych” — przewiduje prof. dr hab. n. med. Paweł Gąsior, kierownik Zakładu Kardiologii Inwazyjnej w Górnośląskim Centrum Medycznym (GCM) im. prof. L. Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Dławica ANOCA

Dławica piersiowa jest bardzo powszechnym schorzeniem.

W Stanach Zjednoczonych cierpi na nią ok. 11 mln osób. „W Polsce rocznie jest toczy, jest badanie WOEST-3. Badacze odważnie zrezygnowali w nim z terapii przeciwzakrzepowej przez pierwszy miesiąc po zabiegu: w badanej populacji pacjentów całkowicie odstawiali lek przeciwkrzepliw i stosują wyłącznie podwójną terapię przeciwpłytkową, a leczenie przeciwkrzepliwie włączają dopiero po miesiącu.

Pacjenci z ANOCA są z reguły młodszy niż ci z dławicą piersiową ze zżewieniami w tętnicach wieńcowych — mają ok. 50-60 lat. Większość chorych, nawet do 70 proc. (załężnie od rejestrów) stanowią kobiety. „Patofizjologiczne przyczyny różni między płciami nie są do końca



RY. A. KOWALCZAK

„Dobranie właściwej farmakoterapii może potrwać nawet kilka miesięcy, ponieważ nie zmieniają leków kardiologicznych co dwa dni z uwagi na to, że organizm pacjenta musi się wysycić lekiem, żeby on zaczął w pełni działać.

prof. Paweł Gąsior

poznane. Przypuszcza się, że może za to odpowiadać inna biologia naczyń u kobiet i mężczyzn czy też różna ekspozycja na hormony w całym okresie życia. To interesujące zagadnienie, skupia się na nim obecnie duża uwaga badaczy” — informuje prof. Gąsior.

Męczące objawy przy „czystych” tętnicach

Pacjenci skarżą się uciskający, gniotący ból w klatce piersiowej, w mostku, najczęściej nasilający się przy wysiłku i w sytuacjach stresowych, ale u niektórych odczuwany sporadycznie, w spoczynku lub jako równoważnik dławicy, taki jak duszność. Jeśli inwazyjna koronarografia nie wykazuje istotnych zmian, a wykluczone zostają inne potencjalne źródła dolegliwości, takie jak np. nadciśnienie płucne, kardiomiopatia przerostowa czy choroba zastawkowa serca, pacjent jest kierowany na dalszą diagnostykę niekardiologiczną, np. gastroenterologiczną lub pulmonologiczną.

„W końcu diagnostyka się kończy i pacjent słyszy, że wszystko jest w porządku. A on dalej odczuwa dolegliwości, wciąż ma lęki, a jakoś jego życia ulega znacznemu pogorszeniu. Często zgłasza się do kolejnych lekarzy, szuka pomocy w różnych placów-

obniżona przy prawidłowym wskaźniku indeksu oporu mikrokrążenia, mówimy o dysfunkcji mikrokrążenia typu funkcjonalnego, a gdy mamy podwyższony indeks oporu mikrokrążenia, mówimy o typie strukturalnym” — dodaje.

Test z użyciem

trudno dostępnego w Polsce leku Z kolei do mechanizmów zależnych od endotelium zalicza się: dysfunkcję śródbłonna, spazm mikronaczyń i spazm dużych naczyń epikardialnych.

„To badamy, wykonując próbę prowokacyjną z acetylocholiną. I to jest de facto największe wyzwanie tej diagnostyki, bo o ile do oceny samej dysfunkcji mikrokrążenia wystarczy mieć odpowiedni, szeroko dostępny przewodnik z funkcją termodylucji, to druga część niesie wyzwania zarówno organizacyjne — trzeba sprowadzić lek poprzez import docelowy — jak i związane z samymi przygotowaniem leku. Trzeba mieć odpowiednio wyszkolony zespół, bo podajemy lek według określonych protokołów — we wzrastających dawkach. Z tych względów pełna diagnostyka mikrokrążenia jest ograniczona do dużych ośrodków akademickich” — wskazuje prof. Gąsior.

Izolowaną dysfunkcję śródbłonna stwierdza się u ok. 80 proc. pacjentów poddawanych próbie prowokacyjnej z acetylocholiną, dławicę mikronaczyniową oraz dławicę naczyńskurczową — u ok. 60 proc. pacjentów, natomiast dysfunkcję mikrokrążenia — u ok. 50 proc. Niektóre endotypy mogą występować u pacjenta jednocześnie.

Niewłaściwe rozpoznanie to leczenie nasilające objawy

Jak podkreśla prof. Paweł Gąsior, właściwa diagnoza jest dla pacjenta kluczowa, ponieważ w obu mechanizmach — zależnym i niezależnym od endotelium — zalecane lub przeciwwskazane są leki o całkowicie odmiennym działaniu. Zatem zaordynowanie tych niewłaściwych nie tylko nie pomoże, ale może wręcz nasilić uciążliwość dla pacjenta objawy.

„W przypadku dysfunkcji mikrokrążenia niezależnej od endotelium rekomendowana jest przede wszystkim — jak zawsze w chorobach sercowo-naczyniowych — aktywność fizyczna. U tych pacjentów należy również rozważyć wprowadzenie statyn oraz inhibitora konwertazy angiotensyny. Dodatkowo lekiem rekomendowanym jako pierwszy lek przeciwdławicowy, według różnych konsensusów, są beta-adrenolityki szeroko stosowane w kardiologii” — wymienia kardiolog.

Jeśli to zawodzi, są dostępne kolejne, nowoczesne leki. „Oczywiście tym pacjentom można zaferować nitrogliceryną w celu przerywania napadów dławicowych, ale raczej podawa-

nią podjęzykowo w formie spreju, nie tą o przedłużonym działaniu. To jest standardowe postępowanie, w którym możemy stosować różne kombinacje leków, w zależności od tolerancji pacjenta” — tłumaczy prof. Paweł Gąsior.

„Z kolei w przypadku mechanizmu zależnego od endotelium, czyli dławicy naczyńskurczowej i mikronaczyniowej, lekiem niezalecanym są właśnie beta-adrenolityki. Zatem pacjenci, którzy nie byli zdiagnozowani i mają dolegliwości dławicowe, a przyjmują zaordynowane przez kardiologów beta-adrenolityki, mogą doświadczyć spotęgowanych dolegliwości. Dopiero wykonanie próby prowokacyjnej z acetylocholiną pozwala na postawienie odpowiedniego rozpoznania” — podkreśla.

Kardiolog przypomina, że pacjenci leczący się z powodu chorób sercowo-naczyniowych niejednokrotnie przyjmują beta-adrenolityki z innych wskazań niż dławica — jako leki antyarytmiczne. „Oczywiście, zmniejszają one czynność akcji serca, jednak w przypadku dławicy naczyńskurczowej staramy się ich unikać. Alternatywą są blokery kanału wapniowego. U tych pacjentów ponadto również rekomendowane są statyny, inhibitory konwertazy angiotensyny oraz aktywność fizyczna, a do przerywania epizodów dławicowych — nitrogliceryna podawana podjęzykowo” — instruuje ekspert.

Gdy leki nie pomagają

„Dobranie właściwej farmakoterapii może potrwać nawet kilka miesięcy, ponieważ nie zmieniają leków kardiologicznych co dwa dni z uwagi na to, że organizm pacjenta musi się wysycić lekiem, żeby on zaczął w pełni działać” — podkreśla prof. Gąsior.

Przyznaje, że jest grupa pacjentów, którym nie da się pomóc farmakologicznie, mimo wypróbowania różnych leków w różnych kombinacjach. Rozwiązaniem w tym przypadku jest implantacja reduktora do zatoki wieńcowej.

„Mamy pacjentów, u których pomimo prowadzenia odpowiedniej farmakoterapii, nie byliśmy w stanie uzyskać satysfakcjonującej redukcji objawów, natomiast po implantacji reduktora zgłaszają nam znaczną poprawę. Nie może to być jednak robione *ad hoc* — najpierw należy wypróbować różne kombinacje leków i dopiero gdy one zawiodą, możemy zaproponować pacjentowi implantację reduktora” — wskazuje specjalista.

Program pomocy tej szczególnej grupie chorych III Klinika i Oddział Kardiologii GCM, kierowany przez prof. Wojciecha Wojakowskiego, rozpoczął w tym roku. „Leczyliśmy już kilkudziesięciu chorych, kolejnych kilkudziesięciu czeka w kolejce na przyjęcie i diagnostykę” — informuje prof. Paweł Gąsior.

Anna Gumułka

Nadciśnienie tętnicze pod kontrolą: kluczowe znaczenie strategii leczenia

Wieloletnie, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze pozostaje jedną z głównych przyczyn powikłań sercowo-naczyniowych, mimo szerokiego dostępu do skutecznych terapii. Jak podkreśla prof. Andrzej Januszewicz, fundamentalne znaczenie ma dziś nie tylko obniżenie wartości ciśnienia, lecz także właściwa strategia leczenia — oparta na wczesnym stosowaniu leków złożonych, indywidualizacji celów terapeutycznych i uwzględnieniu wieku oraz chorób współistniejących pacjenta. Nowe europejskie wytyczne porządkują postępowanie, ale jednocześnie wymagają od lekarzy świadomego i krytycznego podejścia w codziennej praktyce.

Nadciśnienie tętnicze pozostaje jednym z priorytetowych wyzwań współczesnej medycyny. Choć jest to powszechnie występująca choroba cywilizacyjna, w praktyce klinicznej nadal zbyt często jest rozpoznawana dopiero na etapie powikłań narządowych. Dlaczego tak się dzieje? Jednym z najbardziej charakterystycznych, a zarazem niebezpiecznych aspektów nadciśnienia tętniczego jest jego zazwyczaj bezobjawowy przebieg. Zasadnicze znaczenie ma czas trwania choroby, a nie tylko sama wysokość ciśnienia.

„Mówimy o sytuacji, w której podwyższone wartości ciśnienia utrzymują się nie przez tygodnie czy miesiące, ale przez wiele, nawet kilkanaście lat. To zupełnie zmienia perspektywę kliniczną” — zaznacza prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i hipertensjologii, kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii, konsultant krajowy w dziedzinie hipertensjologii, wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

Cicha choroba, często ujawniona dopiero w powikłaniach
U większości chorych nadciśnienie tętnicze nie daje jednoznacznych dolegliwości. Objawy, jeśli się pojawiają, są niespecyficzne i łatwe do zbagatelizowania. „Czasem pacjenci skarżą się na bóle głowy, przewlekłe zmęczenie czy gorszą tolerancję wysiłku, ale bardzo często dowiadują się o nadciśnieniu dopiero wtedy, gdy choroba jest już potwierdzona i zaczynają ujawniać się jej powikłania” — wyjaśnia prof. Andrzej Januszewicz.

W naturalnym rozwoju choroby te powikłania obejmują niekiedy cały układ sercowo-naczyniowy. Wieloletnie, nieleczone farmakologicznie nadciśnienie tętnicze prowadzi do przerostu mięśnia lewej komory serca. Początkowo jest to mechanizm kompensacyjny, jednak z czasem dochodzi do zaburzeń funkcji skurczowej i rozkurczowej, a w konsekwencji do rozwoju niewydolności serca. „To proces stopniowy, często niezauważalny dla pacjenta, ale o bardzo poważnych skutkach klinicznych” — podkreśla hipertensjolog. Równie istotne są zmiany zachodzące w nerkach. Długotrwale nadciśnienie prowadzi do ich postępującego uszkodzenia, które początkowo manifestuje się mikroalbuminurią, następnie jawnym białkomoczem, aż w końcu niewydolnością nerek. Mózg także pozostaje narażonym szczególnie wrażliwym na przewlekłe podwyższenie ciśnienia. „U chorych, którzy nie mają żadnych objawów neurologicznych, w badaniach rezonansu magnetycznego



Pacjenci leczeni preparatami złożonymi nie tylko szybciej obniżają ciśnienie, ale również szybciej osiągają wartości docelowe.

prof. Andrzej Januszewicz

czy tomografii komputerowej często stwierdzamy drobne ogniska niedokrwienne, będące śladem wieloletniego nadciśnienia” — zauważa prof. Januszewicz.

Całości obrazu dopełnia przyspieszony rozwój miażdżycy w dużych i średnich tętnicach, co istotnie zwiększa ryzyko udaru mózgu, ostrego zespółu wieńcowego oraz zgonu sercowo-naczyniowego.

Cele terapeutyczne według europejskich wytycznych
Skuteczna kontrola ciśnienia tętniczego pozostaje podstawowym celem leczenia. Tradycyjnie za granicę skutecznej terapii uznawano obniżenie ciśnienia poniżej 140/90 mm Hg, jednak współczesne wytyczne europejskie wprowadzają bardziej złożone podejście.

Obecnie najważniejsze znaczenie w tym zakresie mają dwa dokumenty: wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) z 2023 r. oraz wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) z 2024 r. Choć w wielu aspektach są one zbieżne, różnią się w kwestiach fundamentalnych, takich jak rozpoznawanie nadciśnienia i docelowe wartości ciśnienia.

„Wytyczne ESH bardzo wyraźnie różnicują cele terapeutyczne w zależności od wieku pacjenta” — podkreśla prof. Andrzej Januszewicz. U osób do 64. roku życia docelowe wartości wynoszą poniżej 130/80 mm Hg, u pacjentów w wieku 65-79 lat poniżej 140/80 mm Hg, natomiast u osób powyżej 80. roku życia kluczowe znaczenie ma ciśnienie skurczowe, które powinno mieścić się w zakresie 140-150 mm Hg. „To podejście lepiej uwzględnia fizjologię starzenia się i tolerancję leczenia u pacjentów w wieku podeszłym” — zaznacza hipertensjolog.

Odmienne stanowisko prezentują wytyczne ESC, które rekomendują u większości chorych — niezależnie od wieku — dążenie do utrzymania skurczowego ciśnienia tętniczego w zakresie 120-129 mm Hg. „Moim zdaniem, jest tu pewna pułapka. Brak wyraźnego rozróżnienia wieku może prowadzić do zbyt intensywnego leczenia, zwłaszcza pacjentów starszych, obciążonych zespołem kruchości lub gorzej tolerujących terapię” — ocenia prof. Januszewicz. Te wytyczne później uściślają, że w wybranych sytuacjach klinicznych, jeżeli pacjent ma np. zespół kruchości, źle toleruje leczenie, ta wartość może być wyższa, poniżej 140 mm Hg.

Klasyfikacja ciśnienia i jej konsekwencje kliniczne
Różnice między wytycznymi są szczególnie widoczne w klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego u osób nieleczonych jeszcze hipotensyjnie. ESH utrzymało klasyczny, wieloletni podział na ciśnienie optymalne, prawidłowe, wysokie prawidłowe oraz nadciśnienie tętnicze rozpoznawane od wartości 140/90 mm Hg i powyżej. Taki schemat pozwala nie tylko na ocenę stopnia zaawansowania choroby, lecz także na racjonalne planowanie intensywności leczenia oparte również na ryzyku sercowo-naczyniowym.

„Ten podział jest bardzo praktyczny. Mówi nie tylko o tym, czy pacjent ma nadciśnienie, ale także o jego stopniu i o tym, jak intensywnie powinniśmy go leczyć” — tłumaczy prof. Andrzej Januszewicz.

Wytyczne ESC wprowadzają natomiast — poza ciśnieniem prawidłowym i nadciśnieniem tętniczym — szeroką kategorię podwyższonego ciśnienia, obejmującą wartości już od 120/70 mm Hg. „Pacjent, który przez lata był informowany, że ma prawidłowe lub wysokie prawidłowe

ciśnienie, nagle dowiaduje się, że nie jest już osobą zdrową i powinien być leczony. To rodzi pewne zamieszanie i niepokój” — zauważa ekspert. Jego zdaniem, „wytyczne ESH w porównaniu z wytycznymi ESC lepiej klasyfikują chorych na nadciśnienie tętnicze, ponieważ uwzględniają bardzo ważny czynnik wieku — od wieku młodego, przez średni, podeszły do bardzo podeszłego (wskazując inne wartości docelowe)”.

Założeniem jest leczenie etapowe
Niezależnie od różnic klasyfikacyjnych, europejskie wytyczne są zgodne co do strategii leczenia. Nadciśnienie tętnicze należy leczyć etapowo, w trzech jasno zdefiniowanych krokach. Już na pierwszym etapie u większości pacjentów zaleca się rozpoczęcie terapii dwoma lekami hipotensyjnymi, najlepiej w postaci preparatu złożonego.

„Dla większości chorych od samego początku optymalnym rozwiązaniem jest leczenie skojarzone” — podkreśla prof. Januszewicz. Rdzeń terapii stanowi inhibitor konwertazy angiotensyny lub sartan, łączony z antagonistą wapnia albo diuretykiem tiazydowym lub tiazydopodobnym. W razie nieskuteczności leczenie rozwija się do schematu trójkowego, a w przypadku nadciśnienia opornego — do terapii czterolekowej.

Choć terapia skojarzona jest dziś standardem, istnieją sytuacje, w których uzasadnione jest zastosowanie monoterapii. Dotyczy to przede wszystkim młodych pacjentów z łagodnym nadciśnieniem i niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym, a także osób w bardzo podeszłym wieku z zespołem kruchości i skłonnością do hipotonii ortostatycznej. W tych grupach leczenie jednym lekiem pozwala ograniczyć ryzyko działań niepożądanych i poprawić tolerancję terapii.

Leki złożone — nie alternatywa, lecz standard

Szczególne miejsce w nowoczesnym leczeniu nadciśnienia zajmują preparaty złożone. Jak zaznacza prof. Januszewicz, ich rola wykracza daleko poza wygodę stosowania. „Preparaty złożone są dziś rekomendowane na każdym etapie leczenia nadciśnienia. To nie jest już opcja dodatkowa, ale standard postępowania” — wskazuje ekspert.

Badania kliniczne jednoznacznie pokazują, że pacjenci leczeni od początku preparatami złożonymi osiągają większą redukcję ciśnienia niż chorzy przyjmujący te same leki w oddzielnych tabletkach. Co więcej, efekt terapeutyczny pojawia się szybciej, a docelowe wartości ciśnienia są osiągane w krótszym czasie. „Pacjenci leczeni preparatami złożonymi nie tylko szybciej obniżają ciśnienie, ale również szybciej osiągają wartości docelowe” — mówi prof. Andrzej Januszewicz.

Jeszcze istotniejsze są dane dotyczące twardych punktów końcowych. „Okazało się, że pacjenci przyjmujący od początku leczenia preparaty złożone mają istotnie mniejszą częstość zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak udar mózgu czy zawał serca, w porównaniu z chorymi przyjmującymi te same leki osobno. Nie mamy pełnego wytłumaczenia tego zjawiska, ale efekt jest wyraźny i klinicznie bardzo ważny” — podkreśla prof. Januszewicz.

Kluczową rolę odgrywa także adherencja. „Pacjent, który przyjmuje jedną tabletkę zamiast dwóch czy trzech, znacznie rzadziej przerywa leczenie. Ma większą dyscyplinę terapeutyczną i leczy się po prostu skuteczniej” — dodaje. W realiach polskiej praktyki klinicznej, gdzie niska adherencja pozostaje jednym z głównych problemów terapii przewlekłej, znaczenie tego aspektu trudno przecenić.

W przypadku obecności chorób współistniejących

U pacjentów z chorobami współistniejącymi leczenie nadciśnienia wymaga szczególnej personalizacji. U chorego na cukrzycę preferowane są inhibitory konwertazy angiotensyny lub sartany, które wykazują korzystny wpływ nefroprotekcyjny i sercowo-naczyniowy. W niewydolności serca bardzo ważną rolę odgrywają beta-adrenolityki, antagoniści receptora mineralokortykoidowego (MRA) oraz floszyny, które dodatkowo wykazują umiarkowany efekt hipotensyjny.

„Nawet u chorych z zaawansowaną, a czasem wręcz schyłkową niewydolnością nerek możliwe jest skuteczne leczenie nadciśnienia, pod warunkiem bardzo ostrożnego doboru dawek i ścisłej kontroli” — podkreśla prof. Januszewicz.

Anna Rogala

reklama

NOWOŚĆ

NOWA TRÓJKA NA NOWE WYTYCZNE^{1,2}

COARAMLESSA[®]

peryndopryl z arginina / amlodypina / indapamid

PERYNDOPRYL Z ARGININĄ	AMLODYPINA	INDAPAMID
5 mg	5 mg	1,25 mg
10 mg	5 mg	2,5 mg
10 mg	10 mg	2,5 mg

CoAramlessa tabletki

5 mg + 1,25 mg + 5 mg

Perindoprilum argininum + Indapamidum + Amlodipinum

30 tabletek

Podanie doustne.

KRKA

CoAramlessa tabletki

10 mg + 2,5 mg + 5 mg

Perindoprilum argininum + Indapamidum + Amlodipinum

30 tabletek

Podanie doustne.

KRKA

CoAramlessa tabletki

10 mg + 2,5 mg + 10 mg

Perindoprilum argininum + Indapamidum + Amlodipinum

30 tabletek

Podanie doustne.

KRKA

Opakowanie 30 tabletek

Pełna informacja o produkcie po zeskanowaniu Kodu QR

- Charakterystyka produktu leczniczego Aramlessa z dnia 28.05.2024 r.
- McEvoy JW, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912–4018.

COARAMLESSA_MK_P_REKLAMA_Q1.2025

choroby układu oddechowego 25 lat



Zapalenie płuc wciąż zabija

„W Polsce dramatycznie często ludzie umierają z powodu zapalenia płuc, a świadomość tego zagrożenia jest zaskakująco niska” — mówi dr hab. Tadeusz Zielonka.

Jakie są najczęstsze przyczyny zapalenia płuc i jak zmieniło się nasze rozumienie etiologii tej choroby?

Zapalenie płuc może wynikać zarówno z zakażeń bakteryjnych, jak i wirusowych, przy czym przez wiele lat najczęściej spotykaliśmy się z etiologią bakteryjną. W praktyce klinicznej do dziś dominuje pneumokok, który pozostaje główną przyczyną pozaszpitalnego zapalenia płuc. Kolejnym często występującym patogenem jest *Haemophilus influenzae*, a dopiero dalej plasują się bakterie atypowe, takie jak chlamydie, mykoplazmy czy legionella. To właśnie te patogeny bakteryjne odpowiadają za około 60 proc., a według niektórych analiz nawet za dwie trzecie wszystkich przypadków.

Nasza wiedza o etiologii wirusowej zapaleń płuc znacząco wzrosła dopiero wtedy, gdy powszechnie dostępna stała się diagnostyka PCR. Okazało się wówczas, że infekcje wirusowe odgrywają większą rolę w ciężkich zapaleniach płuc, niż wcześniej zakładaliśmy. Za najważniejsze wirusy odpowiedzialne za zapalenie płuc uznaje się dziś wirusy grypy, RSV oraz SARS-CoV-2. Ta „wielka trójca” kształtuje obecny obraz wirusowych zakażeń dolnych dróg oddechowych i wymaga takiej samej uwagi diagnostycznej jak etiologia bakteryjna, ponieważ mogą one prowadzić do niewydolności oddechowej i zgonu.

Które grupy pacjentów są najbardziej narażone na ciężki przebieg zapalenia płuc?

Ciężkość przebiegu każdej infekcji jest w dużej mierze uzależniona od kondycji układu immunologicznego i stanu ważnych dla życia narządów, takich jak serce, płuca, nerki i wątroba. Codziennie stykamy się z bakteriami i wirusami, ale to, czy zachorujemy, zależy od skuteczności naszej odpowiedzi odpornościowej. Dlatego niewydolność układu immunologicznego jest kluczowym czynnikiem ryzyka ciężkiej pneumonii.

U dzieci układ odpornościowy jest jeszcze niedojrzały, co sprawia, że najmłodszy są szczególnie podatni na ciężkie zakażenia. Przez pierwsze lata życia ich odporność opiera się głównie na przeciwciałach przekazanych przez matkę, a ich własny układ immunologiczny dopiero się rozwija. Z kolei u osób starszych obserwujemy zjawisko immunosenescencji, czyli stopniowego osłabienia odporności, które staje się wyraźne po 65. roku życia.

To właśnie te dwie grupy — najmłodszy i najstarsi — najczęściej wymagają hospitalizacji z powodu zapalenia płuc, a ryzyko zgonu jest u nich największe. Trzecia, bardzo istotna grupa, to pacjenci z wrodzonymi lub nabytymi niedoborami odporności: osoby zakażone HIV, z chorobami nowotworowymi, autoimmunologicznymi, po przeszczepach czy leczeni immunosupresyjnie. U nich nawet stosunkowo łagodne infekcje mogą przebiegać bardzo ciężko.

Warto podkreślić, że podatność na zakażenia i ciężki przebieg choroby to jeden aspekt, a niewydolność oddechowa — drugi. Niewydolność wynika przede wszystkim z niewydolności samego narządu, a więc z tego, na ile płuca są zajęte procesem zapalnym i na ile uszkodzone były przed zachorowaniem. U młodej, zdrowej osoby może dojść do gwałtownej niewydolności oddechowej, jeśli zapalenie obejmie znaczną część miąższu płucnego, tak jak widzieliśmy to w ciężkich przypadkach COVID-19.

Z kolei pacjent z wcześniej uszkodzonym układem oddechowym — np. w przebiegu POChP — może rozwijać niewydolność oddechową nawet przy stosunkowo nie-

**O KIM MOWA**

Dr hab. n. med. Tadeusz Zielonka, prof. WUM, jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych i pulmonologii z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

wielkim zapaleniu, ponieważ jego płuca już przed infekcją działały na granicy wydolności. To dwa różne mechanizmy, które w praktyce klinicznej są często mylone.

Jakie objawy powinny skłonić lekarza POZ do skierowania pacjenta na RTG klatki piersiowej?

Największym problemem jest to, że badania obrazowe płuc wykonuje się zbyt późno lub wcale. Każdy kaszel trwający dłużej niż trzy tygodnie powinien być wskazaniem do wykonania RTG klatki piersiowej, jeżeli nie ustalono wcześniej konkretnej przyczyny. W Polsce wciąż zbyt wielu pacjentów z nowotworami płuca czy gruźlicą trafia do specjalistów za późno, często po miesiącach przewlekłego kaszlu, który nie był odpowiednio diagnozowany.

U pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak astma czy POChP, badanie obrazowe jest konieczne wtedy, gdy kaszel zmienia charakter — pojawia się wydzielina, nasila się duszność lub występuje krwioplucie. W sytuacji ostrej infekcji decyzja zależy od całości obrazu klinicznego. Jeśli lekarz podejrzewa zapalenie płuc, zdjęcie RTG jest absolutnie niezbędne, ponieważ weryfikuje diagnozę i umożliwia właściwe leczenie.

Niestety, często obserwujemy sytuacje, w których pacjenci otrzymują antybiotyki przy podejrzeniu zapalenia płuc bez potwierdzenia rozpoznania w badaniach obrazowych. Skutkuje to zarówno nadużywaniem antybiotyków, że wzrasta odporność, jak i działaniami niepożądanymi niepotrzebnie stosowanych leków. W rzeczywistości jedynie niewielka część takich przypadków faktycznie okazuje się prawdziwym zapaleniem płuc.

Szczególną uwagę należy zwrócić na osoby starsze, u których klasyczne objawy infekcji mogą nie występować. Seniorzy często w ogóle nie gorączkują, nie kaszlą i nie zgłaszają duszności. Jedynymi objawami zapalenia płuc bywają u nich: splątanie, zaburzenia świadomości czy utrata orientacji. Taka sytuacja zawsze powinna skłonić do wykonania RTG klatki piersiowej, nawet jeśli nie występują objawy typowe dla infekcji dolnych dróg oddechowych.

Kiedy pacjent z zapaleniem płuc wymaga hospitalizacji?

Obowiązujące w Polsce wytyczne opierają się na skalach punktowych, które bardzo precyzyjnie określają ryzyko ciężkiego przebiegu choroby i potrzebę leczenia szpitalnego. Na podstawie danych z wywiadu lekarskiego, badania fizykalnego i wyników badań laboratoryjnych sumuje się punkty ryzyka, a wynik pozwala rozstrzygnąć, czy chory powinien trafić na oddział.

Największe znaczenie ma wiek — u mężczyzn liczba lat odpowiada liczbie punktów, a próg hospitalizacji wynosi 90 punktów. Oznacza to, że 90-letni pacjent z zapaleniem płuc, niezależnie od tego, jak funkcjonuje w momencie wizyty, kwalifikuje się do hospitalizacji. Kobiety mają dziesięć punktów mniej, co wynika z różnic w śmiertelności. Młodszy pacjent również może uzyskać wysoki wynik, jeśli ma choroby współistniejące, takie jak cukrzyca, niewydolność nerek, serca, wątroby czy zaburzenia elektrolitowe. Zapalenie płuc rozwija się dynamicznie i osoba, która rano czuje się stosunkowo dobrze, wieczorem może być w stanie zagrożenia życia. Dlatego tak ważne jest, aby decyzje były podejmowane na podstawie obiektywnych kryteriów.

Jaką rolę odgrywają szczepienia w zapobieganiu zapaleniom płuc?

Szczepienia są jednym z najważniejszych narzędzi, które pozwalają zmniejszyć ryzyko ciężkiego przebiegu zapalenia płuc. Ich celem nie jest wyłącznie zapobieganie samemu zakażeniu, ale przede wszystkim ochrona przed najgroźniejszymi konsekwencjami, takim jak hospitalizacja, pobyt na OIOM-ie czy zgon. W ostatnim czasie szczególną uwagę zwraca się na szczepionkę przeciwko RSV, która wykazuje bardzo wysoką skuteczność i odgrywa kluczową rolę ochronną u seniorów. Jest to o tyle istotne, że obecnie nie dysponujemy żadnym lekiem przeciwwirusowym skutecznym wobec RSV.

Szczepienia przeciwko grypie i COVID-19 również są ważne, choć w tych przypadkach dostępność terapii przeciwwirusowych ogranicza ryzyko najpoważniejszych powikłań, o ile leczenie zostanie wdrożone odpowiednio wcześniej w pierwszych dniach choroby. Szczepionki przeciw pneumokokom są kolejnym elementem prewencji. Pneumokok pozostaje najczęstszą przyczyną zapalenia płuc, a tymczasem świadomość społeczna dotycząca jego zagrożenia jest nieporównywalnie mniejsza niż w przypadku raka płuca, mimo że pneumokoki zabijają więcej osób rocznie.

W ostatnich latach rośnie również liczba rejestrowanych przypadków RSV, co wynika przede wszystkim z wprowadzenia obowiązku zgłaszania tych zakażeń, jak i udostępnienia testów służących szybkiej diagnostyce. W 2023 r. odnotowano 12 tys. przypadków, w kolejnym ponad 40 tys., a w 2025 r. — już ponad 90 tys. do października. Faktyczna liczba zachorowań była z pewnością wielokrotnie większa, ponieważ do statystyk trafiają tylko przypadki zarejestrowane przez lekarzy.

Jak powinien wyglądać postępowanie po przebiegu zapalenia płuc?

Kontrola jest niezwykle ważnym elementem postępowania, zwłaszcza u seniorów. Najczęstszym błędem jest wykonywanie kontrolnego RTG zbyt wcześnie, często po tygodniu lub dwóch, kiedy zmiany radiologiczne jedynie częściowo się wycofały. Taki wynik badania niewiele wnosi do oceny stanu pacjenta. Prawidłowy czas na wykonanie kontrolnego RTG klatki piersiowej po przebytym zapaleniu płuc to cztery do sześciu tygodni od ustąpienia ostрых objawów. Jest to szczególnie istotne u osób starszych, ponieważ zapalenie płuc może nałożyć się na chorobę nowotworową, a jedynie ocena radiologiczna w odpowiednim odstępie czasowym pozwala stwierdzić, czy proces zapalny całkowicie ustąpił, czy też pozostają zmiany wymagające dalszej diagnostyki.

Jeżeli chodzi o powrót do pracy czy codzienną aktywności, nie ma tu sztywnych reguł. Wszystko zależy od wieku, wyjściowego stanu zdrowia oraz obecności chorób towarzyszących. Młodsze osoby często wracają do pełnej sprawności stosunkowo szybko, natomiast u seniorów proces ten bywa długotrwały i trudny.

U części pacjentów po RSV lub ciężkim zapaleniu płuc obserwujemy utrzymujące się miesiącami pogorszenie wydolności, a niekiedy trwałe ograniczenie samodzielności. Choroba może więc nie tylko zagrażać życiu, ale również prowadzić do utraty sprawności, co jest szczególnie bolesne dla osób starszych i ich rodzin.

Rozmawiała Anna Rogala

Narastająca duszność — to nie wiek, to POChP

W Polsce tysiące osób przez lata żyje z narastającą dusznością, nie wiedząc, że rozwija się u nich przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). Jej objawy, przypisywane wiekowi, przepracowaniu czy chorobie serca, prowadzą pacjentów do różnych gabinetów lekarskich, często opóźniając rozpoznanie schorzenia.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, mimo że od lat znajduje się w czołówce najczęstszych przyczyn zgonów na świecie, wciąż pozostaje w Polsce chorobą późno rozpoznawaną, często bagatelizowaną, a nierazko myloną z szeregiem innych schorzeń układu oddechowego i krążenia. Tegoroczne hasło Światowego Dnia POChP: „Krótki oddech — duszność — pomyśl o POChP” podkreśla problem, z którym mierzy się wielu chorych. Ta duszność narasta powoli, stając się częścią ich codzienności.

Diagnostyczna odyseja pacjentów

„Stopniowo rozwijająca się duszność sprawia, że chorzy zbyt późno zgłaszają się po pomoc. Z kolei lekarze zbyt rzadko kojarzą objawy duszności wysiłkowej z POChP, kierując pacjentów w pierwszej kolejności do kardiologa” — tłumaczy dr hab. n. med. Piotr Dąbrowiecki z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Infekcyjnych i Alergologii Wojskowego Instytutu Medycznego — Państwowego Instytutu Badawczego, przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP.

Długotrwałe opóźnienia diagnostyczne stanowią dziś jeden z największych problemów w polskiej opiece nad chorymi na POChP. „Jeżeli pacjent trafi w końcu do pulmonologa, diagnoza zapada szybko. Problem polega na tym, że zanim to nastąpi, mija czasem od trzech do nawet siedmiu lat. To zdecydowanie za długo” — podkreśla specjalista.

Choroba rozwija się powoli, a pacjenci — szczególnie ci po 50. roku życia — często przypisują swoje dolegliwości starzeniu, słabszej kondycji, nadwadze czy współistniejącym schorzeniom sercowo-naczyniowym. Duszność pojawiająca się podczas wysiłku jest jednym z pierwszych objawów POChP, ale też jednym z najczęściej mylonych: chorzy kierowani są na badania kardiologiczne, wykonują EKG, próby wysiłkowe, często nawet koronarografię, zanim ktokolwiek zleci podstawową spirometrię.

„Serce i płuca to dwa narządy, które niezależnie odpowiadają za uczucie duszności. Dlatego idealnym postępowaniem diagnostycznym jest wykonanie zarówno EKG, jak i spirometrii. To prawda decyzja, która mogłaby skrócić drogę do właściwego rozpoznania nawet o kilka lat” — wskazuje dr hab. Piotr Dąbrowiecki.

Epidemiologia i rzeczywistość kliniczna

W Polsce POChP nadal pozostaje schorzeniem niedoznacowanym epide-

**Lekarze zbyt rzadko kojarzą objawy duszności wysiłkowej z POChP, kierując pacjentów w pierwszej kolejności do kardiologa.**

dr hab. Piotr Dąbrowiecki

miologicznie. Uważa się, że dotyka ono ok. 2-3 mln osób, niestety tylko połowa chorych ma ustalone rozpoznanie. Pozostali kaszlą, mają duszności wysiłkowe i nie wiedzą, że to podstawy dolegliwości leży POChP.

Jedną z przyczyn jej występowania jest palenie tytoniu, ale równie istotne pozostaje narażenie na zanieczyszczenia powietrza, które w sezonie zimowym dotyczy nawet 70 proc. polskiej populacji. „Do tego należy dodać powtarzające się infekcje w dzieciństwie, które — podkreśla ekspert — mogą prowadzić do obniżonej rezerwy oddechowej w wieku dorosłym, czyniąc płuca bardziej podatnymi na rozwój przewlekłego zapalenia”.

Ta różnorodność czynników ryzyka powoduje, że pacjenci trafiają do lekarzy ze zróżnicowanym obrazem klinicznym. „Dwie osoby, które palą papierosy tak samo długo, mogą mieć zupełnie inną dynamikę choroby. Jedna będzie miała wyraźnie nasilonie zapalenie w układzie oddechowym, kaszel i wykrztuszanie wydzieliny, inna nasiloną duszność z powodu rozedmy płuc, a u kolejnej POChP będą towarzyszyć objawy astmy oskrzelowej. Dlatego tak ważne jest fenotypowanie” — zauważa dr hab. Piotr Dąbrowiecki.

Przypomina, że dla potrzeb klinicznych dzieli się chorych na objawowych, wykorzystując w tym celu test mMRC lub CAT, oraz zastraszających się. Ci drudzy podają w wywiadzie incydenty zaostżeń choroby wymagające podania antybiotyków lub steroidów doustnych. Specyficzne dla POChP testy można znaleźć na stronie www.astma-alergia-pochp.pl

Fundament personalizacji terapii

Fenotypowanie stanowi dziś kluczowy element nowoczesnego podejścia do leczenia POChP. To narzędzie pozwalające na dopasowanie terapii do konkretnego pacjenta, jego objawów, przebiegu choroby i odpowiedzi na farmakoterapię. Alergolog wskazuje, że choroba może przyjmować wiele postaci: od fenotypów astmatycznych, charakterystycznych dla pacjentów z alergią od młodości, po fenotypy obserwowane u wieloletnich palaczy, u których dominują kaszel i stopniowo narastająca duszność.

Szczególną grupą są chorzy z fenotypem zastrzeniowym, który — mimo leczenia — często trafiają do szpitala z powodu infekcji lub nagłego pogorszenia wydolności oddechowej. To właśnie oni najwięcej korzystają z terapii przełkowej, zmniejszającej stan zapalny i redukującej liczbę zaostżeń.

Fenotypowanie ma również ogromne znaczenie w przypadku chorych z eozynofilią. „To ważna informacja diagnostyczna, która w ogromnym stopniu wpływa na decyzje terapeutyczne. Eozynofilie to dzisiaj realny marker kliniczny w POChP, pomagający dobrać właściwy zestaw leków” — tłumaczy dr hab. Piotr Dąbrowiecki.

Zaniechania i problemy systemowe

Ścieżka diagnostyczna osoby z POChP jest długa, a liczne czynniki opóźniające skuteczne działanie są to ze strony pacjenta, czy lekarza, czy niewydolnego systemu powodują, że choroba często pozostaje nierozpoznana aż do zaawansowanego stadium.

„Pacjent, który pali od trzydziestu lat, często nie chce słyszeć, że jego duszność może wynikać z POChP. Mówi: „to tylko wiek, bo serce sprawdziłem — EKG mam prawidłowe”. Jako lekarze często zaniedbujemy najważniejszy przy rozpoznaniu POChP temat uzależnienia od nikotyny. Zdarza się, że nie nalegamy na zaprzestanie palenia, uważając, że i tak pacjent nas nie posłucha” — przyznaje dr hab. Piotr Dąbrowiecki.

„Jeśli pacjent, mimo terapii, nadal ma duszność, alergolog może od razu skierować go do kardiologa. „Z kolei kardiologzy kierują do mnie osoby, u których nie znaleźli przyczyny duszności w układzie krążenia. To działa jak system naczyń połączonych, który ułatwia diagnostykę i terapię chorych” — mówi ekspert.

Opieka koordynowana obejmuje również porady dietetyczne oraz edukacyjne, co ma ogromne znaczenie w POChP, ponieważ choroba ta często współistnieje z otyłością lub niedożywieniem, a u części pacjentów obserwuje się znaczące wyniszczenie.

„Po stronie lekarzy trudności wynikają przede wszystkim z niewystarczającej czujności diagnostycznej oraz zbyt rzadkiego wykorzystywania spirometrii — badania niezbędnego do rozpoznania POChP. Dodatkowo lekarze zbyt rzadko sprawdzają, czy chorzy poprawnie stosują leki wziewne, zapominając także o niefarmakologicznych sposobach leczenia POChP” — dopowiada alergolog. Natomiast na poziomie systemu problemem pozostają: ograniczone finansowanie, słabo rozwinięta opieka nad osobami z uzależnieniami od nikotyny oraz brak szeroko zakrojonych programów edukacyjnych.

Realne korzyści z opieki koordynowanej w POZ

Jednym z najbardziej obiecujących rozwiązań w polskiej opiece nad pacjentami z POChP jest opieka koordynowana w POZ. W tym systemie lekarz POZ może kierować pacjenta na rozszerzoną diagnostykę oraz konsultacje specjalistyczne w ramach ścieżki, obejmującej m.in. kardiologię, diabetologię, nefrologię, endokrynologię oraz ścieżkę alergologiczno-pulmonologiczną.

Umożliwia ona wykonanie spirometrii, konsultację z pulmonologiem oraz przeprowadzenie edukacji dotyczącej stosowania leków wziewnych i profilaktyki infekcji. Według aktualnych danych, ok. 30 proc. przychodni POZ w Polsce realizuje opiekę koordynowaną w ścieżce alergologiczno-pulmonologicznej.

„W mojej praktyce ścieżka alergologiczno-pulmonologiczna sprawdza się znakomicie. Trafiają do mnie pacjenci z wykonanymi już badaniami: spirometrycznym przed i po podaniu leku rozszerzającego oskrzela, aktualnym obrazem radiologicznym klatki piersiowej i przede wszystkim z całą dotychczasową historią choroby, dokumentowaną w POZ. To lekarz POZ inicjuje konsultację, a więc znalazł u chorego cechy przewlekłej choroby płuc i często rozpoczyna leczenie, które ja mogę poprawić lub zoptymalizować” — opowiada dr hab. Piotr Dąbrowiecki.

„Jeśli pacjent, mimo terapii, nadal ma duszność, alergolog może od razu skierować go do kardiologa. „Z kolei kardiologzy kierują do mnie osoby, u których nie znaleźli przyczyny duszności w układzie krążenia. To działa jak system naczyń połączonych, który ułatwia diagnostykę i terapię chorych” — mówi ekspert.

Opieka koordynowana obejmuje również porady dietetyczne oraz edukacyjne, co ma ogromne znaczenie w POChP, ponieważ choroba ta często współistnieje z otyłością lub niedożywieniem, a u części pacjentów obserwuje się znaczące wyniszczenie.

Edukacja dotycząca prawidłowej techniki inhalacji jest kolejnym kluczowym elementem, ponieważ jak podkreśla specjalista: „Wielu pacjentów nie potrafi prawidłowo używać inhalatora. Jeśli lek nie jest przyjmowany prawidłowo, to nie działa, niezależnie od jego nowoczesności i skuteczności. Zdarza mi się korygować sposób terapii, bo chory otrzymał leki wziewne, których mimo najlepszych chęci nie jest w stanie zainhalować z powodu niskich parametrów PIF. Czasami dokładam kolejne leki lub zmieniam terapię na trójkową”.

Wzmocnienie przez ruch i rehabilitację oddechową

Choć farmakoterapia jest kluczowym elementem leczenia, nie można zapominać o znaczeniu modyfikacji stylu życia. Ruch i rehabilitacja oddechowa stanowią fundament, który w długiej perspektywie decyduje o jakości życia i wydolności chorego. Pacjenci, którzy pozostają aktywni — nawet wykonując proste domowe ćwiczenia — mają lepiej kontrolowaną chorobę, rzadziej ulegają zaostżerzom i dłużej zachowują samodzielność.

„Ruch dla pacjenta z POChP jest jak kolejny lek. Jeśli ktoś przestaje się ruszać, choroba postępuje szybciej. Nawet kilka prostych ćwiczeń oddechowych, wykonywanych codziennie, może znacząco zmniejszyć duszność — podkreśla ekspert. — Dodatkowo, dołączając 2 razy w tygodniu trening oporowy, istotnie wzmacniamy organizm chorego”.

POChP nie musi być wyrokiem

Nierozpoznane lub późno rozpoznane POChP skracają życie pacjentów o ok. 10 lat. Opiekę nad tymi chorymi czeka dziś wiele wyzwań, ale jednocześnie ma ona do dyspozycji narzędzia, które mogą realnie poprawić sytuację: opiekę koordynowaną w POZ, nowoczesne terapie dwu — i trójkowe, niedługo być może leczenie biologiczne oraz telemedycynę. Warunkiem powodzenia jest spójne połączenie wszystkich elementów, a przede wszystkim skrócenie czasu od wystąpienia objawów do wykonania spirometrii.

„Dziś wiemy, że im wcześniej rozpoznamy chorobę i im szybciej wdrożymy odpowiednie leczenie, tym dłużej pacjent będzie żył i tym lepiej będzie funkcjonował. POChP nie musi być wyrokiem. Możemy realnie zmieniać przebieg tej choroby” — podsumowuje dr hab. Piotr Dąbrowiecki.

Anna Rogala

DDA — syndrom, którego nie ma

Syndrom dorosłych dzieci alkoholików (DDA) przez lata funkcjonował jako jedno z najbardziej znanych pojęć w psychologii popularnej. Miał tłumaczyć lęki, trudności w relacjach, niskie poczucie własnej wartości. Badania pokazują jednak, że taki syndrom po prostu nie istnieje. „Nie ma żadnego narzędzia diagnostycznego, które pozwalałoby go rozpoznać. To raczej ideologia niż kategoria naukowa” — mówi dr Tomasz Witkowski. W rozmowie tłumaczy, dlaczego psychologia wciąż ulega przejściowemu modom, skąd wzięło się zjawisko „pokolenia płatków śniegu” i czemu rezyliencja nie rodzi się w komforcie, lecz w konfrontacji z trudnościami.

Czym jest syndrom dorosłych dzieci alkoholików i skąd wziął się ten termin?

Syndrom DDA to zjawisko, co do którego — mówiąc wprost — nie wiadomo, czy w ogóle istnieje. A właściwie wszystkie dostępne dane wskazują, że nie istnieje. Jego historia zaczęła się w połowie lat 70. XX wieku. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu zauważyły, że zmagają się z podobnymi problemami emocjonalnymi i zaczęły uczestniczyć w spotkaniach Anonimowych Alkoholików. Szybko jednak okazało się, że udział w tych grupach nie przynosi im oczekiwanej poprawy funkcjonowania, więc utworzyli własne — pierwsze grupy Dorosłych Dzieci Alkoholików.

Zjawisko to bardzo szybko stało się modą. Zaczęły ukazywać się książki opisujące rzekomo „syndrom DDA”, rozwijały się kolejne grupy wsparcia, a idea rozprzestrzeniała się w różnych krajach. Warto jednak podkreślić, że wszystko to odbywało się bez żadnego naukowego zaplecza — zanim ktokolwiek zaczął ten fenomen badać.

Kiedy pojawiły się pierwsze badania i co wykazały?

Okazało się, że jeśli opisać ten „syndrom” tak, jak robili to przedstawiciele tego ruchu — bo w istocie nie była to żadna organizacja, lecz raczej ruch społeczny — to bardzo wiele osób identyfikuje się z tym opisem. Co ciekawe, niekoniecznie są to osoby, które faktycznie wychowały się w rodzinach z problemem alkoholowym. Nie opracowano żadnego narzędzia diagnostycznego, które pozwoliłoby obiektywnie postawić taką diagnozę, ani odróżnić osoby z rodzin alkoholowych od reszty społeczeństwa.

Później przeprowadzono badania porównujące dorosłe dzieci alkoholików z osobami z populacji ogólnej — analizując m.in. osobowość, funkcjonowanie emocjonalne. W większości przypadków nie stwierdzono żadnych istotnych różnic. W jednym tylko badaniu zauważono, że dorosłe dzieci alkoholików mogą mieć nieco większe trudności w komunikacji interpersonalnej, ale to była raczej słabo udokumentowana obserwacja.

Do dziś nie ma badań, które potwierdzałyby istnienie odrębnego syndromu DDA. Nie występuje on w żadnym podręczniku diagnostycznym — ani w klasyfikacji DSM, ani ICD.

Ukuto jednak kolejną nazwę — Dorosłe Dzieci z Rodzin Dysfunkcyjnych.

Gdy zaczęto dostrzegać, że z pojęciem DDA jest problem, pojawiła się jego rozszerzona wersja — DDD, czyli Dorosłe Dzieci z Rodzin Dysfunkcyjnych. Uznano, że podobne trudności mogą mieć także osoby wychowujące się w rodzinach, w których występowała przemoc, poważna choroba psychiczna, wychowywanie przez jednego rodzica, czy inne formy dysfunkcji.

Jednak i w tym przypadku wyniki badań były podobne: nie stwierdzono różnic między osobami z tzw. rodzin dysfunkcyjnych a resztą populacji. Mimo to koncepcja ta przez pewien czas cieszyła się dużą popularnością — dziś wydaje się, że ten okres się kończy. Częściowo wynika to



O KIM MOWA

Dr Tomasz Witkowski, prof. Wyższej Szkoły Kształcenia Zawodowego, jest psychologiem, pisarzem, publicystą, autorem kilkunastu książek, w tym 5 wydanych w USA. Jego najnowsza publikacja to „Zawracanie statków głupców i inne eseje”.

z faktu, że nie żyje już prof. Jerzy Mellibruda (zm. 2020), który był w Polsce gorącym propagatorem i twórcą tego ruchu. To on w dużej mierze wprowadził koncepcję DDA do naszego kraju, mówił o 3 mln dorosłych dzieci alkoholików i opracował dedykowane im programy terapeutyczne. Po jego śmierci zainteresowanie tą koncepcją naturalnie osłabło.

Z drugiej strony w psychologii i psychiatrii, podobnie jak w innych dziedzinach, pojawiają się pewne mody. W XIX wieku połowę kobiet w Paryżu diagnozowano jako „histeryczki” — dziś ta jednostka diagnostyczna już nie istnieje.

Kiedy ja studiowałem, najbardziej popularną jednostką diagnostyczną była nerwica — teraz praktycznie nikt nie używa tego pojęcia. Dziś „modne” są: depresja, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ang. *attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) czy borderline. Psychologia, niestety, podlega takim falom zainteresowania.

Czy te ostatnie jednostki, które pan profesor wymienił (np. ADHD), również mogą z czasem przejść do historii?

Prawdopodobnie tak właśnie będzie. Proszę zwrócić uwagę na skalę zjawiska. Pierwszy diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych (ang. *diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-1) ukazał się w latach 50. XX wieku i pozwalał rozpoznać 106 zaburzeń psychicznych. Tymczasem w najnowszej wersji, DSM-5, opublikowanej kilka lat temu, można znaleźć już sporo ponad 500 różnych diagnoz. Co więcej, z wyjątkiem narkolepsji, żadna z tych jednostek nie ma biologicznego markera.

W przeciwnieństwie do chorób somatycznych, w psychiatrii nie mamy ani przeciwciał, ani hormonów, ani innych wskaźników, które jednoznacznie potwierdzałyby rozpoznanie. O tym, czy dane zaburzenie trafia do podręcznika, decyduje panel ekspertów — poprzez głosowanie. To metoda, delikatnie mówiąc, mało precyzyjna.

Czy w związku z tym diagnozy psychiatryczne są w pewnym sensie „umowne”?

Tak. W dodatku podczas prac nad DSM-5 ujawniono, że 70 proc. panelu ekspertów miało niezadeklarowane konflikty interesów — posiadali oni udziały w firmach farmaceutycznych, i to niemałe. W efekcie Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (National Institute of Mental Health, NIMH) w Stanach Zjednoczonych wycofał się ze współpracy przy tym projekcie, uznając, że system klasyfikacji DSM jest nieprzydatny i zbyt mało wiarygodny.

Oczywiście, są jednostki dobrze opisane i w miarę precyzyjnie rozpoznawane, jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa czy uzależnienia. Ale wiele innych diagnoz jest bardzo płynnych i podatnych na interpretację. Dobrym przykładem jest ADHD — kilka lat temu wybuchła wokół tej diagnozy głośna dyskusja, kiedy trzeba samego pojęcia, krótko przed śmiercią,

przyznał, że jego zdaniem to „wymyślony syndrom”.

Podobnie zresztą uważał nieżyjący już Jerome Kagan (zm. 2021), wybitny psycholog rozwojowy z Harvardu, który również był bardzo sceptyczny wobec istnienia ADHD jako odrębnej jednostki diagnostycznej.

Dlaczego więc psychiatria i psychologia kliniczna tak łatwo przyjmują nowe zaburzenia?

Myślę, że to efekt tego, iż obie dziedziny próbowały iść śladem medycyny. W medycynie rozwój polega na coraz precyzyjniejszym różnicowaniu objawów. Kiedyś kaszel był po prostu kaszlem — dziś wiemy, że może być skutkiem infekcji wirusowej, bakteryjnej, alergii, refluksu i wielu innych przyczyn. Medycyna idzie więc w kierunku coraz dokładniejszej diagnostyki i szukania markerów biologicznych, które pozwalają trafnie określić źródło choroby.

Psychiatria postanowiła zrobić to samo — różnicować objawy psychiczne na coraz więcej zespołów, syndromów i podtypów, by precyzyjniej „trafiać w istotę zaburzenia”. Jednak ten kierunek okazał się złudny.

Najlepiej tłumaczy to koncepcja prof. Roberta Plomina — jednego z najwybitniejszych genetyków zachowania z Londynu. W swoich badaniach pokazuje on, że właściwie wszystkie zaburzenia psychiczne mają wspólne podłoże genetyczne. Nazywa je „czynnikami p” — od *psychopathology* [na wzór „czynnika g” w inteligencji ogólnej (ang. *general*)].

Dawno już upadł mit „jednego genu — jednej choroby”. Dziś wiadomo, że mamy do czynienia z tzw. wpływami poligenowymi, czyli współdziałaniem wielu genów. Na przykład za schizofrenię odpowiada ponad tysiąc zmian w różnych miejscach materiału genetycznego. Z tego względu trudno mówić o precyzyjnym, jednoznacznym rozróżnieniu między chorobami psychicznymi.

Plomin sugeruje wręcz, że istnieje jeden ogólny czynnik podatności na zaburzenia psychiczne, który może manifestować się na różne sposoby: u jednej osoby jako depresja, u innej jako schizofrenia, u kolejnej jako zaburzenia afektywne czy lękowe. W tym sensie diagnoza psychiatryczna jest raczej szacowaniem prawdopodobieństwa niż rozpoznaniem w ścisłym, medycznym znaczeniu tego słowa.

Niektóre zaburzenia psychiatryczne — jak depresja — mają udowodnione podłoże genetyczne. Ale nawet jeśli odłożymy genetykę na bok, trudno nie zauważyć, że nasze dzieciństwo ma ogromny wpływ na to, kim jesteśmy. Czy naprawdę można powiedzieć, że doświadczenia z wczesnych lat nie determinują w znacznym stopniu naszej osobowości?

To bardzo ciekawe pytanie. W psychologii funkcjonuje coś, co można by nazwać „mitem wczesnego dzieciństwa”. W popularnym myśleniu przeceniamy wpływ pierwszych lat życia na całe nasze funkcjonowanie. Badania pokazują, że każdy etap rozwoju jest równie istotny — tak samo pierwszy rok życia, jak i okres

25 lat



szkolny czy adolescencja. Prawdopodobnie wiek dorosły, a nawet ostatni etap życia ma większe znaczenie dla naszego funkcjonowania psychicznego niż to, co działo się w pierwszych miesiącach po narodzinach.

To znaczy, że przeceniamy wpływ rodziny na to, kim jesteśmy?

Tak. Rodzina odgrywa ogromną rolę we wczesnym okresie, ale jej wpływ w czasie maleje. W szkole podstawowej na pierwszy plan zaczynają wysuwać się inne czynniki — środowisko rówieśnicze, nauczyciele, doświadczenia społeczne. W dorosłości te wpływy się nakładają i stają coraz bardziej złożone.

Dlatego sam fakt, że ktoś wychowywał się w rodzinie z problemem alkoholowym, nie musi automatycznie oznaczać głębokich zaburzeń emocjonalnych. Znam wiele przypadków osób, które miały rodziców uzależnionych, ale ich dzieciństwo nie wiązało się z przemocą, a jedyną konsekwencją była np. gorsza sytuacja materialna, bo pieniądze były „przebijane”.

Czyli nie każda rodzina z problemem alkoholowym to automatycznie „rodzina dysfunkcyjna”?

Dokładnie tak. Pojęcie „syndromu dorosłych dzieci alkoholików” miało tłumaczyć większość życiowych trudności tych osób — od problemów w relacjach po niepowodzenia zawodowe. Tymczasem to zbyt szeroka i uproszczona koncepcja. Oczywiście, jeśli w rodzinie występowała przemoc, molestowanie czy chroniczne poczucie zagrożenia, to ryzyko zaburzeń psychicznych w dorosłości rośnie.

Ale i tu nie ma prostego automatyzmu — nie każde dziecko z takimi doświadczeniami będzie miało problemy. Różnimy się poziomem odporności psychicznej, temperamentem, sposobem radzenia sobie ze stresem. To one w dużej mierze decydują o tym, jak poradzimy sobie w dorosłym życiu. W gruncie rzeczy jesteśmy bardziej odporni, niż się powszechnie sądzi.

Współczesna psychologia często przedstawia człowieka jako istotę bardzo kruchą, a to nieprawda. Z perspektywy ewolucyjnej gatunek Homo sapiens jest niezwykle odporny. Istniejemy jako gatunek od ok. 300 tys. lat i przez większość tego czasu nasi przodkowie żyli w warunkach permanentnego zagrożenia — nie mogli przesać spokojnie nocy, bo groził im np. atak drapieżników.

Jeszcze w XIX w. kobieta, rodząc dziecko, realnie ryzykowała życie, a śmierć dzieci w rodzinie była czymś powszechnym. Wojny, głód, choroby — wszystko to hartowało ludzi i kształtowało ich odporność psychiczną. Organizm ludzki jest znacznie bardziej wytrzymały, niż chcemy w to wierzyć.

Czyli nasze „traumy” często nie mają tak destrukcyjnego wpływu, jak zakładamy?

Istnieją bardzo interesujące badania prof. Dana Gilberta, które pokazują, że ludzie systematycznie przeceniają wpływ negatywnych emocji i zdarzeń na swoje

życie. Gdy wyobrażamy sobie trudną sytuację, zakładamy, że będzie dla nas katastrofalna. Ale kiedy naprawdę się wydarzy, okazuje się, że radzimy sobie dużo lepiej, niż przewidywaaliśmy. To pokazuje, że wbrew powszechnym przekonaniom, jesteśmy psychicznie dużo bardziej elastyczni i odporni, niż sądzimy.

Skoro więc — jak pan mówi — jesteśmy z natury znacznie bardziej odporni, niż się powszechnie uważa, to jak wytłumaczyć zjawisko określane mianem „pokolenia płatków śniegu”? To generacja, które swoje trudności i niepowodzenia bardzo często tłumaczy sposobem wychowania: tym, że ktoś powiedział im w dzieciństwie coś przykrego, że nie otrzymali wystarczającego wsparcia emocjonalnego.

Tymczasem jeszcze kilka dekad temu było to coś zupełnie naturalnego — dziecko słyszało surowe słowa od rodzica i nikt nie uważał tego za traumę. Kiedyś 12-latkowie sili walczyć w Powstaniu Warszawskim, dziś wielu młodych ludzi pozostaje na utrzymaniu rodziców do 20. a czasem nawet 40. roku życia i dłużej. Czy rzeczywiście mamy dziś do czynienia z młodymi ludźmi mniej odpornymi na stres i krytykę, czy raczej to publiczny mit, który więcej mówi o starszych pokoleniach niż o młodych?

Od kilku dekad prowadzone są intensywne badania nad odpornością psychiczną — określaną jako twarde psychiczna lub rezyliencja (ang. *resilience*). Pokazują one jasno, że umiarkowana konfrontacja z trudnościami i przeciwnościami życiowymi buduje odporność psychiczną, a nie ją osłabia. Tymczasem współczesna pedagogika — zwłaszcza pod wpływem popularnych poradników psychologicznych — posła w kierunku nadmiernej ochrony dzieci. Starano się oszczędzać im stresu, silnych emocji, a nawet trudnych informacji, np. ukrywając przed nimi śmierć domowego zwierzęcia. A przecież to właśnie takie doświadczenia uczą, że życie wiąże się z bólem, stratą i wysiłkiem. Jeśli są przeżywane w bezpiecznym kontekście, budują odporność, a nie traumę.

Nie da się zbudować odporności, unikając trudności?

Rezyliencja nie bierze się z komfortu. Człowiek staje się odporny wtedy, gdy mierzy się z przeszkodami — oczywiście, stopniowo i z odpowiednim wsparciem. Wystarczy spojrzeć na ludzi dawnych epok. XIX-wieczni odkrywcy, podróżnicy, żeglarze czy himalaisci to byli prawdziwi „stalowi ludzie”. Ale takich przykładów wcale nie brakuje i dziś — choćby w sporcie ekstremalnym. Ci ludzie wiedzą, że pewnych kompetencji nie da się zdobyć inaczej, jak tylko przez konfrontację z trudnościami.

Dziś coraz młodsze dzieci — nawet 12-13-letnie — mówią, że chcą iść na psychoterapię, bo „potrzebują porozmawiać z kimś innym niż matka czy ojciec”. Często wspominają o trudnych relacjach z rodzicami. Jak prowadzić takie osoby?

Do tej pory sądziłam, że takie doświadczenia wzmacniają, ale teraz zastanawiam się, czy raczej nie osłabiają.

Poziom tolerancji na doświadczenia negatywne jest bardzo zróżnicowany. Zależy w dużej mierze od temperamentu, czyli wrodzonych właściwości układu nerwowego. To, co jednych wzmacnia, innych może złamać. Dlatego trzeba tu zachować ostrożność — słynne powiedzenie „co cię nie zabije, to cię wzmocni” nie zawsze jest prawdziwe, bo czasami doświadczenia naprawdę potrafią zniszczyć.

To trudny temat, bo różnice międzypokoleniowe są ogromne. Moje pokolenie wychowywało się w szacunku do wyzwań. Jeśli ktoś był harcerzem, to musiał zdobyć „sprawność trzech piór”, podejmować różne próby, zasługiwać na uznanie. I — co ważne — całe otoczenie podzielało te wartości. Dziś mamy do czynienia z sytuacją anonii wartości — nie ma już jednego, wspólnego systemu norm. Kiedyś wiadomo było, że harcerz jest prawdziwym, pomaga słabszym, jest wytrwały, ma honor. Dziś kultura oferuje wiele równoległych wzorców — jakby „różne garnitury wartości”. W niektórych z nich dominuje nadwrażliwość, a nawet przewrażliwienie, traktowane wręcz jako cnota.

Ostatnio w wywiadzie dla „Pulsu Medycyny” prof. Piotr Gafekci zauważył, że dawniej pacjenci mówili: „nic mi nie jest”, mimo że mieli zaburzenia, a dziś młodzi ludzie przychodzą i mówią: „mam zaburzenie” — ale on nie jest w stanie go zdiagnozować, bo takie zaburzenie po prostu nie istnieje.

To również przejaw pewnej mody. Czasem bywam w szkołach, uczestniczę w spotkaniach z młodzieżą i to, co słyszę od nauczycieli, jest alarmujące. Uczniowie wręcz przeciągają się w tym, by przypisać sobie określone tożsamości, często nieheteronormatywne, eksperymentując z etykietami psychologicznymi.

Ciekawe badania przeprowadzono na kampusach uniwersyteckich w Stanach Zjednoczonych. Okazało się, że w ostatnich latach znacząco spadła liczba osób identyfikujących się jako transpłciowe, podczas gdy odsetek osób hetero — i homoseksualnych pozostał bez zmian. Szczyt deklaracji transdentyfikacji przypadł na 2023 r., a teraz liczba ta spada niemal do poziomu sprzed kilku lat. To sugeruje, że mamy do czynienia z falą mody, zjawiskiem przejściowym. Pisałem o tym w jednym ze swoich esejów zatytułowanym „Przepis na XXI-wieczną krucjatę dziecięcą”, nawiązując do średnio-wiecznych ruchów młodzieży, które także miały w sobie zapal, emocje i potrzebę wyróżnienia się.

A co ze zjawiskiem samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Czy to również można uznać za modę — oczywiście, w sensie społecznym, nie dosłownym?

Tak, niestety, w pewnym stopniu tak. Analizując te dane od wielu lat. O ile liczba samobójstw zakończonych zgonem maleje (w 2023 było ich 156, w 2024 — 145), to liczba prób samobójczych wzrosła dramatycznie: sześciokrotnie między 2013 a 2024 rokiem. Najczęściej mówimy tu o młodzieży, nie o małych dzieciach, bo wśród najmłodszych przypadki prób samobójczych są nadal rzadkie. Ale ten skok wśród nastolatków jest niepokojący.

Można go interpretować dwояko. Albo młodzież stała się „mniej skuteczna” w odbieraniu sobie życia, co jest mało prawdopodobne, bo dostęp do informacji i środków jest dziś ogromny, albo podjęcie próby samobójczej stało się formą komunikatu, sposobem na zwrócenie na siebie uwagi. W takiej sytuacji młody człowiek nagle znajduje się w centrum zainteresowania — rodziny, szkoły, mediów. Staje się kimś, o kim się mówi, pisze, komu poświęca się uwagę. I to, niestety, bywa dla części osób atrakcyjne. Można powiedzieć brutalnie: to my — dorośli, media, system — w pewien sposób to zjawisko współtworzymy. Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

System rehabilitacji pacjentów z chorobą Parkinsona pilnie potrzebny

„W Polsce brakuje systemu rehabilitacji dostosowanego do potrzeb osób z chorobą Parkinsona. W rezultacie nawet stosowanie nowoczesnych metod leczenia nie daje optymalnego efektu” — wskazuje dr n. med. Katarzyna Śmiłowska, neurologka z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

Choroba Parkinsona jest samodzielną, powoli postępującą chorobą zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego. Jej nazwa pochodzi od nazwiska londyńskiego lekarza Jamesa Parkinsona, który w 1817 r. jako pierwszy opisał jej objawy.

Słaby dostęp do fizjoterapii częściowo niweczy efekty leczenia
Jak podkreśliła dr Katarzyna Śmiłowska, polscy pacjenci z chorobą Parkinsona mają dostęp do wszystkich nowoczesnych metod leczenia — do części z nich w ramach programu lekowego. Wciąż brakuje jednak wiedzy o tym schorzeniu, a więc odpowiedniej edukacji, co sprawia, że osoby chore trafiają do ośrodków referencyjnych zbyt późno. „Ogromnym problemem w leczeniu pacjentów z tą chorobą w Polsce jest wciąż bardzo ograniczony dostęp do dedykowanej im fizjoterapii, neurologopedii oraz terapii zajęciowej. W efekcie leczenie farmakologiczne nie może przynosić pełnych korzyści, ponieważ ruch, rehabilitacja oraz terapia mowy stanowią kluczowe



Ogromnym problemem w leczeniu pacjentów z chorobą Parkinsona w Polsce jest wciąż bardzo ograniczony dostęp do dedykowanej im fizjoterapii, neurologopedii oraz terapii zajęciowej.

dr n. med. Katarzyna Śmiłowska

elementy kompleksowego postępowania” — mówi dr Śmiłowska. Wskazuje, że osoby z chorobą Parkinsona zmagają się z zaburzeniami chodu, trudnościami w polykaniu czy niewyraźną mową. „Regularna praca z zespołem specjalistów, którzy mają doświadczenie w terapii tej choroby, pozwala uzyskać zdecydowanie lepsze efekty — równoległe do leczenia farmakologicznego, zarówno doustnego, jak i zaawansowanego” — dodaje ekspertka.

„Możemy kierować pacjentów na wszystkie formy rehabilitacji i do różnych specjalistów, jednak w Polsce nadal brakuje systemowego przygotowania odpowiedniej kadry, która byłaby wyszkolona w pracy z osobami z chorobą Parkinsona — podobnie jak ma to miejsce w przypadku rehabilitacji kardiologicznej czy poudarowej. Pacjenci najczęściej trafiają na rehabilitację ogólną, a i tych świadczą nasz system oferuje zdecydowanie za mało. Badania pokazują, że osoby z chorobą Parkinsona powinny

ćwiczyć co najmniej trzy razy w tygodniu przez 30 minut. Część ćwiczeń mogą wykonywać samodzielnie, ale konieczne jest wcześniejsze instruktażowe wsparcie specjalisty, odpowiednio przygotowanego do pracy z tą grupą chorych” — podkreśla dr Katarzyna Śmiłowska.

Tylko ok. 2 proc. chorych korzysta z terapii zaawansowanych
Zdaniem neurologki, możliwości leczenia pacjentów z chorobą Parkinsona w Polsce nie odbiegają

od standardów obowiązujących w krajach zachodnich — również w przypadku zaawansowanego stadium, gdy chorzy wymagają terapii infuzyjnych czy głębokiej stymulacji mózgu. „Jednak dostęp do metod zaawansowanych wciąż pozostaje niewystarczający, ponieważ terapie infuzyjne można otrzymać jedynie w ramach programu lekowego. Choć ich dostępność stopniowo rośnie, szacuje się, że korzysta z nich jedynie ok. 2 proc. wszystkich pacjentów z chorobą Parkinsona, którzy takiego leczenia wymagają” — stwierdza dr Katarzyna Śmiłowska. Tymczasem uważa się, że odsetek ten powinien wynosić ok. 10-15 proc. „Ograniczona dostępność tego leczenia wynika, z jednej strony, z niedostatecznej „przepustowości” ośrodków realizujących te terapie, z drugiej — z braku świadomości pacjentów, którzy nie zawsze wiedzą, że takie metody istnieją ani gdzie mogą z nich skorzystać, a dodatkowo także z trudności finansowych NFZ” — podsumowuje specjalistka.

Anna Gumińska

Wyzwania młodych pacjentów — w cieniu przedwczesnych objawów

Populacja pacjentów z chorobą Parkinsona w Polsce liczy ok. 100 tys. osób. Choć neurodegeneracyjne schorzenia ośrodkowego układu nerwowego są zwykle kojarzone z podeszłym wiekiem, choroba Parkinsona dotyka też ludzi młodych. Obserwuje się pewne odrębności w jej przebiegu, zwłaszcza u chorych kobiet.

„Choroba Parkinsona najczęściej dotyka osób po 65. roku życia. Może mieć jednak także tzw. wczesny początek, gdy jej objawy pojawiają się już między 21. a 50. rokiem życia. Takich przypadków wśród chorych jest nawet 7-10 proc., zatem dość istotny odsetek” — informuje dr n. med. Katarzyna Śmiłowska, specjalistka neurologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

W młodszej populacji obserwuje się pewne różnice w przebiegu choroby. Ponadto pacjenci, u których choroba rozpoczyna się tak wcześnie, napotykać szereg dodatkowych trudności, także z powodu utrzymującego się społecznego przekonania, że choroba Parkinsona dotyczy głównie osób starszych. „Świadomość, że może ona występować też u ludzi młodych, wciąż jest ograniczona. Na szczęście w ostatnich latach możliwości diagnostyczne znacznie się poprawiły i coraz szybciej rozpoznajemy chorobę u młodszych pacjentów. Wymaga to jednak bardzo starannego różnicowania, aby uniknąć

falszywie dodatniego rozpoznania” — podkreśla dr Śmiłowska.

Cięższy przebieg schorzenia u kobiet
Choć według światowych statystyk mężczyźni częściej chorują na chorobę Parkinsona, w Polsce — zgodnie z danymi NFZ — cierpi na nią więcej kobiet. W ocenie dr Katarzyny Śmiłowskiej, przebieg choroby u kobiet bywa odmienny od obserwowanego u mężczyzn. „Objawy u kobiet potrafią być bardzo dokuczliwe, ponieważ oprócz dyskinezy (mimowolnych ruchów), częściej występują u nich nasilone objawy pozaruchowe, takie jak: silne dolegliwości bólowe, lęk, depresja, przewlekłe zmęczenie. Uważa się również, że okres menopauzy może pogarszać przebieg choroby i nasilać jej objawy, co wiąże się ze spadkiem poziomu estrogenów” — wyjaśnia specjalistka. Przypisuje, że wciąż zbyt mało wiemy o różnicach w przebiegu choroby Parkinsona u kobiet w okresie rozrodczym, w czasie ciąży czy podczas menopauzy. „Odsetek pacjen-

tek, które przechodzą te etapy życia już po rozpoznaniu choroby jest niewielki, dlatego potrzebne są duże, międzynarodowe rejestry, które pozwoliłyby realnie ocenić, jak choroba przebiega w takich sytuacjach” — argumentuje dr Śmiłowska.

Kiedy leki przestają działać

„Wiemy, że hormony wpływają na przebieg choroby, nasilając tzw. fluktuacje ruchowe, czyli zmiany między momentami, w których leki działają lub przestają działać. Zjawisko to częściej obserwuje się w okresie okoliciesięczkowym oraz w czasie menopauzy” — wyjaśnia dr Śmiłowska, która była członkinią komitetu sterującego opracowującego międzynarodowe wytyczne EAN/MDS-ES dotyczące terapii inwazyjnych w chorobie Parkinsona, a obecnie współtworzy wytyczne dotyczące farmakoterapii doustnej.

Dużą uciążliwość jest dla pacjentów moment, gdy leki przestają działać. „Niestety, bywa to nieprzewidywalne. Często to właśnie sytuacje społeczne stają się czynnikiem

spustowym, ponieważ wiążą się ze stresem. A stres zawsze nasila objawy, które dana osoba już ma” — tłumaczy specjalistka.

Celem leczenia jest utrzymanie pełnej kontroli objawów. „Zazwyczaj przez pierwsze 4-5 lat choroby udaje się tak dobrać terapię, aby nie były one widoczne lub były minimalnie odczuwalne. Jednak zwykle po 4-5 latach od rozpoznania zaczynają pojawiać się powikłania: dyskinezy i fluktuacje ruchowe. Leki przestają działać tak długo jak działały wcześniej, co prowadzi do występowania stanów „on” i „off”. A im dłużej trwa choroba, tym większa może być zmienność tych stanów w ciągu dnia. Wówczas ponownie modyfikujemy leczenie doustne, a jeśli nie przynosi to oczekiwanych efektów, rozważamy terapię zaawansowaną” — wyjaśnia dr Śmiłowska.

Brak wiedzy sprzyja stygmatyzacji
Neurologka z przykrością stwierdza, że osoby chorujące na chorobę Parkinsona często doświadczają stygmatyzacji. „Myślę, że wynika ona przede wszystkim z braku wie-

dzy. Bardzo wierzę w edukację, bo wszystko, czego się boimy i przez co — niestety — czasem wyrządzamy krzywdę innym, zwykle wynika po prostu z niewiedzy. Warto więc wiedzieć, że osoba z chorobą Parkinsona może mieć dyskinezy i wówczas przypominać kogoś będącego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających. To samo w sobie jest stygmatyzujące i może zniechęcać osoby postronne do udzielenia pomocy, gdy dzieje się coś niepokojącego” — zauważa.

Dodatkowo u pacjentów w bardziej zaawansowanej fazie choroby może dojść do nagłego ustania działania leków, co powoduje nasilenie wszystkich objawów: drżenia, zaburzeń chodu, trudności w rozpoczęciu ruchu czy wykonaniu kroku. „Dla osób postronnych może to wyglądać niepokojąco, budząc lęk i niepewność. W efekcie osoby z chorobą Parkinsona często czują się niekomfortowo w przestrzeni publicznej i nierzadko izolują się w domu” — stwierdza dr Katarzyna Śmiłowska.

Anna Gumińska

reklama



Powiedz „tak” zdrowszym nerwom¹



LEK OTC

NEUROBION® Advance
z witaminami B1, B6 i B12 pomaga łagodzić drętwienie i mrowienie dłoni i stóp oraz leczy ich pierwotną przyczynę, czyli niedobór witamin z grupy B*.



* Witaminy z grupy B (B1, B6 i B12)

1. ChPL Neurobion Advance z dnia 18.12.2023 r.

2. Calderón-Ospina, C.A. & Nava-Mesa, M.O. (2020). CNS neuroscience & therapeutics, 26(1), 5-13.

Skrócona informacja o leku Neurobion Advance. Skład i postać farmaceutyczna: Neurobion Advance, tabletki powlekane. Każda tabletkę zawiera 100 mg tiaminy azotan (Thiamini nitras), 50 mg pirydoksyny chlorowodoru (Pyridoxini hydrochloridum) i 1 mg cyjanokobalaminy (Cyanocobalaminum). **Wskazania do stosowania:** Produkt leczniczy Neurobion Advance jest wskazany do stosowania u osób dorosłych w celu zapobiegania i leczenia niedoborów witaminy B₁, B₆ i B₁₂, które w przypadku niedostatecznego spożycia, zaburzeń wchłaniania, zwiększonej utraty lub zwiększonego zapotrzebowania mogą powodować mieszaną polineuropatię czuciowo-ruchową. **Dawkowanie i sposób podawania:** Dawkowanie: Dorosli: 1 tabletkę na dobę. Pacjentom należy zalecić, aby w przypadku utrzymywania się objawów po 30 dniach leczenia albo nasilenia się objawów, skonsultowali się z lekarzem. Dzieci i młodzież: Produkt leczniczy Neurobion Advance jest przeciwwskazany do stosowania u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Sposób podawania:** Wyłącznie do podania doustnego. Tabletkę należy połknąć w całości, popijając płynem, w trakcie lub po posiłku. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Dzieci i młodzież w wieku poniżej 18 lat ze względu na wysokie zawartości substancji czynnych. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Pacjentom należy zalecić, aby w przypadku wystąpienia jakichkolwiek nowych objawów przerwali leczenie i skonsultowali się z lekarzem. Witamina B₁₂ (cyjanokobalamina) może powodować złagodzenie niedokrwistości megaloblastycznej z niedoboru kwasu foliowego. Stosowanie tego produktu może spowodować złagodzenie tej choroby ze względu na obecność witaminy B₁₂ (cyjanokobalaminy), należy zatem zachować ostrożność, aby prawidłowe rozpoznanie nie zostało zamaskowane. Produkt leczniczy zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na tabletkę powlekaną, to znaczy produkt uznaje się za „wolny od sodu”. **Działania niepożądane:** Zaburzenia układu immunologicznego (częstość nieznana). Reakcje nadwrażliwości, takie jak pocenie się, tachykardia i reakcje skórne z towarzyszącym świądem i pokrzywką. Zaburzenia układu nerwowego (częstość nieznana): ból głowy. Zaburzenia żołądka i jelit (częstość nieznana): Dolegliwości ze strony układu pokarmowego, takie jak nudności, wymioty, biegunka i ból brzucha. Zaburzenia nerek i dróg moczowych (częstość nieznana): Zmiana zabarwienia moczu (czernione zabarwienie moczu występujące w pierwszych godzinach po podaniu produktu, które zazwyczaj ustępuje niedługo po przenarciu przyjmowania produktu). **Podmiot odpowiedzialny:** P&G Health Germany GmbH Sulzbacher Strasse 40 63824 Schwelbisch am Taunus, Niemcy. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** 26851 - wydane przez Prezesa URPi, WMPiP. **Kategoria dostępności:** Produkt leczniczy wydawany bez przepisu lekarza - OTC. Opracowano na podst. ChPL z dn. 18/12/2023 (MAT-PL-NEUROBION-22-000003).

MAT-PL-NEUROBION-24-000022

Choć świadomość interakcji lekowych poprawiła się, wciąż jest wiele do zrobienia

Interakcje lek-lek i lek-żywność są dziś jednym z poważniejszych, a jednocześnie nadal bagatelizowanych zagrożeń bezpieczeństwa farmakoterapii. Starzenie się społeczeństwa, polifarmakoterapia i sięganie po suplementy diety bez konsultacji sprawiają, że ryzyko rośnie szybciej niż świadomość niebezpieczeństwa. „Skala zjawiska na pewno jest duża” — podkreśla dr n. med. Aleksandra Paż, farmakolog kliniczna, zwracając uwagę na konsekwencje: od nieskuteczności leczenia po ciężkie działania niepożądane.

Choć problem interakcji lekowych występuje od lat, w praktyce klinicznej nadal poświęca się mu zbyt mało uwagi w stosunku do rzeczywistej jego skali. Dr n. med. Aleksandra Paż, farmakolog kliniczna z Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultantka wojewódzka w dziedzinie farmakologii klinicznej, nie ma wątpliwości: „to problem wciąż znacząco niedoszacowany”. I to mimo rosnącej świadomości społecznej oraz lepszego dostępu do źródeł wiedzy, w tym narzędzi informatycznych ułatwiających sprawdzanie potencjalnych konsekwencji łączenia leków.

Polifarmakoterapia jako „cena sukcesu” współczesnej medycyny
Kluczowe są zmiany demograficzne. Jak wskazuje dr Aleksandra Paż, to pacjenci w wieku podeszłym stanowią grupę, w której polifarmakoterapia jest nie tyle wyborem, co koniecznością. „Ryzyko wystąpienia interakcji praktycznie pojawia się już wtedy, gdy stosujemy jednocześnie dwa leki” — przypomina, zaznaczając, że przy dzisiejszych schematach leczenia to niebezpieczeństwo jest wręcz wpisane w codzienność. Z danych amerykańskich wynika, że ponad 70 proc. osób po 65. roku życia przyjmuje jednocześnie co najmniej pięć leków, a ok. 20 proc. — co najmniej dziesięć. Ekspertka zaznacza, że podobne statystyki mogą dotyczyć także Polski, zwłaszcza pacjentów przewlekłych chorych.

Wydłużanie życia pacjentów i skuteczność leczenia przewlekłego mają swoją drugą stronę: rosnącą złożoność terapii. „Populacja pacjentów przewlekłych chorych zwiększa się dzięki skuteczności postępowania farmakologicznego, ale to niesie ze sobą pewne konsekwencje” — mówi dr Aleksandra Paż. Wskazuje, że pacjent onkologiczny czy kardiologiczny często będzie „skazany” na jednoczesne stosowanie wielu leków.

Interakcje mogą zachodzić na różnych poziomach. Dotyczą zarówno farmakokinetyki, czyli „losów” leku w organizmie, jak i farmakodynamiki, czyli mechanizmu działania i efektu terapeutycznego. „Na każdym z tych etapów w organizmie te interakcje mogą zachodzić” — zaznacza dr Paż.

Winne: brak czasu i niepełny wywiad
W praktyce problem nie polega wyłącznie na braku narzędzi, ale

na ograniczeniach organizacyjnych i komunikacyjnych. „Dostęp do informacji o interakcjach w zasadzie jest, ale lekarze mają mało czasu podczas wizyty” — ocenia dr Aleksandra Paż. Nawet jeśli świadomość ryzyka istnieje, trudno im przeanalizować wszystkie potencjalne połączenia leków u konkretnego pacjenta.

Kolejna bariera jest również powszechna: pacjenci nie zawsze ujawniają pełną listę przyjmowanych preparatów. Tymczasem pytanie o stosowane aktualnie leki powinno stać się rutynową częścią wywiadu. I nie chodzi wyłącznie o preparaty na receptę, ale również o leki bez recepty, suplementy diety, zioła, a nawet diety. Konsekwencje „złych” zestawień mogą prowadzić przede wszystkim do zmniejszenia skuteczności leczenia oraz do zwiększenia ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, pogarszając tym samym profil bezpieczeństwa terapii.

Dr Paż przyznaje, że w ostatnich latach świadomość interakcji lekowych poprawiła się, ale wciąż pozostaje wiele do zrobienia. Postuluje permanentne szkolenia, uczulające na interakcje: lek-lek, lek-suplement i lek-żywność. Równie istotna jest praktyka diagnostyczna: w przypadku nowego objawu u pacjenta wielolekowego lekarz powinien w pierwszej kolejności wykluczyć interakcję, zamiast natychmiast wprowadzać kolejny lek.

„Czerwone flagi” i grupy ryzyka
Z perspektywy farmakologa trudno stworzyć jedną uniwersalną listę interakcji, bo liczy się kliniczna konsekwencja u pacjenta. Wśród grup leków, których interakcje wiążą się z poważnymi następstwami dla pacjenta, są na pewno leki przeciwzakrzepowe — zarówno antagoniści witaminy K, jak warfaryna czy acenokumarol, jak i doustne leki przeciwzakrzepowe niebędące antagonistami witaminy K. Mechanizm ryzyka jest dwukierunkowy: spadek skuteczności to większe ryzyko zakrzepicy, a wzrost skuteczności — większe ryzyko krwawień.

Wśród pacjentów za grupę najwyższego ryzyka uznaje się osoby w wieku podeszłym. „O szczególnym narażeniu tej grupy decydują polifarmakoterapia i wielochorobowość. Ryzyko wzrasta także wtedy, gdy pacjent stosuje własne „rozwiązania terapeutyczne” bez informowania lekarza” — mówi dr Paż.



Życie ludzkie się wydłuża, ale płacimy za to cenę polifarmakoterapią.

dr n. med. Aleksandra Paż

Duże znaczenie ma obecność zaburzeń czynności nerek i wątroby u pacjentów. „To narzędzi, które uczestniczą w procesie metabolizmu i wydalania. Dlatego zaburzenia mogą wpłynąć zarówno na bezpieczeństwo, jak i skuteczność stosowania leków” — podkreśla farmakolog. Wymienia również pacjentów onkologicznych, u których rozbudowane schematy leczenia i skłonność do sięgania po „wzmacniające” preparaty ziołowe i suplementy tworzą szczególnie niebezpieczną mieszaninę.

Osobną kategorią są leki o wąskim wskaźniku terapeutycznym, w których są bardzo wąskie granice między stężeniami terapeutycznymi i toksycznymi. W tym kontekście specjalistka wymienia antagonistów witaminy K, digoksynę i teofilinę, podkreślając, że jakiegokolwiek ingerencja może tu szybko zmieniać bezpieczeństwo leczenia.

Grejpfrut, nabiał, warzywa i soki

Zasada, że nie pijamy leków sokiem grejpfrutowym — zdaniem ekspertki — już zaistniała w świadomości ludzi. Dr Paż przypomina wskazanie ogólne: leki doustne najlepiej popijać wodą i o ile producent nie zaleca inaczej, należy zachować dwugodzinny odstęp między podawaniem lekiem a posiłkiem. Jednocześnie zwraca uwagę na inne, często bagatelizowane połączenia.

Produkty bogate w wapń (czyli przede wszystkim nabiał) mogą wpływać na wchłanianie i biodostępność niektórych antybiotyków, np. doksycykliny, ciprofloksacyny.

„Z kolei zielone warzywa liściaste, brokuły, awokado, a nawet kapusta kiszona, dostarczające duże ilości witaminy K mogą antagonizować działanie warfaryny” — ostrzega dr Paż.

Kolejna grupa interakcji dotyczy potasu w diecie. Banany, pomidory, awokado czy suszone morele mogą mieć znaczenie, gdy pacjent przyjmuje leki, które również zwiększają stężenie potasu. Ekspertka wymienia inhibitory konwertazy angiotensyny oraz skojarzenia z innymi lekami, w tym antagonistami aldosteronu. Konsekwencją może być „istotna klinicznie hiperkaliemia”.

Wśród mniej oczywistych przykładów pojawiają się soki. „Sok jabłkowy czy pomarańczowy są niewskazane przy stosowaniu leków przeciwłecytaminowych. Szczególnie wrażliwa jest fexofenadyna, połączenie z tymi sokami może zmniejszać jej skuteczność” — zwraca uwagę ekspertka.

Wspomina też o inhibitorach MAO i diecie bogatej w tyraminę, obecnej w peklowanym i wędzonym mięsie oraz dojrzalych serach — tu, jak podkreśla, lekarze zwykle przekazują pacjentom szczegółowe zalecenia dietetyczne. Wreszcie sok żurawinowy: może zwiększać ryzyko krwawień u pacjentów przyjmujących warfarynę, a także wpływać na leki metabolizowane przez CYP3A4, w tym niektóre statyny i leki hipotensyjne.

Nie takie niewinne zioła

Wątek samoleczenia i suplementacji dr Aleksandra Paż traktuje jako jeden z kluczowych problemów bezpieczeństwa terapii. Przypomina, że suplementy diety to nie są produkty lecznicze, nie przechodzą badań klinicznych wymaganych dla leków. „Nie wiemy, jakiego zakresu interakcji możemy się spodziewać” — dodaje.

Jednocześnie przytacza przykłady, które są już dobrze udokumentowane. Dziurawiec ma „bardzo duże ryzyko wchodzenia w interakcje na poziomie enzymów wątrobowych metabolizujących leki”. Wymienia m.in. interakcje z antykoncepcją hormonalną, lekami przeciwzakaźnymi z grupy SSRI, lekami immunosupre-

syjnymi (cyklosporyna) oraz niektórymi lekami przeciwwirusowymi.

Wskazuje też na milorzab japoński, przy którego stosowaniu obserwowano zwiększone ryzyko krwawień, szczególnie w połączeniu z lekami przeciwzakrzepowymi i antyagregacyjnymi, takimi jak kwas acetylosalicylowy w tym wskazaniu czy kłopotogrel.

Ekspertka wymienia również niesteroidowe leki przeciwzapalne, które mogą nasilać to ryzyko. Żeń-szeń może osłabiać działanie warfaryny i nasilać niektórych leków przeciw cukrzycowych, a także potęgować działanie uspokajające. Ostropest plamisty może wpływać hamująco na aktywność enzymów wątrobowych, a rumianek — zwiększać ryzyko krwawień u pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe.

Konieczne jest, aby personel medyczny pytał pacjentów o stosowane o suplementy, a pacjenci konsultowali ich przyjmowanie z lekarzem prowadzącym.

Cyrowe wsparcie i edukacja

Elektroniczne systemy wspierające decyzje mogą zwiększać czujność lekarzy, ale, jak mówi farmakolog: „nadmiar tego typu komunikatów sprawia, że lekarze ignorują jednak tę informację”. Jej zdaniem, kluczowe jest znalezienie równowagi i tworzenie systemów dopasowanych do specjalności, bo interakcji jest bardzo dużo, nie sposób wszystkich znać i nie wszystkie w takim samym zakresie dotyczą różnych specjalności lekarskich.

Dr Aleksandra Paż opowiada się za rozwijaniem rozwiązań informatycznych, ale podkreśla, że równolegle konieczne są regularne szkolenia, najlepiej prowadzone przez farmakologów klinicznych, również jako element obowiązkowy w ramach szkolenia specjalizacyjnego. Zwraca też uwagę na rolę opieki farmaceutycznej, która w Polsce rozwija się coraz prężniej i bywa „drugim spojrzeniem” na terapię, zwłaszcza gdy pacjent realizuje receptę i pojawia się dodatkowa weryfikacja ryzyka.

W leczeniach zamkniętym taką rolę odgrywa farmakolog kliniczny, który przeglądając zlecenia lekarskie przekazuje lekarzowi prowadzącemu odpowiednią informację. „Życie ludzkie się wydłuża, ale płacimy za to cenę polifarmakoterapią” — podsumowuje dr Aleksandra Paż.

Anna Rogala



Emerytura szyta na miarę: jak TFI PZU wspiera klientów z sektora ochrony zdrowia

„Najważniejsze jest uświadomienie pracownikom ochrony zdrowia, że ich bezpieczeństwo finansowe w przyszłości zależy od decyzji podejmowanych już dziś” — podkreśla **Renata Rokicka**, dyrektor ds. klientów korporacyjnych w Towarzystwie Funduszy Inwestycyjnych PZU (TFI PZU). Wyjaśnia, jak ta instytucja wspiera szpitale i przychodnie w budowaniu programów emerytalnych, dlaczego edukacja finansowa staje się kluczowym elementem współpracy oraz jakie narzędzia pomagają medynom realnie zadbać o własną stabilność ekonomiczną.



Sektor zdrowia jest dziś jednym z najbardziej wymagających środowisk pracy. Jak TFI PZU buduje współpracę z placówkami medycznymi?

Rzeczywiście, ochrona zdrowia to bardzo specyficzna branża, w której pracę wykonuje się w pełnym zaangażowaniu, w trybie dyżurowym, pod presją czasu, a jednocześnie często korzystając z nieregularnych form zatrudnienia. Nie dziwnego, że placówki potrzebują partnera, który rozumie ich potrzeby i potrafi kompleksowo wesprzeć zarówno pracowników, jak i dział HR.

Z TFI PZU współpracuje dziś już ponad 110 tys. pracodawców, w tym bardzo duża grupa szpitali, przychodni i instytucji publicznych. To efekt naszej wieloletniej obecności i konsekwentnej pracy u podstaw — blisko zespołów, w realnym kontakcie, oferując wysoki poziom edukacji i konsultacji.

Placówki medyczne cenią nas za to, że jesteśmy obecni „na miejscu”. Organizujemy spotkania stacjonarne oraz cykliczne szkolenia online. Odpowiadamy na pytania pracowników w sposób przystępny i klarowny, co jest szczególnie ważne dla osób, które na co dzień nie mają czasu zgłębiać zagadnień finansowych.

Duże placówki medyczne często wskazują, że wdrażanie programów emerytalnych jest dużym obciążeniem administracyjnym. Jak TFI PZU wspiera pracodawców w tym procesie?

Nasz model współpracy od początku zakłada maksymalne wsparcie i pomoc we wdrożeniu i prowadzeniu programów emerytalnych. Pracodawcy otrzymują od nas materiały informacyjne, plakaty, instrukcje techniczne, zapewniamy indywidualnego opiekuna, który przeprowadza przez cały proces wdrożenia. Pracodawca nie musi więc samodzielnie tworzyć dokumentów ani tłumaczyć pracownikom zasad funkcjonowania tych programów. Organizujemy szkolenia dla zespołów kadrowych, a następnie dla pracowników. Po stronie placówki pozostają jedynie formalne elementy zgłoszeniowe.

Do obsługi programów emerytalnych udostępniamy specjalne aplikacje, które automatyzują i usprawniają pracę, nie obciążając w codziennych obowiązkach.

A jak to wygląda w przypadku pracowników?

Jak wspominałam, udostępniamy szereg materiałów informacyjnych, ale przede wszystkim naszą stronę internetową podającą ważne i ciekawe informacje. Pracownik otrzymuje również dostęp do serwisu inPZU (in.pzu.pl), dzięki któremu może w dogodnym momencie składać różnego rodzaju dyspozycje, sprawdzić stan rachunku, historię wpłat, wyniki funduszy czy pobrać dokumenty potrzebne do

rozliczenia PIT w przypadku Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE). Wiele osób podkreśla, że właśnie dzięki temu nie musi chodzić do działu kadr, czekać na odpowiedź mailową czy stać w kolejce do okienka — wszystko jest dostępne natychmiast w jednym, przejrzystym panelu.

Ważnym aspektem inPZU jest też możliwość samodzielnego zarządzania danymi: uczestnik może zmienić swoje dane osobowe, zaktualizować wskazanie osób uprawnionych czy sprawdzić szczegóły inwestycji. To daje poczucie kontroli, a jednocześnie odciąża dział kadr, który wcześniej musiał ręcznie obsługiwać wiele takich zgłoszeń.

A co z osobami, które wolały porozmawiać z konsultantem? Jak konsultanci TFI PZU wspierają w codziennych, praktycznych sytuacjach?

To bardzo ważny element, bo życzliwy, kompetentny kontakt z drugim człowiekiem często okazuje się kluczowy. Dlatego dużą wagę przykładamy do pracy naszej infolinii, która jest dostępna zarówno dla pracowników, jak i pracodawców. Konsultanci TFI PZU to osoby świetnie przeszkolone, doskonale znające przepisy, a także specyfikę funkcjonowania placówek medycznych. Każdego dnia pomagamy w setkach bardzo różnych przypadków — od problemów z logowaniem, przez pobieranie dokumentów do rozliczenia PIT, aż po złożone kwestie związane z przeniesieniem rachunku czy zmianą danych.

Z tego wsparcia regularnie korzystają też działy HR. W dużych szpitalach, gdzie pracuje nawet ponad tysiąc osób, obsługa programów emerytalnych bywa wyzwaniem. Pracodawcy kontaktują się z nami, gdy potrzebują pomocy przy integracji danych, chcą skonsultować nietypową sytuację albo po prostu upewnić się, że dany proces został wykonany poprawnie. To daje im poczucie bezpieczeństwa i realnego partnerstwa — wiedzą, że nie są zostawieni z tym sami.

Co równie istotne, wiele rozmów ma charakter edukacyjny. Pracownicy ochrony zdrowia często mówią nam później, że jedna spokojna, merytoryczna rozmowa pozwoliła im zrozumieć zasady działania programów emerytalnych i podjąć świadomą decyzję. Dlatego tak zależy nam, by po drugiej stronie słuchawki zawsze była osoba kompetentna, cierpliwa i dostępna. Wsparcie ludzkie i wsparcie technologiczne idą u nas w parze i razem tworzą system, który ułatwia życie i pracownikom, i pracodawcom.

Coraz więcej pracowników ochrony zdrowia decyduje się na Indywidualne Konto Emerytalne (IKE) i IKZE. Czym wyróżnia się TFI PZU w tej kategorii?

Przygotowując naszą ofertę, chcieliśmy aby była ona unikatowa, przyjazna i atrakcyjna

dla pracowników. Wygląda na to, że nam się udało — nasze IKZE i IKE trzeci raz z rzędu uzyskały tytuły najlepszych na rynku w rankingu portalu Analizy Online. To pokazuje, że oferujemy bardzo dobre rozwiązanie i wysoką jakość zarządzania, które przekładają się na realne korzyści uczestników.

W przypadku IKZE szczególnie ważne są korzyści podatkowe. Pracownicy ochrony zdrowia często łączą etaty, dyżury, kontrakty, przez co wpadają w wyższe progi podatkowe. IKZE może dać im nawet kilka tysięcy złotych zwrotu rocznie. To realna, odczuwalna ulga. Natomiast IKE jest cenione za brak podatku od zysków kapitałowych. Z perspektywy długoterminowego oszczędzania to bardzo znacząca korzyść.

Dzięki naszemu systemowi inPZU założenie IKE czy IKZE trwa dosłownie chwilę. Nie ma papierów, nie ma biurokracji — wystarczy link przekazany przez pracodawcę.

W wielu rozmowach eksperci TFI PZU podkreślają znaczenie edukacji. Czy liczy się to również w branży medycznej?

Edukacja jest absolutnym fundamentem. Personel medyczny pracuje pod presją czasu, często z licznymi obciążeniami. Wielu pracowników mówi wprost: „Nigdy nie miałam czasu, żeby zrozumieć programy emerytalne”. I to jest w pełni naturalne — nikt nie uczy nas finansów na etapie szkoły czy studiów, a w ochronie zdrowia obowiązki zawodowe są zawsze na pierwszym miejscu.

Dlatego jesteśmy odpowiedzialni za edukację i od początku budujemy ją jako jeden z najważniejszych filarów naszej działalności. Prowadzimy bezpłatne szkolenia, konsultacje, spotkania informacyjne, webinary otwarte i dedykowane oraz udostępniamy bogatą bazę wiedzy online. Jesteśmy gotowi na pracę zarówno z dużą grupą na sali konferencyjnej, jak i z pojedynczym pracownikiem podczas krótkiej przerwy w grafiku — dopasowujemy się do realiów placówek medycznych, bo wiemy, jak wygląda codzienność tego środowiska.

Ogromnym sukcesem jest również nasza Akademia Finansów Osobistych, której poświęciliśmy całą kampanię edukacyjną. To program stworzony właśnie z myślą o osobach, które chcą uporządkować swoją wiedzę, ale nie mają czasu na długie szkolenia czy skomplikowane materiały. Akademia została tak zaprojektowana, aby zaproszeni eksperci krok po kroku tłumaczyli najważniejsze zagadnienia — od podstaw systemu emerytalnego, przez znaczenie regularnego oszczędzania, aż po świadome podejmowanie decyzji inwestycyjnych.

Pierwsza edycja przyciągnęła bardzo szeroką publiczność — zarówno osoby młode, rozpoczynające karierę, jak i tych, którzy od lat pracują w zawodzie, ale dopiero teraz chcą uporządkować swoją wiedzę na temat przy-

szłej emerytury. Uczestnicy podkreślali przede wszystkim przejrzystą formę przekazu, jasny język oraz to, że naukę w Akademii można realizować we własnym tempie, niezależnie od grafiku dyżurów, bo wszystkie odcinki są nagrywane. To pokazuje, jak bardzo potrzebna jest taka forma edukacji.

Otrzymaliśmy mnóstwo pozytywnych opinii i pytań o kolejne moduły, dlatego mogą już dziś powiedzieć, że planowane są następne edycje Akademii. Chcemy rozwijać program o nowe tematy, nie tylko związane z emeryturą. Naszym celem jest stworzenie trwałej przestrzeni edukacyjnej, do której każdy pracownik ochrony zdrowia będzie mógł wracać wtedy, gdy tego potrzebuje.

Co ciekawe, im bardziej angażujemy się w edukację, tym większe zainteresowanie widzimy po stronie personelu. Pracownicy wracają z pytaniami, poszukują informacji, chcą zrozumieć, jak działa system emerytalny i jak optymalnie wykorzystać go dla siebie i swojej rodziny. To dla nas ważny i cenny sygnał, że edukacja nie tylko jest potrzebna, ale że realnie zmienia sposób myślenia o finansach i budowaniu bezpieczeństwa na przyszłość.

Jaką rolę odgrywa stabilność i pozycja TFI PZU w kontekście budowania długoterminowych benefitów w ochronie zdrowia?

W tej branży liczy się spokój i bezpieczeństwo, także finansowe. TFI PZU jest częścią największej grupy finansowej w Polsce i jedną z największych w Europie Środkowo-Wschodniej. Zarządzamy aktywami o wartości ponad 62 mld zł, a w samych programach emerytalnych — ponad 22 mld zł.

Ta skala daje stabilność i poczucie, że powierzamy środki instytucji o ugruntowanej pozycji i wieloletnim doświadczeniu. W ochronie zdrowia ma to szczególne znaczenie — pracownicy chcą wiedzieć, że ich pieniądze są w dobrych rękach. Naszą przewagą są również jedne z najniższych opłat za zarządzanie w programach emerytalnych na rynku, które realnie przekładają się na wartość rejestru uczestnika.

Jak podsumowalaby pani misję TFI PZU?

W TFI PZU patrzymy na współpracę z placówkami medycznymi całościowo. Pracownicy ochrony zdrowia dbają każdego dnia o innych. My chcemy zadbać o nich — o ich spokój, bezpieczeństwo i przyszłą emeryturę. Dlatego edukacja, dostępność i indywidualne podejście będą zawsze podstawą naszego działania.

W przypadku pytań zachęcamy do kontaktu pod numerem infolinii 22 640 05 55 lub odwiedzenia strony in.pzu.pl.

Publikowany materiał jest ostatnim z czterech rozmów poświęconych tej tematyce.

