

ZDROWY KRĘGOSŁUP

Inicjatywa na rzecz zdrowia układu ruchu

Inauguracyjna konferencja kampanii „Zdrowy kręgosłup dla Polski" podkreśliła znaczenie współpracy lekarzy wielu specjalizacji w profilaktyce schorzeń dotykających milionów Polaków. ▶ 18-22



ONKOLOGIA

KSO: pierwsze wskaźniki jakości

Krajowa Rada Onkologiczna zatwierdziła pierwsze zestawy wskaźników jakości dla Krajowej Sieci Onkologicznej w obszarze raka piersi oraz raka jelita grubego. ▶ 16

25 lat na dyżurze

PULS Medycyny

Egzemplarz promocyjny

NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025 ISSN 1642-5154

CENA 37,50 ZŁ (w tym 8% VAT)

pulsmedycyny.pl

Pacjenci wybierają szarlatanów ZAMIAST LEKARZY



FAKTY Głód cudów, kryzys zaufania i złudzenia, które wygrywają z faktami. ▶ 8-9

ONKOLOGIA

Przełomowe leczenie glejaków

Nowa terapia molekularna po raz pierwszy od 25 lat daje szansę na spowolnienie rozwoju glejaków przy zachowaniu jakości życia pacjentów.
▶ 17

KARDIOLOGIA

Psychika w sercu kardiologii

Nowe wytyczne wskazują, że rutynowa ocena snu, lęku i depresji powinna stać się standardem opieki nad pacjentami kardiologicznymi.
▶ 26

KARDIOLOGIA

Dieta keto nie dla wszystkich

Większość pacjentów szybko wpada w dwie pułapki: nadmierną podaż tłuszczów nasyconych i niedobór błonnika.
▶ 28-29

KLINIKA

Trądzik różowaty — skóra i emocje

Prof. Aleksandra Lesiak podkreśla, że *rosacea* wymaga holistycznego podejścia, ponieważ jej skutki często sięgają sfery emocjonalnej i społecznej.
▶ 30

KLINIKA

Diabetologia: czas na zmiany

Prof. Irina Kowalska zwraca uwagę, że do skutecznego leczenia cukrzycy potrzebne są pełny zespół terapeutyczny i edukacja pacjentów jako stały element opieki.
▶ 35

PRAWO

Agresja wobec medyków narasta

Rosnąca liczba ataków na personel medyczny wymaga zmian prawnych, lepszych procedur i reakcji na hejt w sieci.
▶ 40



W GÓRĘ

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja

został powołany przez ministra sprawiedliwości na przewodniczącego Zespołu do spraw systemowych działań mających na celu wzmocnienie bezpieczeństwa osób wykonujących zawód medyczny. Prof. Matyja jest wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, członkiem m.in. Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Endoskopowej, Towarzystwa Chirurgów Polskich.



W GÓRĘ

Jerzy Starak

został uhonorowany nagrodą Prix Galien Polska za zbudowanie rodzimego ekosystemu biofarmaceutycznego. Doceniono całokształt jego wizjonerskiego przywództwa i zaangażowania na rzecz sektora medycznego, inspirowanie innowacji. Jerzy Starak jest przewodniczącym Rady Nadzorczej Polpharma SA.

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

OD REDAKTORA

Tworzymy przestrzeń dialogu i współpracy

KAŻDE SCHORZENIE KRĘGOSŁUPA MOŻE DOPROWADZIĆ DO CIĘŻKIEGO USZKODZENIA NEUROLOGICZNEGO, KTÓRE NA PEWNYM ETAPIE STAJE SIĘ NIEODWRACALNE. Choroby kręgosłupa przeważnie są narastające i pod wpływem leczenia zachowawczego, profilaktyki pewne zmiany można zatrzymać oraz zmniejszyć dolegliwości bólowe.



CHCĄC WSPOMÓC STARANIA TOWARZYSTW LEKARSKICH, ORGANIZACJI SPOŁECZNYCH I PACJENCKICH W GROMADZENIU RZETELNYCH INFORMACJI NA TEMAT SKALI PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z CHOROBAMI KRĘGOSŁUPA, rozpoczęliśmy mulimedialną kampanię informacyjno-edukacyjną pod hasłem „Zdrowy kręgosłup dla Polski". Jest to wsparcie inicjatywy prof. Roberta Gasika, kierownika Kliniki i Polikliniki Neuroortopedii i Neurologii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, stworzenia przestrzeni współpracy wielu instytucji i ekspertów, przekonanych, że profilaktyka schorzeń układu ruchu wymaga znacznie większej społecznej uwagi.

W ŚWIECIE, W KTÓRYM CZĘŚĆ SPOŁECZEŃSTWA PROWADZI BARDZO AKTYWNY TRYB ŻYCIA, A JEDNOCZEŚNIE OGROMNA GRUPA WCIĄŻ NIE ZNAJDUJE MOTYWACJI DO TROSKI O WŁASNE ZDROWIE, edukacja i uświadamianie stają się formą nowoczesnej, odpowiedzialnej interwencji. Konferencja inaugurująca kampanię odbyła się w drugiej połowie października w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie.

WYDARZENIE MIAŁO WYMIAR PRAKTYCZNY, PONIEWAŻ SPOSTRZEŻENIA EKSPERTÓW, ICH ZALECENIA I PRZESTROGI MOGĄ BYĆ W PROSTY SPOSÓB PRZENIESIONE DO PRAKTYKI LEKARSKIEJ LUB PROFILAKTYKI. Będą także bazą do dalszych działań informacyjnych (▶ 16-20). Całość konferencji jest dostępna na pulsmedycyny.pl

NA POCZĄTKU LISTOPADA MIAŁY MIEJSCE SPOTKANIA OKRĄGŁEGO STOŁU W RAMACH ORGANIZOWANEJ PO RAZ 20. KONFERENCJI POLITYKA LEKOWA. Odbywały się one w formule narady Chatham House — ekspertów i decydentów, bez udziału publiczności i mediów. Przedstawiamy kilka zagadnień, które były inspiracją do „okrągłostołowych" rozmów oraz zebrane podczas wydarzenia komentarze ekspertów (▶ 10-13).

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

KOMPENDIUM24.PL
PORTAL LEKARSKI

NAJWIĘKSZA
BAZA OFERT PRACY
DLA LEKARZY W POLSCE

1700
AKTUALNYCH OGŁOSZEŃ

ZOBACZ



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 Tłustochowicz, 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 Wyleżoł, 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 Zozulińska-Ziółkiewicz, Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UM w Poznaniu

PULS Medycyny

Wydawca: Bonnier Healthcare Polska Sp. z o.o.
ul. Kijowska 1, 03-738 Warszawa
Prezes: Patricia 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 Mynarski
Redaktor naczelna:
Małgorzata Konaszczuk,
m.konaszczuk@pulsmedycyny.pl
Z-ca redaktora naczelnego
Marcin Książkowski tel. 22 333 97 29,
m.książkowski@pulsmedycyny.pl

Zespół redakcyjny:
Katarzyna Matusewicz, tel. 603 441 155
k.matusewicz@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 Gumułka
a.gumulka@pulsmedycyny.pl

Współpraca redakcyjna:
Patrycja Pupiec
p.pupiec@pulsmedycyny.pl
Olga Tymanowska,
o.tymanowska@pulsmedycyny.pl
Dział marketingu i reklamy:
Dorota Dyś (kierownik działu realizacji),
tel. 605 948 188
e-mail: d.dys@pulsmedycyny.pl
Anna Mijakowska
(senior key account manager)
anna.mijakowska@konsylium24.pl
Anna Szóstakiewicz (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

Prenumerata: tel. 22 333 97 69

Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń ani za udostępnianie ich osobom nieuprawnionym. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Zastrzegamy sobie prawo adiustacji i skracania tekstów oraz zmiany ich tytułów.

Bonnier Healthcare Polska 2025

Wszystkie prawa zastrzeżone
ISSN 1642-5154



fakty

Żyjemy w czasach, w których opinia celebryty bywa traktowana jako fakt. Nie chodzi o to, by środowisko medyczne zniżało się do poziomu influencerów, ale by potrafiło mówić wykorzystując różne kanały, językiem dopasowanym do różnych grup.

prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

25 lat



OD PRESTIŻOWYCH STANOWISK PO STATUS SKAZANEGO,

CZYLI CO ROBIĄ DZIŚ BYLI MINISTROWIE I WICEMINISTROWIE ZDROWIA

Z teką premiera, na dyplomatycznych salonach, w parlamencie i na dyrektorskich fotelach, ale też na sali sądowej w roli oskarżonego — to miejsca, w których możemy dziś spotkać byłych ministrów i wiceministrów zdrowia, pełniących te funkcje w ostatnim ćwierćwieczu. W niektórych przypadkach bardzo krótko, bo zaledwie przez kilka tygodni lub miesięcy.

Redakcja „Pulsu Medycyny" świętuje swoje 25-lecie. Z tej okazji postanowiliśmy przyjrzeć się obecnym losom byłych decydentów w ochronie zdrowia, których pomysły i dokonania (lub ich brak) opisywaliśmy w tym czasie wielokrotnie. Będziemy też publikować rozmowy z byłymi ministrami i wiceministrami zdrowia. Cofniemy się w czasie, by przypomnieć ich sukcesy i porażki, ale nie uciekamy i od bieżących wydarzeń.

Ministrowie — dawni opozycjoniści

W XXI wiek polska ochrona zdrowia wkroczyła pod wodzą **Franciszki Cegielskiej**. Wcześniej działaczka opozycji i prezydent Gdyni w latach 1990-1998, absolwentka mechaniki na Politechnice Szczecińskiej. W rządzie Jerzego Buzka była ministrem zdrowia i opieki społecznej, a później ministrem zdrowia. Funkcję tę pełniła do śmierci, zmarła 22 października 2000 r. na raka trzustki.

Schedę po niej przejął **prof. Grzegorz Opala**, neurolog, również legenda opozycji, tyle że na Śląsku. 16 grudnia 1981 r. współorganizował w katowickich szpitalach pomoc dla górników rannych podczas pacyfikacji kopalni „Wujek". Profesor jest już na emeryturze, jednak co roku uczestniczy w uroczystościach upamiętniających tę największą tragedię stanu wojennego. W 2025 r. wszedł w skład komitetu wspierającego kandydaturę Karola Nawrockiego na prezydenta RP. Resortem zdrowia kierował od 8 listopada 2000 r. do 19 października 2001 r.

Likwidator kas chorych, twórca NFZ

Następcą ministra Opali był **Mariusz Łapiński**, kardiolog. Był on ministrem zdrowia w rządzie Leszka Millera w latach 2001-2003 i zasłynął z przekształcenia systemu kas chorych (wprowadzonego przez rząd Jerzego Buzka z początkiem 1999 r.) w Narodowy Fundusz Zdrowia. Po zakończeniu kariery poselskiej poświęcił się pracy akademickiej, był też związany z biznesem. Przez wiele lat pracował w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. 30 września 2022 r. zakończył pracę w WUM, przechodząc na emeryturę.

Po nim na krótko — od stycznia do kwietnia 2003 r. — został ministrem zdrowia po raz pierwszy **Marek Balicki**, anestezjolog i psychiatra. Odszedł z urzędu, gdy wbrew jego stanowisku szefem NFZ został Aleksander Nauman, były współpracownik Mariusza Łapińskiego.

Stery Ministerstwa Zdrowia objął chirurg **Leszek Sikorski**, który kierował resortem w latach 2003-2004. Po nim przez nieco ponad miesiąc w 2004 r. ministrem zdrowia w rządzie Marka Belki był prawnik **Wojciech Rudnicki**. Równie krótki epizod w ministerialnym fotelu zaliczył następnie ekonomista **Marian Czakański** (czerwiec-lipiec 2004), po czym powrócił do ING Banku Śląskiego.

Dwukrotny minister

Po tej serii falstartów na czele resortu zdrowia 15 lipca 2004 r. stanął ponownie **Marek Balicki**. Był ministrem zdrowia w gabinetach Leszka Millera i Marka Belki, w latach 2003 oraz 2004-2005. Ochroną zdrowia zajmował się później także jako poseł i senator, często zabierał głos jako komentator.

W 2015 r. został członkiem Narodowej Rady Rozwoju, powołanej przez ówczesnego prezydenta RP Andrzeja Dudę. Wkrótce potem objął kierownictwo biura pilotażu Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego, w latach 2019-2021 był pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. reformy w psychiatrii, a w 2021 r. zasiadł w powołanej przez prezydenta Dudę Radzie do spraw Ochrony Zdrowia. Obecnie jest na emeryturze, ale nadal pracuje społecznie jako członek Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich i członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia.

Lekarz legenda na czele resortu zdrowia...

Kolejnym ministrem zdrowia został najbardziej znany polski lekarz, kardiochirurg i transplantolog **prof. Zbigniew Religa**, który w siermiężnych warunkach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej 5 listopada 1985 r. przeprowadził pierwszy w Polsce udany zabieg przeszczepienia serca. Ministerialną tekę nosił w latach 2005-2007, w rządach Jarosława Kaczyńskiego i Kazimierza Marcinkiewicza. W maju 2007 r. jako minister poinformował publicznie, że choruje na raka płuca. Zmarł 8 marca 2009 r.



FOT. ADOBE STOCK

...i jego wiceministrowie z polityczną przyszłością

To za rządów Zbigniewa Religi po raz pierwszy wiceministrem zdrowia — wówczas w randze podsekretarza stanu — został **Jarosław Pinkas**, chirurg, specjalista medycyny rodzinnej i zdrowia publicznego. Pełnił tę funkcję w latach 2005-2007. W latach 2015-2017, gdy w fotelu ministra zdrowia zasiadał **Konstanty Radziwiłł**, był już sekretarzem stanu. W latach 2017-2018 był sekretarzem stanu w Kancelarii Premiera, a w latach 2018-2020 — głównym inspektorem sanitarnym. Obecnie jest profesorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Wiceministrem zdrowia u prof. Religi był również **Bolesław Piecha**, ginekolog, który zasłynął swego czasu wyznaniem, że w okresie PRL przeprowadzał aborcje, jednak później uznał to za błąd i zaangażował się w działalność ruchów pro-life. Wieloletni poseł, przewodniczył Komisji Zdrowia Sejmu RP. W latach 2013-2014 senator RP, w kadencji 2014-2019 poseł do Parlamentu Europejskiego. W wyborach do tego gremium w 2019 r. nie udało mu się zdobyć mandatu. Z powodzeniem kandydował jednak w tym samym roku do Sejmu RP, a w 2023 r. także z powodzeniem ubiegał się o reelekcję. Zasiada w sejmowej Komisji Zdrowia oraz Komisji Mniejszości Narodowych i Etnicznych Sejmu RP.

Od funkcji ministra do najważniejszych stanowisk w kraju i Europie

16 listopada 2007 r. ministrem zdrowia w rządzie Donalda Tuska została pediatra i lekarz rodzinny **Ewa Kopacz**, posłanka na Sejm RP z ramienia PO. Fotel ministra opuściła 7 listopada 2011 r., by objąć drugi co do ważności urząd w państwie — stanowisko marszałka Sejmu RP. Nie była to ostatnia prestiżowa pozycja w jej życiorysie — w 2014 r. została premierem po wyborze Donalda Tuska na przewodniczącego Rady Europejskiej. Rok później Platforma Obywatelska przegrała wybory, Ewa Kopacz została jednak posłanką. W 2019 r. uzyskała mandat posła do Parlamentu Europejskiego, w 2024 r. z powodzeniem ubiegała się o reelekcję (uzyskując poparcie 187 866 wyborców). Została wybrana na wiceprzewodniczącą Parlamentu Europejskiego.

Wiceministrowie — ekonomiści

Za prawą rękę minister Ewy Kopacz uchodził **Jakub Szulc**, ekonomista, który w latach 2008-2012 był w kierowanym przez nią resorcie sekretarzem stanu. Potem był posłem i pracował w biznesie. Obecnie jest wiceprezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Cezary Rzemek, również ekonomista i doktor nauk o zdrowiu, był podsekretarzem stanu w latach 2009-2014 (w pierwszym i drugim rządzie Donalda Tuska). Od 2017 r. jest zastępcą dyrektora ds. ekonomicznych w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Marek Twardowski — specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, był wiceministrem zdrowia w latach 2007-2010. Obecnie jest wiceprezesem Federacji Porozumienie Zielonogórskie (PZ). Krytycznie odnosi się do polityki obecnego rządu Donalda Tuska w zakresie ochrony zdrowia. „Zamiast wspólnego działania na rzecz pacjentów, mamy destrukcję i rozbijanie fundamentów systemu ochrony zdrowia" — ocenił 16 września 2025 r. w wywiadzie zamieszczonym na stronie internetowej PZ.

Z telewizji do wielkiej polityki

Następcą Ewy Kopacz na stanowisku ministra zdrowia został lekarz pediatra **Bartosz Arłukowicz**. Niewielu pamięta, że rozpoznawalność, która ułatwiła mu później start w polityce, dał mu udział w telewizyjnym programie „Agent". Przyszły minister wygrał w 2001 r. drugą edycję tego TVN-owskiego reality show.

Funkcję ministra zdrowia sprawował najpierw w rządzie Donalda Tuska, a później Ewy Kopacz, od 17 listopada 2011 r. do 10 czerwca 2015 r. Obecnie jest posłem do Parlamentu Europejskiego i wiceprzewodniczącym Platformy Obywatelskiej (od 2025 — Koalicji Obywatelskiej).

Kręte ścieżki kariery byłych wiceministrów

Jednym z zastępców Bartosza Arłukowicza przez zaledwie 4 miesiące, od marca do czerwca 2012 r., była **Agnieszka Pachciarz**, prawniczka, radca prawny. Z funkcji podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia przeniosła się na fotel prezesa NFZ, z którego 19 grudnia 2013 r. została odwołana. Później pracowała jako prezes spółki Uniwersyteckie Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej, należącej do Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W 2015 r. była przez kilka miesięcy zastępczynią prezydenta Poznania. W latach 2017-2024 była szefową wielkopolskiego NFZ. Potem, od kwietnia 2024 r. do stycznia 2025 r. — dyrektorem Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jednocześnie od czerwca 2024 r. do kwietnia 2025 r. była przewodniczącą Rady Nadzorczej spółki Wielkopolskie Centrum Recyklingu, obecnie jest z tą firmą związana kontraktem. W serwisie LinkedIn pisze też, że od lutego jest osobą samozatrudnioną, prowadzi doradztwo w zakresie ochrony zdrowia.

Krzysztof Chlebus, kardiolog i menedżer, pełnił funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia od 20 sierpnia 2012 do 10 stycznia 2014 r., kiedy złożył dymisję i został zastąpiony na tym stanowisku przez Piotra Warczyńskiego. Obecnie dr hab. Krzysztof Chlebus jest wykładowcą w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, pracuje w I Klinice Kardiologii tej uczelni i Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku, jest też szefem Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej oraz koordynatorem krajowego rejestru hipercholesterolemii rodzinnej.

Cezary Cieślukowski, ekonomista, pełnił funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia od lutego do listopada 2015 r. Obecnie jest przewodniczącym Sejmiku Województwa Podlaskiego.

Piotr Warczyński pełnił funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2014–2017, mając za szefów aż troje premierów: Donalda Tuska, Ewę Kopacz i Beatę Szydło. Obecnie — jako internista i endoskopista — prowadzi własną praktykę lekarską, wykonuje gastroskopie i kolonoskopie. Należy też do zespołu doradców prezesa Pracodawców RP. „Jestem wykładowcą wyższych uczelni, ekspertem międzynarodowych firm konsultingowych" — pisze o sobie w Internecie.

Igor Radziewicz-Winnicki, specjalista pediatrii i zdrowia publicznego, został wiceministrem zdrowia 5 czerwca 2012 r. w drugim rządzie Donalda Tuska. Z funkcji odwołano go w 2015 r. Od 2016 r. był zastępcą dyrektora ds. medycznych Szpitala Praskiego pw. Przemienienia Pańskiego w Warszawie. W maju 2024 r. został prezesem PZU Zdrowie, w kwietniu 2025 r. odwołano go z tego stanowiska. Obecnie — jak informuje w serwisie LinkedIn — ma przerwę w karierze.

Sławomir Neumann był sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia latach 2012-2015. W Sejmie RP kolejnej, VIII kadencji, był przewodniczącym klubu parlamentarnego Platformy Obywatelskiej, z czego zrezygnował po ujawnieniu nagrań ze spotkania z lokalnymi działaczami z Tczewa, na którym omawiał kwestie polityczne, używając wulgaryzmów. Przez lata ciągnęła się za nim sprawa zarzutów o przekroczenie uprawnień w roli wiceministra zdrowia, dopiero w 2024 r. został uniewinniony od popełnienia zarzucanego mu czynu. W 2023 r. nie startował w wyborach parlamentarnych, choć nadal był aktywnym członkiem PO.

Kolejny wybitny transplantolog na czele resortu zdrowia

10 czerwca 2015 r. Bartosz Arłukowicz złożył rezygnację z urzędu ministra, a jego miejsce zajął — na kilka miesięcy — **prof. Marian Zembala**, kardiochirurg, i transplantolog, współpracownik prof. Zbigniewa Religi, jeden z uczestników słynnej pierwszej udanej transplantacji serca w Zabrzu, wieloletni dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca (ŚCCS) w Zabrzu. W 1997 r. jako pierwszy w Polsce wykonał transplantację pojedynczego płuca, a w 2001 r. jednocześnie przeszczepił płuca i serce.



FOT. ADOBE STOCK

Po zakończeniu pracy w ministerstwie prof. Zembala wrócił do macierzystego szpitala. W 2018 r., podczas pobytu na kongresie medycznym w Paryżu doznał udaru mózgu. Mimo niepełnosprawności — poruszał się na wózku — nadal kierował ŚCCS. Zmarł 19 marca 2022 r. w wyniku utonięcia w domowym basenie. Prokuratura ustaliła, że było to samobójstwo. Profesor zostawił list pożegnalny.

Wiceministrem zdrowia za jego rządów i pełnomocnikiem rządu ds. projektu ustawy o zdrowiu publicznym była **Beata Małecka-Libera**, laryngolog, przez wiele lat posłanka Platformy Obywatelskiej, a obecnie, już drugą kadencję — senator RP. Jest przewodniczącą Komisji Zdrowia Senatu RP, a także przewodniczącą koła Koalicji Obywatelskiej w Dąbrowie Górniczej i członkinią zarządu regionu śląskiego tej partii.

Funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia pełniła też wówczas **Anna Łukasik**, urzędniczka i menedżerka w ochronie zdrowia. Obecnie jest prezesem Warszawskiego Szpitala Południowego.

Z fotela ministra do ambasady na rodzinnych włościach

16 listopada 2015 r. funkcję ministra zdrowia w rządzie Zjednoczonej Prawicy, kierowanym przez Beatę Szydło, objął **Konstanty Radziwiłł**, lekarz rodzinny, wcześniej prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, który szefem resortu pozostawał do 2018 r., później już w rządzie Mateusza Morawieckiego. W kadencji 2015-2019 senator RP. W 2019 r. bez powodzenia startował w wyborach do Parlamentu Europejskiego oraz do Senatu RP. W latach 2019-2023 był wojewodą mazowieckim, a w latach 2023-2024 — ambasadorem Polski na Litwie. Kiedy jeden z dziennikarzy zapytał, czy to nie dziwny zakręt na jego zawodowej drodze, Konstanty Radziwiłł stwierdził, że obecność Radziwiłła na Litwie nie powinna nikogo dziwić. Były minister wywodzi się ze słynnego rodu książąt Radziwiłłów, pochodzącego z terenów dawnego Wielkiego Księstwa Litewskiego.

Lekarze i menedżerowie w ekipie ministra

Sekretarzem stanu w kierowanym przez Radziwiłła resorcie był **Jarosław Pinkas**, na podsekretarzy powołano zaś **Katarzynę Głowalę**, **Krzysztofa Landę** i **Piotra Gryzę**.

▶ 6

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

5 ▶

Katarzyna Głowala — ekonomistka i urzędniczka — odpowiadała za politykę zdrowotną i budżet. Z rządu odeszła w czerwcu 2018 r., przechodząc do Ministerstwa Finansów. Była tam radcą ministra w Departamencie Finansowania Sfery Budżetowej, zastępcą dyrektora Departamentu Rachunkowości i Rewizji Finansowej oraz szefową Biura Komisji Nadzoru Audytowego. Pracę w resorcie finansów zakończyła na stanowisku głównego specjalisty w Zespole Międzynarodowych Regulacji w zakresie Rachunkowości i Rewizji Finansowej. W styczniu 2021 r. objęła funkcję pełniącej obowiązki dyrektora Departamentu Controllingu i Ryzyka Operacyjnego w Narodowym Banku Polskim, by w lipcu tego samego roku zostać dyrektorką tego departamentu.

Podsekretarzem stanu odpowiedzialnym za politykę lekową i strategię w Ministerstwie Zdrowia, kierowanym przez Konstantego Radziwiłła, był też **Krzysztof Łanda**, lekarz, urzędnik i menedżer, który pełnił tę funkcję do kwietnia 2017 r., gdy podał się do dymisji. Jest założycielem, a do 2015 r. był prezesem Fundacji Watch Health Care, która od kilkunastu lat gromadzi dane i publikuje raporty dotyczące długości kolejek w ochronie zdrowia. Jest ekspertem z zakresu systemów opieki zdrowotnej w Business Centre Club, od stycznia 2020 r. prezesem MedInvest Scanner. W latach 2023-2024 był strategicznym doradcą ministra zdrowia Ukrainy, a następnie objął funkcję prezesa Ukrainian Society od Evidence Based Health Care, którą pełni do dziś.

Piotr Gryza był wiceministrem zdrowia od listopada 2015 r. do marca 2018 r. Obecnie jest menedżerem i analitykiem z zakresu ochrony zdrowia, zajmuje się też działalnością społeczną.

Józefa Szczurek-Żelazko — pielęgniarka, menedżerka, pełniła funkcję sekretarza stanu w latach 2017-2020. Obecnie jest posłanką PiS, członkinią Komisji Zdrowia Sejmu RP oraz przewodniczącą podkomisji stałej ds. ochrony zdrowia. Zasiada też w jednej komisji nadzwyczajnej — do rozpatrzenia projektów ustaw dotyczących prawa do przerywania ciąży, a także w dwóch podkomisjach nadzwyczajnych — do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów oraz do rozpatrzenia obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Marek Tombarkiewicz, anestezjolog i specjalista medycyny ratunkowej, był podsekretarzem stanu od stycznia 2016 r. do marca 2018 r. W czerwcu 2018 r. minister zdrowia Łukasz Szumowski powołał go na dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie. Został odwołany z tego stanowiska w marcu 2024 r. Kilka miesięcy później objął funkcję dyrektora Szpitala Specjalistycznego Ducha Świętego w Sandomierzu.

W sierpniu 2017 r. podsekretarzem stanu został **Marcin Czech**, epidemiolog, specjalista zdrowia publicznego, menedżer. Funkcję wiceministra pełnił do stycznia 2019 r. Obecnie jest profesorem i kierownikiem Zakładu Farmakoekonomiki w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, jak również wykładowcą Politechniki Warszawskiej i członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego.

Zbigniew J. Król — pediatra, specjalista medycyny rodzinnej i zdrowia publicznego był podsekretarzem stanu od lutego 2017 r. do lipca 2019 r. Obecnie stoi na czele zarządu Milickiego Centrum Medycznego w Miliczu.

Pierwszy minister czasu pandemii

Ministra Konstantego Radziwiłła zastąpił w czasie protestu medyków **prof. Łukasz Szumowski** — specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii i elektrofizjologii. Tekę ministra zdrowia nosił od 2018 do 2020 r. W latach 2019-2022 r. był posłem, zrezygnował z mandatu w trakcie kadencji. Od stycznia 2022 r. był dyrektorem Narodowego Instytutu Kardiologii, z funkcji tej został odwołany 9 stycznia 2024 r. Z placówką tą jest związany od ponad 20 lat. Jest tam obecnie kierownikiem I Kliniki Zaburzeń Rytmu Serca. Od 2023 r. zasiada w Naczelnej Komisji Bioetycznej, został do niej powołany na wniosek ówczesnego prezesa Agencji Badań Medycznych Radosława Sierpińskiego przez ówczesnego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego.

Specjaliści z tekami wiceministrów

Janusz Cieszyński — ekonomista, menedżer — był podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia od stycznia 2018 r. do sierpnia 2020 r., odpowiedzialnym m.in. za informatyzację. Później był sekretarzem stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, a w 2023 r. — ministrem cyfryzacji w drugim rządzie Mateusza Morawieckiego. Obecnie jest posłem PiS (w wyborach w 2023 r. poparło go 20 644 wyborców), zasiada w 4 komisjach Sejmu RP, w tym w komisji zdrowia, i 5 podkomisjach.

Nazwiska Łukasza Szumowskiego i Janusza Cieszyńskiego pojawiają się w materiałach śledztw prowadzonych w sprawie zakupu respiratorów na początku pandemii. Żaden z nich nie usłyszał dotychczas zarzutów.

Waldemar Kraska, chirurg, w latach 2019-2023 zajmował stanowisko sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia i pełnomocnika rządu ds. Państwowego Ratownictwa Medycznego. Obecnie jest senatorem RP z ramienia PiS.

Maciej Miłkowski, ekonomista, menedżer, był wiceministrem w latach 2018-2023 oraz w 2024 r., już po zmianie ekipy rządowej. Obecnie pracuje w Wojskowym Instytucie Medycznym — Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie na stanowisku głównego specjalisty — koordynatora ds. analityki finansowej.

Piotr Bromber, politolog i ekonomista, podsekretarz stanu od września 2021 r. do grudnia 2023 r. Obecnie przewodniczący Rady Nadzorczej Głogowskiego Szpitala Powiatowego oraz adiunkt w Instytucie Ekonomii i Finansów Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Wyrok i pobicie — wysoki rachunek za bycie ministrem

Adam Niedzielski, ekonomista, wcześniej prezes NFZ, tekę ministra zdrowia przyjął w pandemicznym 2020 r., a stracił ją w sierpniu 2023 r. po tym, jak ujawnił dane wrażliwe krytykującego go lekarza. Gdyby nie ta sprawa, być może pisalibyśmy o nim jako o obecnym pośle (miał startować z listy PiS w Wielkopolsce), przekreśliła ona jednak jego ambicje polityczne i doprowadziła na salę sądową. W grudniu 2024 r. warszawski sąd skazał go za przekroczenie uprawnień na 3 miesiące pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem na 2 lata, orzekł też zadośćuczynienie i podanie wyroku do publicznej wiadomości. We wrześniu 2025 r. sąd II instancji utrzymał ten wyrok w mocy.

To niejedyne kłopoty byłego ministra zdrowia w związku pełnieniem tej funkcji. Pod koniec sierpnia 2025 r. został w Siedlcach pobity przez dwóch mężczyzn, krzyczących: „śmierć zdrajcom ojczyzny".

Czym zajmuje się obecnie Adam Niedzielski? Na swoim profilu w serwisie LinkedIn ma wpisane samozatrudnienie jako konsultant biznesowy.

Panie minister na krótkich dystansach

Po spektakularnej dymisji następczynią ministra Adama Niedzielskiego została szerzej wówczas nieznana posłanka PiS, internistka i lekarka rodzinna, a także inżynier leśnictwa **Katarzyna Sójka**. Ministerialną funkcję pełniła od 10 sierpnia do 27 listopada 2023 r. W wyborach 2023 r. ponownie ubiegała się o poselski mandat, który zdobyła z poparciem 18 138 wyborców. Jest wiceprzewodniczącą Komisji Zdrowia Sejmu RP. Zasiada też m.in. w podkomisji stałej ds. zdrowia publicznego oraz Komisji Nadzwyczajnej do rozpatrzenia projektów ustaw dotyczących prawa do przerywania ciąży.

„Dwutygodniowa minister" **Ewa Krajewska**, wcześniej główna inspektor farmaceutyczna, była szefową resortu zdrowia w rządzie Mateusza Morawieckiego, sformowanym po wyborach w 2023 r., który upadł, bo nie miał większości w Sejmie RP. Jak informuje w serwisie LinkedIn, od tej pory zajmuje się pracą doktorską z obszaru budowania idealnych ekosystemów dla rozwoju branży farmaceutycznej. W kwietniu 2024 r. otworzyła własną firmę consultingową.

Polonistka i wiceprzewodnicząca PO

Choć większość ministrów i wiceministrów zdrowia — jak pokazuje nasze zestawienie — ma dyplomy lekarskie, to do resortu trafiają również przedstawiciele innych profesji. **Izabela Leszczyna**, magister filologii polskiej i była wiceminister finansów, objęła resort po utworzeniu w 2023 r. koalicyjnego rządu Donalda Tuska. Stanowisko straciła podczas rekonstrukcji rządu w lipcu 2025 r. Pozostaje posłanką i wiceprzewodniczącą Platformy Obywatelskiej (od października 2025 — Koalicji Obywatelskiej).

16 października powiedziała „Pulsowi Medycyny": „Jako posłanka skupiam się na bieżącej pracy parlamentarnej i politycznej. Mamy dwa lata do kolejnych wyborów, a w najbliższych miesiącach czeka nas intensywny kalendarz: prace konsolidacyjne, zjazd zjednoczeniowy oraz konwencja, na której połączymy się z Nowoczesną i Inicjatywą Polską. To duże zadania organizacyjne i programowe. Zależy mi, aby życie partyjne było bardziej transparentne, merytoryczne i skuteczne — i zamierzam w tym aktywnie uczestniczyć".

Wiceministrami w jej resorcie byli: **Urszula Demkow**, **Katarzyna Kacperczyk** (nadal w MZ, w randze podsekretarza stanu), **Wojciech Konieczny**, **Marek Kos** i **Jerzy Szafranowicz**.

Prof. Urszula Demkow, specjalistka w dziedzinie chorób wewnętrznych, immunologii laboratoryjnej oraz alergologii, jest nadal związana z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Półtora tygodnia po odejściu z Ministerstwa Zdrowia wróciła do pracy na uczelni i w szpitalu. „Leczę i diagnozuję pacjentów, uczę studentów. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej WUM, którym kieruję, prowadzi też działalność naukową" — mówi Urszula Demkow.

Wojciech Konieczny, neurolog i menedżer, jest senatorem RP, członkiem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Należy do Polskiej Partii Socjalistycznej i pełni funkcję przewodniczącego jej rady naczelnej.

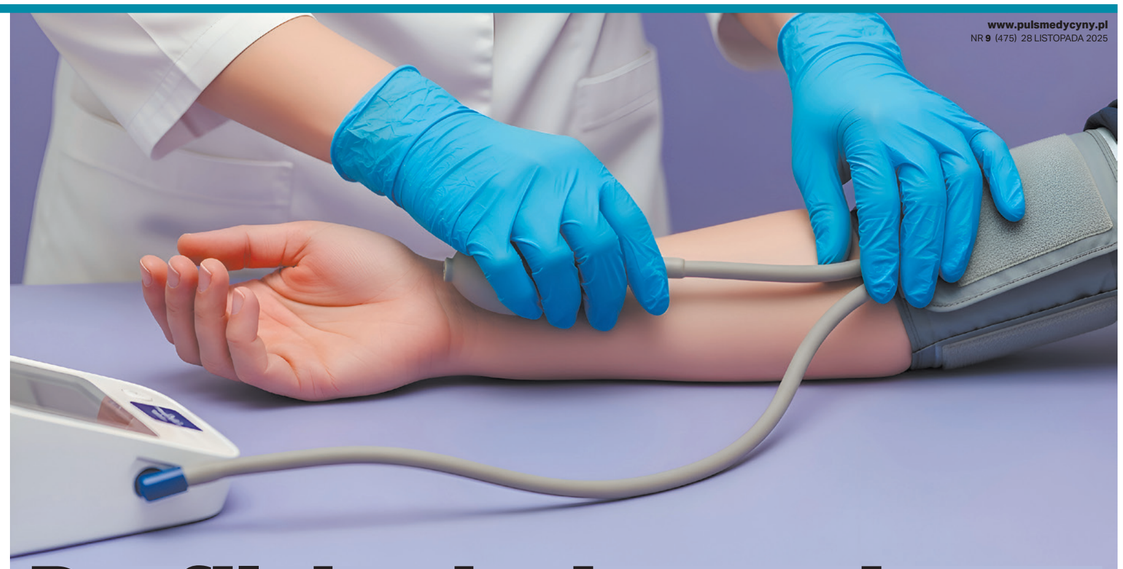
Jerzy Szafranowicz — ortopeda, były wiceprezydent Chorzowa; po zakończeniu misji w Ministerstwie Zdrowia znalazł pracę w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego, w Departamencie Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia. Ma się zająć restrukturyzacją zadłużonych szpitali „marszałkowskich".



FOT. ADOBESTOCK

Anna Gumułka, Katarzyna Lisowska, Katarzyna Matusewicz

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025



Profilaktyka bez nadzoru: gdy nikt nie pilnuje, nikt nie działa

W Polsce brakuje instytucji odpowiedzialnej za egzekwowanie realizacji programów profilaktycznych. „Obecnie nikt nie ponosi konsekwencji za brak aktywności w tym zakresie. Tymczasem w wielu krajach praktyki medyczne, które nie angażują się w działania profilaktyczne, tracą część finansowania lub nie otrzymują przedłużenia kontraktu. Nie chodzi o przymus, ale o premiowanie tych, którzy podejmują realne działania" — tłumaczył prof. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Niski poziom uczestnictwa Polaków w programach profilaktycznych pokazuje, jak poważnie niedomaga świadomość zdrowotna w naszym społeczeństwie. Zgłaszalność na badania mammograficzne (program profilaktyki raka piersi) w skali kraju wynosi ok. 30 proc., a są regiony, w których sięga zaledwie 5 proc. Niskim zainteresowaniem cieszą się też szczepienia przeciwko HPV. Taką ochroną objęto jedynie 16 proc. uprawnionych do bezpłatnych szczepień.

O tym, jak sprawić, by profilaktyka w Polsce przestała być piętą achillesową, dyskutowali przedstawiciele świata medycznego oraz decydenci podczas Kongresu Zdrowia Polaków, który odbył się 24 listopada w Kajetanach.

Zdanie lekarza mniej znaczy niż opinia celebryty

Dr hab. n. med. Robert Zymliński, prof. UMW, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, zwrócił uwagę, że niewielkie zaangażowanie Polaków w działania profilaktyczne wynika z braku świadomości współodpowiedzialności za własne zdrowie.

„Nie zbudowaliśmy przekonania, że każdy z nas, codziennymi wyborami i nawykami, wpływa na swój stan zdrowia. Opracowujemy różne strategie edukacyjne, ale często nie potrafimy ich dostosować do rzeczywistych potrzeb Polaków. Dodatkowo mamy problem z samym przekazem, podczas gdy propozycje niemedyczne, oparte na fake newsach, są niezwykle atrakcyjne i starannie zaprojektowane" — stwierdził.

Rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, kontynuując ten wątek, dodał, że nieprzebijanie się rzetelnej wiedzy naukowej do opinii publicznej ma związek z osłabieniem zaufania do środowiska medycznego. „Musimy to zaufanie odbudować, bo dziś żyjemy w czasach, w których opinia celebryty bywa traktowana jako fakt. Nie chodzi o to, by środowisko medyczne zniżało się do poziomu influencerów, ale by potrafiło mówić wykorzystując różne kanały, językiem dopasowanym do różnych grup, nie zawsze z wysokości autorytetu" — przekonywał.

Rektor przyznał, że to duże wyzwanie. „Przekaz musi być oparty jednocześnie na rzetelnych danych i atrakcyjnej, emocjonalnej narracji. Druga strona — środowisko dezinformacji — opanowało tę sztukę doskonale. Fake newsy brzmią „fachowo", odwołują się do języka naukowego i trafiają szczególnie do osób wykształconych, ale spoza medycyny" — punktował.

Brak zaangażowania piętnowany konsekwencjami

Prof. Moniuszko zwrócił też uwagę, że w Polsce brakuje instytucji odpowiedzialnej za egzekwowanie realizacji programów profilaktycznych, a ich niewykonanie nie pociąga za sobą żadnych konsekwencji.

„Jeśli ktoś nie wejdzie do programu, to strata tej osoby, ale systemowo nie dzieje się nic. Nikt nie ponosi konsekwencji za brak aktywności w tym zakresie. Z perspektywy Polski powiatowej i gminnej trudno wskazać jednostkę ochrony zdrowia, która odpowiada za to, że na danym terenie mieszkańcy nie realizują badań profilaktycznych. Edukujemy społeczeństwo nt. korzyści płynących z inwestowania w zdrowie — i słusznie — ale przy naszym charakterze narodowym, skłonności do przekory i niskim poziomie zaufania, sama edukacja nie wystarczy" — komentował.

W tym miejscu prof. dr hab. n. med. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, wskazał, że jednym z narzędzi poprawy zgłaszalności pacjentów na badania profilaktyczne mogłyby być proste zachęty finansowe. „Dlaczego nie rozważyć pomysłu, który pojawił się również w resorcie zdrowia, by udział w programach profilaktycznych był związany z realnie odczuwalnym bonusem, np. niewielkim odpisem podatkowym?" — proponował.

Prof. Moniuszko namawiał do korzystania z rozwiązań stosowanych w innych krajach. „W wielu państwach praktyki podstawowej opieki zdrowotnej muszą wykazać się określoną aktywnością w tym zakresie, aby utrzymać kontrakt. Nikt nie oczekuje od nich cudów ani stuprocentowej zgłaszalności, ale wymaga się minimum działań: telefonów, interwencji, przypomnień. W przeciwnym razie placówka traci część finansowania" — tłumaczył rektor. W Polsce nie ma żadnych mechanizmów, które by temu celowi służyły. „Trudno więc liczyć na pełne zaangażowanie, jeśli od realizacji programów profilaktycznych nie zależy w żaden sposób interes ekonomiczny podmiotu" — argumentował.

Potrzebny organ koordynujący i kontrolujący

W podobnym tonie wypowiadał się prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej. W jego ocenie, w Polsce za programy profilaktyczne odpowiada bardzo wiele instytucji, ale brakuje lidera, który nadałby tym działaniom jednoznaczny kierunek.

„Mamy do czynienia nie tylko z rozproszonym ustalaniem standardów, lecz także z brakiem spójnej ewaluacji prowadzonych projektów. Dobrym przykładem jest kwestia wyszczepialności przeciwko HPV. Informacje, którymi dziś operujemy, to w dużej mierze estymacje, a nie rzetelne dane. To pokazuje, jak wiele tracimy przez to, że nie stworzyliśmy jednego sektora odpowiedzialnego za profilaktykę" — przekonywał prof. Bidziński.

Warto docenić realne oszczędności dla systemu

Profesor ubolewał nad tym, że profilaktyka nie jest w Polsce priorytetem finansowym. „Wydatki wciąż koncentrują się na medycynie naprawczej, podczas gdy to działania zapobiegawcze dają największą szansę na realne oszczędności. W ginekologii onkologicznej widzę ogromny potencjał profilaktyki i jej wpływ na zmniejszanie skali późniejszych, kosztownych interwencji. Ale budowanie skutecznego systemu profilaktyki wymaga konsekwencji, nie tylko wdrożenia odpowiedniego modelu, lecz także jego długofalowego prowadzenia" — podkreślił prof. Bidziński.

Uczestnicy dyskusji zgodzili się, że kluczowe jest wyposażenie młodych pokoleń w narzędzia, które pomogą im świadomie dbać o zdrowie, szczególnie w kontekście epidemii chorób cywilizacyjnych, jak otyłość, cukrzyca, fala chorób psychicznych, które obniżają jakość zdrowia populacji. Podkreśli też wagę współpracy międzysektorowej. Jak mówili, to nie tylko zadanie rządu, ale też samorządów, pracodawców i całej społeczności.

Edukacja, edukacja, edukacja

W opinii wszystkich dyskutantów, fundamentem skutecznej profilaktyki jest edukacja zdrowotna — prowadzona konsekwentnie, już od najwcześniejszych etapów kształcenia. Jak zaznaczył dr hab. Robert Zymliński, musi ona obejmować nie tylko dzieci, lecz także ich rodziców. „Projekt wprowadzenia lekcji o zdrowiu w szkole podstawowej pokazał, że działania edukacyjne muszą iść równolegle z intensywną, pozytywnie „agresywną" edukacją dorosłych. Bez wsparcia i akceptacji rodziców edukacja młodszych pokoleń również nie przyniesie oczekiwanych efektów" — przekonywał.

Katarzyna Lisowska

FOT. ADOBESTOCK

Dlaczego pacjenci wybierają szarlatanów zamiast lekarzy?

Mimo błyskawicznego rozwoju medycyny, wciąż miliony ludzi wierzą w pseudoterapie — od homeopatii po generatory plazmowe. Dlaczego? Jak wyjaśnia psycholog dr Tomasz Witkowski, źródła tego zjawiska są złożone: od „głodu cudów" i potrzeby nadziei, przez emocje i ignorancję, aż po kryzys autorytetów i systemu edukacji, który zamiast krytycznego myślenia, często wzmacnia irracjonalizm. To właśnie w takich lukach rozwija się szarlataneria, nierzadko zagrażająca zdrowiu i życiu pacjentów.

Pseudonaukowe metody terapii wciąż zyskują na popularności, mimo że medycyna oparta na dowodach rozwija się bardzo dynamicznie. Czym tłumaczy się to zjawisko?

To nie jest nic nowego — takie praktyki istniały zawsze. Kiedyś ludzie poszukiwali np. proszku z rogu jednorożca czy innych cudownych specyfików na różnego rodzaju dolegliwości. Odbywało się to zwykle na targach, dziś przybiera to bardziej zorganizowaną formę. Szarlatani najczęściej działają w Internecie. I mimo iż medycyna rzeczywiście ma niezwykłe osiągnięcia, to faktem pozostaje, że jesteśmy istotami śmiertelnymi. Nadal istnieją choroby nieuleczalne czy bardzo trudne do leczenia. To właśnie te obszary — gdzie medycyna nie ma gotowych odpowiedzi ani skutecznych terapii — najczęściej zagospodarowują szarlatani.

I myślę, że to się nie zmieni, nawet gdy medycyna rozwinie się nieporównanie bardziej niż dziś. Zawsze znajdą się ludzie, którzy będą chcieli zatrzymać młodość, spowolnić starzenie się, a nawet poszukiwać nieśmiertelności. To naturalny trend, z którego korzystają pseudoterapeuci. Trzeba też pamiętać, że mamy w sobie potrzebę nadziei, „głód cudów". Nawet jeśli leczymy się zgodnie z zaleceniami lekarzy, często myślimy: „może jest jeszcze coś, co mogę zrobić". I właśnie to „coś jeszcze" bardzo często staje się polem działania osób polecających pseudonaukowe metody terapii.

Wiadomo, jaka jest obecnie skala tego problemu w Polsce? Ilu pacjentów może korzystać z usług naturopatów czy bioenergoterapeutów?

Trudno określić dokładną skalę tego zjawiska. Nie wiem, czy ktokolwiek przeprowadził rzetelne badania dotyczące liczby pacjentów korzystających z takich praktyk. Pamiętam jednak analizę sprzed kilkunastu lat, która dotyczyła wartości rynku ezoterycznego, czyli działalności wróżek, jasnowidzów i im podobnych. Już wtedy szacowano go na ok. dwóch miliardów złotych rocznie! Można przypuszczać, że dziś ta wartość jest znacznie wyższa.

Jeśli do tego doliczymy wszelkie formy niesprawdzonego ziołolecznictwa, sytuacja staje się jeszcze bardziej złożona. Granica między tym, co mieści się w ramach medycyny, a tym, co nią nie jest, bywa bardzo płynna. Z jednej strony mamy preparaty roślinne, które rzeczywiście mogą wykazywać pewne działanie, ale z drugiej — ogromny segment suplementów diety, co do których nie ma żadnej gwarancji skuteczności.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, suplementy nie podlegają takiej kontroli jak leki. Oznacza to, że w kapsułce może znaleźć się niemal wszystko: sól fizjologiczna, cukier czy inne obojętne substancje, a jednak taki preparat trafia na półki apteczne, tuż obok leków. W ten sposób system sam niejako dopuszcza obecność metod niemedycznych bardzo blisko medycyny, rozkładając nad nimi parasol wiarygodności. Szczególnym przykładem jest homeopatia — produkty te nie wymagają żadnych badań klinicznych, a mimo to funkcjonują w obiegu i są oferowane pacjentom tak, jakby były pełnoprawnym elementem terapii.



TOMASZ WITKOWSKI

O KIM MOWA

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

W prasie była niedawno opisywana historia pacjentki z potwierdzonym rakiem trzustki, którą naturopata diagnozował „dotykając jej nogi kamieniami oraz kręcąc sprężynką, a następnie zaproponował leczenie wynajętym od niego generatorem plazmowym". Nie muszę dodawać, że bardzo drogim. Pacjentka zmarła. Dlaczego ludzie wierzą w tak absurdalne terapie?

Może to wynikać z kilku czynników. Z jednej strony, mamy wspomniany już „głód cudów" — potrzebę nadziei, że znajdzie się coś poza medycyną, co da szansę na wyleczenie. Z drugiej strony, mamy ogromną ignorancję. Nazwa „generator plazmowy" brzmi poważnie, kojarzy się z zaawansowaną fizyką, z czymś naukowym, trudnym do zrozumienia, a przez to wiarygodnym. A szarlatani bardzo skutecznie wykorzystują niewiedzę.

Sam kiedyś pod pseudonimem przeprowadziłem pewien eksperyment. Wymyśliłem fikcyjną terapię, która zaczynała się od badania tomografem komputerowym, a następnie rzekomo analizowała „pola morfogenetyczne" — coś, co w ogóle nie istnieje. Napisałem artykuł na ten temat i udało mi się go zamieścić w poważnym wówczas czasopiśmie psychologicznym „Charaktery", które miało radę naukową złożoną z profesorów i doktorów. I oni opublikowali tę bzdurę…

Takich przykładów jest więcej. W psychologii od czasu do czasu pojawiają się próby tworzenia pojęć pseudonaukowych, jak choćby „psychologia kwantowa". Był nawet ktoś, kto próbował w Polsce zrobić habilitację w tym obszarze, na szczęście bez powodzenia. Mechanizm jest podobny: większość ludzi nie rozumie współczesnej fizyki czy chemii, więc pseudonaukowe uzasadnienia brzmią dla nich poważnie.

Tak jak w homeopatii kiedyś posługiwano się koncepcją „pamięci wody", czyli twierdzeniem, że choć w roztworze nie ma już żadnych cząsteczek substancji czynnej, to woda rzekomo „zapamiętuje" ich właściwości i może je przekazywać pacjentowi. Oczywiście to całkowity mit, pozbawiony naukowych podstaw, który powstał, by nadać homeopatii pozory wiarygodności. Współczesna fizyka i chemia nie potwierdzają, aby woda mogła mieć jakąkolwiek „pamięć molekularną". Dziś pojawiają się inne, równie pokrętne wyjaśnienia, które nie mają nic wspólnego z rzeczywistością.

Czy obok indywidualnej podatności pacjentów na pseudoterapie, mamy też do czynienia z szerszym zjawiskiem społecznym?

Tak, to szerszy trend społeczny, ale też polityczny. W ostatnich 20-30 latach w wielu krajach, także w Polsce, rządzący często podważają znaczenie nauki i autorytetów intelektualnych. Niestety, w dużej mierze im się to udaje. Widać to choćby w polityce — elektorat, który gardzi wartościami naukowymi, coraz częściej wpływa na bieg wydarzeń.

Najlepszym przykładem była pandemia. Wiedza społeczna o mikrobiologii była praktycznie żadna, więc można było wmówić obywatelom dosłownie wszystko. A dodatkowo część osób z kręgu władzy — które powinny odgrywać rolę autorytetów — wspierała różne antyszczepionkowe teorie. To w ogromnym stopniu przyczyniło się do deprecjonowania wiedzy i wzmocniło podatność na pseudonaukowe koncepcje.

Dlaczego w sytuacji choroby tak często kierujemy się emocjami i wyłączamy racjonalne myślenie — wybierając np. porady znajomych czy pseudonaukowe informacje z Internetu zamiast sprawdzonych metod leczenia?

To złożone zjawisko — wpływa na nie wiele czynników, które nakładają się na siebie i wspólnie kształtują decyzje pacjenta. Z jednej strony jest potrzeba nadziei, podatność na pseudonaukowy język i spadek zaufania do autorytetów. Z drugiej ogromną rolę odgrywają emocje, które w sytuacjach dotyczących zdrowia łatwo dominują nad racjonalnym myśleniem.

Trzeba też wziąć pod uwagę kontekst systemu ochrony zdrowia w Polsce, który przez wiele osób jest utożsamiany stricte z medycyną jako taką. Przeciętny pacjent, korzystając z opieki medycznej, często czuje się zniechęcony. Kolejki do specjalistów są bardzo długie — czasem trzeba czekać pół roku, rok, a bywa, że i kilka lat. Tymczasem choroba, zwłaszcza nagła, nie dostosuje się do terminu wizyty. Poza tym lekarze są przepracowani i zmuszeni do poświęcania pacjentowi minimalnej ilości czasu. W efekcie diagnozy bywają powierzchowne i nietrafne. Pacjent, który trafia do zmęczonego, zdenerwowanego lekarza, często spotyka się z opryskliwością, a w jego oczach taki lekarz staje się uosobieniem medycyny jako całości.

Na tym tle szarlatani wypadają dużo lepiej. Naturopata czy bioenergoterapeuta poświęca pacjentowi czas, uważnie go słucha, okazuje zainteresowanie i empatię. Samo to bywa dla chorego „leczące", przynajmniej uspokaja jego psychikę. Dlatego pacjenci często wychodzą od takich osób dużo bardziej zadowoleni niż z gabinetu lekarskiego.

W pewnym sensie więc sama medycyna — a raczej sposób, w jaki jest zorganizowany system opieki zdrowotnej i jak wygląda kontakt lekarza z pacjentem — pracuje na swoją niekorzyść, wzmacniając atrakcyjność szarlatanów.

Jak można opisać psychologiczny portret osób, które podają się za uzdrowicieli? Czy to cyniczni oszuści, czy raczej ludzie, którzy naprawdę wierzą w swoje zdolności?

Odpowiedź nie jest jednoznaczna. Dobrym punktem odniesienia jest działalność Jamesa Randiego — amerykańskiego iluzjonisty, który uczciwie podkreślał, że zarabia na iluzji, a nie na magii. Po przejściu na emeryturę założył fundację swojego imienia, która przez wiele lat oferowała milion dolarów nagrody każdemu, kto zdoła udowodnić posiadanie zdolności paranormalnych: uzdrawiania, jasnowidzenia, telepatii, telekinezy, przekazywania energii itd. Nad testami czuwał panel ekspertów, a chętnych nie brakowało. Mimo to przez kilkadziesiąt lat działalności nikt tej nagrody nie zdobył.

Randi sam przyznawał, że spotykał dwie główne grupy osób. Pierwsza to perfidni oszuści — ludzie świadomie stosujący sztuczki i wykorzystujący łatwowierność innych. Jako iluzjonista z wieloletnim doświadczeniem, potrafił ich łatwo zdemaskować, często wykonując ich „cuda" lepiej niż oni sami.

Druga, znacznie liczniejsza grupa, to osoby naprawdę przekonane o swoich zdolnościach. Nie mieli oni przygotowania naukowego ani narzędzi, by samodzielnie weryfikować, czy obserwowane przez nich efekty były realne, czy przypadkowe. Często interpretowali zbiegi okoliczności jako dowód na własne moce.

Zapytałem kiedyś Randiego, ilu z nich po rzetelnym teście przyznało, że jednak nie mają nadprzyrodzonych zdolności. Odpowiedział, że przez całe życie zdarzyło się to zaledwie czterem czy pięciu osobom. Reszta — nawet wobec jasnych dowodów — pozostawała w przekonaniu, że coś „nie zadziałało": winne były rzekomo sztuczne warunki eksperymentu, obecność sceptyków albo inne czynniki.

To pokazuje, że wśród samozwańczych uzdrowicieli istnieje niewielka grupa cynicznych manipulatorów, ale zdecydowana większość rzeczywiście wierzy w to, co robi. I właśnie to czyni ich tak trudnymi do zdemaskowania — bo nie kłamią wprost, lecz powielają własne złudzenia.

Wydaje się, że wspólną cechą zarówno cynicznych oszustów, jak i tych „uzdrowicieli", którzy naprawdę wierzą w swoje moce, jest straszenie medycyną konwencjonalną.

Tak, i to skuteczne działa na pacjentów. Demonizowanie chemioterapii czy szczepionek to jedna z podstawowych kart przetargowych samozwańczych terapeutów. Tworzy się w ten sposób narracja spiskowa, w której „Big Pharma" rzekomo ukrywa prawdę i świadomie szkodzi pacjentom, by na nich zarabiać. To bardzo silny mechanizm oddziaływania — wielu ludzi jest skłonnych wierzyć w takie teorie, bo brzmią prosto i budzą emocje.

Mam w pamięci rozmowę ze znajomym, który pracował jako menedżer w dużym koncernie farmaceutycznym i koordynował badania kliniczne. Jego opowieści były pouczające: obraz „Big Pharmy" jako wszechmocnej organizacji spiskującej przeciwko ludziom jest fałszywy,

> Demonizowanie chemioterapii czy szczepionek to jedna z podstawowych kart przetargowych samozwańczych terapeutów. Tworzy się w ten sposób narracja spiskowa, w której „Big Pharma" rzekomo ukrywa prawdę i świadomie szkodzi pacjentom, by na nich zarabiać.

a rzeczywistość wygląda często odwrotnie. Liczne obiecujące badania nad nowymi lekami bywają przerywane właśnie z obawy przed pozwami o działania niepożądane czy skutki uboczne. Istnieją wyspecjalizowane kancelarie prawne, które wręcz wyszukują pacjentów biorących udział w badaniach, by wytaczać koncernom procesy i uzyskiwać ogromne odszkodowania.

W praktyce nie mamy więc do czynienia ze „spiskiem koncernów", ale raczej z sytuacją, w której strach przed konsekwencjami prawnymi i finansowymi prowadzi do wstrzymywania prac nad innowacyjnymi terapiami. Paradoksalnie więc popularne myślenie o „złej Big Pharmie" hamuje rozwój badań i blokuje powstawanie nowych leków.

Dlaczego część lekarzy, którzy kończą studia medyczne, zdobywają solidną wiedzę i doświadczenie, później odrzuca naukę i przechodzi na stronę pseudomedycyny?

To zjawisko można porównać do tzw. choroby noblistów. Polega ona na tym, że niektórzy laureaci Nagrody Nobla — osoby o wybitnym intelekcie — po otrzymaniu tego wyróżnienia zaczynają głosić dziwaczne teorie. Klasycznym przykładem jest Linus Pauling, dwukrotny noblista, który założył własny instytut medyczny i całe lata popularyzował wiarę w witaminę C jako cudowny lek niemal na wszystko, łącznie z chorobami nowotworowymi. Sam zresztą na raka zmarł, lecząc się ogromnymi dawkami tej witaminy.

Podobne fascynacje mieli swego czasu nawet Maria Skłodowska-Curie z mężem, którzy wierzyli w zdolności pewnego medium. Badania wskazują, że „choroba noblistów" dotyka ok. 30 osób na 900 nagrodzonych.

Dlaczego tak się dzieje?

David Gorski, amerykański chirurg i demaskator pseudonauki, pisał, że chodzi tu o prosty mechanizm psychologiczny. Osoby z bardzo wysoką samooceną, a także z wyjątkowym intelektem, jeśli już w coś uwierzą — nawet jeśli jest to koncepcja kompletnie błędna — niezwykle trwale pozostają w tym przekonaniu. Są tak pewne własnego osądu i analizy danych, że nie podają tego w wątpliwość. Innymi słowy: inteligencja nie chroni przed wiarą w nonsensy, a czasem wręcz ją utrwala.

To samo dotyczy lekarzy. Osoby po studiach medycznych są lepiej wykształcone niż przeciętna część populacji. Jednak jeśli ulegną jakiejś pseudonaukowej idei — czy to biorezonansowi, medycynie kwantowej, czy homeopatii — są przekonane, że ich decyzja wynika z racjonalnej analizy. I wtedy niezwykle trudno je od tego odwieść.

Ale to nie jedyny mechanizm. Istnieje też grupa lekarzy, którzy kierują się wyrachowaniem. Zdarza się, że pacjent naciska na zastosowanie terapii alternatywnej, np. domaga się leczenia homeopatycznego, i lekarz ulega presji, by go nie stracić. Inni wykorzystują to dla zysku. Podczas rozmów z lekarzami w Niemczech słyszałem, że w pewnym okresie pacjentom tuż przed znieczuleniem do operacji oferowano dodatkowo zabiegi akupunktury, które miały rzekomo zmniejszyć ból pooperacyjny. Większość pacjentów, znajdując się w takiej sytuacji, godziła się na te procedury. Dla lekarzy był to po prostu sposób na dodatkowy zarobek.

Można więc powiedzieć, że wśród medyków propagujących pseudoterapie mamy do czynienia z trzema grupami:

- cynicznymi oportunistami, którzy robią to dla pieniędzy;
- lekarzami ulegającymi presji pacjentów;
- tymi, którzy naprawdę wierzą, że odkryli „inną prawdę".

I to właśnie ta ostatnia grupa bywa najtrudniejsza do przekonania, bo podobnie jak wspomniani nobliści, wierzą, że ich decyzja jest owocem intelektualnej analizy, a nie błędu.

Czy można powiedzieć, że lekarz, który propaguje pseudoterapie, bywa groźniejszy dla pacjenta niż laik-uzdrowiciel?

Zdecydowanie tak. Lekarz ma wykształcenie medyczne i ogromną przewagę nad osobą bez takiego przygotowania. Dzięki wiedzy potrafi przedstawić swoje działania w sposób dużo bardziej przekonujący — umie używać fachowego języka, powoływać się na mechanizmy biologiczne czy procesy fizjologiczne, choćby w sposób pozorny. To sprawia, że pacjentowi trudniej odróżnić pseudoterapię od medycyny opartej na dowodach.

Lekarz, który porzuca naukę i przechodzi na stronę pseudomedycyny, dysponuje autorytetem dyplomu i zawodu. W oczach pacjenta staje się więc wiarygodny — i w tym sensie jest bardziej niebezpieczny niż samozwańczy uzdrowiciel, który nie ma takich narzędzi do uwiarygadniania swoich działań.

Czy istnieje sposób, by pacjentów, którzy ulegają spiskowym teoriom i wierzą w pseudoterapie, odwieść od takich praktyk?

Jestem w tej kwestii raczej pesymistą. Psychologia pokazuje, że próby przekonywania wprost bardzo często przynoszą efekt odwrotny, tzw. efekt reaktancji. Kiedy ktoś mówi nam: „tego nie wolno", rodzi się silna potrzeba, by właśnie to zrobić. Podobnie działa efekt bumerangu: racjonalne argumenty, które mają pokazać, że nasz wybór był błędny, mogą jeszcze bardziej umocnić nas w przekonaniu, że postąpiliśmy słusznie. Dlatego w praktyce rozmowa tu i teraz rzadko odnosi skutek.

Niestety, w wielu przypadkach nawet najbliżsi, pełni dobrej woli, nie są w stanie odwieść pacjenta od decyzji, które kończą się tragicznie. I to jest najbardziej dramatyczna konsekwencja: upór, podsycany złudną nadzieją, może kosztować życie.

Jedyną realną drogą jest edukacja, i to zaczynana jak najwcześniej. W Polsce widać ogromne braki — zmniejsza się liczba godzin przedmiotów ścisłych, które uczą logicznego myślenia, a w ich miejsce pojawia się coraz więcej treści, wzmacniających postawy nienaukowe. Warto podkreślić, że lekcje religii, które kiedyś były sprawą prywatną, stały się elementem systemu edukacji. I to w praktyce oznacza trening irracjonalnego myślenia, bo treści religijne nie dają się logicznie ani naukowo wyjaśnić. Jeśli młody człowiek od najmłodszych lat uczy się akceptować rzeczy bez dowodów, później w dorosłości łatwiej przyjmuje pseudonaukowe narracje.

Do tego dochodzi jeszcze zjawisko baniek informacyjnych. Media społecznościowe i algorytmy wyszukiwarek tworzą środowisko, w którym każdy znajdzie potwierdzenie własnych poglądów. Jeśli ktoś zaczyna głosić teorie antyszczepionkowe, niemal natychmiast otacza się gronem ludzi, którzy będą go utwierdzać w przekonaniu, że postępuje właściwie. Ten mechanizm nigdy wcześniej nie był tak silny jak obecnie i, niestety, dodatkowo utrwala irracjonalne postawy.

To dlatego w dyskusjach w Internecie przeciwnicy szczepień i działań profilaktycznych są tak widoczni, podczas gdy ich zwolennicy milczą?

To zjawisko ma głębsze podłoże. Ci, którzy wiedzą, że szczepienia są konieczne, zwykle po prostu je wykonują i nie wdają się w dyskusje w mediach społecznościowych. Natomiast przestrzeń internetowa zostaje zdominowana przez osoby nastawione sceptycznie lub wrogo, więc to ich głos staje się najbardziej słyszalny.

I tu wracamy do podstaw: w Polsce edukacja zdrowotna ma się znacznie gorzej niż np. lekcje religii. Do tego stopnia, że sam prezydent publicznie mówił, iż wypisał swoje dziecko z zajęć edukacji zdrowotnej. To absurd, a zarazem smutna ilustracja tego, jak świadomie marginalizuje się racjonalne treści na rzecz irracjonalizmu. W efekcie upadek autorytetów i podważanie nauki stają się wygodne dla tych, którzy chcą na tym chaosie zyskiwać — zarówno wewnątrz kraju, jak i poza jego granicami.

Podsumowując, największym sprzymierzeńcem szarlatanów nie jest ich pomysłowość, lecz nasza własna ignorancja i system, który zamiast uczyć krytycznego myślenia, promuje irracjonalizm.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Przy okrągłym stole eksperci wskazali kluczowe wyzwania i kierunki zmian



Podczas 20. edycji konferencji Polityka Lekowa przedstawiciele administracji publicznej, eksperci kliniczni i specjaliści rynku zdrowia spotkali się na zamkniętej debacie poświęconej najpilniejszym wyzwaniom systemu lekowego. W kameralnej formule, opartej na zasadach Chatham House, uczestnicy omawiali bezpieczeństwo lekowe kraju, dostęp do technologii oraz kwestie refundacyjne, a także wymieniali doświadczenia i spostrzeżenia dotyczące najważniejszych trendów w ochronie zdrowia.

5 listopada odbyła się w Warszawie jubileuszowa, 20. edycja konferencji Polityka Lekowa, organizowana przez redakcję „Pulsu Medycyny". Panele prowadziły: Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny", Katarzyna Lisowska, zastępca redaktor naczelnej oraz red. Katarzyna Matusewicz.

Spotkanie ponownie stało się przestrzenią swobodnej, nieformalnej dyskusji pomiędzy decydentami, ekspertami klinicznymi i przedstawicielami środowiska odpowiedzialnego za kształtowanie polityki lekowej w Polsce. Wydarzenie — zrealizowane zgodnie z zasadami Chatham House — miało charakter zamknięty, co umożliwiło uczestnikom nieskrępowaną wymianę opinii i doświadczeń.

Podobnie jak w poprzednich latach, dyskusje odbywały się w równoległych panelach, tematycznie skoncentrowanych na bezpieczeństwie lekowym, dostępie do innowacji oraz wyzwaniach refundacyjnych. Formuła okrągłego stołu sprzyjała ożywionej rozmowie — eksperci chętnie zabierali głos, dzielili się obserwacjami z praktyki, interpretacjami aktualnych regulacji i rekomendacjami na przyszłość.

Bezpieczeństwo lekowe i dostęp do nowoczesnych technologii

Pierwsza część wydarzenia zgromadziła szerokie grono interesariuszy, którzy dyskutowali o dwóch kluczowych obszarach: najważniejszych wyzwaniach związanych z bezpieczeństwem lekowym oraz dostępem do nowoczesnych technologii medycznych.

Dyskusje prowadzone w otwartej atmosferze pozwoliły uczestnikom nie tylko zdefiniować najpilniejsze problemy, ale również wskazać potencjalne kierunki działań, które mogłyby poprawić stabilność systemu dostaw leków oraz skrócić drogę innowacyjnych terapii do pacjentów. Eksperci zwracali uwagę na znaczenie planowania strategicznego, elastyczności regulacyjnej i lepszej organizacji współpracy między instytucjami publicznymi a sektorem farmaceutycznym.

W trakcie rozmów uczestnicy podkreślali także rosnącą rolę technologii medycznych w poprawie jakości leczenia oraz potrzebę standaryzacji ścieżek dostępu do nich. Wielu dyskutantów wskazywało, że doświadczenia ostatnich lat — od braków leków po dynamiczny rozwój metod terapeutycznych — uwidoczniły konieczność przebudowy niektórych mechanizmów systemowych.

Priorytety w obszarze refundacji

W równolegle prowadzonej drugiej ścieżce tematycznej Mateusz Oczkowski, zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej Ministerstwa Zdrowia, odbywał kameralne narady z maksymalnie pięcioosobowymi grupami ekspertów. Dyskusje dotyczyły czterech kluczowych obszarów refundacji terapii: w chorobach cywilizacyjnych, chorobach rzadkich, hematoonkologii oraz onkologii.

Formalna poufność tej części obrad — bez możliwości publikowania jakichkolwiek materiałów — pozwoliła uczestnikom na wyjątkowo szczere wypowiedzi. Eksperci omawiali m.in. bariery finansowe, pojawiające się wyzwania legislacyjne, potrzebę przyspieszenia procesów refundacyjnych i zwiększającą się presję, wynikającą z rosnącej liczby kosztownych terapii, zwłaszcza w obszarze onkologii i chorób rzadkich.

Uczestnicy podkreślali również znaczenie transparentności i spójności procesów decyzyjnych oraz konieczność ciągłego dostosowywania polityki refundacyjnej do zmieniającej się struktury potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Dialogowa droga do aktualizowania polityki lekowej

Celem tegorocznego spotkania było wypracowanie listy najważniejszych wyzwań, które powinny stać się punktem odniesienia dla dalszych działań państwa w obszarze polityki lekowej. Zgodnie z założeniami konferencji, podsumowanie zostało przygotowane przez redaktora „Pulsu Medycyny" i przekazane wyłącznie uczestnikom.

Jak podkreślali zaproszeni eksperci, regularne, merytoryczne rozmowy w takiej formule są jednym z najlepszych sposobów na budowanie nowoczesnej i przewidywalnej polityki lekowej, opartej na dialogu oraz wspólnym rozumieniu priorytetów. (AR)

Partnerzy

Abbott · AMGEN · AstraZeneca · Biogen · EXACT SCIENCES · Lilly · NOVARTIS · PROGLIKEMIA OFICJALNY DYSTRYBUTOR dexcom · sanofi · Swixx BioPharma Modern Medicines for All

Rewolucja w gabinetach

MZ zapowiada automatyczne określanie poziomu refundacji

Ministerstwo Zdrowia zapowiada odciążenie lekarzy z obowiązku określania poziomu refundacji leków na receptach. „Rozwiązanie jest na zaawansowanym etapie i spodziewamy się, że pojawi się w aplikacji gabinet.gov.pl już w pierwszym, najdalej drugim kwartale przyszłego roku" — poinformował wiceminister zdrowia Tomasz Maciejewski, pytany o terminy wprowadzanych cyfrowych udogodnień w ochronie zdrowia.



Kiedy pacjenci faktycznie odczują większą dostępność do świadczeń medycznych dzięki wprowadzeniu centralnej e-rejestracji?

Pacjenci powinni realnie odczuć większą dostępność do świadczeń w zakresie kardiologii, badań cytologicznych i mammograficznych już od 1 stycznia. Te zakresy świadczeń były w pilotażu centralnej e-rejestracji, który właśnie domykamy. Z nowym rokiem zaczną funkcjonować już poza pilotażem. A w pełnym wymiarze powinny działać od lipca.

Od 1 lipca planowane jest również wdrożenie e-rejestracji do poradni w takich zakresach, jak: pulmonologia, neonatologia, nefrologia, immunologia, endokrynologia. Wybór tych poradni jest podyktowany tym, że kardiologia, już działająca w systemie, obejmuje jednostki chorobowe, które w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej często mają powiązania z wymienionymi zakresami.

Myślę, że przyszły rok faktycznie przyniesie pacjentom pierwsze pozytywne zmiany. Będą one widoczne wraz z włączaniem następnych poradni do centralnej e-rejestracji oraz uruchamianiem kolejnych narzędzi, takich jak voicebot, który ma wspomagać zarządzanie wizytami poprzez powiadamianie o nich i ich odwoływanie. Te nowe rozwiązania technologiczne ułatwią też i zdecydowanie przyspieszą wprowadzanie kolejnych poradni do tego systemu.

Resort zdrowia zapowiada narzędzie, które zwolni lekarzy z obowiązku określania poziomu refundacji leków na receptach. Na jakim etapie jest to rozwiązanie?

Rozwiązanie jest na tyle już zaawansowane, że spodziewam się, iż w obrębie aplikacji gabinet.gov.pl będzie ono dostępne w pierwszym, a najdalej drugim kwartale 2026 r. Nie chciałbym obiecywać konkretnego terminu, bo mamy wiele zadań do wykonania — obecnie intensywnie pracujemy nad tymi związanymi z realizacją KPO — ale liczę, że uda się to zapowiadane narzędzie uruchomić jak najszybciej.

To rozwiązanie ma na celu wsparcie w precyzyjnym określaniu poziomu refundacji leków przepisywanych przez lekarza. Będzie to wymagało wprowadzenia danych pacjenta oraz odpowiednich kodów chorobowych, dzięki czemu system podpowie, czy dany lek jest refundowany i w jakim zakresie.

W przypadku pacjentów objętych stałą opieką, np. w POZ czy AOS, wprowadzenie danych na początku procesu pozwoli w przyszłości na ich automatyczne pobieranie i weryfikację. Oczywiście, w przypadku pojawienia się nowego wskazania, konieczne będzie uzupełnienie danych. Biorąc pod uwagę, że wielu pacjentów korzysta z pomocy przewlekle, a leki są przedłużane lub wprowadzane są nowe przy tym samym rozpoznaniu, to rozwiązanie znacząco ułatwi pracę personelu medycznego.

Resort zdrowia wskazuje, że chciałby mocniej zaangażować lekarzy medycyny pracy w systemie. Do tego potrzebna jest pełna jej cyfryzacja oraz integracja z platformą P1. Jakie są na to szanse?

Obecnie pracuję nad całościowym rozwiązaniem tego zagadnienia, oczywiście we współpracy z ZUS-em, ponieważ pewne połączenia będą niezbędne. Na początek chcemy wprowadzić cyfrowe zaświadczenie, wystawiane przez lekarza medycyny pracy dla każdej osoby podlegającej tym badaniom. To ucyfrowienie zaświadczenia powinno zostać wdrożone w pierwszych kwartałach 2026 r.

Aktualnie prowadzimy też rozmowy dotyczące wspólnego korzystania z Platformy P1 przez orzeczników medycyny pracy, orzeczników ZUS-u oraz lekarzy medycyny rodzinnej i pozostałych specjalistów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dyskutujemy również o zakresie profilaktyki zdrowotnej, który powinien leżeć po stronie medycyny pracy.

Rozmawiała Katarzyna Lisowska



Tworzenie nowych modeli

AOTMiT zmienia sposób oceny terapii chorób rzadkich

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wypracowuje nowy schemat oceny terapii stosowanych w chorobach rzadkich. Trwa finalizowanie kluczowych etapów analizy wielokryterialnej, która ma usprawnić podejmowanie decyzji refundacyjnych.

Projekt dotyczący stworzenia i dopracowania kryteriów używanych w analizie wielokryterialnej (MCDA) rozpoczął się kilka miesięcy temu. „Analiza wielokryterialna składa się z kilku etapów. Pierwszy obejmuje wybór kryteriów, dokonywany we współpracy z szerokim gronem specjalistów. Do prac zaproszono ekspertów z dziedziny farmakoekonomiki, etyki oraz specjalistów HTA, co pozwala uwzględnić różne perspektywy i potrzeby systemu ochrony zdrowia" — zaznaczyła dr n. farm. Anna Kowalczuk, zastępca prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Kolejnym krokiem było wybranie narzędzia umożliwiającego zmierzenie preferencji społecznych wobec poszczególnych kryteriów. Narzędzie to posłuży do przeprowadzenia ankiet, których celem będzie nadanie wagi poszczególnym elementom analizy. „To bardzo ważny etap, ponieważ pozwala uwzględnić poziom oczekiwań społeczeństwa wobec oceny technologii medycznych" — wyjaśniła dr Kowalczuk. Ostatnią fazą projektu będzie stworzenie modeli dedykowanych chorobom rzadkim. Ekspertka poinformowała, że obecnie kryteria są już zdefiniowane, a proces ankietowania preferencji powinien zakończyć się do końca pierwszego kwartału 2026 r. „To pozwoli nam przejść do budowy gotowych modeli, które w przyszłości będą wspierały decyzje dotyczące refundacji i wyceny terapii dla chorych na rzadkie schorzenia" — podsumowała dr Anna Kowalczuk. (AR)

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Przerwanie terapii burosumabem u dorosłych chorych na XLH pogarsza stan ich zdrowia

Nowoczesna terapia krzywicy hipofosfatemicznej sprzężonej z chromosomem X (XLH) z zastosowaniem burosumabu — ludzkiego przeciwciała monoklonalnego — jest dostępna tylko do ukończenia 18. r.ż. chorych. „Przerwanie leczenia burosumabem powoduje szereg komplikacji" — wskazała Aleksandra Milczarek z Fundacji na rzecz Chorych z Krzywicą Hipofosfatemiczną.

Krzywica hipofosfatemiczna sprzężona z chromosomem X to rzadkie, genetyczne, przewlekłe i postępujące zaburzenie układu kostnego, charakteryzujące się nadmierną utratą fosforanów przez nerki, spowodowaną zwiększoną aktywnością FGF23 (czynnika wzrostu fibroblastów regulującego gospodarkę fosforanową organizmu). Choroba znacząco wpływa na jakość życia pacjentów. Najbardziej charakterystycznym objawem kostnym krzywicy hipofosfatemicznej u dzieci jest deformacja kończyn dolnych o typie szpotawości, często w znacznym stopniu zaawansowania. Deformacja pojawia się po rozpoczęciu przez dziecko chodzenia, nasila wraz z wiekiem i może prowadzić do zaburzeń chodu. U dorosłych chorych na XLH występują częste bóle kostne i kostno-stawowe, powodowane osteomalacją, osteoartrozą, entezopatiami oraz złamaniami patologicznymi. Leczenie konwencjonalne polega na suplementacji fosforanów oraz aktywnych metabolitów witaminy D. Gdy występują nasilone deformacje kostne, niepoddające się leczeniu farmakologicznemu, jest stosowane leczenie ortopedyczne. Nowoczesna terapia XLH obejmuje podawanie burosumabu — ludzkiego przeciwciała monoklonalnego, które wiąże się z czynnikiem wzrostu fibroblastów 23 (FGF23), hamując jego aktywność. Burosumab jest obecnie dostępny dla polskich pacjentów w programie lekowym B.151 — leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosem X (XLH), jednak tylko do ukończenia 18. roku życia.



„Przerwanie leczenia burosumabem u dorosłych chorych na XLH powoduje szereg komplikacji, przede wszystkim pogorszenie stanu zdrowia, osłabienie kości, możliwa jest nawet ponowna deformacja" — powiedziała Aleksandra Milczarek z Fundacji na rzecz Chorych z Krzywicą Hipofosfatemiczną. Dodała, że celem leczenia burosumabem dorosłych pacjentów z XLH jest przede wszystkim zapobieganie złamaniom zmęczeniowym. (KM)

Potencjał terapii celowanej, wybiórczo niszczącej komórki raka prostaty

Radioligandowa terapia celowana otwiera nowy rozdział w leczeniu chorych na raka gruczołu krokowego. Według onkolog klinicznej dr n. med. Bożeny Sikory-Kupis, działanie to jest wyjątkowo precyzyjne, jednak dostępność terapii wciąż pozostaje poważnym wyzwaniem.

Terapia radioligandowa stanowi prawdziwy przełom w leczeniu pacjentów z rakiem gruczołu krokowego. Jak wyjaśniła dr n. med. Bożena Sikora-Kupis z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, jest to zaawansowana forma terapii celowanej, w której radioligand połączony z radioizotopem wiąże się bezpośrednio z komórkami nowotworowymi.



„Rak prostaty posiada na swojej powierzchni białko PSMA, do którego lek przyłącza się w sposób celowany, a następnie dochodzi do uwolnienia energii" — wyjaśniła dr Bożena Sikora-Kupis. Mechanizm ten pozwala w sposób wybiórczy niszczyć komórki nowotworowe przy jednoczesnym oszczędzaniu zdrowych tkanek.

„Możemy dziś powiedzieć, że mamy bardzo dobre efekty terapii u pacjentów, którzy często przeszli wiele wcześniejszych linii leczenia". Zespół medyczny stopniowo buduje doświadczenia i wyraźnie widzi miejsce tej terapii w schematach leczenia zaawansowanego raka prostaty. W ocenie dr Sikory-Kupis, głównym problemem pozostaje ograniczona dostępność terapii. „Leczenie nie jest dostępne w ramach programu lekowego, tylko w trybie ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL)" — wskazała. Dodatkowo terapia wymaga ścisłej współpracy z pracownią medycyny nuklearnej. W procesie kwalifikacji uczestniczy nie tylko onkolog, ale również specjalista medycyny nuklearnej, a sam lek musi być podawany w odpowiednio wyposażonym ośrodku. (AR)

Od lat czekamy na wprowadzenie w Polsce lung cancer unitów

Rak drobnokomórkowy płuca wciąż stanowi jedno z największych wyzwań w onkologii. Jak podkreśliła onkolog kliniczna dr hab. n. med. Magdalena Knetki-Wróblewska, choć w ostatnich latach pojawiła się immunoterapia w tym wskazaniu, a część chorych można leczyć radykalnie z zastosowaniem chemioradioterapii, system nadal potrzebuje koordynacji. Kompleksową opiekę nad tymi chorymi miały zapewnić lung cancer unity.

Rak drobnokomórkowy płuca (DRP) stanowi ok. 15-20 proc. wszystkich rozpoznań nowotworu płuca. Przez wiele lat możliwości terapeutyczne pozostawały bardzo ograniczone. „U większości chorych stosowaliśmy jedynie chemioterapię, bo brakowało nowych opcji leczenia" — przypomniała dr hab. n. med. Magdalena Knetki-Wróblewska z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Przełom nastąpił wraz z pojawieniem się immunoterapii. Obecnie dla pacjentów z chorobą w stadium uogólnienia jest dostępne leczenie łączone. „Od jakiegoś czasu możemy do chemioterapii dodać leczenie inhibitorami immunologicznych punktów kontroli, czyli immunoterapię" — przekazała onkolog kliniczna.



Zwróciła również uwagę na wyzwania związane z organizacją diagnostyki i terapii tej choroby. W Polsce co roku odnotowuje się ponad 20 tys. nowych przypadków raka płuca, co powoduje duże obciążenie systemu. „Od lat czekamy na wprowadzenie lung cancer unitów — miejsc, które koordynowałyby całą ścieżkę pacjenta: od diagnostyki, przez konsylia, aż po kwalifikację do leczenia" — zaznaczyła dr hab. Magdalena Knetki-Wróblewska. Jak dodała, takie rozwiązanie zapewniłoby płynność procesu diagnostyczno-terapeutycznego i umożliwiło optymalne prowadzenie chorych. (AR)

CGM: przełom w diabetologii na miarę odkrycia insuliny

„Mamy coraz lepszy dostęp do leków na cukrzycę, ale dopiero stałe monitorowanie glikemii umożliwia takie ustawienie leczenia, aby uzyskać jej stężenia jak u osoby zdrowej" — zaznaczyła prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Systemy monitorowania glikemii odgrywają ogromną rolę w prewencji ostrych i późnych powikłań cukrzycy. Potwierdza to stosowanie takich systemów u dzieci leczonych insuliną. „Praktycznie nie hospitalizujemy już dzieci z powodu ostrych powikłań, czyli hipoglikemii i kwasicy ketonowej. Bardzo nam zależy, aby systemy monitorowania glikemii mogły być też szerzej stosowane u dorosłych" — podkreśliła prof. Myśliwiec, specjalista w dziedzinie pediatrii, endokrynologii, diabetologii oraz endokrynologii i diabetologii dziecięcej. Prof. Myśliwiec przytoczyła dane, potwierdzające efektywność systemów monitorowania glikemii również w populacji osób dorosłych. Systemy te są od 2019 r. refundowane u części dorosłych pacjentów z cukrzycą — tych, którzy stosują intensywną insulinoterapię, kobiet w ciąży i osób mających orzeczenie o niepełnosprawności z powodu chorób narządu wzroku i muszą otrzymywać dawkę insuliny.



„Według danych ZUS-u, u osób, które mogły skorzystać z refundowanych systemów ciągłego monitorowania glikemii, długość absencji z powodu choroby zmniejszyła się o 20 proc. Badania kliniczne wykazały, że każde zwiększenie poziomu wyrównania cukrzycy (wskaźnika TIR, pokazującego czas pozostawania glikemii w docelowym zakresie) o 10 proc. zmniejsza o 30 proc. ryzyko rozwoju przewlekłych powikłań o charakterze mikroangiopatii, jak uszkodzenia wzroku czy uszkodzenia nerek wymagające dializy, ale również makroangiopatii, prowadzących do udarów mózgu i zawałów mięśnia sercowego" — wskazała prof. Myśliwiec. (KM)



Nowoczesne leczenie dzieci z ALL jest inwestycją w ich przyszłość

„Blinatumomab to lek, który zmienia jakość życia dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL). Jest skuteczny, mniej toksyczny i pozwala leczyć dzieci w domu" — powiedziała Jolanta Czernicka-Siwecka, prezeska Fundacji Iskierka. Organizacja apeluje o rozwiązania, które zagwarantują dzieciom dostęp do nowoczesnych terapii.

„Możliwości leczenia dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną są dziś bardzo duże. Medycyna się zmienia, zmieniają się także protokoły leczenia" — zauważyła Jolanta Czernicka-Siwecka, prezeska Fundacji Iskierka. Jak dodała, najważniejsze jest obecnie zapewnienie dzieciom dostępu do nowoczesnej diagnostyki i innowacyjnych terapii. Jednym z takich leków jest blinatumomab, który — jak zaznacza prezeska — daje bardzo dobre efekty terapeutyczne, a przy tym jest mniej toksyczny. „To przekłada się nie tylko na stan zdrowia dziecka, ale też na jego samopoczucie i codzienne funkcjonowanie. Cały proces leczenia staje się łagodniejszy, mniej obciążający dla psychiki dziecka i całej rodziny" — stwierdziła. Fundacja Iskierka od lat wspiera pacjentów pediatrycznych w leczeniu chorób nowotworowych. Do tej pory blinatumomab był dostępny w ramach badań klinicznych, jednak po ich zakończeniu terapia może wymagać dodatkowego finansowania. „Na razie lek jest refundowany w ramach RDTL-u, ale spodziewamy się pierwszych zapytań od rodziców. Jeśli będzie taka potrzeba, zaczniemy zbierać środki i finansować leczenie" — zadeklarowała Jolanta Czernicka-Siwecka.

W jej ocenie, priorytetem jest dialog z resortem zdrowia. „Chcemy usiąść do stołu z przedstawicielami ministerstwa, by wypracować rozwiązanie systemowe. Blinatumomab to lek nowoczesnej generacji — bądźmy pionierami i walczmy o to, by dzieci w Polsce miały dostęp do skutecznego i bezpiecznego leczenia" — zaapelowała prezeska fundacji. (AR)

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Wielogenowe testy ekspresyjne pozwalają uniknąć niepotrzebnych terapii w raku piersi

Jednym z najważniejszych narzędzi personalizacji leczenia chorych na raka piersi stają się wielogenowe testy ekspresyjne. W ocenie dr. hab. Michała Jarząba, pozwalają one lepiej różnicować ryzyko i bezpieczniej dobierać terapię dla tych chorych.

Wielogenowe testy ekspresyjne w wielu krajach Europy i USA stanowią już standard postępowania diagnostycznego. Jak podkreślił dr hab. n. med. Michał Jarząb, kierownik Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowym Instytucie Badawczym, Oddziale w Gliwicach, umożliwiają one o wiele pełniejsze zrozumienie agresywności guza niż klasyczna histopatologia, która opisuje jedynie jego morfologię. „Dziś w medycynie nie opieramy się na jednym parametrze. Analizujemy wiele danych równocześnie. Tak samo powinno się oceniać biologię nowotworu" — zaznaczył dr hab. Michał Jarząb.



W raku piersi testy wielogenowe pozwalają odróżnić nowotwory hormonowrażliwe niskiego ryzyka od tych, które wymagają intensywnego leczenia, w tym chemioterapii. Badania te mierzą aktywność genów poprzez analizę transkryptów RNA, co — jak wyjaśnił onkolog kliniczny — jest „dobrze ustandaryzowaną metodą, możliwą do wykonania z typowego materiału parafinowego".

Włączenie wielogenowych testów ekspresyjnych do systemu refundacyjnego mogłoby znacząco poprawić personalizację leczenia raka piersi w Polsce. „To narzędzie, którego naprawdę potrzebujemy. Pozwala lepiej chronić pacjentki i unikać terapii, które nie są im potrzebne" — dodaje specjalista. (AR)

Potrzebne wytyczenie ścieżki pacjenta z chorobą otyłościową

Choroba otyłościowa jest jednym z najpoważniejszych, a jednocześnie najmniej dostrzeganych wyzwań zdrowotnych. Zdaniem prof. Lucyny Ostrowskiej, skuteczne leczenie osób chorych wymaga interdyscyplinarnej opieki oraz natychmiastowego wznowienia programu KOS-BAR.

Choroba otyłościowa ma charakter przewlekły, nawrotowy i wieloprzyczynowy, a jej podłoże obejmuje czynniki genetyczne, psychologiczne, metaboliczne i hormonalne. „Leczenie musi być kompleksowe i prowadzone przez zespół specjalistów — od lekarza prowadzącego, przez dietetyka i psychologa, aż po fizjoterapeutę czy chirurga bariatrycznego" — stwierdziła prof. dr hab. n. med. Lucyna Ostrowska, prezes Polskiego Towarzystwa leczenia Otyłości. Ekspertka zaznaczyła, że terapia powinna łączyć metody niefarmakologiczne z farmakoterapią, a u części pacjentów także z chirurgią bariatryczną. Jednocześnie zwraca uwagę, że choroba otyłościowa wciąż pozostaje niedostrzegana przez system ochrony zdrowia, mimo że generuje ok. 200 powikłań i stanowi rosnący problem społeczny i ekonomiczny. Według prof. Ostrowskiej, kluczowe jest stworzenie jasnej ścieżki pacjenta. Obecne wsparcie w POZ w ramach opieki koordynowanej obejmuje jedynie osoby już z powikłaniami, co pozostawia wielu chorych bez systemowej pomocy.



„Chodzi o to, by pacjent wiedział, gdzie zacząć leczenie i kto ma go prowadzić" — podkreśliła. Ekspertka zaapelowała również o pilne wznowienie programu KOS-BAR dla osób z BMI ≥40 lub ≥35 z chorobami współistniejącymi. „To program o potwierdzonej skuteczności, uznany na świecie. Jego przywrócenie jest konieczne" — zaznaczyła, odnosząc się do opóźnień w jego wprowadzeniu jako świadczenia gwarantowanego. (AR)

Kwestia dostępu do nowoczesnych terapii w CLL i chłoniaku z komórek płaszcza

Ostatnie lata przyniosły ogromny postęp w leczeniu przewlekłej białaczki limfocytowej (CLL) i chłoniaka z komórek płaszcza. Mimo szerokiego dostępu do nowoczesnych terapii, wciąż pozostaje grupa pacjentów, dla których konieczne jest poszerzenie opcji terapeutycznych, w tym refundacja nowych inhibitorów kinazy Brutona.

Przewlekła białaczka limfocytowa to najczęściej występująca białaczka u osób dorosłych w Polsce i krajach zachodnich. Wielu pacjentów nie wymaga leczenia w momencie rozpoznania choroby, a terapia jest rozpoczynana dopiero w przypadku jej progresji. „W ostatnich latach odeszliśmy od chemo- oraz immunochemioterapii. Obecnie podstawą są terapie celowane, w Polsce szeroko dostępne" — powiedziała prof. dr hab. n. med. Iwona Hus, kierownik Kliniki Hematologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie. Problem pojawia się, gdy chory wyczerpie wszystkie dostępne dziś opcje leczenia. Choć grupa takich pacjentów jest niewielka, ekspertka podkreśliła potrzebę udostępnienia nowego inhibitora — pirtobrutynibu, zarejestrowanego przez EMA. „To wartościowa terapia, która powinna być refundowana także w Polsce" — oceniła.



Prof. Hus zwróciła również uwagę na postęp w leczeniu chłoniaka z komórek płaszcza, choroby agresywnej i wymagającej szybkiego wdrożenia terapii. W Polsce są już dostępne inhibitory kinazy Brutona w drugiej linii, co umożliwia kwalifikację do immunoterapii CAR-T. „To ogromny krok naprzód, ale nie każdy pacjent kwalifikuje się do CAR-T, a część chorych nawrotowych nadal potrzebuje kolejnych opcji leczenia" — dodała. Dostęp do pirtobrutynibu także w tej grupie pacjentów miałby istotne znaczenie. „To ważna możliwość terapeutyczna, której w Polsce wciąż brakuje" — podkreśliła ekspertka. (AR)

Blinatumomab zmienia standard leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej

To pierwsze w swojej klasie przeciwciało dwuswoiste otwiera nowy rozdział w terapii ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL). Jak podkreślił prof. Sebastian Giebel, specjalista hematologii i transplantologii klinicznej, zastosowanie blinatumomabu w pierwszej linii znacząco zwiększa szanse wyleczenia pacjentów i może ograniczyć potrzebę kosztownych terapii, takich jak CAR-T czy przeszczepienia komórek krwiotwórczych.

„Blinatumomab jest pierwszym w swojej klasie przeciwciałem dwuswoistym — wyjaśniał prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel, kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku i Onkohematologii w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowym Instytucie Badawczym, Oddziale w Gliwicach. — Rozpoznaje ono z jednej strony antygen CD19 na komórkach nowotworowych, charakterystyczny dla nowotworów z linii limfocytów B, a z drugiej strony CD3 na limfocytach T. Dzięki temu angażuje limfocyty T w bezpośrednią walkę z nowotworem".

Początkowo lek był testowany u pacjentów z nawrotowymi lub opornymi postaciami ostrej białaczki limfoblastycznej. W badaniu III fazy z randomizacją wykazano, że w porównaniu ze standardową chemioterapią blinatumomab zwiększa odsetek całkowitych remisji i wydłuża czas przeżycia.



Kolejne badania potwierdziły, że lek eliminuje także mierzalną chorobę resztkową, co doprowadziło do jego rejestracji w tym wskazaniu.

Przełomowe dane pojawiły się w ubiegłym roku. „Okazało się, że dodanie blinatumomabu w pierwszej linii leczenia, w fazie konsolidacji po chemioterapii, zwiększyło szanse wyleczenia z 50 do 80 proc., redukując śmiertelność aż o 60 proc." — podkreślił prof. Giebel. U chorych poniżej 55. roku życia efekt był jeszcze bardziej imponujący — redukcja śmiertelności sięgnęła nawet 85 proc.

Choć terapia nie należy do tanich, może przynieść oszczędności systemowe. „Zaledwie 20 proc. pacjentów leczonych blinatumomabem wymagało przeszczepienia komórek krwiotwórczych, podczas gdy dotychczas odsetek ten sięgał 60-70 proc. To oznacza mniejsze zapotrzebowanie na kosztowne terapie, w tym CAR-T i allogeniczne transplantacje komórek krwiotwórczych" — dodał prof. Giebel. (AR)

Skuteczny sposób biernej ochrony najmłodszych dzieci przed RSV

RSV pozostaje jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla najmłodszych dzieci. Pediatra i immunolog dr hab. Wojciech Feleszko wskazał na rosnące znaczenie przeciwciał monoklonalnych, które istotnie zmniejszają liczbę hospitalizacji.

Wirus RSV atakuje nabłonek dróg oddechowych, przechodząc z górnych do dolnych dróg oddechowych i u części dzieci powodując ciężki, szybko narastający przebieg choroby. „U wielu pacjentów w 3.-5. dobie zakażenia dochodzi do nasilonej duszności, która często wymaga hospitalizacji, tlenoterapii lub leczenia w oddziale intensywnej terapii" — zaznaczył dr hab. n. med. Wojciech Feleszko z Kliniki Pneumonologii, Alergologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii UCK WUM.

Choć w Polsce, dzięki wysokiemu standardowi opieki medycznej, nie dochodzi do zgonów z powodu RSV, to globalnie wirus odpowiada za śmierć nawet 100 tys. dzieci rocznie. Pediatra zwrócił również uwagę, że po ostrej fazie choroby wiele dzieci przez długi czas zmaga się z nawracającymi epizodami świszczącego oddechu i duszności.



Jak wskazał ekspert, przełom w profilaktyce przyniosły przeciwciała monoklonalne, a szczególnie nirsewimab, stosowany głównie w pierwszym roku życia. Badania z wielu krajów wykazały, że podawanie preparatu prowadzi do 80-90-procentowej redukcji hospitalizacji z powodu RSV. „To nowy, skuteczny sposób biernej ochrony najmłodszych dzieci" — podkreślił dr hab. Wojciech Feleszko.

W jego opinii, szersze wykorzystanie przeciwciała pozwoliłoby znacząco ograniczyć koszty systemowe, wynikające z tysięcy hospitalizacji niemowląt rocznie. „Każda hospitalizacja to wiele dni leczenia i duże obciążenie finansowe, które moglibyśmy zmniejszyć dzięki profilaktyce" — zaznaczył pediatra. (AR)

Systemy ciągłego monitorowania glikemii powinny być szerzej refundowane

Aktualne kryteria refundacji systemów ciągłego monitorowania glikemii nie nadążają za standardami polskich i międzynarodowych towarzystw diabetologicznych. Zdaniem prof. Małgorzaty Myśliwiec, dostęp do tych technologii powinni mieć także pacjenci z cukrzycą typu 2.

Obecnie refundacja systemów ciągłego monitorowania glikemii obejmuje m.in. kobiety w ciąży chorujące na cukrzycę, a także tych chorych na cukrzycę, którzy stosują intensywną insulinoterapię. „Zabiegamy o rozszerzenie refundacji na osoby otrzymujące jedną lub dwie dawki insuliny, zgodnie z rekomendacjami polskich, europejskich i amerykańskich towarzystw diabetologicznych" — powiedziała prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zwróciła ona uwagę, że pacjenci z cukrzycą typu 2, którzy nie spełniają kryteriów refundacji, bardzo często samodzielnie kupują systemy monitorowania glikemii, co daje im realne korzyści. „Pacjenci bardziej angażują się w leczenie, zmieniają nawyki żywieniowe, regularnie podejmują aktywność fizyczną. System działa nie tylko edukacyjnie, ale także terapeutycznie" — zaznaczyła diabetolożka.

Ekspertka wskazała też na potencjał technologii zintegrowanych pomp insulinowych i systemów monitorowania: „Hybrydowa pętla zamknięta odciąża pacjenta, pompa automatycznie dostosowuje dawkę insuliny, reagując na zmiany glikemii". Dodała, że jest to obecnie najskuteczniejsza forma leczenia, szczególnie chorych na cukrzycę typu 1, wymagających intensywnej insulinoterapii.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne i Polskie Towarzystwo Diabetologii Dziecięcej złożyły do Ministerstwa Zdrowia dwa wnioski o refundację. Jeden dotyczy systemów monitorowania glikemii niezintegrowanych z pompami insulinowymi — i ta propozycja ma już pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Drugi wniosek obejmuje systemy zintegrowane z pompą insulinową — i jest on obecnie oceniany przez AOTMiT. „Oba rozwiązania są potrzebne i się uzupełniają, nie wchodzą sobie w drogę" — podkreśliła prof. Myśliwiec. (AR)

ZD./JEDN. EMILIA ZIELIŃSKA

czas na onkologię

25 lat



KSO usystematyzowała pracę wszystkich poziomów referencyjnych

Za nami 6 miesięcy działania Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). W ocenie ekspertów, ten krótki czas już pokazał, jak wprowadzenie standardów postępowania w mniejszych szpitalach wpływa na jakość leczenia. „Jeśli pacjenci jeszcze tego nie odczuli, to wkrótce poczują: będą pod lepszą opieką, a standard postępowania, niezależnie od miejsca w Polsce, będzie taki sam jak w dużym ośrodku klinicznym" — stwierdza Magdalena Janus-Hibner z Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi. Wskazuje jednocześnie na istniejące wyzwania w funkcjonowaniu ośrodków SOLO I.



Minęło 6 miesięcy, odkąd oficjalnie rozpoczęła działalność Krajowa Sieć Onkologiczna. Jak podkreśla dr hab. n. med. Beata Jagielska, dyrektorka Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego (NIO-PIB) w Warszawie, przewodnicząca Krajowej Rady Onkologicznej, chociaż doprowadzenie do pełnej funkcjonalności sieci wciąż trwa, to w tym czasie już sporo się dokonało.

Współpraca międzyośrodkowa procentuje

„Najważniejszym osiągnięciem jest zacieśniona współpraca pomiędzy wszystkimi wojewódzkimi ośrodkami monitorującymi (WOM) oraz pomiędzy nimi a poszczególnymi poziomami referencyjnymi: SOLO I, SOLO II i SOLO III. Na wniosek wielu liderów WOM powstały liczne grupy robocze i operacyjne, dedykowane najpilniejszym zadaniom, które — w naszej ocenie — powinny zostać wdrożone i wspólnie wypracowane. Przykładem jest obszar koordynacji, którego liderem jest Białystok" — mówiła dyrektor Jagielska w czasie konferencji prasowej w NIO-PIB w Warszawie (14 listopada).

Dodała, że każdy WOM ma swoje unikatowe osiągnięcia i chętnie się nimi dzieli. Dzięki temu udało się stworzyć wiele ważnych rozwiązań: dopracować kwestię konsyliów i ścieżki pacjenta, przygotować tzw. listy kontrolne (z ang. checklisty).

Standaryzacja poprawia jakość leczenia

Magdalena Janus-Hibner, zastępca dyrektora ds. projektów, rozwoju i organizacji onkologii Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, w trakcie spotkania zaznaczała, że wszystkie dotąd wprowadzone w ramach KSO narzędzia dają pacjentom i lekarzom większe poczucie bezpieczeństwa.

„Wprowadzenie checklist usystematyzowało pracę wszystkich poziomów referencyjnych. To swoiste „pospolite ruszenie", które wymagało od nas wystandaryzowania i policzenia wszystkich procesów, uporządkowało wiele elementów również w dużych ośrodkach, takich jak SOLO III" — przekonywała.

Magdalena Janus-Hibner zaznaczyła, że wszyscy zaczęli korzystać z checklist w sposób sformalizowany — wcześniej robiono to intuicyjnie. „Podobnie w przypadku ścieżek pacjenta i ścieżek klinicznych. W Łodzi mamy 20 ośrodków SOLO I i jesteśmy jedynym SOLO III. Obserwujemy bardzo wyraźnie, jak wprowadzenie standardów w mniejszych szpitalach wpływa na jakość leczenia. Jestem przekonana, że jeśli pacjenci jeszcze tego nie odczuli, to wkrótce poczują: będą lepiej zaopiekowani, a standard postępowania, niezależnie od miejsca w Polsce, będzie taki sam jak w dużym ośrodku klinicznym" — przewidywała.

Co się zmieniło w zakresie ścieżek pacjenta?

Jak podkreślali uczestnicy spotkania, przede wszystkim zostały przygotowane i ogłoszone standardy postępowania, dostępne na stronie Krajowego Ośrodka Monitorującego. Swoje ścieżki i wytyczne opublikowały także wszystkie WOM-y (16). Pacjenci i lekarze mogą się z tymi dokumentami zapoznać, jeśli pojawią się jakiekolwiek wątpliwości. Ośrodki SOLO III pełnią ponadto rolę nadrzędną i udzielają doradztwa podmiotom zrzeszonym w sieci.

W ocenie ekspertów, najważniejsze jest jednak to, że procesy zostały naprawdę dobrze przygotowane i usystematyzowane. „W wielu szpitalach wcześniej brakowało rehabilitacji — dziś te świadczenia są dostępne, również rehabilitacja onkologiczna. Uporządkowano też procedury związane z *follow-upami*, które dotąd były realizowane nieregularnie" — wskazywała Magdalena Janus-Hibner.

Do ścieżek pacjenta wprowadzono więc wiele dobrych zmian, które realnie poprawiają organizację leczenia i jakość opieki.

Koordynatorzy — fundament sieci

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński, pełnomocnik dyrektora ds. wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, wskazał, że jednym z fundamentów współczesnej onkologii i zarazem KSO stali się koordynatorzy opieki onkologicznej.

„Jeszcze niedawno pacjenci, zwłaszcza ci dopiero poznający swoją diagnozę, czuli się zagubieni w systemie, a sama onkologia kojarzyła się z dramatem. Dziś stopniowo to się zmienia, a kluczową rolę w tym procesie odgrywa właśnie koordynator — osoba, która prowadzi pacjenta przez skomplikowaną ścieżkę leczenia, często obejmującą zarówno chirurgię, jak i chemioterapię czy radioterapię" — informował prof. Bidziński.

Dodał, że w Narodowym Instytucie Onkologii od grudnia 2024 r. rozpoczęto szkolenia koordynatorów, przygotowując ich do pracy w nowej rzeczywistości.

„Do tej pory przeszkolono 881 osób w 2025 r. i ponad 100 w 2024, co daje już ponad tysiąc koordynatorów w systemie. Szkolenia obejmowały zarówno wiedzę teoretyczną, jak i praktyczne umiejętności, w tym komunikację i prowadzenie trudnych rozmów z pacjentem. Do końca roku planowane jest przeszkolenie kolejnych 200 osób, a w 2026 r. ma zostać ogłoszony nowy konkurs na następne edycje kursów. Zapotrzebowanie będzie rosło, bo rola koordynatora jest dziś nie do przecenienia — pacjenci, którzy wcześniej czuli się pozostawieni sami sobie, teraz rzeczywiście odczuwają wsparcie i troskę" — podkreślił prof. Bidziński.

Stopniowe pokonywanie trudności

W trakcie spotkanie wskazywano też na różne przeszkody we wdrażaniu sieci. Magdalena Janus-Hibner przekazała, że dla ośrodków SOLO I sporym wyzwaniem są badania obrazowe, w tym testy PET oraz scyntygrafia kości.

„W naszym województwie działają tylko dwa ośrodki wyposażone w tomograf PET, ale dzięki temu, że dysponujemy własnym cyklotronem i możemy wykonywać badania z użyciem krótkotrwałych znaczników, udało się częściowo rozładować kolejki do takich badań. Po trzech miesiącach funkcjonowania KSO, gdy poznaliśmy liczbę pacjentów w poszczególnych rozpoznaniach, wprowadziliśmy dedykowane sloty w pracowni medycyny nuklearnej, m.in. dla chorych na raka płuca, w przypadku których problemy z dostępnością do badań były największe" — relacjonowała.

W jej ocenie, zmiany okazały się skuteczne i dziś proces przebiega sprawnie. „Podobnie udało się usprawnić diagnostykę w raku prostaty dzięki współpracy z ośrodkami z całego województwa. Wyzwanie stanowiły także badania molekularne, głównie z powodu ograniczonej dostępności i braku umów w części ośrodków SOLO I. Choć problem nie został jeszcze w pełni rozwiązany, udaje się nad nim skutecznie pracować i stopniowo poprawiać sytuację" — podsumowała.

Katarzyna Lisowska

Nowa rola lekarzy rodzinnych w onkologii



„Planujemy szkolenia, które pozwolą lekarzom rodzinnym przejąć opiekę nad pacjentem po zakończeniu leczenia onkologicznego. Chcemy, aby ten obszar funkcjonował w POZ podobnie jak koordynowana opieka nad pacjentami kardiologicznymi" — zapowiada prof. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej.

FOT. ADOBE STOCK

Szacuje się, że każdego roku na nowotwór zachoruje 180-190 tys. Polaków. „To olbrzymia liczba pacjentów, których trzeba natychmiast objąć opieką. Nie uda się tego sprawnie przeprowadzić, jeśli nie zapewnimy odpowiedniej przepustowości systemu leczenia onkologicznego, bo zostaniemy „zatkani" pacjentami wymagającymi kontroli" — przyznaje prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński, pełnomocnik dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii ds. wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej oraz konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej.



FOT. CEZARY PAWŁOWSKI

> Diagnozujemy coraz więcej chorych, ale też potrafimy ich coraz skuteczniej leczyć, dzięki czemu żyją dłużej.
>
> **prof. Mariusz Bidziński**

Ograniczone możliwości opieki poonkologicznej

Onkolog podkreśla, że onkologia doświadcza obecnie ogromnego postępu, co sprawia, że populacja pacjentów dynamicznie rośnie. „Diagnozujemy coraz więcej chorych, ale też potrafimy ich coraz skuteczniej leczyć, dzięki czemu żyją dłużej. Liczba osób po zakończonym leczeniu onkologicznym, które wymagają nadzoru przez kolejne lata, gwałtownie wzrasta i powoduje, że system zaczyna się korkować" — mówi prof. Bidziński.

Oceniając sytuację z perspektywy Wojewódzkiego Ośrodka Monitorującego dla Mazowsza, którym profesor kieruje, stwierdza on, że „uruchamiając ten profil, zakładaliśmy przyjęcia na poziomie 300-400 pacjentów dziennie, a dziś przychodzi ich ponad 2 tys. Nie jesteśmy w stanie racjonalnie obsłużyć takiej liczby osób" — przyznaje konsultant.

Potrzebny system przekazywania pacjentów do POZ

Jak zaznacza prof. Bidziński, jego środowisko nie ma wątpliwości, że jesteśmy w momencie, w którym dla bezpieczeństwa pacjentów system musi zostać zmieniony. Jak?

„Mamy opiekę koordynowaną w POZ, działa Krajowa Sieć Onkologiczna i teraz jest czas, aby te dwie ścieżki się spotkały" — wskazuje profesor. W jego ocenie, lekarze rodzinni z powodzeniem mogą zająć się właśnie nadzorem pacjentów, którzy zakończyli leczenie onkologiczne.

Według informacji eksperta, prowadzone są już działania mające usystematyzować proces przekazywania pacjenta po leczeniu onkologicznym do POZ. „Aby system działał prawidłowo, lekarze rodzinni muszą zostać objęci odpowiednimi szkoleniami. Wspólnie z prof. Agnieszką Mastalerz-Migas, konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, chcemy stworzyć swego rodzaju „nakładkę" szkoleniową dotyczącą nadzoru nad pacjentem onkologicznym. W tym modelu jest oczywiście wiele elementów organizacyjnych, które należy dopracować, i to właśnie rola Krajowej Sieci Onkologicznej" — wyjaśnia prof. Bidziński.

W jego opinii, lekarz rodzinny ma jednak już dziś dostęp do nowoczesnej diagnostyki, w tym tomografii komputerowej, co umożliwia bezpieczne monitorowanie pacjentów. „Kluczowe jest teraz dostarczenie mu szablonów i procedur, które pozwolą sprawnie funkcjonować w systemie, a w razie jakichkolwiek wątpliwości — skierować pacjenta z powrotem do ośrodka onkologicznego" — podsumowuje profesor.

Katarzyna Lisowska

Karta e-DiLO na finiszu prac

W połowie grudnia Centrum e-Zdrowia przedstawi ostateczną wersję karty e-DiLO. „Technologicznie będziemy przygotowani do jej wdrożenia w pierwszym kwartale przyszłego roku" — zapewnia Adam Konka, dyrektor CeZ. Jak dodaje, termin ten powinien zbiec się z przekazaniem prezydentowi do podpisu nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, która formalnie wprowadzi kartę.

19 listopada Centrum e-Zdrowia zorganizowało warsztaty z przedstawicielami ośrodków onkologicznych z całej Polski, podczas których przeanalizowano główne funkcjonalności systemu e-DiLO. Dyrektor Centrum e-Zdrowia Adam Konka poinformował, że rozwijany od roku projekt poznało już ponad 1000 lekarzy. Obecnie jest on w fazie szerokich konsultacji z ekspertami, a wkrótce szpitale otrzymają dostęp do środowiska informatycznego oraz kont testowych.

Roczny okres przejściowy

„Plan zakłada wprowadzenie rocznego okresu przejściowego, w czasie którego elektroniczna karta będzie funkcjonowała równolegle z kartą papierową. Jest to konieczne, ponieważ mamy świadomość, że każdy szpital i każda jednostka znajduje się na innym etapie przygotowań do wdrożenia nowego modelu. Aby nie wylać dziecka z kąpielą, taki okres przejściowy jest po prostu niezbędny" — wyjaśnia dr hab. n. med. Beata Jagielska, dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Jak podkreślił dyrektor CeZ, od strony technologicznej karta e-DiLO będzie gotowa do uruchomienia w pierwszym kwartale 2026 r. Kluczowym elementem, decydującym o możliwości przejścia szpitali na nowy model, będzie konfiguracja środowiska informatycznego i integracja karty z systemami HIS.

Nowe narzędzie, nie cyfrowa kopia

Eksperci uczestniczący w spotkaniu zaznaczyli, że e-DiLO nie jest cyfrową kopią papierowej karty DiLO. „To nie jest prosta karta z kilkoma rubrykami, lecz zupełnie nowe narzędzie. Zakres danych będzie zdecydowanie szerszy, ponieważ mają one umożliwiać wyliczanie wskaźników jakości i zapewniać dostęp do bardziej szczegółowych informacji medycznych. Dlatego wdrożenie e-DiLO i jego osadzenie w istniejących systemach nie potrwa miesiąc ani dwa. Nawet w najmniejszych podmiotach, gdzie część pracy można wykonać ręcznie, pełna integracja będzie wymagać czasu" — podkreśliła dr hab. Beata Jagielska.

Dyrektor Konka przypomniał również, że termin faktycznego wdrożenia e-DiLO będzie ostatecznie zależał od nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, która umożliwia prowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w postaci elektronicznej.

Przypomnijmy, że pod koniec października projekt nowelizacji ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej został przekazany do konsultacji. „Spodziewamy się, że ustawa na początku przyszłego roku przejdzie przez Sejm RP i Senat RP, a do prezydenta trafi w marcu 2026 r. Rząd nie chce zaskakiwać prezydenta nowymi rozwiązaniami, dlatego będziemy ten nowy system szeroko z nim konsultować" — podkreślił szef CeZ.

Katarzyna Lisowska

Krajowa Rada Onkologiczna zatwierdziła wskaźniki pomiaru jakości

Zatwierdzone już przez Krajową Radę Onkologiczną zestawy wskaźników, umożliwiających monitorowanie jakości w Krajowej Sieci Onkologicznej, obejmują procedury w raku piersi oraz raku jelita grubego. „Przygotowywane są kolejne, dotyczące raka jajnika, raka płuca i raka prostaty. Trwają też prace nad wskaźnikami dedykowanymi jakości pracy całego systemu" — poinformowała dr hab. n. med. Beata Jagielska, dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

Wskaźniki jakości w opiece onkologicznej to kluczowy etap budowania Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Celem ich wprowadzenia jest nie tylko mierzenie skuteczności i bezpieczeństwa systemu, lecz także wspieranie jego precyzyjnego doskonalenia. „To obszar, który wszedł w fazę intensywnego wdrażania" — powiedziała dyrektor NIO-PIB podczas briefingu prasowego, podsumowującego sześć miesięcy działalności KSO.

Co podlega ocenie?

Przypomnijmy, że szpitale — niezależnie od ich udziału w KSO — obowiązuje ustawa o jakości oraz wymogi związane z autoryzacją. „Wszystkie szpitale w kraju mają już wyznaczone terminy monitorowania autoryzacji przez kontrolerów NFZ, a opublikowane komunikaty jasno wskazują kierunek działań. Jakość jest oceniana nie tylko pod kątem działań niepożądanych, ale także zasobów kadrowych i sprzętowych. To jeden z fundamentów bezpieczeństwa pacjenta" — podkreśliła dyrektor NIO, zaznaczając jednocześnie, że KSO wprowadza dodatkowy, własny system monitorowania opieki, oparty na twardych, mierzalnych wskaźnikach.

Dr hab. Beata Jagielska poinformowała, że pierwsze zestawy wskaźników — obejmujące postępowanie w raku piersi oraz raku jelita grubego — zostały już zatwierdzone przez Krajową Radę Onkologiczną. Kolejne, dotyczące raka jajnika, raka płuca i raka prostaty, są w trakcie opracowywania. Równolegle, we współpracy z zespołem prof. Piotra Rutkowskiego oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, powstały wskaźniki organizacyjne, odzwierciedlające jakość pracy całego systemu.

Dyrektor Jagielska zaznaczyła, że od lat funkcjonuje karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), która także zawiera kluczowe elementy jakościowe, takie jak czas trwania diagnostyki czy okres między konsylium a rozpoczęciem leczenia. Dla oceny KSO istotne są również dane dotyczące odsetka pacjentów pozostających w ośrodku po zakończeniu diagnostyki, w zależności od poziomu referencyjności.

Dr hab. Beata Jagielska przekazała, że dane z pierwszych miesięcy działania KSO są optymistyczne, ponieważ już wpływają na jakość leczenia. „Ponad 75 proc. pacjentów rozpoczyna leczenie w ciągu 11 dni. To duży sukces. Pozostałe 25 proc. to nie są tylko opóźnienia organizacyjne. Często wynikają one z konieczności dodatkowych konsultacji, ze stanu zdrowia pacjenta, niepozwalającego na

> Celem sieci jest to, aby pacjent — jeśli tylko stan zdrowia na to pozwala — był leczony jak najbliżej miejsca zamieszkania.
>
> **dr hab. Beata Jagielska**



FOT. ARCHIWUM

natychmiastowe rozpoczęcie terapii, lub z sytuacji, co również się zdarza, gdy chory nie zgłasza się na leczenie" — wyjaśniała.

Aby pacjent nie był odsyłany dalej niż to konieczne

Jednym z najważniejszych wskaźników jest odsetek pacjentów pozostających w ośrodku zgodnie z jego poziomem referencyjności.

„Celem sieci jest to, aby pacjent — jeśli tylko stan zdrowia na to pozwala — był leczony jak najbliżej miejsca zamieszkania. I to już się dzieje. W ośrodkach SOLO I blisko 60 proc. pacjentów rozpoczyna leczenie na miejscu, w SOLO II jest to ok. 80 proc., a w SOLO III ponad 90 proc. Dane te potwierdzają, że standaryzacja ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych i mechanizmów kierowania pacjentów działa zgodnie z założeniami KSO. Chory nie jest odsyłany dalej niż to konieczne, a mniejsze ośrodki realizują opiekę według tych samych norm jakości, co ośrodki wysokospecjalistyczne" — przekazała ekspertka.

Beata Jagielska dodała, że wskaźniki mają nie tylko mierzyć skuteczność systemu, lecz także służyć jako narzędzie do jego ciągłej poprawy. „Najważniejsze jest, aby te wskaźniki utrzymać, a nawet je poprawiać. Dlatego regularnie je analizujemy i omawiamy wspólnie z wojewódzkimi ośrodkami monitorującymi. Nie zachłystujemy się tylko tym, co się udało, bo proces doskonalenia trwa nieustannie. Wskaźniki stają się jednym z najważniejszych elementów dojrzałości Krajowej Sieci Onkologicznej i pozwalają ją precyzyjnie korygować" — zaznaczyła.

Jak podsumowała dyrektor Jagielska, system po raz pierwszy w historii zyskał narzędzia, umożliwiające mierzenie realnych efektów opieki, a tym samym prowadzenie jej zgodnie z najwyższymi standardami w każdym regionie kraju.

Katarzyna Lisowska

Nawet radykalne usunięcie glejaka nie zabezpiecza przed jego odrostem

„Większość glejaków można usunąć chirurgicznie, jednak nawet wykonanie radykalnej operacji oraz wdrożenie standardowego schematu terapii (protokołu Stuppa) nie daje gwarancji skuteczności leczenia" — tłumaczy neurochirurg prof. Piotr Ładziński.

W Polsce co roku rozpoznaje się blisko 3 tys. nowotworów ośrodkowego układu nerwowego, m.in. glejaki, gruczolaki, oponiaki. Glejak jest najbardziej agresywnym i złośliwym guzem mózgu. Średni czas przeżycia chorego z rozpoznaniem glejaka wielopostaciowego, przy zastosowaniu dostępnych metod leczenia, wynosi kilkanaście miesięcy.

Postępowanie zgodne z protokołem Stuppa

„Glejaki, w przypadku których nie wchodzi w grę zastosowanie metody chirurgicznej, są nieliczne. Zdecydowaną większość pierwotnych guzów mózgu (guzów glejowych) operujemy, natomiast z tego nie wynika skuteczność leczenia" — mówi prof. dr hab. n. med. Piotr Ładziński, kierujący Klinicznym Oddziałem Neurochirurgicznym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Barbary w Sosnowcu, prezes Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów (w kadencji 2021-2025).

Specjalista przypomniał, że postępowanie w tych guzach zostało określone w protokole Stuppa, czyli standardowym schemacie leczenia pacjentów z glejakiem, zwłaszcza wielopostaciowym. Procedura obejmuje maksymalnie bezpieczne usunięcie guza, a następnie radioterapię połączoną z podawaniem doustnego chemioterapeutyku — temozolomidu.

Neurochirurg zaznaczył, że w ciągu ostatnich kilku lat została zmodyfikowana klasyfikacja glejopochodnych guzów mózgu, która obecnie opiera się nie tylko na ocenie neuropatologicznej, ale też na badaniach molekularnych. Dopiero połączenie oceny neuropatologicznej i molekularnej pozwala prawidłowo klasyfikować te guzy, kwalifikować do odpowiedniego postępowania i oceniać rokowanie.

Niezadowalające wyniki leczenia pierwotnych guzów mózgu

„Dążymy do tego, żeby zadośćuczynić temu schematowi leczenia i niewielu jest chorych, którzy już na początku drogi nie kwalifikują się do niego z powodu takiego położenia guza, że tego protokołu nie da się zrealizować. Nie można natomiast mówić, że to całe szczęście, bo świadczy o tym, że reszta guzów jest operacyjna. Nie. My chorych z pierwotnymi guzami mózgu nie jesteśmy w stanie uleczyć" — przyznaje prof. Ładziński.

Potwierdza, że te guzy są zróżnicowane. „Są takie, które rokują jednoznacznie źle, i takie, gdzie to rokowanie nie jest aż tak niekorzystne. Natomiast ciągle wyniki leczenia w tej grupie chorych są niezadowalające" — ocenia profesor. Tłumaczy, że to, co rozumiemy przez usunięcie guza w całości, np. w przypadku łagodnego oponiaka czy nerwiaka, przełożone na glejopochodny guz mózgu jest dalece mylące.

„Mamy bowiem świadomość, że chory — zwłaszcza z wysoce złośliwym glejopochodnym guzem — ma w sensie onkologicznym „zainfekowaną" znaczną część mózgu. I mimo że my, neurochirurdzy, poświęcamy bardzo dużo uwagi na usunięcie wszystkich struktur, które, w naszym rozumieniu, są nowotworowo zmienione — byle nie uszkadzać ważnych czynnościowo obszarów — nie chroni to chorego przed odrostem tego guza. Nie dlatego, że operacja była nieradykalna, tylko dlatego że proces nowotworzenia jest zdeterminowany w danej części mózgu osoby leczonej" — wyjaśnił specjalista.

Inaczej mówiąc, znaczna część mózgu jest dotknięta zmianami chorobowymi, chociaż chirurdzy mają poczucie, że kończą operację w sposób radykalny. Z czego wynika to przeświadczenie? „Z tego, że stosujemy metody barwienia fluorescencyjnego, które są widoczne w mikroskopie i tak długo usuwamy zmienioną nowotworowo tkankę (jeżeli monitoring neurofizjologiczny nie zabrania nam tego), aż nie będzie już obszarów dających tę poświatę, świadczącą o chorobie. A i tak guz odrasta" — dodał neurochirurg.

Anna Gumułka

Pierwsza od 25 lat nowa terapia glejaków, ukierunkowana molekularnie

Glejak jest chorobą nieuleczalną, ale można opóźnić jej progresję lub spowodować, że stanie się schorzeniem przewlekłym, przy jednoczesnym zachowaniu dobrej jakości życia pacjentów. Jest to możliwe dzięki pierwszej od ponad dwóch dekad nowej terapii ukierunkowanej molekularnie.

Glejaki są nowotworami rzadkimi — rocznie w Polsce notuje się ok. 1,8 tys. nowych zachorowań, z czego ok. 200 przypadków stanowią guzy w 2. stopniu złośliwości. Obecnie glejaki są coraz częściej wykrywane u osób młodszych, a więc mających długą perspektywę przeżyciową.

„Znaczenie epidemiologiczne ma fakt, że w większości przypadków (ok. 72 proc.) glejaki występują w 4. stopniu złośliwości, czyli jako guzy bardzo agresywne. Pozostałą część stanowią nowotwory w 2. i 3. stopniu złośliwości. To guzy o zupełnie innej dynamice wzrostu, w przypadku których stosuje się inne schematy leczenia" — wyjaśnia dr hab. n. med. Tomasz Dziedzic z Kliniki Neurochirurgii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Czynniki ryzyka i nieoczywiste objawy

Na zachorowanie na glejaka mogą mieć wpływ zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe, głównie promieniowanie jonizujące. „Wiemy że osoby, które w dzieciństwie przeszły radioterapię w przebiegu leczenia nowotworu, są bardziej predysponowane do zachorowania na glejaki i oponiaki w dorosłości. Natomiast nie ma żadnych danych naukowych, wskazujących na związek między promieniowaniem z telefonów komórkowych a rozwojem glejaka" — podkreśla ekspert.

Jedynie ok. 12 proc. chorych na glejaka doświadcza bólów głowy, które można powiązać z obecnością guza mózgu. „W większości przypadków pacjenci są diagnozowani z powodu objawów ogniskowych: niedowładu kończyny górnej, dolnej, zaburzeń mowy — typowych dla guzów bardziej agresywnych, szybko rosnących. W przypadku guzów łagodniejszych objawem są zwykle napady padaczkowe, szczególnie u osób młodych" — wymienia neurochirurg.

„Wówczas życie pacjenta zmienia się diametralnie, nie tylko dlatego, że ma postawioną diagnozę nowotworu, lecz także z powodu objawów, które wykluczają go z wykonywania niektórych zawodów czy aktywności. Taki pacjent nie może np. zawieźć samochodem dziecka do szkoły czy pływać na basenie bez nadzoru ze względu na ryzyko utonięcia — wtórne do wystąpienia napadu padaczkowego" — mówi specjalista.

Diagnostyka: od rezonansu po chirurgię

W diagnostyce glejaków podstawowym badaniem jest rezonans magnetyczny. „W przypadkach wątpliwych diagnostykę należy rozszerzyć o badanie w spektroskopii. Pozwala ono na nieinwazyjną ocenę biochemicznego składu tkanek guza poprzez zbadanie stężeń wybranych metabolitów oraz perfuzji mózgowej, czyli obrazuje przepływ krwi, co pomaga w ocenie stopnia złośliwości guza. W przypadku lokalizacji nowotworu w okolicy ważnej czynnościowo, dalsza diagnostyka obejmuje badanie rezonansem czynnościowym" — dodaje dr hab. Tomasz Dziedzic.

Według obowiązującego przez ostatnie 30 lat standardu postępowania w glejakach, pierwszym krokiem jest zabieg neurochirurgiczny. „Mimo że chirurgia jest podstawową metodą postępowania w przypadku glejaków, to nie daje możliwości wyleczenia. Celem leczenia operacyjnego jest uzyskanie materiału do badania neuropatologicznego, uwzględniającego badanie molekularne. Bez wyników tego badania nie wiemy, z jakim rodzajem guza mamy do czynienia, a co za tym idzie — jak dalej leczyć chorego" — zaznacza ekspert.

Nowotwór trudny do pokonania

„Drugim celem leczenia operacyjnego jest wykonanie maksymalnej, bezpiecznej resekcji guza, czyli takiej, która nie powoduje trwałego deficytu neurologicznego u pacjenta. Pogorszenie stanu neurologicznego negatywnie wpływa bowiem na ostateczne wyniki leczenia" — podkreśla dr hab. Tomasz Dziedzic, dodając, że drugim krokiem leczenia może być w wybranych przypadkach uważna obserwacja lub zastosowanie radio-/chemioterapii.

Z kolei prof. dr hab. n. med. Rafał Stec, kierownik Kliniki Onkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, zwraca uwagę, że glejaki są nowotworami wyjątkowo trudnymi do leczenia, przede wszystkim ze względu na ich biologię oraz infiltracyjny charakter — nieustannie rozrastają się i naciekają mózg, nawet po przeprowadzeniu maksymalnie bezpiecznej resekcji.

„Perspektywy leczenia pooperacyjnego są w ich przypadku ograniczone do radioterapii i chemioterapii. Metody te mogą być związane z długotrwałymi dysfunkcjami neurokognitywnymi, niekorzystnie wpływającymi na jakość życia pacjenta. Istnieje zatem potrzeba medyczna opóźnienia radio- lub chemioterapii u chorych na glejaka, aby zachować ich funkcjonowanie, zdolność do pracy, a ostatecznie jakość życia" — podkreśla onkolog.

Możliwości terapeutyczne leczenia celowanego

Przez ostatnie 25 lat standard leczenia pacjentów z glejakami nie ulegał zmianie, ponieważ nie pojawiła się żadna nowa terapia. Według prof. Rafała Steca, powodem była m.in. niemożność dostarczania leków do guza przez trudną do pokonania barierę krew-mózg. Przełom nastąpił, gdy okryto mutację genów IDH oraz poznano jej rolę w procesie nowotworzenia glejaka, co otworzyło drogę do pierwszych terapii celowanych.

„Mutacje IDH1 i 2 są zmianami zachodzącymi na wczesnym etapie onkogenezy i sprzyjającymi powstawaniu następnych mutacji, które z kolei zwiększają agresywność nowotworu. Zahamowanie mutacji IDH na początku tego procesu może spowolnić nabywanie kolejnych mutacji i progresję glejaka" — tłumaczy prof. Stec.

Cel ten można osiągnąć dzięki worasydenibowi — pierwszej od ponad dwóch dekad nowej terapii w glejakach, zarazem pierwszej ukierunkowanej molekularnie metodzie leczenia chorych na te nowotwory. „Terapia molekularna to, mówiąc obrazowo, klucz, który „zamyka zamek", tzn. sprawia, że nowotwór przestaje być aktywny" — wyjaśnia onkolog.

Skuteczność leku potwierdzona w badaniu INDIGO

Potwierdzają to wyniki badania III fazy o akronimie INDIGO. W badaniu uczestniczyli pacjenci z guzem 2. stopnia złośliwości, z potwierdzoną mutacją IDH1 lub IDH2, nieulegającym istotnemu wzmocnieniu po podaniu kontrastu, których wcześniejsze leczenie obejmowało jedynie zabieg neurochirurgiczny.

„Wyniki tego badania zostały zaprezentowane podczas sesji plenarnej (a więc tej najważniejszej) kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w 2023 r. i przyjęto je z dużym entuzjazmem oraz owacją na stojąco. Okazało się, że worasydenib wydłużył medianę czasu przeżycia wolnego od progresji prawie trzykrotnie (27,7 miesiąca wobec 11,1 miesiąca dla placebo). Ryzyko postępu choroby lub zgonu zredukowano o 61 proc." — przytacza wyniki badania ekspert.

Imponujące są także wyniki dotyczące najważniejszego drugorzędowego punktu końcowego — czasu do kolejnej interwencji. „Ryzyko konieczności kolejnej interwencji, a więc radio-/chemioterapii lub leczenia operacyjnego zostało zredukowane o 74 proc. Dzięki temu pacjenci mogą normalnie funkcjonować i na jakiś czas zapomnieć o chorobie nowotworowej" — mówi prof. Rafał Stec.

Co więcej, stosowanie worasydenibu zmniejszało masę guza średnio o 2,5 proc. co pół roku, podczas gdy u pacjentów przydzielonych losowo do grupy z placebo masa guza zwiększała się średnio o 13,9 proc. co pół roku. „Oznacza to, że lek przyczynia się nie tylko do zahamowania choroby, lecz wręcz do tego, że guz zaczyna się cofać" — podkreśla onkolog.



FOT. WWW.WUM.EDU.PL

> Terapia molekularna to, mówiąc obrazowo, klucz, który „zamyka zamek", tzn. sprawia, że nowotwór przestaje być aktywny.
>
> **prof. Rafał Stec**



FOT. ARCHIWUM

> W większości przypadków pacjenci są diagnozowani z powodu objawów ogniskowych: niedowładu kończyny górnej, dolnej, zaburzeń mowy — typowych dla guzów bardziej agresywnych, szybko rosnących.
>
> **dr hab. Tomasz Dziedzic**

Zachowanie dobrej jakości życia

Prof. Rafał Stec zwraca uwagę na jeszcze jeden bardzo istotny aspekt terapii worasydenibem. „Dla pacjentów z glejakiem liczy się jakość życia. Udowodniono, że ta terapia nie pogarsza jakości życia pacjentów" — podkreśla ekspert, dodając, że leczenie nie wpływa negatywnie na funkcje neuroposznawcze, tj. uczenie się, uwagę, pamięć czy funkcje psychoruchowe.

Ponadto w czasie terapii worasydenibem obserwowano również prawie trzykrotne zmniejszenie liczby napadów padaczkowych. Warto podkreślić, że w omawianym badaniu lek okazał się bezpieczny i dobrze tolerowany przez pacjentów.

„Dzięki terapii ukierunkowanej molekularnie worasydenibem, który przekracza barierę krew-mózg, można opóźnić progresję nowotworu, tzn. kontrolować chorobę w takim stopniu, żeby pacjent mógł normalnie funkcjonować, przy jednoczesnym zachowaniu dobrej jakości życia" — podsumowuje prof. Rafał Stec.

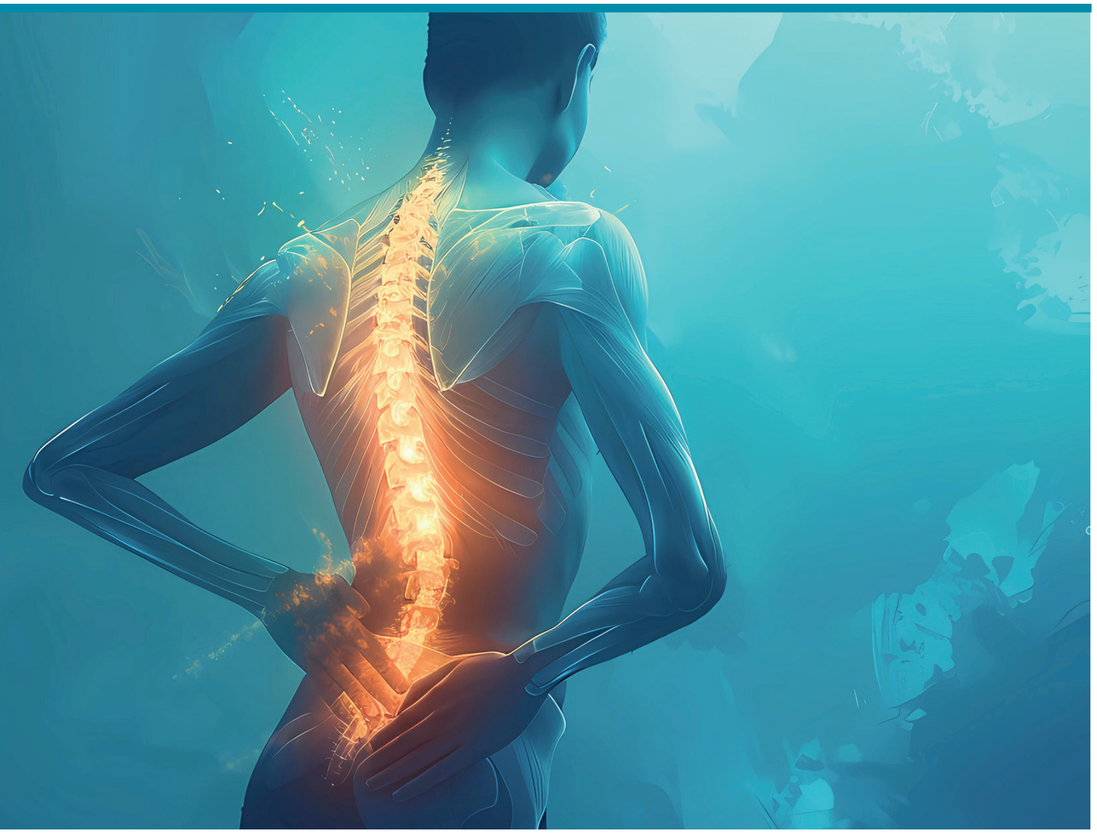
Monika Majewska

zdrowy kręgosłup

25 lat



Zdrowy kręgosłup dla Polski — interdyscyplinarne wyzwanie medyczne i społeczne



Konferencja inaugurująca kampanię informacyjno-edukacyjną pod hasłem „Zdrowy kręgosłup dla Polski" odbyła się w drugiej połowie października. Patronat nad wydarzeniami związanymi z kampanią objęły: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa. Patronem medialnym konferencji była redakcja „Pulsu Medycyny". Panele dyskusyjne prowadziła Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny".

„To wydarzenie ma dla nas szczególne znaczenie, ponieważ łączy specjalistów różnych dziedzin — od medycyny rodzinnej, przez chirurgię kręgosłupa, po organizacje pacjenckie — wokół wspólnej idei promowania zdrowia i zapobiegania schorzeniom, które dotykają dziś milionów Polaków" — powiedziała Izabela Marcewicz-Jendrysik, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRiR) w Warszawie, otwierając konferencję.

Wydarzenie, zainicjowane przez prof. dr. hab. n. med. Roberta Gasika, kierownika Kliniki i Polikliniki Neuroortopedii i Neurologii NIGRiR w Warszawie, stało się przestrzenią współpracy wielu instytucji i ekspertów, przekonanych, że profilaktyka schorzeń układu ruchu pozostaje obszarem wymagającym znacznie większej uwagi. W świecie, w którym część społeczeństwa prowadzi bardzo aktywny tryb życia, a jednocześnie ogromna grupa wciąż nie znajduje motywacji do troski o własne zdrowie, edukacja i uświadamianie stają się formą nowoczesnej, odpowiedzialnej interwencji.

Dyrektor Marcewicz-Jendrysik podkreśliła, że Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji nie jest jedynie ośrodkiem medycyny naprawczej — to również miejsce, w którym są prowadzone działania profilaktyczne i promowany zdrowy styl życia.

Ból wymyka się spod kontroli, gdy interwencja przychodzi za późno

„Organizm uczy się bólu tak, jak zapamiętuje obrazy. Gdy terapia jest opóźniona lub niewłaściwa, dolegliwości autonomizują się i wracają przy coraz słabszych bodźcach, co obniża skuteczność leczenia, także chirurgicznego, a tym samym obniża jakość życia" — tłumaczy prof. Robert Gasik, neuroortopeda i traumatolog.

„Dolegliwości bólowe kręgosłupa to gigantyczny problem społeczny i jedno z najważniejszych źródeł utraty jakości życia pacjentów" — podkreśla prof. dr hab. n. med. Robert Gasik, kierownik Kliniki i Polikliniki Neuroortopedii i Neurologii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie.

Specjalista wyróżnia trzy główne kategorie zespołów bólowych kręgosłupa: bóle ostre, bóle przewlekające się oraz bóle przewlekłe. To właśnie te ostatnie niosą za sobą najpoważniejsze konsekwencje.

Jak działa mechanizm zapamiętywania bólu?

„Długo utrzymujący się ból podlega mechanizmowi chronifikacji. Działa on na podobnej zasadzie co zapamiętywanie: widzimy czyjąś twarz, później możemy zamknąć oczy i ją sobie wyobrazić lub rozpoznamy tę osobę, gdy spotykamy ją na ulicy. Z dolegliwościami bólowymi jest podobnie: organizm uczy się ich i później nawet banalne, a z czasem coraz słabsze bodźce potrafią je odtwarzać" — zaznacza specjalista.

Krótko trwające epizody, prawidłowo leczone, zwykle nie przechodzą w stan przewlekły. Problem zaczyna się wtedy, gdy leczenie jest zbyt późno wdrożone, niewłaściwe albo nie ma go wcale.

Spóźnione leczenie to ryzyko niskutecznej operacji

„Ból, który jest jednym z ważniejszych objawów chorób kręgosłupa, w początkowej fazie jest tylko symptomem. Oznacza to, że kiedy ustąpi czynnik, który go prowokuje, znika objaw. Mechanizmy neuronalne sprawiają jednak, że wraz z upływem czasu ból ulega autonomizacji. W konsekwencji, jeżeli zbyt późno zaczniemy leczyć przyczynowo tych pacjentów, to nawet po zlikwidowaniu czynnika wywołującego dolegliwości, one nie ustają" — wyjaśnia neuroortopeda.

To duży problem w chirurgii kręgosłupa. „Zjawisko to ma kluczowe znaczenie przy kwalifikacji do operacji. Muszę być pewien, czy nie mam do czynienia z pacjentem, u którego ból się utrwalił. Proszę sobie wyobrazić: są wskazania do dużego zabiegu, wykonujemy procedurę, a pacjent nadal ma dolegliwościami, które były powodem operacji. Chcemy tego unikać" — tłumaczy prof. Gasik.

Katarzyna Matusewicz



FOT. EMILIA ZIELIŃSKA

Prof. Robert Gasik

Od asymetrii niemowlęcia do skoliozy nastolatka

Dolegliwości bólowe kręgosłupa dotyczą dziś nawet 60-70 proc. dzieci i nastolatków, a skolioza — choć często bezobjawowa — w wielu przypadkach pozostaje zbyt długo nierozpoznana. Podczas debaty „Dzieci i zespoły bólowe kręgosłupa, w tym skolioza" prof. Michał Latalski i dr hab. n. kf. Agnieszka Stępień zgodnie podkreślali, że o zdrowie kręgosłupa trzeba zadbać jak najwcześniej.

Problem występowania bólu kręgosłupa u młodych osób narasta i — jak wskazują eksperci — dotyczy coraz młodszych grup wiekowych. „Z danych dostępnych w piśmiennictwie wynika, że dolegliwości bólowe kręgosłupa dotyczą od 20 proc. do nawet 60-70 proc. dzieci i młodzieży" — podkreślił prof. Michał Latalski, kierownik Kliniki i Katedry Ortopedii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Jak dodał, o zdrowiu kręgosłupa należy myśleć „już od maleńkości dziecka", ponieważ wczesne sygnały mogą zwiastować przyszłe problemy.

Skrzywienia kręgosłupa wymagają czujności

Skolioza sama w sobie rzadko powoduje ból. „Jeżeli skolioza boli, to znaczy, że dzieje się coś więcej, a to już osobny, równoległy problem kliniczny" — wskazał prof. Latalski. Szacuje się, że niewielkie skrzywienia kręgosłupa występują u 3-5 proc. młodzieży, natomiast skoliozy wymagające specjalistycznego leczenia — u ok. 0,6 proc. Najbardziej zaawansowane przypadki skrzywień, powyżej 40-50 stopni, stanowią mniejszy odsetek, jednak wymagają już leczenia operacyjnego.

Z kolei dr hab. n. kf. Agnieszka Stępień, prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów, zwróciła uwagę na rolę wczesnej profilaktyki. „Czas ma znaczenie. Jako fizjoterapeuci pracujemy z dziećmi od pierwszych dni życia i wiemy, że zaburzenia powstające w okresie niemowlęcym mogą wpływać na późniejszy rozwój układu mięśniowo-szkieletowego" — podkreśliła.

Przytoczyła również wyniki wieloośrodkowego, polskiego badania, które przeprowadzono, gdy fizjoterapeuci i lekarze zastanawiali się nad związkiem zaburzeń neurorozwojowych ze skoliozą. „Okazało się, że asymetria w pierwszym roku życia występuje dziesięciokrotnie częściej u dzieci, które później rozwijają skoliozę" — powiedziała fizjoterapeutka. Jej zdaniem, to jednoznaczny sygnał, że badania dzieci w pierwszych miesiącach życia powinny być standardem.

Dwa bieguny: brak aktywności i przeciążenia

Współczesne dzieci obciążone są również stylem życia. Jedne spędzają wiele godzin przed ekranami, unikają aktywności fizycznej i często mają nadwagę. „Dla nastolatka dodatkowe 9 kg to jak noszenie na sobie zgrzewki sześciu butelek wody mineralnej — cały czas, codziennie" — obrazowo wyjaśnił prof. Michał Latalski.

Na przeciwnym biegunie są dzieci trenujące niemal zawodowo różne dyscypliny sportowe, w których przeciążenia układu ruchu są ogromne i stanowią osobne źródło ryzyka.

Leczenie skoliozy — fizjoterapia, gorset, operacja

Według aktualnych zaleceń Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation (SOSORT, Towarzystwo Ortopedyczne i Rehabilitacyjnego Leczenia Skoliozy), pierwszym etapem leczenia skoliozy jest fizjoterapia, zwłaszcza specyficzne ćwiczenia dostosowane do kształtu deformacji. „Od 20-25 stopni skrzywienia stosuje się leczenie gorsetowe połączone z fizjoterapią. Kluczowa jest bardzo dokładna diagnostyka funkcjonalna" — wyjaśniła dr hab. Agnieszka Stępień.

Niestety, jak zauważył prof. Latalski, wielu pacjentów trafia do fizjoterapeuty zbyt późno, gdy skrzywienie jest już znaczne i możliwości leczenia zachowawczego są ograniczone.

Co powinno się zmienić?

Eksperci przekonywali, że pojawienie się bólu kręgosłupa u dziecka nigdy nie powinno być bagatelizowane. „Ból, który budzi dziecko w nocy, brak reakcji na leki przeciwbólowe, stany podgorączkowe, utrata masy ciała — to czerwone flagi, które muszą natychmiast skłonić do konsultacji specjalistycznej" — zaznaczył prof. Latalski.

Podsumowując debatę, specjaliści wskazali najpilniejsze kierunki działań profilaktycznych. Dr hab. Agnieszka Stępień podkreśliła: „Każde dziecko w Polsce powinno być we wczesnym okresie rozwoju zbadane przez fizjoterapeutę. Nie wolno bagatelizować bólu — bardzo często można go szybko zredukować. Potrzebujemy badań przesiewowych i systematycznej profilaktyki".

Prof. Latalski zwrócił uwagę na diagnostykę obrazową: „Nie bójmy się RTG. Każda wątpliwość dotycząca postawy powinna zostać wyjaśniona. To apel do pediatrów, lekarzy rodzinnych i rodziców".

oprac. AR

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Ciche tsunami osteoporozy

Choć osteoporoza dotyka milionów Polaków, tylko niewielki ułamek chorych otrzymuje właściwe leczenie, a wiele złamań kompresyjnych nigdy nie zostaje zdiagnozowanych. Podczas debaty pt. „Osoby starsze i osteoporoza" eksperci alarmowali, że skala niedoszacowania choroby jest dramatyczna, a rosnąca populacja seniorów w społeczeństwie wkrótce obnaży wszystkie słabości systemu — od ograniczonej diagnostyki po niewystarczającą profilaktykę.

Zmiany demograficzne, coraz częściej zgłaszane przez pacjentów bóle kręgosłupa, dynamiczny wzrost zachorowań na osteoporozę i niedostateczne rozpoznawanie złamań kompresyjnych stały się punktem wyjścia do debaty „Osoby starsze i osteoporoza". Wzięli w niej udział: **prof. dr hab. n. med. Robert Gasik**, kierownik Kliniki i Poliklinki Neuroortopedii i Neurologii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (NIGRiR) w Warszawie, **dr hab. n. med. Maria Maślińska**, prof. NIGRiR, zastępca kierownika Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów NIGRiR oraz **lek. Michał Sutkowski**, prezes elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Eksperci jednoznacznie podkreślili: jeśli nie poprawimy rozpoznawania, leczenia i prewencji osteoporozy oraz chorób kręgosłupa, Polska stanie w obliczu katastrofy zdrowotnej, która w 2050 r. może dotyczyć niemal połowy społeczeństwa.

Skutki bagatelizowania zmian zwyrodnieniowych i nagłych złamań

Prof. Robert Gasik przypomniał, że ból kręgosłupa w wieku starszym nie jest jednolitym zjawiskiem. „Możemy wyróżnić dwie główne grupy problemów. Pierwsza obejmuje zmiany, które rozwijają się latami: zwyrodnienia, stenozę kanału kręgowego. Druga to nagłe zdarzenia, w szczególności złamania osteoporotyczne" — tłumaczył.

Zwyrodnienia kręgosłupa (w tym stenoza) nierzadko towarzyszą pacjentom przez dekady. Często są bagatelizowane, ponieważ wiele osób adaptuje się do ograniczeń, które narastają powoli, niemal niezauważenie. „Pacjent mówi: „mogę przejść 100 kroków, to mi wystarcza". Tylko że choroba jest progresywna. Za rok to może być jedynie 10 kroków. Ta decyzja jest po stronie pacjenta, ale naszym obowiązkiem jest uświadamiać konsekwencje" — dodał profesor.

Zupełnie inną dynamikę mają złamania osteoporotyczne — często niskoenergetyczne, niediagnozowane, a jednocześnie niosące ogromne ryzyko dalszych powikłań. „Jeśli ktoś ma złamanie i nie leczy osteoporozy, to nie ma szans na pozytywną progresję. Te złamania przebiegają zawsze w kierunku pogorszenia" — podkreślił specjalista.

Nieleczona osteoporoza i brak rozpoznania złamania kompresyjnego oznaczają nie tylko przewlekły ból, ale także deformacje, utratę sprawności, zwiększoną śmiertelność i dalsze złamania tzw. kaskadowe.

Starość w Polsce: sukces czy problem?

Wątek starzenia się społeczeństwa rozwinęła dr hab. Maria Maślińska. Zwróciła uwagę, że długowieczność, choć pożądana, stawia przed systemem medycznym poważne wyzwania.

„Długowieczność zaczyna się od 90+. Ale żeby tam dotrzeć, trzeba mieć dobrą młodość i wczesną profilaktykę" — podkreśliła. Z danych, które przytoczyła, wynika, że w 2050 r. ponad 40 proc. populacji Polski będzie miało więcej niż 60-65 lat. To największa eksplozja grupy seniorskiej w historii. Tempo starzenia przewyższa zdolność systemu do zapewnienia opieki. „To jest niby sukces medycyny, ale ten sukces przeradza się w problem. Pytanie brzmi: jaka to będzie starość? Dobra, aktywna czy obarczona bólem i chorobami przewlekłymi?" — zastanawiała się dr hab. Maria Maślińska.

Jednocześnie wskazała na kluczowy aspekt profilaktyki — znaczenie stylu życia i czynników środowiskowych. Współczesny model egzystencji (siedzący tryb życia, brak aktywności, praca przy komputerze przez wiele godzin) dotyczy nie tylko młodych, ale także wielu seniorów.

Choroba ignorowana, konsekwencje dramatyczne

Kontynuując dyskusję, eksperci skupili się na osteoporozie — jej obraz, nakreślony przez dr hab. Marię Maślińską, okazał się szczególnie niepokojący. Rzeczywista liczba chorych jest w Polsce znacznie większa niż oficjalnie podawane 2-2,5 mln, a jedynie ok. 5 proc. otrzymuje jakiekolwiek leczenie. Problem pogłębia ogromna skala nierozpoznanych złamań kompresyjnych oraz masowe, często pozbawione wskazań medycznych, nadużywanie glikokortykosteroidów.

Co więcej, opóźniony dostęp do densytometrii dodatkowo utrudnia wczesne rozpoznanie i skuteczną terapię. „To nawet nie jest niedoszacowanie. To katastrofa. Matematykę tu widać jak na dłoni — pacjenci wymagający leczenia, nie dostają go" — stwierdziła dr hab. Maria Maślińska.

Ekspertka poruszyła także wątek nadmiernego stosowania glikokortykosteroidów. „To genialne leki, ale mogą prowadzić do dramatycznych powikłań. Często nie wiemy, dlaczego ktoś przyjmuje je przewlekle. A ich konsekwencje u osób starszych są ogromne" — wyjaśniała. Podała przykład pacjentki, która otrzymała 37 iniekcji steroidowych, a finalnie — w wieku 40 lat — przeszła endoprotezoplastykę kolana.

Densytometria: najsłabsze ogniwo

Do tematu osteoporozy odniósł się również Michał Sutkowski, zwracając uwagę na bariery administracyjne. „Nie wiem, czy będzie istniała Polska 2050, jeśli nadal nie będziemy rozpoznawać i leczyć osteoporozy. Najpierw trzeba ją jednak diagnozować, a my tego nie robimy" — przyznał. Poinformował, że w Polsce funkcjonuje jedynie 85 pracowni densytometrii, a wykonanie badania bez skierowania jest niemożliwe. Pacjenci najpierw czekają miesiącami na samo skierowanie, a następnie kolejne tygodnie lub miesiące na wyznaczenie terminu.

W efekcie cały proces wpada w błędne koło opóźnień i zaniechań, które utrudniają wczesną diagnostykę i skuteczne leczenie. „System blokuje diagnostykę na każdym kroku. To nielogiczne. Lekarz POZ powinien mieć możliwość kierowania na densytometrię bez barier, a pacjent powinien mieć do niej realny dostęp" — podkreślił Michał Sutkowski.

Znaczenie pomiaru wzrostu

Jednym z praktycznych fragmentów dyskusji była kwestia pomiarów antropometrycznych u seniorów. Dr hab. Maria Maślińska wskazała, że utrata 4 cm wzrostu jest wystarczającym powodem, by podejrzewać złamanie kompresyjne kręgu. „Pacjentka mówi: spódnica jest za długa. Ale to nie jest miara. Ten właściwy pomiar może wykonać pielęgniarka przy bilansie. To prosty krok, który może wykryć poważne złamania" — wskazała ekspertka.

Zwróciła też uwagę, że pacjenci zwykle zawyżają swój wzrost, co utrudnia prawidłową ocenę: „Gdy pytamy o wzrost, a nie mierzymy — mamy błędne dane i błędne wnioski".

Blokady steroidowe — mit skuteczności

Podczas debaty prof. Gasik odniósł się do stosowania tzw. blokad: „Blokady są modne. Ale ile razy można je wykonywać, zanim zaczniemy szkodzić pacjentowi?".

Dr hab. Maria Maślińska odpowiedziała jednoznacznie: „Czasem dopuszczalna ich liczba wynosi zero. To zależy od pacjenta. Pacjent z cukrzycą, ryzykiem infekcji, po przyjmowaniu steroidów nie jest kandydatem do blokad. Steroidy podawane dostawowo mogą wywołać powikłania, również infekcyjne".

Dodała również, że steroidy w formie iniekcji mają postać kryształów, a ich wielokrotne stosowanie może prowadzić do chondropatii i wywoływać stan zapalny. U osób starszych ryzyko infekcji jest wielokrotnie wyższe, a nieprawidłowo wykonane wstrzyknięcie może przynieść skutek odwrotny do zamierzonego.

Współpraca, edukacja i nowoczesne leczenie

Dyskusję podsumował Michał Sutkowski: „Musimy się edukować, edukować pacjentów i leczyć osteoporozę nowocześnie. Jeśli tego nie zrobimy, czekają nas dramatyczne konsekwencje.

Zdaniem dr hab. Marii Maślińskiej: „potrzebujemy dobrej organizacji, łatwiejszego dostępu do diagnostyki i realnej współpracy między specjalistami. Inaczej ten kryzys nas po prostu przygniecie".

Eksperci byli zgodni: profilaktyka, wczesna diagnostyka, racjonalne leczenie oraz ścisła współpraca specjalistów to klucz do zahamowania lawiny złamań osteoporotycznych i rosnącej liczby pacjentów z bólem kręgosłupa.

oprac. AR

Uwaga na ergonomię pracy w erze cyfrowej

Rosnąca liczba pacjentów zgłaszających się z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa to — jak podkreślają eksperci — bezpośredni efekt przeciążeń związanych z pracą i transformacją cyfrową. Podczas debaty o ergonomii dr hab. Joanna Bugajska, prof. Robert Gasik i prof. Michał Latalski wskazywali, że zarówno niewłaściwe stanowiska pracy, jak i specyfika współczesnego stylu życia prowadzą do narastającej epidemii bólu kręgosłupa wśród pracowników i dzieci.

W Polsce tydzień pracy wynosi 40 godzin, jednak wielu pracowników spędza przy komputerze znacznie więcej czasu. To oznacza, że niemal jedna trzecia naszego świadomego życia upływa na wykonywaniu obowiązków zawodowych. Nie może więc dziwić, że troska o kręgosłup staje się jednym z najważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego społeczeństwa.

Cyfrowo przeciążeni

Dr hab. n. med. Joanna Bugajska, prof. CIOP-PIB, kierownik Zakładu Ergonomii Centralnego Instytutu Ochrony Pracy — Państwowego Instytutu Badawczego, zwróciła uwagę na dwie równoległe perspektywy oceny kręgosłupa: chorego — po urazach i operacjach oraz pozornie zdrowego, ale narażonego na przeciążenia. W tym pierwszym przypadku podkreśliła ogromne znaczenie lekarza medycyny pracy, który „może ograniczyć niektóre czynności, a nawet uniemożliwić powrót do pracy po operacji kręgosłupa". Natomiast w przypadku osób bez diagnozy kluczowa jest profilaktyka i zmniejszanie obciążeń środowiskowych — często na pierwszy rzut oka niegroźnych, ale powtarzanych przez lata.

Badania prowadzone przez Centralny Instytut Ochrony Pracy, które przytoczyła dr hab. Joanna Bugajska, objęły ponad 1100 pracowników do 35. roku życia. Wyniki ankiet są alarmujące: tylko 16 proc. nie zgłasza żadnych dolegliwości, 62 proc. skarży się na bóle szyi i barków, ok. 58 proc. na bóle dolnej części pleców.

To dane dotyczące osób zdrowych, deklaratywnie niechorujących, a mimo to raportujących wyraźne dolegliwości.

Przepisy nie przystają do praktyki

Choć obowiązują w Polsce przepisy regulujące ergonomię stanowisk pracy, to według ekspertki medycyny pracy nadal „tylko 70 proc. pracowników ma regulowane fotele do pracy z komputerem", a z biurek o regulowanej wysokości korzysta zaledwie 22 proc. zatrudnionych, najczęściej na zalecenie lekarza. Tymczasem nowe rozporządzenie przewiduje obowiązek stosowania takich biurek na wszystkich nowo tworzonych stanowiskach pracy.

Prof. Robert Gasik nie ma wątpliwości: to pandemia wywołała lawinę problemów bólowych kręgosłupa. „Biura są przystosowane, ale w domach każdy sam tworzył sobie miejsce pracy: w kuchni, w salonie, często bez krzesła ergonomicznego. I to spowodowało gigantyczny wzrost zachorowań" — wskazał. Z perspektywy klinicznej profesor widzi wyraźny wzrost liczby pacjentów zgłaszających się z dolegliwościami bólowymi wywołanymi nieprawidłową pozycją ciała podczas pracy zdalnej.

Zdaniem prof. Gasika, rolą medycyny jest niewprowadzanie pacjenta w spiralę choroby, która może zakończyć się operacją. Dlatego tak istotne jest, aby przez złe warunki pracy „nie przeprowadzać pacjentów ze zdrowia do choroby".

„Head Down Population"

Prof. Michał Latalski, specjalista ortopedii dziecięcej, przypomniał określenie Head Down Population — populacji patrzącej stale w dół, w kierunku smartfona. Jak mówił, to symbol współczesności, którego nie da się już odwrócić.

„Najważniejszy jest balans — ruch i zmiana pozycji. Zmuszenie dziecka do siedzenia 45 minut w jednej pozycji jest niemożliwe i niezdrowe" — zaznaczył ekspert. Prof. Latalski obalił też popularny mit dotyczący genezy skoliozy idiopatycznej. Według niego, „sama pozycja przy biurku czy ciężki plecak nie wywołują skoliozy", choć mogą generować bóle i przeciążenia.

Rola szkoły i aktywności fizycznej

Obaj profesorowie podkreślili, że skuteczna opieka nad dziećmi z wadami postawy wymaga ścisłej współpracy między rodzicami a szkołą. Prof. Gasik zwrócił uwagę na praktyczny aspekt tej współpracy, pytając, czy uczeń ze zdiagnozowaną skoliozą powinien mieć możliwość częstszego wstawania w trakcie lekcji. Prof. Latalski nie miał wątpliwości: dziecko powinno móc zmienić pozycję zawsze wtedy, gdy odczuwa dyskomfort, a kluczowa jest rozmowa z nauczycielem i przekazanie takiej informacji całemu gronu pedagogicznemu.

Prof. Latalski zaznaczył również, że uczniowie z deformacjami kręgosłupa nie powinni być zwalniani z zajęć wychowania fizycznego, lecz ćwiczyć w zakresie swoich możliwości, bez oceniania ich za ograniczenia wynikające z choroby.

Starzejąca się populacja pracowników — wyzwanie dla rynku pracy

Dr hab. Joanna Bugajska wskazała na jeszcze jeden istotny aspekt — demograficzny. „Ponad 36 proc. osób aktywnych zawodowo jest po 50. roku życia, a w 2030 roku będzie ich ponad 40 proc." — powiedziała. Przy rosnących brakach kadrowych dbanie o zdrowie kręgosłupa pracowników to nie tylko kwestia zdrowotna. CIOP rozpoczął kampanię „Siła wieku", której celem jest edukacja osób starszych oraz promocja profilaktyki bólu kręgosłupa.

Stwarzanie przestrzeni dla ruchu

Prof. Gasik zauważył, że wczesne wprowadzanie zasad ergonomii to realna inwestycja w przyszłe zdrowie dzieci. Najprostsze rozwiązania: odpowiednio dobrane krzesło, możliwość zmiany pozycji, codzienny ruch i regularne ćwiczenia mogą znacząco ograniczyć skalę późniejszych problemów zdrowotnych.

Prof. Latalski dodał, że „samo skrzywienie nie zabrania sportu — przeciwnie, aktywność jest konieczna". Wspólna troska szkoły i rodziców o warunki pracy dziecka oraz stworzenie mu przestrzeni do ruchu w trakcie lekcji stanowią podstawę skutecznej profilaktyki.

oprac. AR

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025



Od lewej: prof. Michał Latalski, Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny" (moderator paneli), Izabela Mercewicz-Jendysik, dyrektor NIGRiR, prof. Robert Gasik, dr n. med. Rafał Sapuła.



W panelu pt. „Dzieci i zespoły bólowe kręgosłupa, w tym skolioza" udział wzięli: dr hab. n. kf. Agnieszka Stępień i prof. Michał Latalski.



Dr Michał Sutkowski wziął udział w panelach „Otyłość i bóle kręgosłupa" oraz „Osoby starsze i osteoporoza".



W panelu pt. „Sport jako czynnik prowokujący zespoły bólowe" udział wzięli: dr n. med. Kamil Koszela, dr n. med. Rafał Sapuła, prof. Łukasz Małek.



Nadmierna masa ciała może prowadzić do przewlekłych dolegliwości kręgosłupa — wskazywali dr hab. Alina Kuryłowicz, dr Michał Sutkowski, dr n. med. Robert Wróblewski.



Dr hab. Maria Maślińska, prof. Robert Gasik i dr Michał Sutkowski dyskutowali o starzeniu się populacji i występowaniu osteoporozy.



Dr n. med. Kamil Koszela z Kliniki Neuroortopedii i Neurologii NIGRiR wziął udział w dyskusji nt. sportu jako czynnika prowokującego zespoły bólowe.



Zła ergonomia stanowisk pracy przyczynia się do bólu kręgosłupa - na ten temat dyskutowali dr hab. Joanna Bugajska, prof. Robert Gasik i prof. Michał Latalski.

ZDJĘCIA EMILIA ZIELIŃSKA

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Otyłość napędza falę przewlekłych bólów kręgosłupa

Podczas debaty pt. „Otyłość i bóle kręgosłupa" eksperci zwracali uwagę, że nadmierna masa ciała stała się jednym z kluczowych czynników prowadzących do przewlekłych dolegliwości kręgosłupa. Przeciążenia, zaburzenia postawy oraz stan zapalny tworzą mechanizm, który z czasem utrwala ból. Mimo postępu w leczeniu otyłości, brakuje rozwiązań systemowych, które zapewniłyby pacjentom odpowiednią opiekę.

Otyłość nie jest już tylko czynnikiem ryzyka — stała się jednym z głównych powodów przewlekłego bólu kręgosłupa w populacji dorosłych i coraz częściej także dzieci. Dr n. med. Robert Wróblewski, specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu z Polikliniki Neuroortopedii i Neurologii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, przypomniał, że w języku medycznym funkcjonuje termin *low back pain*, który obejmuje całe spektrum schorzeń od dyskopatii i stenoz po zmiany zwyrodnieniowe. To właśnie w grupie pacjentów z bólem lędźwiowym nadwaga i otyłość odgrywają kluczową rolę.

Tusza przeciąża kręgosłup

„Wartości BMI odpowiadające nadwadze zwiększają ryzyko rozwoju zespołu bólowego o 15 proc. Pierwszy stopień otyłości — o 30 proc., natomiast otyłość drugiego i trzeciego stopnia może to ryzyko nawet podwoić" — zauważył dr Wróblewski, podkreślając wagę profilaktyki opartej na kontroli masy ciała.

Wyjaśniał również, że przeciążony kręgosłup reaguje zarówno na siły pionowe, jak i ścinające, które uszkadzają więzadła, krążki międzykręgowe i stawy międzywyrostkowe. Dodatkowe zaburzenia pojawiają się w wyniku przesunięcia środka ciężkości — nadmiar tkanki tłuszczowej zmienia balans strzałkowy, wymuszając na organizmie większy wysiłek mięśniowy, aby utrzymać stabilną postawę. „Przy długotrwałym utrzymywaniu takiej nieprawidłowej pozycji powstają przeciążenia, które z czasem prowadzą do przewlekłego bólu" — tłumaczył ortopeda.

Na procesy bólowe nakłada się również komponent metaboliczny — tkanka tłuszczowa jako narząd endokrynny produkuje mediatory zapalne, nasilające wrażliwość receptorów bólowych. „U wielu pacjentów obserwujemy obniżony próg bólu. Organizm działa jak w stanie podwyższonej gotowości, a każdy dodatkowy bodziec może wywołać silne dolegliwości" — podkreślił dr Wróblewski.

Ponad 70 proc. pacjentów POZ ma nadmierną masę ciała

Kontekst epidemiologiczny przedstawił lek. Michał Sutkowski, prezes elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Zauważył on, że nadwaga i otyłość stają się jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce. „W zależności od badań, od 68 do 72 proc. mężczyzn oraz około połowa kobiet ma nadwagę lub otyłość. W wynikach programów badań profilaktycznych statystyki są jeszcze gorsze, nawet 77 proc. pacjentów zgłaszających się do gabinetów POZ ma nadmierną masę ciała" — wskazał.

Zaznaczył, że problem narasta nie tylko wśród dorosłych. „Jesteśmy światowym liderem, jeśli chodzi o odsetek otyłych dzieci w wieku 9-12 lat. To dramatyczny sygnał dotyczący kondycji edukacji zdrowotnej, a właściwie jej braku" — ocenił Michał Sutkowski. Jednocześnie podkreślił, że choć współcześnie wiele mówi się o chorobach kardiometabolicznych, to bóle kręgosłupa i zaburzenia statyki ciała nadal są zbyt rzadko postrzegane jako konsekwencja otyłości. „Lekarz rodzinny koncentruje się na tym, co pilne: ciśnieniu, glikemii, lipidach. Kręgosłup nie zawsze znajduje się na pierwszym planie, choć u wielu pacjentów właśnie on determinuje jakość życia" — dodał.

Wskazał również, że system opieki zdrowotnej nie zapewnia pacjentom z otyłością dostępu do kompleksowego wsparcia. „Bez dietetyków, fizjoterapeutów i edukatorów zdrowotnych w POZ nie będziemy w stanie przełamać tej epidemii. To powinien być standard, a w Polsce nadal pozostaje postulatem" — sygnalizował dr Michał Sutkowski.

Rewolucja terapeutyczna: nowe leki zmieniły reguły gry

Z kolei dr hab. n. med. Alina Kuryłowicz, prof. CMKP, dyrektor-dziekan Szkoły Nauk Medycznych CMKP, z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, podkreśliła, że w ostatnich latach pojawiły się skuteczne narzędzia leczenia choroby otyłościowej — i fakt ten powinien diametralnie zmienić praktykę kliniczną. „To prawdziwa rewolucja. Mamy skuteczne, dobrze przebadane leki, więc nie ma już wymówek. Otyłość trzeba leczyć — nie tylko jej powikłania" — stwierdziła.

Wyjaśniła, że leki nowej generacji, wpływają nie tylko na redukcję masy ciała, ale również modyfikują funkcję tkanki tłuszczowej, zmniejszając produkcję mediatorów zapalnych. Dzięki temu pacjenci odczuwają mniejszy ból, niezależnie od samego zmniejszenia obciążenia mechanicznego. „Najlepszy lek nie zadziała jednak w pełni, jeśli pacjent nie ma dostępu do dietetyka, psychodietetyka czy fizjoterapeuty. Bez zmiany stylu życia efekty będą krótkotrwałe" — zaznaczyła dr hab. Alina Kuryłowicz.

W jej ocenie, łatwiej leczyć pacjentów z licznymi powikłaniami niż osoby we wczesnym stadium otyłości. „Tym, których najbardziej chcielibyśmy leczyć — pacjentom jeszcze bez chorób towarzyszących — system wciąż nie zapewnia odpowiedniej opieki" — wskazała.

Dodała, że każdy lekarz może przepisać leki przeciwotyłościowe, ale musi robić to odpowiedzialnie i z pełnym planem terapeutycznym. „Leczenie otyłości to nie jest zastrzyk raz w tygodniu. To proces, który wymaga stałego wsparcia i edukacji" — podkreśliła.

Czynnik komplikujący leczenie chirurgiczne

Dr Robert Wróblewski zwrócił uwagę na kluczową rolę lekarzy POZ w przygotowaniu pacjentów do ewentualnego leczenia operacyjnego. Podkreślił, że pacjenci z otyłością mają znacznie wyższe ryzyko powikłań okołooperacyjnych, takich jak zaburzenia gojenia ran, zakażenia, powikłania płucne i zakrzepowo-zatorowe. „Obniżenie masy ciała przed operacją realnie poprawia wyniki leczenia. To nie jest detal — to warunek bezpieczeństwa" — mówił.

Ortopeda zaznaczył, że nawet techniczne udane zabiegi u pacjentów z otyłością nie zawsze dają pełną satysfakcję kliniczną. „Wielu chorych, mimo prawidłowo przeprowadzonej operacji, żyje z przewlekłym bólem. Czynniki biomechaniczne i zapalne nadal działają" — wyjaśnił dr Wróblewski.

Według eksperta, kluczowe jest wprowadzanie zdrowych nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej i elementów terapii behawioralnej już przed zabiegiem oraz ich konsekwentna kontynuacja po operacji.

Konieczna zmiana systemowa i większa świadomość społeczna

Michał Sutkowski podkreślił, że choć opieka koordynowana rozwija się, wciąż nie odpowiada na potrzeby pacjentów z otyłością. „Potrzebujemy opieki koordynowanej plus — wzmocnionej diagnostyką, edukacją i programami profilaktycznymi w POZ. Bez tego nie wygramy z epidemią otyłości" — ocenił.

Dodał również, że niezbędna jest edukacja nie tylko lekarzy, ale także pacjentów i całego społeczeństwa. „Jeżeli osoba z BMI 38 nie widzi w tym problemu, a media przedstawiają otyłość jako element normalny, to trudno oczekiwać zmiany postaw. Potrzebujemy jasnego przekazu, wspieranego przez decydentów" — mówił.

Dr hab. Alina Kuryłowicz akcentowała natomiast, że środowisko medyczne nie powinno czekać na zmiany systemowe. „Musimy brać inicjatywę we własne ręce. Na stronie Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości znajduje się lista certyfikowanych ośrodków i specjalistów — warto kierować tam pacjentów, a jeśli ktoś z państwa chce leczyć otyłość, zachęcam do zdobycia certyfikacji" — dodała.

Eksperci przypomnieli również ważną praktyczną wskazówkę kliniczną: przed planowanym leczeniem operacyjnym należy dążyć do obniżenia BMI przynajmniej poniżej 35, ponieważ powyżej tej wartości ryzyko powikłań rośnie w sposób istotny klinicznie.

oprac. AR

„Nie ruszam się, bo boli mnie kręgosłup" — to patologia

Ból kręgosłupa nie powinien być pretekstem do unieruchomienia. Eksperci zgodnie podkreślają: w większości przypadków pacjenci potrzebują nie zakazu ruchu, lecz mądrze dobranej, stopniowo wprowadzanej aktywności. Kluczem jest rozpoznanie przyczyny dolegliwości, modyfikacja czynników ryzyka i indywidualny plan ćwiczeń — także po operacji.

„Aktywność jest zalecana. Patologią jest jej brak — mówi dr n. med. Kamil Koszela, specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu z Kliniki Neuroortopedii i Neurologii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie. — Jeśli pacjent po jeździe na rowerze odczuwa ból, pierwszym odruchem nie powinien być zakaz tej aktywności. Trzeba poszukać czynnika wyzwalającego: techniki jazdy, ustawień roweru, pozycji ciała. U części chorych pochylona sylwetka drażni zmienione chorobowo stawy międzykręgowe. Prosta modyfikacja — bardziej wyprostowana pozycja — może rozwiązać problem".

Największym zagrożeniem bywa... bezruch

Specjalista wskazuje, że źródła dolegliwości kręgosłupa bywają różne: od półurazowej dyskopatii po przeciążenia tkanek miękkich czy dolegliwości wynikające ze spondyloartrozy. „Mamy kilka scenariuszy klinicznych i każdy wymaga innej strategii, ale wspólnym mianownikiem pozostaje ruch — dopasowany do możliwości pacjenta" — stwierdza dr Koszela.

„Najgorsza rada to: „proszę przestać się ruszać" — podkreśla prof. dr hab. n. med. Łukasz Małek, kardiolog sportowy z Poradni Kardiologii Sportowej w Centrum Kardiologii Klinicznej Szpitala MSWiA w Warszawie oraz Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie. — Krótka, ostra faza bólu może wymagać przerwy, ale tylko na chwilę. Potem dobieramy rodzaj, intensywność i czas aktywności, tak by była regularna i bezpieczna. Inaczej dokładamy pacjentowi kolejne czynniki ryzyka: otyłość, nadciśnienie, zaburzenia lipidowe, cukrzycę".

Ekspert przywołuje wnioski płynące z opieki nad chorymi z kardiomiopatią przerostową: lata nadmiernych ograniczeń skutkowały gorszym zdrowiem metabolicznym. „Dziś odwracamy tę logikę. Dobrze zaplanowany ruch jest bezpieczny i poprawia rokowanie — nie tylko sercowo-naczyniowe, ale ogólne: pamięć, nastrój, metabolizm".

Rehabilitacja: od wzorców ruchowych po propriocepcję

„Rehabilitacja to filar zarówno profilaktyki, jak i leczenia zespołów bólowych kręgosłupa — mówi dr n. med. Rafał Sapuła, kierownik Zamojskiej Kliniki Rehabilitacji, konsultant wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji medycznej dla województwa lubelskiego, past prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. — Zaczynamy od edukacji biomechanicznej i kształtowania prawidłowych wzorców. U osób aktywnych ograniczamy ćwiczenia statyczne na rzecz dynamicznych, włączamy rozciąganie i trening siłowy, wzmacniający gorset mięśniowy. Ogromną rolę odgrywa propriocepcja — im lepsza kontrola czucia głębokiego, tym mniejsze ryzyko nawrotów".

Ekspert ostrzega przed „brzuszkami" bez przygotowania i stretchingu — nadmiernie aktywują mięsień biodrowo-lędźwiowy, co może nasilać ból. U dzieci i młodzieży widzimy też groźny trend wdrażania zbyt wczesnych, zbyt dużych obciążeń. Program treningowy musi być indywidualizowany do wieku biologicznego, nie tylko kalendarzowego.

Kiedy wznowić aktywność po operacji?

Obecnie po zabiegu chirurgicznym ruch wprowadza się szybciej niż kiedyś. „Najnowsze zalecenia z 2024 r. mówią jasno: konieczna jest wczesna, ale rozsądna mobilizacja. Jeśli pacjent jest bez bólu, ma odpowiedni zakres ruchu i potwierdzoną stabilność kręgosłupa w badaniu klinicznym i RTG posturalnym, możemy stopniowo rozszerzać aktywność pod kontrolą chirurga i fizjoterapeuty. Często można wcześniej niż tradycyjnie sądzono wrócić do prowadzenia samochodu czy truchtu — byle w ramach planu" — zaznacza dr Koszela.

„Tkanki miękkie goją się co najmniej 6 tygodni — to dolny próg bezpieczeństwa dla intensywniejszych bodźców — przypomina dr Sapuła. — Ale kalendarz zawsze indywidualizujemy: inaczej powinien postępować 30-latek po usunięciu przepukliny, inaczej 75-latek po rozległej stabilizacji wielopoziomowej. Ważne, by unikać zespołu unieruchomienia — zaników mięśniowych i spadku wydolności, zaczynających się już po trzech tygodniach bez ruchu. Dlatego nawet gdy „chronimy" operowany odcinek, ćwiczymy resztę ciała".

„Jeśli nie wiemy, co doradzić, lepiej odesłać do specjalisty niż zabraniać aktywności — przestrzega prof. Małek. — Plan ćwiczeń to też terapia. Dobrze ułożony zmniejsza ból, poprawia wydolność i realnie wydłuża życie.

oprac. MAT

reklama



puls kardiologii

TOWARZYSTWO KARDIOLOGICZNE POLSKIE

25 lat



Po udanej interwencji wieńcowej może także dojść do zawału serca

Udany zabieg usuwa krytyczne zwężenie, ale nie likwiduje miażdżycy. O kolejnych incydentach często decydują „wrażliwe” blaszki miażdżycowe w innych odcinkach tętnic, które w angiografii wydają się niegroźne. Ich wczesne wykrycie i ukierunkowane leczenie to dziś klucz postępowania. „Nie tylko sam stopień zwężenia naczynia, lecz skłonność płytki miażdżycowej do pęknięcia i wytworzenia zakrzepu determinuje rokowanie — dlatego musimy takie ogniska identyfikować i stabilizować” — podkreśla kardiolog dr hab. Michał Hawranek.



ROT. ARCHIWUM

Kardiolodzy dysponują dziś nowoczesnymi metodami przezskórnego leczenia miażdżycy, a mimo to wciąż tak wiele osób doświadcza incydentów sercowo-naczyniowych. Dlaczego tak się dzieje?

Rzeczywiście, dysponujemy dziś szerokim wachlarzem skutecznych metod przezskórnego leczenia istotnych zwężeń w tętnicach wieńcowych: potrafimy świetnie przygotować zmianę i implantować nowoczesne stenty. Jednocześnie częstość powikłań związanych zarówno z zabiegiem, jak i samym urządzeniem jest bardzo mała. Trzeba jednak podkreślić, że interwencje te zmniejszają przede wszystkim ryzyko konieczności ponownej rewaskularyzacji, natomiast nie eliminują wszystkich mechanizmów prowadzących do najgroźniejszych zdarzeń — zawału serca i zgonów sercowo-naczyniowych.

Kluczem jest tu zjawisko niestabilnej blaszki miażdżycowej. Wiemy dziś, że po skutecznym leczeniu krytycznej zmiany u chorych kolejne incydenty często inicjują blaszki zlokalizowane w innych segmentach naczyń. Co istotne, w angiografii wieńcowej takie miejsca zwykle nie wyglądają alarmująco. Są to nierzadko 30-40-procentowe zwężenia, które nie skłaniają do natychmiastowej interwencji, a mimo to w horyzoncie 12-36 miesięcy mogą doprowadzić do zawału serca.

O KIM MOWA

Dr hab. n. med. Michał Hawranek jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii oraz intensywnej terapii, kierownikiem Pracowni Hemodynamiki i Radiologii Zabiegowej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, skarbnikiem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz byłym przewodniczącym Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK.

Czego więc nie pokazuje koronarografia?

Koronarografia ocenia przede wszystkim światło naczynia i stopień jego zwężenia, natomiast niestabilność blaszki wynika z jej kompozycji — dużego rdzenia lipidowego, cienkiej czapeczki włóknistej i nasilenia stanu zapalnego. Taka zmiana może nie powodować istotnego ograniczenia przepływu, ale pozostaje podatna na pęknięcie lub erozję, co inicjuje powstawanie zakrzepu i może prowadzić do ostrego zespołu wieńcowego.

Ryzyko to dodatkowo narasta u tzw. wrażliwego pacjenta — osoby, u której kumuluje się wiele czynników sprzyjających ogólnoustrojowemu stanowi zapalnemu i destabilizacji blaszek miażdżycowych. Należą do nich: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek, otyłość, palenie tytoniu czy brak regularnej aktywności fizycznej. W takiej konfiguracji biologiczne „tło zapalne” jest silniejsze, a cały układ sercowo-naczyniowy bardziej podatny na incydenty.

Jak identyfikować tę populację pacjentów?

Jak wspomniałem, klasyczna koronarografia pokazuje głównie światło naczynia i to w słabej rozdzielczości, więc do oceny cech niestabilności potrzebujemy obrazowania wewnątrznaczyniowego. W praktyce najczęściej stosowane metody to:

- ultrasonografia wewnątrznaczyniowa (ang. *intravascular ultrasound*, IVUS) — dobrze ocenia przekrój naczynia i objętość blaszki, choć ma ograniczoną rozdzielczość w odniesieniu do szczegółów, np. czapeczki włóknistej;
- optyczna koherentna tomografia (ang. *optical coherence tomography*, OCT) — metoda o bardzo wysokiej rozdzielczości, pozwalająca wykrywać cechy niestabilności blaszki: duży rdzeń lipidowy, cienką czapeczkę włóknistą, sygnały zgodne ze zwiększonym naciekiem zapalnym;
- spektroskopia w bliskiej podczerwieni (ang. *near-infrared spectroscopy*, NIRS; często w tandemie z IVUS, tzw. NIRS-IVUS) — umożliwia ocenę „ładunku lipidowego” blaszki.

Te techniki pomagają zidentyfikować tzw. TCFA (ang. *thin-cap fibroatheroma*) — zmianę z dużym rdzeniem lipidowym i cienką czapeczką włóknistą, podatną na pęknięcie czy erozję, a tym samym wywołanie kaskady krzepnięcia, procesu zakrzepowego i ostrego incydentu, np. zawału serca. Oczywiście, nie da się rutynowo badać w ten sposób każdej tętnicy u każdego chorego, dlatego selekcjonujemy pacjentów o wyższym ryzyku klinicznym.

W najbliższej przyszłości optymalną strategią wykrywania takich blaszek będzie diagnostyka nieinwazyjna za pomocą tomografii komputerowej, która pozwoli na ocenę całego drzewa wieńcowego. Już teraz dysponujemy danymi, że FAI (ang. *fat attenuation index*) — ilościowy wskaźnik pochodzący z analizy tłuszczu okołonaczyniowego w obrazach CT, który odzwierciedla stopień lokalnego zapalenia ściany naczynia, pozwala na identyfikację pacjentów narażonych na większe ryzyko niekorzystnych zdarzeń.

Jakie powinno być dalsze postępowanie u tych chorych?

Fundamentem pozostaje kompleksowa profilaktyka wtórna, obejmująca zmianę stylu życia, w tym zaprzestanie palenia, regularną aktywność fizyczną, odpowiednią dietę i redukcję masy ciała. Równolegle prowadzi się intensywne leczenie hipolipemizują,ce według schematów opartych na statynie z ewentualnym dodaniem ezetymibu lub inhibitorów PCSK9, aby maksymalnie stabilizować blaszkę. W ostatnich wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) podkreślono również rolę kwasu bempediowego. Optymalizuje się także kontrolę pozostałych czynników ryzyka (ciśnienie tętnicze, glikemia) i stosuje leczenie przeciwpłytkowe zgodnie ze wskazaniami.

W niektórych sytuacjach klinicznych można sięgnąć po leki, które wpływają na przebudowę naczyń i funkcję śródbłonka, np. na blokadę układu renina-angiotensyna-aldosteron. Coraz częściej podkreśla się też, że u odpowiednio dobranych pacjentów antagoniści receptora mineralokortykoidowego mogą działać stabilizująco na blaszkę miażdżycową. Coraz większą rolę odgrywa ponadto modulacja stanu zapalnego. Dane kliniczne wskazują, że ukierunkowane tłumienie przewlekłej reakcji zapalnej może obniżać częstość incydentów u chorych ze stabilną chorobą wieńcową i po ostrym zespole wieńcowym (OZW).

Celem tej strategii jest przebudowa blaszki: pogrubienie czapeczki włóknistej i zmniejszenie rdzenia lipidowego. Często towarzyszy temu większa kalcyfikacja, co — paradoksalnie — działa protekcyjnie, bo czyni blaszkę bardziej stabilną. Miażdżyca nie wycofuje się, ale maleje skłonność do nagłego pęknięcia blaszki. Innymi słowy: dziś potrafimy te blaszki rozpoznać i — przede wszystkim — stabilizować poprzez agresywne, wieloskładnikowe leczenie ogólnoustrojowe.

Czy już teraz albo w niedalekiej przyszłości możemy rozważać interwencje zabiegowe u tej grupy chorych?

Jako kardiolog interwencyjny bardzo wierzę w profilaktykę wtórną i podkreślę raz jeszcze: to dziś klucz postępowania. Równocześnie jednak intensywnie badamy możliwość leczenia zabiegowego niestabilnych, ale hemodynamicznie nieistotnych blaszek, czyli takich, które same w sobie nie wywołują niedokrwienia. W praktyce mówimy o podobnych technikach, jak w standardowej przezskórnej interwencji wieńcowej: użyciu balonu czy implantacji stentu — tyle że profilaktycznie, po wcześniejszym wykryciu „podatnej” blaszki.

Pierwsze duże badanie sugeruje, że u chorych z tak zidentyfikowaną zmianą implantacja stentu może poprawiać rokowanie. To jednak wciąż pojedyncze badanie — samo w sobie nie przesądza więc standardu. Obecnie toczy się co najmniej kilka kolejnych prób klinicznych w tym obszarze. Realnie za 2-3 lata powinniśmy mieć jaśniejszą odpowiedź, czy tzw. angioplastyka prewencyjna — określenie trochę oksymoroniczne, ale oddające ideę — wejdzie do codziennej praktyki. Na razie pozostaje ona jedynie strategią badawczą, a nie rutynową.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

Co trzeci pacjent po zawale serca odstawia leki

Nawet 75 proc. pacjentów kardiologicznych nie przestrzega zaleceń terapeutycznych — wynika z badań i obserwacji klinicznych. Problem dotyczy zwłaszcza osób starszych, obciążonych wieloma chorobami, ale też pacjentów z bezobjawowymi schorzeniami, takimi jak nadciśnienie tętnicze czy dyslipidemia. „To zjawisko wielowymiarowe, w którym rola lekarza i systemu jest równie ważna jak samego pacjenta” — podkreśla prof. Miłosz Jaguszewski, kardiolog z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Jaka jest skala nieprzestrzegania zaleceń lekarskich w populacji pacjentów kardiologicznych?

Niestety bardzo duża, a sam problem jest wielowymiarowy. Zainteresowałem się tym tematem w latach 2016-2017, zainspirowany badaniem prof. Michela Komajdy, przeprowadzonym wśród pacjentów z niewydolnością serca. Wyniki były alarmujące: jedynie ok. 25 proc. chorych przestrzegało zaleceń terapeutycznych, co oznacza, że aż 3/4 pacjentów przyjmowało leki nieregularnie lub w ogóle je odstawiało. Problem ten dotyczy zwłaszcza osób z wielochorobowością, które muszą przyjmować liczne preparaty jednocześnie, a im bardziej rozbudowany schemat leczenia, tym mniejsza szansa na jego konsekwentne stosowanie.

Z innych analiz wiemy, że szczególnie trudna jest sytuacja pacjentów z chorobami bezobjawowymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze czy dyslipidemia. Dopóki nie dojdzie do pierwszego zdarzenia — zawału serca, udaru mózgu czy choćby bólu w klatce piersiowej — wielu z nich nie zdaje sobie sprawy z powagi choroby. Jeżeli lekarz nie poświęci wystarczająco dużo czasu na wyjaśnienie, z jakim zagrożeniem zdrowotnym pacjent ma do czynienia, to po wyjściu z gabinetu świadomość ryzyka pozostaje niska. Efekt? W ciągu 6-12 miesięcy od rozpoczęcia terapii ponad połowa chorych z nadciśnieniem tętniczym czy zaburzeniami lipidowymi przestaje przyjmować leki.

Podobnie wygląda to w przypadku terapii przeciwpłytkowej. Gdy na rynek wchodziły nowe leki, takie jak tikagrelor, standardem stała się 12-miesięczna podwójna terapia przeciwpłytkowa po zawale serca. Tymczasem dane sprzed kilku lat pokazały, że faktyczna długość leczenia wynosiła średnio zaledwie 4-5 miesięcy. To bardzo niebezpieczna sytuacja, bo pominięcie dawek lub przedwczesne odstawienie leku może prowadzić do zakrzepicy w stencie i kolejnego zawału serca.

Jakie grupy pacjentów są najbardziej narażone na brak adherencji?

Najczęściej problem dotyczy osób o niższym statusie socjoekonomicznym, ale kluczowym czynnikiem okazuje się wiek i współwystępowanie wielu chorób. Pacjenci z wielochorobowością przyjmują codziennie „garść tabletek”, a jeśli dodatkowo nie są wystarczająco wyedukowani ryzyko niestosowania się do zaleceń rośnie dramatycznie.

Z własnego doświadczenia wiem, że poprawę można osiągnąć nawet prostymi środkami. W przypadku pacjentów po zawale serca, czyli w tzw. prewencji wtórnej, zauważyliśmy znaczący wzrost przestrzegania zaleceń po wprowadzeniu bardzo precyzyjnych zapisów w dokumentacji. Jasne, bezpośrednie sformułowania: „Proszę nie odstawiać leku — grozi to zgonem” albo „Jeśli planujesz zmianę terapii, skontaktuj się z kardiologiem” mają realny wpływ na poprawę adherencji.



ROT. ARCHIWUM

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Miłosz Jaguszewski jest specjalistą w dziedzinie kardiologii, związanym z I Katedrą i Kliniką Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Jakie są inne przyczyny odstawiania leków — nie tylko po stronie pacjenta, ale także lekarza i systemu?

To właśnie istota problemu adherencji. Jeszcze niedawno mówiliśmy głównie o compliance, czyli o przestrzeganiu zaleceń przez pacjenta. Dziś coraz większą wagę przywiązuje się do szerszego pojęcia — uwzględniającego także rolę lekarza i całego systemu ochrony zdrowia.

Zacznijmy od organizacji wizyty. Lekarz ma często zaledwie 15 minut na kontakt z pacjentem, a część tego czasu musi poświęcić na wypełnienie dokumentacji elektronicznej. Osobiście staram się poświęcać czas na edukację, np. wizualną. Pokazuję pacjentom ilustracje przedstawiające miażdżycę: jak wyglądają zwężone naczynia i co dzieje się, gdy leczenie jest kontynuowane. Tłumaczę, że regularne przyjmowanie leków może zatrzymać postęp choroby, a nawet zmniejszyć liczbę blaszek miażdżycowych w tętnicach wieńcowych.

Dla wielu osób to bardzo przekonujące obrazy, które pozwalają „zobaczyć” sens terapii. U osób starszych — zwłaszcza powyżej 80. roku życia — przestrzeganie zaleceń znacząco się poprawia, jeśli w proces leczenia włączony jest członek rodziny lub opiekun.

Potrzebne są jednak również rozwiązania systemowe. Warto promować stosowanie preparatów wieloskładnikowych (tzw. *polypill*), które upraszczają schemat terapii, oraz nowoczesnych narzędzi wspierających adherencję, np. przypomnień w aplikacjach mobilnych. Coraz więcej seniorów używa dziś smartfonów i smartwatchy, dlatego warto w pełni wykorzystywać potencjał nowoczesnych technologii. Podobnie działa system e-recept, dzięki któremu pacjent otrzymuje kody elektroniczne i łatwiej realizuje recepty — bez ryzyka zagubienia dokumentu czy pomyłki.

A jakie są skutki ekonomiczne nieprzestrzegania zaleceń lekarskich?

Bardzo poważne — zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak i dla samych pacjentów. Dobrym przykładem jest niewydolność serca. To choroba wymagająca zrozumienia istoty problemu i systematycznego przyjmowania wielu leków. Najczęściej dotyczy osób starszych, obciążonych wieloma schorzeniami. Jeśli pacjent nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych, bardzo szybko dochodzi do zaostrzenia niewydolności serca i dekompensacji krążenia. A każde kolejne zaostrzenie znacząco pogarsza rokowanie i skraca przeżycie.

Z perspektywy systemowej oznacza to konieczność ponownych hospitalizacji, które są obciążające finansowo. W Polsce pacjenci z niewydolnością serca są najczęściej leczeni w warunkach szpitalnych, a nie ambulatoryjnych, co dodatkowo zwiększa koszty. W efekcie brak adherencji staje się nie tylko problemem klinicznym, ale też poważnym wyzwaniem ekonomicznym — zarówno dla budżetu państwa, jak i dla pacjentów, którzy ponoszą część wydatków z własnej kieszeni. Poza tym każdy powrót do szpitala to nie tylko koszty, ale i sygnał, że system zawiódł na wcześniejszym etapie.

Wspomniał pan, że leki złożone — coraz częściej stosowane jednocześnie w różnych jednostkach chorobowych — mogą być rozwiązaniem problemu braku adherencji.

Zdecydowanie tak. Potwierdzają to liczne badania, w tym randomizowane prowadzone w kardiologii. Wyniki są jednoznaczne: zastosowanie polypill, czyli wieloskładnikowej tabletki, łączącej kilka substancji czynnych w jednym preparacie, znacząco poprawia przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Badania wykazały także, że stosowanie leków złożonych przekłada się nie tylko na lepszą adherencję, ale też na realne zmniejszenie ryzyka poważnych incydentów sercowo-naczyniowych, zwłaszcza w grupie chorych po zawale serca. Leki złożone — określane również jako *fixed-dose combination* — to nie tylko wygoda dla pacjenta, ale również narzędzie, które może realnie poprawić wyniki leczenia i ograniczyć zjawisko *non-adherence*.

Czy za tymi wynikami podążają wytyczne, a nadto — czy idzie za tym system, czyli refundacja?

To się zmienia, choć nie mogę powiedzieć, że tempo zmian mnie — jako lekarza — satysfakcjonuje. Ważne jest jednak to, że powstają nowe leki złożone, a coraz więcej wytycznych odnosi się do kwestii poprawy adherencji i roli terapii wieloskładnikowych. Ponadto temat zaczyna być dostrzegany nie tylko przez środowisko naukowe i firmy farmaceutyczne, ale także przez decydentów systemu ochrony zdrowia. Nawet jeśli zmiany są jeszcze niewielkie, to mają konkretny charakter i właściwy kierunek. Patrzę na to z umiarkowanym optymizmem — widzę potencjał i realne szanse na poprawę sytuacji pacjentów w przyszłości.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Kardiolog powinien uwzględniać stan psychiczny pacjentów

„Nowe zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego podkreślają konieczność rutynowego przesiewu zaburzeń snu, lęku i depresji u pacjentów kardiologicznych, zwłaszcza tych z niewydolnością serca, który to problem dotyczy ok. 30-70 proc. chorych. Wstępna ocena opiera się na prostych pytaniach. Pozytywna odpowiedź powinna skłaniać lekarza do podjęcia dalszych interwencji. Szczegółowe informacje o diagnostyce, testach, jak i działaniach terapeutycznych można znaleźć również w stanowisku ekspertów, opracowanym przez Asocjację Niewydolności Serca PTK i Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Warto korzystać z tego dokumentu” — zachęca prof. Agnieszka Pawlak.

Podczas tegorocznego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC) ogłoszono wytyczne dotyczące występowania zaburzeń psychicznych u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi. Co, zdaniem pani, jest w tym dokumencie najistotniejsze?

To pierwszy dokument poświęcony temu zagadnieniu. Ma on duże znaczenie ze względu na skalę problemu. U chorych kardiologicznych, szczególnie tych z niewydolnością serca, często występują zaburzenia snu, lęk i depresja. W różnych badaniach odsetek ten waha się od 30 do nawet 70 proc. To przekłada się nie tylko na istotne obniżenie jakości życia, ale też na gorszą współpracę z lekarzem i słabsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Dlatego podczas wizyt kardiologicznych powinniśmy rutynowo uwzględniać ocenę nastroju u pacjentów.

Jak w praktyce gabinetowej dokonywać oceny tych zaburzeń?

Wystarczą proste pytania dotyczące samopoczucia w ciągu ostatniego miesiąca. Dostępne są też krótkie, łatwe w użyciu skale przesiewowe, które ukierunkowują dalsze postępowanie. W odniesieniu np. do depresji należy zadać 2 pytania, które nakreślą nasze dalsze postępowanie:

- Czy w ciągu ostatniego miesiąca często byłeś zaniepokojony z powodu swojego przygnębienia, depresyjnego nastroju lub poczucia beznadziei?
- Czy w ciągu ostatniego miesiąca przeszkadzało ci odczuwanie zmniejszonego zainteresowania lub przyjemności podczas wykonywania różnych czynności?

Warto przy tym pamiętać, że pacjenci rzadko sami zgłaszają takie problemy. Co więcej, często przy propozycji leczenia zaprzeczają, że jest ono potrzebne. Z tego względu to lekarz powinien proaktywnie inicjować rozmowę i tłumaczyć związek psychiki z sercem.

Jakie interwencje terapeutyczne są dziś standardem u chorych z niewydolnością serca i współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi?

Do dyspozycji mamy zarówno leki poprawiające nastrój i zmniejszające lęk, jak i psychoterapię czy *mindfulness*. W praktyce dobrze jest zaczynać od metod niefarmakologicznych: treningów oddechowych, technik wyciszenia, optymalizacji rytmu dobowego i zarządzania stresem, a w razie potrzeby włączać farmakoterapię.

Poza tym kluczowe jest całościowe spojrzenie na pacjenta, tj. trzeba wziąć pod uwagę nie tylko *somę* i *psyche*, ale także *pneumę*, czyli duchowość. Ten ostatni akcent jest szczególnie ważny u pacjentów z zaawansowaną chorobą, nierzadko wymagających dedykowanej niewydolności serca opieki hospicyjnej, której w Polsce wciąż brakuje.

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Pawlak jest specjalistką w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii. Kieruje Pododdziałem Niewydolności Serca i Transplantologii oraz Pracownią Echokardiografii w Klinice Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA, przewodniczy Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.



FOT. ARCHIWUM

> Kluczowe jest całościowe spojrzenie na pacjenta: trzeba wziąć pod uwagę nie tylko *somę* i *psyche*, ale także *pneumę*, czyli duchowość.

Rozmowy o sensie życia, oczekiwaniach i granicach leczenia są trudne, ale bardzo potrzebne. Ogromną rolę odgrywa też wsparcie społeczne. Wspomnę, że w niektórych francuskich ośrodkach liczba wolontariuszy pracujących z chorymi bywa porównywalna z liczbą pacjentów, co dobrze odpowiada na problem narastającej samotności.

Wytyczne ESC mocno akcentują te zagadnienia. A jak sytuacja wygląda w Polsce?

Asocjacja Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego we współpracy z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym już rok temu przygotowała dokument ekspercki, w którym zebraliśmy dane dotyczące rozpoznawania zaburzeń psychicznych w tej grupie chorych. Zawarte są tam też odnośniki do potrzebnych skal i ankiet.

Podstawowa diagnostyka jest prosta. Terapię łagodnych, nienasilonych zaburzeń może prowadzić sam kardiolog, czasem we współpracy z psychologiem. W przypadkach nasilonych, złożonych lub opornych na leczenie — pacjent powinien trafić do psychiatry. Apeluję przy tym też o współpracę dwukierunkową: u chorych z ciężką depresją czy nasilonym lękiem warto rozważyć konsultację kardiologiczną. Relacja między niewydolnością serca a zaburzeniami psychicznymi jest dwustronna — każda z tych jednostek może nasilać drugą.

Czy w codziennej praktyce klinicznej kardiolodzy i psychiatrzy rzeczywiście dostrzegają ten problem, czy raczej wytyczne istnieją, ale nie są jeszcze w pełni zaimplementowane?

Sam fakt powstania wspomnianych dokumentów pokazuje, że temat został dostrzeżony i jest traktowany poważnie — to ważny krok. Wciąż jednak zbyt rzadko jako kardiolodzy patrzymy na każdego pacjenta z niewydolnością serca jak na osobę potencjalnie obciążoną zaburzeniami psychicznymi. Poza tym brakuje nam pełnych danych — zarówno z perspektywy pacjentów, jak i lekarzy kardiologów oraz lekarzy POZ, do których ci chorzy często trafiają. Z tego względu Asocjacja Niewydolności Serca przygotowała i rozesłała ankiety. Dziękuję wszystkim, którzy je wypełnili. Zebraliśmy ponad 400 odpowiedzi, które są obecnie opracowywane. Pozwolą one zobaczyć, jak problem wygląda z perspektywy polskiego pacjenta i polskiego lekarza oraz jak skuteczniej nad nim pracować w praktyce.

Wspomniała pani o zaburzeniach snu oraz lękowo-depresyjnych. Czy u chorych kardiologicznych pojawiają się także cięższe powikłania psychiatryczne?

Najczęściej obserwujemy problemy typowe dla opieki ambulatoryjnej — bezsenność, lęk, depresję. Zdarza się jednak, że podczas zaostrzeń choroby pacjenci trafiają do szpitala i wtedy objawy psychiczne mogą się ujawniać lub nasilać. U chorych z zaawansowaną niewydolnością serca i upośledzoną perfuzją widujemy stany z nasilonym lękiem, mającemu oraz znacznym pobudzeniem psychoruchowym. W takich sytuacjach niezbędna jest pilna konsultacja psychiatryczna i wdrożenie leczenia uspokajającego — bez opanowania tych objawów skuteczne leczenie kardiologiczne bywa niemożliwe.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Kardioneuroablacja jako alternatywa dla rozrusznika

„U młodszych pacjentów z omdleniami odruchowymi i udokumentowanymi pauzami kardioneuroablacja pozwala uniknąć wieloletnich konsekwencji implantacji rozrusznika, oferując ok. 82 proc. skuteczności po 2-3 latach. Procedura wymaga jednak ścisłej kwalifikacji i jest dziś dostępna jedynie w kilku doświadczonych ośrodkach” — wyjaśnia prof. Piotr Kułakowski.

Zacznijmy od definicji kardioneuroablacji i określenia jej miejsca w terapii.

Kardioneuroablacja to względnie nowa, inwazyjna metoda leczenia omdleń odruchowych u pacjentów, u których mimo wdrożenia pełnych zaleceń niefarmakologicznych, takich jak m.in. odpowiednia podaż płynów i unikanie czynników wyzwalających, nadal dochodzi do nawracających epizodów. Omdlenia odruchowe są częstym zjawiskiem w populacji — przynajmniej raz w życiu doświadcza ich ok. 40 proc. kobiet i ok. 20 proc. mężczyzn. Pojedynczy incydent sam w sobie nie jest wskazaniem do leczenia, ale u części chorych epizody powtarzają się i znacząco obniżają jakość życia.

Istotą problemu jest odruchowe, przejściowe zahamowanie pracy serca, prowadzące do spadku perfuzji mózgowej i utraty przytomności. Zabieg polega na regulacji sieci nerwów w przedsionkach, które działają jak hamulec. W tym celu wprowadzamy do serca elektrody i punktowo „przypiekamy” miejsca, w których biegnie unerwienie przywspółczulne, spowalniające pracę serca. Chcemy w ten sposób ograniczyć epizody głębokiego zwolnienia rytmu i długich pauz, które w codziennym życiu prowadzą do omdleń.

Czym kardioneuroablacja różni się od klasycznej ablacji?

Technicznie wygląda podobnie, ale cel jest inny. W klasycznej ablacji likwidujemy ognisko lub szlak odpowiedzialny za zbyt szybkie bicie serca. W kardioneuroablacji nie szukamy źródła częstoskurczu — modyfikujemy miejsca związane z hamulcem serca, czyli z unerwieniem przywspółczulnym. Nowością są przede wszystkim: dobór celów, kryteria kwalifikacji oraz punkty końcowe i standaryzacja procedury — tak, by leczyć właściwych chorych i uzyskać trwały efekt.

Jakie są wskazania i jak wygląda kwalifikacja pacjentów do tego zabiegu?

Kardioneuroablację rozważamy u chorych z nawracającymi, nierzadko gwałtownymi omdleniami — często zakończonymi urazami — pomimo pełnego wdrożenia profilaktyki niefarmakologicznej, a czasem także leczenia farmakologicznego, po wykluczeniu innych przyczyn utrat przytomności, które wymagałyby odmiennego postępowania. Warunkiem jest potwierdzenie mechanizmu odruchowego z istotnym udziałem układu przywspółczulnego.

W praktyce opieramy się na obiektywnym udokumentowaniu bradykardii lub chwilowych asystolii w zapisie EKG (najczęściej z monitorowania długoterminowego) albo podczas próby pochyleniowej. Uzupełniająco wykonujemy prosty test z atropiną. To lek, który na chwilę wyłącza hamujący wpływ nerwu błędnego na serce. Jeśli po podaniu częstość rytmu wyraźnie przyspiesza, to znak, że zabieg ma sens.

Jaka jest skuteczność i trwałość efektu po kardioneuroablacji?

Długofalowych, 20-30-letnich danych jeszcze nie mamy — pierwsze zabiegi wykonał na początku XXI wieku prof. José Carlos Pachón w Brazylii, natomiast bardziej dynamiczny rozwój metody trwa od 6-7 lat. W szeroko dostępnych obserwacjach 2-3-letnich skuteczność wynosi ok. 82 proc. To dobry wynik, zwłaszcza gdy zestawimy go z efektem samej profilaktyki niefarmakologicznej, która daje ok. 50 proc. redukcji nawrotów u pacjentów przestrzegających zaleceń. Innymi słowy: u chorych, u których proste metody zawiodły, procedura ta oferuje wyraźnie lepszą szansę na kontrolę omdleń.


FOT. ARCHIWUM

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Piotr Kułakowski jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii, zastępcą ordynatora Oddziału Klinicznego Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Grochowskiego w Warszawie oraz zastępcą kierownika Kliniki Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

> Omdleń odruchowych przynajmniej raz w życiu doświadcza ok. 40 proc. kobiet i ok. 20 proc. mężczyzn.

W jakich sytuacjach kardioneuroablacja jest alternatywą dla implantacji rozrusznika serca, a kiedy rozrusznik serca pozostaje metodą z wyboru?

Kardioneuroablacja jest preferowana u młodych pacjentów z udokumentowanym mechanizmem odruchowym z bradykardią czy chwilowymi asystoliami, ponieważ pozwala uniknąć wieloletnich konsekwencji wszczepienia rozrusznika. W perspektywie kilkunastu–kilkudziesięciu lat urządzenie niesie bowiem ponad 10-procentowe ryzyko istotnych powikłań. Wymaga też okresowych wymian: generatora zwykle co ok. 8 lat, a elektrod co 15-18 lat. Dlatego w grupie do ok. 40, a nawet 60 lat, dążymy do kardioneuroablacji jako metody pierwszego wyboru.

Oczywiście, jej skuteczność nie jest stuprocentowa, więc u niewielkiego odsetka pacjentów, gdy objawy nawracają lub mechanizm nie jest podatny na modulację, rozrusznik pozostaje ostatnią linią leczenia. Z kolei u starszych chorych, głównie po 70. roku życia, częściej od razu akceptujemy implantację rozrusznika, ponieważ horyzont czasowy i profil ryzyka długotrwałego noszenia urządzenia mają mniejsze znaczenie niż u dwudziesto- czy trzydziestolatków.

Czy takie zabiegi wykonuje się u dzieci?

Tak, ale bardzo selektywnie. Mamy doświadczenia głównie u nastolatków — w ścisłej współpracy z Instytutem „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” — i łącznie to kilkanaście przypadków. To zwykle pacjenci z nawracającymi omdleniami i udokumentowanymi długimi pauzami, u których epizody kończą się urazami i znacząco zaburzają funkcjonowanie.

Decyzja jest trudniejsza niż u dorosłych, bo część młodych osób może „wyrastać” z omdleń odruchowych, dlatego kwalifikacja wymaga bardzo solidnej diagnostyki i wielospecjalistycznych konsyliów. U małych dzieci takie procedury są na świecie rzadko wykonywane — poza kwestiami klinicznymi, dochodzą tutaj ograniczenia techniczne (małe serce i naczynia), które zwiększają złożoność zabiegu.

Czy zdarzają się jakieś powikłania po kardioneuroablacji?

To procedura inwazyjna, więc podobnie jak przy innych ablacyjnych procedurach przedsionkowych istnieje ryzyko powikłań śródzabiegowych. Dla operatora, który na co dzień wykonuje standardowe ablacje, technicznie nie stanowi to jednak szczególnego wyzwania, a u typowych chorych kwalifikowanych do tego zabiegu (bez istotnej choroby serca i innych ciężkich obciążeń) ryzyko poważnych zdarzeń jest niskie.

Z kolei po zabiegu trzeba brać pod uwagę dwie kwestie. Najczęściej dyskutowanym powikłaniem jest przyspieszenie rytmu zatokowego: osłabiając wpływ nerwu błędnego, sprawiamy, że serce przez pewien czas „niechętnie” zwalnia. U większości pacjentów od razu po wykonaniu tej procedury pojawia się tzw. nieadekwatna tachykardia zatokowa. Zjawisko to stopniowo wycisza się w ciągu pierwszych miesięcy do roku, wraz z częściową reinerwacją.

Niestety, u ok. 7 proc. chorych przyśpieszenie rytmu utrzymuje się długofalowo i wymaga leczenia — zabieg więc z jednej strony eliminuje omdlenia, ale z drugiej bywa okupiony uczuciem kołatania i gorszą tolerancją wysiłku. Poza tym niewiadomą pozostają bardzo odległe skutki modulacji układu przywspółczulnego, zwłaszcza jeśli po latach pojawi się inna choroba serca. Jak wspomniałem, dotąd nie mamy wiarygodnych 20-30-letnich obserwacji. Nie spodziewamy się istotnych problemów, m.in. ze względu na częściowy powrót unerwienia przywspółczulnego, ale jest to obszar, który wymaga dalszego monitorowania.

Jakie są doświadczenia pana ośrodka?

Jesteśmy jednym z dwóch, może trzech wiodących ośrodków w Polsce wykonujących kardioneuroablacje. Do tej pory przeprowadziliśmy ok. 500 zabiegów, co plasuje nas wśród ośrodków z największym doświadczeniem na arenie międzynarodowej. Dane o skuteczności w okresie 2-3-letnim, które przytaczałem, dotyczą naszych własnych obserwacji. Istnieją też doniesienia o skuteczności na poziomie 95-100 proc., ale pochodzą one zwykle z bardzo małych prób (kilku–kilkunastu pacjentów), dlatego podchodzimy do nich z rezerwą.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

W diecie ketogenicznej redukując masę ciała, można utracić masę mięśniową

„Dieta ketogeniczna nie powinna być rozwiązaniem pierwszego wyboru jako strategia redukcji masy ciała. Można rozważyć jej zastosowanie jedynie w szczególnych sytuacjach klinicznych, jednak są to wyjątki, zwłaszcza w pracy kardiologa. Znacznie lepiej udokumentowane modele żywienia, takie jak dieta śródziemnomorska, przynoszą trwałe efekty zdrowotne i mają zdecydowanie korzystniejszy profil bezpieczeństwa” — podkreśla dr hab. Joanna Popiołek-Kalisz.

Czym charakteryzuje się dieta ketogeniczna i jaki jest mechanizm jej działania?

Dieta ketogeniczna to szczególny model żywienia, często określany jako alternatywny, ponieważ znacząco odbiega od tradycyjnego jadłospisu. Jej podstawą jest drastyczne ograniczenie spożycia węglowodanów — zwykle do poziomu 5-10 proc. energii z pożywienia, co w praktyce oznacza mniej niż 50 gramów na dobę. To naprawdę bardzo mało. Niedobór ten uzupełnia się zwiększonym udziałem tłuszczów.

I tu często pojawia się niezrozumienie — zarówno ze strony pacjentów, jak i lekarzy, a czasem nawet dietetyków. Wbrew obiegowym opiniom, dieta ketogeniczna nie polega na jedzeniu nieograniczonych ilości tłustych mięs, boczku czy kiełbasy. Wzrost podaży tłuszczu powinien wynikać przede wszystkim z dodatkowego spożycia tłuszczów nienasyconych.

Mechanizm działania diety ketogenicznej opiera się na wprowadzeniu organizmu w stan tzw. ketozy. Aby do niej doprowadzić, redukcja węglowodanów musi być naprawdę radykalna, częściowe ograniczenie nie wystarczy. Stan ketozy sprzyja nasilonej lipolizie, czyli rozkładowi tłuszczów. Produktem tego procesu są ciała ketonowe, które stają się głównym substratem energetycznym. W efekcie dieta ketogeniczna wiąże się z szybszą redukcją tkanki tłuszczowej niż inne modele żywieniowe — przynajmniej w krótkoterminowej perspektywie.

I właśnie na tym polega popularność diety ketogenicznej — pacjenci liczą przede wszystkim na szybki spadek masy ciała.

Dokładnie tak. Dieta ketogeniczna ma swoje ugruntowane zastosowania medyczne, o których nie wolno zapominać — choćby w leczeniu padaczki lekoopornej u dzieci. Jednak jej ogromna popularność w ostatnich latach wśród dorosłych wynika głównie z efektów, jakie daje w szybkim czasie w kontekście odchudzania. Liczne badania potwierdzają, że redukcja masy ciała w efekcie diety ketogenicznej w krótkiej obserwacji jest istotnie większa niż w przypadku innych modeli żywieniowych.

Chciałabym jednak podkreślić, że nie należy wszystkiego sprowadzać do mniejszej liczby na wadze. W praktyce klinicznej — a jeszcze bardziej w pracy dietetyka — kluczowe znaczenie ma skład ciała, czyli proporcje tkanki tłuszczowej i mięśniowej. W przypadku diety ketogenicznej w pierwszej fazie rzeczywiście obserwujemy większą redukcję tkanki tłuszczowej, ale spektakularny efekt odchudzający wynika również z odwodnienia i utraty glikogenu mięśniowego, który wiąże wodę.

W krótkim czasie ubywa więc nie tylko tłuszczu, ale także wody i zapasów energetycznych, a dodatkowo — niestety — częściej dochodzi do utraty masy mięśniowej niż przy dietach zbilansowanych. To właśnie tego zjawiska w redukcji obawiamy się najbardziej. Dlatego spektakularne odchudzanie nie zawsze oznacza korzystne zmiany w budowie organizmu.

O KIM MOWA

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Joanna Popiołek-Kalisz, prof. UM, jest kardiologiem i dietetykiem klinicznym. Kieruje Zakładem Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, przewodniczy Sekcji Młodych Lipidologów Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego.



FOT. ARCHIWUM

Poza padaczką lekooporną, jakie są udokumentowane wskazania do stosowania diety ketogenicznej?

Tak naprawdę innych, jasno określonych wskazań medycznych jest niewiele. Co prawda wytyczne, m.in. Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC), nie wykluczają bezwzględnie zastosowania diety ketogenicznej w leczeniu otyłości i cukrzycy typu 2, ale podkreślają, że nie powinno to stanowić modelu podstawowego. Teoretycznie może być ona rozważana w szczególnych sytuacjach, np.u relatywnie zdrowych pacjentów, u których potrzebna jest szybka redukcja masy ciała lub poprawa glikemii, a inne opcje zostały już wyczerpane.

Rzeczywiście, niskie spożycie węglowodanów prowadzi w krótkiej perspektywie do poprawy wyrównania glikemii i zmniejszenia zapotrzebowania na leki przeciwcukrzycowe. Podkreślam jednak, że nie jest to dieta pierwszego wyboru. Wszystkie wytyczne zwracają też uwagę, że ze względu na mechanizmy metaboliczne, jakie wywołuje, wymaga ona ścisłego nadzoru specjalisty — zarówno lekarza, jak i dietetyka. Nie powinna być stosowana samodzielnie przez pacjentów.

Warto przy tym zaznaczyć, że wyniki badań naukowych w tym obszarze bywają sprzeczne. Z jednej strony wskazują, że dieta ketogeniczna może w krótkim czasie prowadzić do redukcji masy ciała i poprawy niektórych parametrów metabolicznych, tzn. glikemii i triglicerydów, ale dotyczy to osób zasadniczo zdrowych. Z drugiej strony, u pacjentów obciążonych wielochorobowością ryzyko powikłań metabolicznych rośnie. A przecież właśnie u takich chorych często sięga się po „dietę ostatniej szansy”. Pokazuje to, że w praktyce klinicznej teoria i badania nie zawsze w pełni się pokrywają.

Ciekawym, choć krótkoterminowym wskazaniem jest przygotowanie pacjenta do badania pozytonowej tomografii emisyjna (ang. *positron emission tomography*, PET) Wówczas zależy nam na ograniczeniu metabolizmu glukozy, aby lepiej uwidocznić ogniska o zwiększonej aktywności metabolicznej. Mówimy tu jednak tylko o kilku dniach takiej diety.

Pacjenci często decydują się na dietę ketogeniczną samodzielnie, licząc na szybkie efekty redukcji masy ciała. Jakie są najczęstsze błędy popełniane przy jej stosowaniu?

Zdecydowanie najczęstszym błędem jest wspomniane zwiększanie ilości nasyconych kwasów tłuszczowych. Pacjenci układają jadłospis głównie na bazie tłustych mięs, boczku, smalcu czy kiełbasy, traktując je jako produkty dozwolone. Tymczasem w diecie ketogenicznej ich miejsce powinno być takie samo jak w zdrowym modelu żywienia, czyli bardzo ograniczone. Źródłem dodatkowych tłuszczów powinny być przede wszystkim produkty roślinne, bogate w kwasy nienasycone, a czerwone mięso może pojawiać się w jadłospisie w ograniczonym zakresie, zaś na produkty przetworzone nie ma żadnego miejsca w diecie.

Drugim częstym problemem jest zbyt mała podaż błonnika i warzyw. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego podkreślają znaczenie diety bogatej w warzywa, owoce i produkty pełnoziarniste jako źródła błonnika, witamin i antyoksydantów, a także zalecają ograniczenie spożycia soli. Tymczasem w diecie ketogenicznej owoce i produkty pełnoziarniste — z powodu wysokiej zawartości węglowodanów — często znikają z jadłospisu, a odpowiednia podaż błonnika z samych warzyw o niskiej zawartości cukru staje się trudna do zapewnienia.

Podsumowując, samo skomponowanie takiej diety w sposób, który spełnia kryteria zdrowego żywienia, zapewnia odpowiednią ilość błonnika, mikroelementów i jednocześnie opiera się na tłuszczach roślinnych, jest niezwykle trudne. Nie twierdzę, że to niemożliwe, ale w praktyce — bez wsparcia dietetyka — niemalże niewykonalne. Dodatkowo taka dieta na dłuższą metę może stać się monotonna. Dlatego właśnie większość pacjentów, próbując samodzielnie stosować dietę ketogeniczną, szybko wpada w te dwie pułapki: nadmierną podaż tłuszczów nasyconych i niedobór błonnika.

Co się dzieje, gdy pacjent bez żadnego nadzoru przechodzi na dietę ketogeniczną i traktuje ją jako sposób na życie?

W dużej mierze zależy to od tego, o jakim wariancie diety mówimy. W badaniach naukowych pojawia się wręcz osobne pojęcie tzw. zdrowej diety ketogenicznej, czyli spełniającej podstawowe zasady zdrowego żywienia — to jednak zdecydowana mniejszość przypadków. Dodatkowo podkreśla to trudność w skomponowaniu takiego jadłospisu zgodnego jednocześnie z zasadami zdrowej diety. W praktyce pacjenci znacznie częściej stosują dietę wypaczoną, bazującą głównie na produktach zwierzęcych i tłuszczach nasyconych, a więc odbiegającą od zaleceń.

W takiej sytuacji badania pokazują wzrost stężenia cholesterolu LDL, co w dalszej perspektywie może wiązać się z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Długoterminowe obserwacje wskazują też, że stosowanie diety ketogenicznej opartej na produktach zwierzęcych koreluje z większą śmiertelnością w perspektywie wielu lat. Ciekawostką jest natomiast fakt, że w przypadku diety ketogenicznej z przewagą produktów roślinnych takiej zależności nie stwierdzono. To pokazuje, że nie chodzi wyłącznie o proporcje makroskładników (węglowodany, tłuszcze, białko), ale także o jakość spożywanych produktów.

Kolejny problem to utrata beztłuszczowej masy ciała. Jeśli dieta ketogeniczna nie jest właściwie zbilansowana, a podaż białka jest zbyt niska, pacjent traci nie tylko tkankę tłuszczową, ale także mięśnie. To szczególnie niekorzystne, bo masa mięśniowa jest jednym z najważniejszych predyktorów dobrego rokowania i przeżycia. Podsumowując: dieta ketogeniczna powinna być stosowana wyłącznie pod nadzorem lekarza oraz dietetyka i tylko w szczególnych sytuacjach.

Czy są badania, które oceniają wpływ diety ketogenicznej na ryzyko sercowo-naczyniowe?

Tak. Warto wspomnieć szczególnie o jednym z ostatnich badań, w którym w rocznej obserwacji oceniano wpływ diety ketogenicznej na objętość blaszek miażdżycowych. U osób zdrowych, z prawidłową masą ciała, bez obciążeń metabolicznych i bez jakichkolwiek blaszek miażdżycowych, nie stwierdzono istotnie większej progresji.

Zupełnie inaczej wyglądała sytuacja u pacjentów, którzy — jak się okazało — mieli już zmiany miażdżycowe, choć również należeli do tejże grupy osób pozornie zdrowych. U nich obecność blaszki miażdżycowej była najsilniejszym czynnikiem progresji choroby. W badaniu tym zaobserwowano także wzrost stężenia cholesterolu LDL u pacjentów. Co ciekawe, to nie chwilowe zmiany w profilu lipidowym, ale tzw. życiowe obciążenie podwyższonym LDL-em miało największe znaczenie dla rozwoju blaszek.

Wyniki te stawiają pod znakiem zapytania bezpieczeństwo długotrwałego stosowania diety ketogenicznej u osób z istniejącą chorobą sercowo-naczyniową. Pokazują również, że także u osób pozornie zdrowych możemy zaobserwować blaszki miażdżycowe, które mogą ulegać progresji pod wpływem diety.

Trzeba też pamiętać, że jakość badań dotyczących diety ketogenicznej bywa ograniczona — często są to projekty metodologicznie niedoskonałe, a ich wyniki trudno wprost przenosić na całą populację pacjentów. Dlatego każdy nowy wynik powinien być analizowany z dużą ostrożnością.

> Długoterminowe obserwacje wskazują, że stosowanie diety ketogenicznej opartej na produktach zwierzęcych koreluje z większą śmiertelnością w perspektywie wielu lat.

Czy są grupy pacjentów, które absolutnie nie powinny stosować diety ketogenicznej, nawet w zbilansowanej postaci?

Tak. Przede wszystkim mówimy tutaj o osobach z ciężkimi zaburzeniami metabolicznymi. U pacjentów z rodzinną hipercholesterolemią czy ciężką hipertriglicerydemią zastosowanie diety ketogenicznej niesie ze sobą realne ryzyko. Co prawda w populacjach zbliżonych do osób zdrowych — z racji mniejszego spożycia węglowodanów — obserwujemy spadek stężenia triglicerydów. Jednak u osób z już istniejącą ciężką hipertriglicerydemią na bazie zaburzeń genetycznych zwiększone spożycie tłuszczów może prowadzić do dalszego wzrostu ich stężenia i w konsekwencji przyspieszać rozwój zapalenia trzustki.

Diety ketogenicznej nie zaleca się także pacjentom z niewydolnością nerek oraz z niewydolnością wątroby. To ważne, bo często jest ona postrzegana jako rozwiązanie ostatniej szansy, tymczasem u osób z poważnymi obciążeniami metabolicznymi może przynieść więcej szkody niż korzyści.

Jeżeli dieta ketogeniczna jest stosowana pod nadzorem lekarza w określonym celu, to czy pacjent powinien mieć wykonywane jakieś badania kontrolne, aby upewnić się, że sytuacja nie wymyka się spod kontroli?

Oczywiście, badania kontrolne są w takim przypadku absolutnie konieczne. Przede wszystkim należy monitorować profil lipidowy. Wiemy, że istnieje grupa pacjentów, którzy reagują na dietę ketogeniczną bardzo gwałtownym i niebezpiecznym wzrostem stężenia cholesterolu LDL. To nie dotyczy wszystkich, ale u części osób obserwujemy naprawdę dramatyczne zmiany w lipidogramie i właśnie dlatego regularne oznaczanie tych parametrów jest tak ważne.

Oprócz tego, ze względu na sam mechanizm działania diety i wspomniane przeciwwskazania, warto kontrolować również gospodarkę wodno-elektrolitową, a także czynność nerek i wątroby. Istotna jest również morfologia krwi obwodowej, ponieważ dieta ketogeniczna — zwłaszcza w nieprawidłowo zbilansowanej formie — może prowadzić do niedoborów. Tylko regularne badania pozwalają wychwycić takie niepożądane zmiany na wczesnym etapie.

Co w praktyce dzieje się po zakończeniu diety ketogenicznej?

Z perspektywy długoterminowej trzeba pamiętać, że w kontekście redukcji masy ciała dieta ketogeniczna nie ma przewagi nad innymi modelami żywienia — po początkowo szybszej utracie kilogramów pacjenci stosujący inne diety zwykle „doganiają” efektem osoby na diecie keto.

Odrębne zagrożenie to sposób wychodzenia z tej diety. Nagły powrót do wyższego spożycia węglowodanów często kończy się tzw. efektem jojo. Wynika to z faktu, że początkowa redukcja wagi jest związana m.in. z utratą glikogenu i wody. Gdy pacjent wraca do normalnej podaży węglowodanów, glikogen znów magazynuje wodę w mięśniach, co szybko przekłada się na wzrost masy ciała.

Wspomniała pani o efekcie jojo. Czy istnieje możliwość, aby go uniknąć i utrzymać wyniki osiągnięte dzięki diecie ketogenicznej?

Jeśli dieta ketogeniczna została z jakiegoś powodu wprowadzona krótkoterminowo, to kluczowe jest późniejsze stopniowe przechodzenie na model żywienia lepiej udokumentowany naukowo w długiej perspektywie. I tu wszystkie badania są zgodne — najlepsze efekty w kontekście redukcji masy ciała daje dieta śródziemnomorska. To właśnie ona powinna być traktowana jako model podstawowy w leczeniu otyłości, bo w pracy z pacjentem myślimy w kategoriach maratonu, a nie sprintu.

Wyjście z diety ketogenicznej musi być łagodne — węglowodany należy wprowadzać stopniowo, tak aby organizm miał czas na adaptację, a pacjent płynnie przeszedł do zdrowego schematu żywieniowego. Bardzo ważne jest też unikanie powrotu do dawnych, złych nawyków oraz nadmiaru kalorii. Trzeba pamiętać, że pewien wzrost masy ciała po zakończeniu diety ketogenicznej jest naturalny i nieunikniony. Wynika on z odbudowy zapasów glikogenu w mięśniach, który dodatkowo wiąże wodę.

Najważniejsze jest więc to, aby patrzeć nie tylko na samą masę ciała jako liczbę na wadze, ale także na skład organizmu. Jeśli po zakończeniu diety ketogenicznej pacjent przechodzi na zdrowy model żywienia bez nadmiaru kalorii, to utrata tkanki tłuszczowej pozostaje trwałym efektem, a ryzyko efektu jojo można znacząco ograniczyć.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

> Liczne badania potwierdzają, że redukcja masy ciała w efekcie diety ketogenicznej w krótkiej obserwacji jest istotnie większa niż w przypadku innych modeli żywieniowych.

> Większość pacjentów, próbując samodzielnie stosować dietę ketogeniczną, szybko wpada w dwie pułapki: nadmierną podaż tłuszczów nasyconych i niedobór błonnika.

klinika



Trądzik różowaty częstszy niż się wydaje

„Trądzik różowaty to przewlekła choroba zapalna skóry, której konsekwencje wykraczają daleko poza objawy dermatologiczne. Rumień, teleangiektazje i zmiany grudkowo-krostkowe często prowadzą do poczucia stygmatyzacji, obniżonej samooceny i wycofania z życia społecznego. U części pacjentów rozwijają się zaburzenia lękowe i depresyjne, dlatego skuteczne postępowanie powinno obejmować nie tylko leczenie skóry, ale także wsparcie psychologiczne i — w razie potrzeby — psychiatryczne” — tłumaczy prof. Aleksandra Lesiak.



FOT. ARCHIWUM

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Aleksandra Lesiak jest specjalistką w dziedzinie dermatologii i wenerologii. Kieruje Pododdziałem Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego oraz Pracownią Dermatoz Autozapalnych, Genetycznych i Rzadkich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie dermatologii i wenerologii dla województwa łódzkiego.

Jak przedstawiają się obecnie dane epidemiologiczne dotyczące trądziku różowatego — w jakich populacjach i grupach wiekowych występuje on najczęściej?

Dane epidemiologiczne wskazują na wyraźne różnice geograficzne — trądzik różowaty częściej występuje w populacjach Europy Środkowej i Ameryki Północnej. To choroba typowa dla osób o jasnym fototypie skóry. Szacuje się, że w tych regionach częstość występowania trądziku różowatego sięga ok. 5 proc., a w niektórych badaniach nawet 10 proc. populacji, co czyni ją stosunkowo częstą jednostką. Najczęściej diagnozuje się ją u osób po 30. roku życia, czyli w wieku średnim. U dzieci zdarza się wyjątkowo rzadko i zwykle charakteryzuje się zmianami rumieniowo-grudkowymi wokół ust, a nie typowymi objawami obserwowanymi u dorosłych.

Jeśli chodzi o dane z Polski, to w jednym z badań wykazano, że zmiany charakterystyczne dla trądziku różowatego występują u ok. 5,9 proc. kobiet i 4 proc. mężczyzn. Trzeba jednak podkreślić, że rzeczywista skala problemu może być większa, ponieważ wiele przypadków pozostaje niezdiagnozowanych.

Czy na podstawie obserwacji klinicznych można powiedzieć, że liczba zachorowań na trądzik różowaty rośnie, czy pozostaje na podobnym poziomie?

Mam wrażenie, że pacjenci z problemem trądziku zgłaszają się częściej do lekarza niż dawniej i to w mniej zaawansowanych stadiach choroby. To zapewne efekt większej świadomości społecznej — prowadzono różne akcje edukacyjne i kampanie zachęcające do konsultacji dermatologicznych. Również patrząc na liczbę raportowanych rozpoznań, rzeczywiście można odnieść wrażenie, że przypadków jest więcej. Wynika to jednak nie tylko z lepszego rozpoznawania i większej czujności dermatologów, ale także z czynników środowiskowych, które sprzyjają nasileniu choroby. Mam na myśli stres, błędy dietetyczne, ekspozycję na promieniowanie słoneczne czy zanieczyszczenia powietrza. Wszystko to sprawia, że problem wydaje się dziś bardziej powszechny niż jeszcze kilkanaście lat temu.

Jakie objawy powinny zaniepokoić pacjenta?

Najczęstszym pierwszym sygnałem jest rumień, często z towarzyszącymi teleangiektazjami, czyli poszerzonymi naczyniami krwionośnymi. Zmiany obejmują najczęściej nos, policzki i brodę. Wyróżniamy kilka postaci choroby: rumieniowo-teleangiektatyczną, grudkowo-krostkową oraz przerostową (*phymatous*). W tej ostatniej dochodzi do zgrubienia i przerostu tkanek — najczęściej na nosie, co daje charakterystyczny obraz „bulwiastego nosa”. Zmiany przerostowe częściej obserwuje się u mężczyzn. Takie przedstawienie można zobaczyć chociażby w renesansowym obrazie „Starzec i chłopiec” (znanym też jako „Starzec z wnukiem”) Domenica Ghirlandaia, namalowanym ok. 1490 roku.

W wyjątkowych przypadkach choroba może obejmować również inne okolice niż twarz, prowadząc do obrzęków. Warto pamiętać także o postaci ocznej, która objawia się mrowieniem, pieczeniem, uczuciem ciała obcego w oku, światłowstrętem, a także grudkowo-krostkowymi zmianami na brzegach powiek.

Skoro mówimy o objawach klinicznych, zapytam o ich podłoże — jakie są najnowsze ustalenia dotyczące patomechanizmów powstawania trądziku różowatego?

W przypadku trądziku różowatego nie ma jednego czynnika sprawczego. To choroba wynikająca z nakładania się wielu mechanizmów. Kluczową rolę odgrywają zaburzenia naczyniowe — drobne naczynia w obrębie twarzy stają się nadreaktywne, łatwo się rozszerzają i rozszczelniają, co prowadzi do zaczerwienienia skóry i powstawania teleangiektazji. W tym procesie biorą udział także neuromediatory uwalniane z zakończeń nerwowych, takie jak substancja P czy CGRP (ang. *calcitonin gene-related peptide*, czyli peptyd związany z genem kalcytoniny). To właśnie one odpowiadają nie tylko za rumień, ale też za dolegliwości odczuwane przez pacjentów: pieczenie, szczypanie czy uczucie gorąca.

Istotny jest również układ immunologiczny. Dochodzi tu do tzw. crosstalku, czyli interakcji pomiędzy receptorami TLR-2 (ang. *toll-like receptor 2*) a katelicydyną — naturalnym peptydem przeciwbakteryjnym. Efektem jest stan zapalny i zwiększona produkcja cytokin prozapalnych, takich jak IL-6 (interleukina 6), IL-8 (interleukina 8) czy TNF-α (ang. *tumor necrosis factor alfa*, czyli czynnik martwicy nowotworów alfa). To z kolei prowadzi do napływu neutrofilów, które powodują powstawanie grudek i krost. Utrwalony stan zapalny może w konsekwencji prowadzić do postaci przerostowej.

U pacjentów z trądzikiem różowatym częściej obserwuje się obecność nużeńca ludzkiego (łac. *Demodex folliculorum*), pasożyta bytującego w mieszkach włosowych. Sam nużeniec prawdopodobnie nie jest głównym problemem, ale zawarta w nim bakteria — *Bacillus oleronius* — wykazuje silne działanie immunostymulujące, uruchamiając kaskadę zapalną.

Znaczącą rolę odgrywa także środowisko. Promieniowanie UV wywołuje stres oksydacyjny, który uszkadza naczynia i dodatkowo nasila proces zapalny. Podobnie działają wysoka temperatura (np. sauna), alkohol czy pikantne potrawy. Istotnym czynnikiem jest również stres psychiczny, który poprzez układ nerwowy może wywoływać tzw. zapalenie neurogenne.

Jeśli chodzi o geny, to nie mamy do czynienia z chorobą dziedziczoną w prosty sposób, czyli tzw. genodermatozą. Jednak w praktyce klinicznej często obserwujemy rodzinne występowanie trądziku różowatego, co sugeruje udział predyspozycji genetycznych. Bywa też, że choroba wywoływana jest jatrogennie, np. poprzez długotrwałe stosowanie glikokortykosteroidów miejscowo.

Jak wygląda postępowanie terapeutyczne na różnych etapach choroby?

U wszystkich pacjentów punktem wyjścia powinna być odpowiednia pielęgnacja skóry — używanie delikatnych dermokosmetyków, przeznaczonych do cery wrażliwej i naczynkowej, oraz regularne stosowanie fotoprotekcji, niezależnie od aktywności choroby. Bardzo ważna jest także edukacja, np. ograniczanie alkoholu i pikantnych potraw. A jeśli pacjent sięga po alkohol, to warto go uprzedzić, że lepiej tolerowane jest białe wino niż czerwone.

Na wczesnym etapie choroby, gdy dominuje rumień, podstawą jest codzienna pielęgnacja skóry i unikanie czynników nasilających objawy. Dawniej próbowano stosować miejscowe leki zwężające naczynia, ale nie sprawdziły się one w praktyce. W razie potrzeby można rozważyć leczenie przeciwzapalne, np. iwermektynę miejscową — nawet profilaktycznie, zanim pojawią się grudki i krosty. W tej fazie skuteczne są również metody laserowe, takie jak lasery naczyniowe czy IPL (ang. *intense pulsed light*).

W przypadku grudkowo-krostkowej postaci trądziku stosuje się leczenie miejscowe lub ogólne. Miejscowo najczęściej wykorzystujemy metronidazol — antybiotyk o działaniu przeciwzapalnym i przeciwbakteryjnym. Bardzo dobre efekty daje także iwermektyna w 1-procentowym kremie, działająca zarówno przeciwzapalnie, jak i przeciwpasożytniczo, ponieważ ogranicza liczebność nużeńca.

Kolejnym preparatem jest kwas azelainowy, który ma właściwości przeciwzapalne i keratolityczne, a dodatkowo zmniejsza przebarwienia i poprawia ogólny wygląd skóry. Z kolei brimonidyna i oksymetazolina to leki obkurczające naczynia krwionośne, działające na receptory alfa-adrenergiczne. Leki te pozwalają szybko zmniejszyć rumień, choć ich efekt jest przemijający i wymaga regularnego stosowania. W niektórych przypadkach można rozważyć także inhibitory kalcyneuryny, choć trzeba zachować ostrożność, ponieważ mogą one nasilać objawy.

Jeżeli zmiany są bardziej nasilone, sięgamy po leczenie ogólne, przede wszystkim antybiotyki z grupy tetracyklin, takie jak limecyklina, rzadziej doksycyklina czy tetracyklina, które oprócz działania przeciwbakteryjnego wykazują silne właściwości przeciwzapalne. W innych krajach stosuje się również minocyklinę, która w Polsce nie jest dostępna. Kolejną opcją jest mała dawka izotretynoiny doustnej, szczególnie u pacjentów z tendencją do zmian przerostowych.

W trądziku różowatym zmiany przerostowe częściej obserwuje się u mężczyzn. Przykład takiego wizerunku można dostrzec na obrazie Domenica Ghirlandaia „Starzec i chłopiec” (ok. 1490 roku).



FOT. DOMENA PUBLICZNA

> Trądzik różowaty jest chorobą przewlekłą, której nie można całkowicie wyleczyć. Możemy jednak skutecznie kontrolować objawy i wydłużać okresy remisji. Podstawą sukcesu jest codzienna pielęgnacja skóry, fotoprotekcja oraz edukacja pacjenta, czyli unikanie czynników nasilających objawy.

Zdarzają się także próby stosowania iwermektyny doustnej, zwłaszcza w przypadku dużej kolonizacji nużeńcem. Jeżeli natomiast mamy do czynienia z postacią choroby wywołaną długotrwałym stosowaniem glikokortykosteroidów, podstawą jest ich odstawienie i wdrożenie leczenia miejscowego oraz antybiotykoterapii. W postaci przerostowej najlepsze efekty daje chirurgiczne usuwanie zmian, najczęściej laserem CO_2.

Czy terapie te są ogólnie dostępne w Polsce?

Leczenie prowadzone jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Podstawowe leki miejscowe i ogólne są dostępne, choć nie wszystkie terapie rekomendowane za granicą mamy w Polsce refundowane. Problemem pozostają metody laserowe — skuteczne w redukcji rumienia i teleangiektazji — które wciąż są zabiegami całkowicie odpłatnymi.

Na ile realne jest całkowite wyleczenie trądziku różowatego, a na ile możemy jedynie kontrolować jego przebieg i łagodzić objawy?

Trądzik różowaty jest chorobą przewlekłą, której nie można całkowicie wyleczyć. Skłonność do nadreaktywności naczyń pozostaje, podobnie jak tendencja do nadmiernej kolonizacji nużeńcem ludzkim. Możemy jednak skutecznie kontrolować objawy i wydłużać okresy remisji. Podstawą sukcesu jest codzienna pielęgnacja skóry, fotoprotekcja oraz edukacja pacjenta, czyli unikanie czynników nasilających objawy.

Czy istnieją badania potwierdzające związek między trądzikiem różowatym a zaburzeniami psychicznymi, takimi jak lęk czy depresja?

Tak, zdecydowanie. To choroba, która szczególnie mocno dotyka młode kobiety. Trądzik różowaty wpływa nie tylko na wygląd, ale też na jakość życia. Często rodzi ogromną frustrację i obniża poczucie atrakcyjności. Niektóre pacjentki mówią wprost: „rumień to dla mnie koniec świata”, nawet jeśli dermatolog ocenia zmiany jako umiarkowane.

Pacjentki czują się stygmatyzowane, unikają kontaktów towarzyskich, a czasem nawet rezygnują z ważnych dla siebie aktywności. Pamiętam młodą dziewczynę, która z powodu nasilenia zmian przez kilka miesięcy nie wychodziła z domu i całkowicie wycofała się z życia społecznego. Podobnie jak w przypadku innych przewlekłych dermatoz — łuszczycy czy atopowego zapalenia skóry — u chorych mogą pojawiać się zaburzenia lękowe i depresyjne. W takich sytuacjach konieczne jest wsparcie specjalistyczne, a niekiedy również psychiatryczne.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Jak rozpoznać niedobór hormonu wzrostu

„Nie można czekać, aż dziecko samo urośnie” — podkreśla prof. Mieczysław Walczak, specjalista pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, i wyjaśnia, jakie objawy powinny zaniepokoić rodziców oraz jak przebiega diagnostyka i terapia niskorosłości w Polsce. Niedobór hormonu wzrostu wcześnie wykryty daje szansę na prawidłowy rozwój dziecka i uniknięcie trwałych konsekwencji zdrowotnych.

Jak przebiega naturalna sekrecja hormonu wzrostu u zdrowego dziecka?

Hormon wzrostu (somatotropina, ang. *growth hormone*, GH) jest jednym z kluczowych hormonów regulujących rozwój organizmu. Jest on wydzielany w sposób pulsacyjny, czyli w cyklach. W ciągu dnia jego stężenie może zmieniać się od wartości niemal zerowych do bardzo wysokich pików sekrecyjnych. Największe ilości hormonu wzrostu są uwalniane w nocy — podczas snu, przede wszystkim po zaśnięciu, gdy organizm dziecka regeneruje się i intensywnie rośnie. Szacuje się, że 70-80 proc. dobowej sekrecji GH przypada właśnie na czas snu. Dlatego często powtarza się, że „dziecko rośnie w nocy, a tyje w dzień”.

W praktyce oznacza to, że pojedynczy pomiar stężenia hormonu wzrostu nie ma wartości diagnostycznej. Aby ocenić wydzielanie GH, konieczne jest wykonanie serii pomiarów lub zastosowanie testów stymulacyjnych, które prowokują przysadkę do uwalniania tego hormonu.

W życiu płodowym hormon wzrostu zaczyna być produkowany wcześnie, a jego maksymalne stężenie występuje około połowy ciąży, choć początkowo nie ma jeszcze rytmu cyklicznego. Ilość GH zmniejsza się do momentu porodu, po czym nieco spada, a następnie ponownie zwiększa się w okresie dojrzewania, w czasie tzw. pokwitaniowego skoku wzrastania.

Jakie są główne przyczyny niedoboru hormonu wzrostu u dzieci?

Przyczyny mogą być wrodzone lub nabyte. Wrodzone to najczęściej nieprawidłowości strukturalne podwzgórza lub przysadki mózgowej, np. przerwanie szypuły przysadki, hipoplazja przysadki czy wady rozwojowe tych struktur. Niedobór może też wynikać z uszkodzeń powstałych w okresie płodowym lub okołoporodowym.

Do przyczyn nabytych zaliczamy m.in. skutki leczenia chorób nowotworowych radioterapią czy chemioterapią lub same nowotwory, które mogą uszkadzać przysadkę. Rzadziej przyczyną są mutacje powodujące nieprawidłową budowę cząsteczki hormonu wzrostu, zaburzenia jego receptora lub nieprawidłowe przekazywanie sygnału tego hormonu.

Szacuje się, że wrodzony niedobór hormonu wzrostu występuje u 1 na 2,5-10 tys. żywo urodzonych dzieci, a ok. 20-30 proc. wszystkich pacjentów objętych terapią stanowią przypadki nabyte.

Co może sugerować niedobór hormonu wzrostu u dziecka i powinno skłonić rodziców do wizyty u lekarza?

U noworodków i niemowląt alarmującym objawem są nawracające epizody hipoglikemii z drgawkami o niejasnym pochodzeniu. W takich przypadkach należy brać pod uwagę możliwość ciężkiego, wrodzonego niedoboru hormonu wzrostu. Wdrożenie leczenia przynosi natychmiastową poprawę, ponieważ stany hipoglikemii natychmiast ustępują.

W późniejszym wieku głównym objawem jest niskorosłość, czyli niższy wzrost w porównaniu z rówieśnikami. Staje się to zauważalne zwykle po drugim, a wyraźnie po trzecim roku życia, gdy różnice zaczynają się pogłębiać. U starszych dzieci niskorosłości towarzyszy opóźnienie wieku kostnego, tzw. wieku szkieletowego, i często opóźnione pokwitanie. Często obserwuje się również nieco zwiększoną masę ciała w stosunku do wzrostu.



Fot. archiwum

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak jest specjalistą w dziedzinie pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownikiem Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, konsultantem krajowym w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, przewodniczącym Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu oraz Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, a także przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej.

> System diagnozowania i leczenia niedoboru hormonu wzrostu w Polsce jest dobrze zorganizowany, ale wciąż niedoskonały. Przede wszystkim zbyt często lekarze pediatrzy czekają, aż dziecko „samo urośnie”, zamiast skierować je wcześnie do endokrynologa dziecięcego.

Na jakim etapie rozwoju najczęściej ujawnia się niedobór hormonu wzrostu i jak wygląda diagnostyka?

Podstawą jest systematyczne mierzenie i ważenie dziecka podczas każdej wizyty lekarskiej. Pomiar wzrostu powinien być wykonywany precyzyjnie, najlepiej za pomocą profesjonalnego stadiometru i powtarzany trzykrotnie — wynik uśredniony wpisuje się na siatkę centylową. Niepokój powinna wzbudzić sytuacja, gdy dziecko „przesuwa się” w dół kanałów centylowych lub gdy jego wzrost jest znacznie poniżej oczekiwań wynikających z wysokości rodziców. Wzrost poniżej 3. centyla uznaje się za wskazanie do diagnostyki.

W Polsce stosuje się siatki centylowe opracowane przez Instytut Matki i Dziecka lub Centrum Zdrowia Dziecka (programy OLA i OLAF). Siatki WHO nie są zalecane, ponieważ powstały na podstawie danych z różnych populacji, o odmiennych cechach antropometrycznych, co może zaniżać liczbę rozpoznań niskorosłości wśród dzieci europejskich.

Diagnostyka obejmuje:

- ocenę wieku kostnego — na podstawie zdjęcia radiologicznego śródręcza ręki niedominującej (zazwyczaj lewej);
- ocenę przebiegu ciąży i porodu, ponieważ np. hipotrofia wewnątrzmaciczna (IUGR) może wpływać na wzrost;
- ocenę cech dysmorficznych lub nieprawidłowych proporcji budowy ciała;
- oznaczenie stężenia IGF-1 (insulinopodobnego czynnika wzrostu) oraz białka IGF-BP3 — wskaźników pośrednio odzwierciedlających działanie hormonu wzrostu;
- testy stymulacyjne przysadki w celu oceny wyrzutu hormonu wzrostu, gdzie wartością graniczną jest 10 ng/ml.

Przed rozpoczęciem testów hormonalnych należy wykluczyć inne częste przyczyny niskorosłości, takie jak niedoczynność tarczycy czy celiakia. Dopiero po potwierdzeniu niedoboru wykonuje się badania obrazowe przysadki mózgowej w celu wykluczenia zmian strukturalnych lub guzów ośrodkowego układu nerwowego.

Kiedy rozpoczyna się leczenie i jak długo trwa terapia hormonem wzrostu?

Leczenie należy rozpocząć jak najwcześniej po rozpoznaniu, ponieważ daje to najlepsze efekty wzrostowe. Terapia trwa do momentu zakończenia procesów wzrastania — do wieku kostnego 14 lat u dziewcząt i 16 lat u chłopców. Dzieci odpowiednio leczone uzyskują wzrost mieszczący się w granicach normy powyżej 3. centyla. Wczesne rozpoczęcie terapii daje szansę na osiągnięcie prawidłowego wzrostu ostatecznego.

Po zakończeniu wzrastania wykonuje się tzw. retesting, czyli ponowną ocenę wydzielania hormonu wzrostu. Jeżeli jego stężenie nadal pozostaje bardzo niskie (poniżej 3 ng/ml), pacjent może być objęty dalszym leczeniem w ramach programu dla młodzieży i dorosłych z ciężkim niedoborem hormonu wzrostu. W przypadku niedoboru GH kontynuacja terapii może być konieczna przez całe życie, szczególnie gdy niedobór ma charakter wielohormonalny.

Czy terapia rekombinowanym hormonem wzrostu jest bezpieczna?

Obecnie stosowane są wyłącznie preparaty rekombinowanego, ludzkiego hormonu wzrostu. Naturalne preparaty uzyskiwane niegdyś z przysadek zwierzęcych zostały wycofane ze względu na ryzyko przeniesienia chorób, m.in. choroby Creutzfeldta-Jakoba.

W Polsce są dostępne dwa rodzaje preparatów — podawane codziennie lub o przedłużonym działaniu, aplikowane raz w tygodniu. Terapia uznawana jest za bezpieczną, choć — jak każdy lek — może powodować działania niepożądane. Najczęściej są to reakcje w miejscu wkłucia: ból, zaczerwienienie lub obrzęk.

Hormon wzrostu ma silne działanie metaboliczne — zwiększa stężenie glukozy we krwi, co może czasowo pogarszać tolerancję węglowodanów. Rzadko prowadzi do cukrzycy, ale wymaga kontroli gospodarki węglowodanowej. Niekiedy występują przemijające objawy zatrzymania sodu i wody w organizmie, objawiające się bólami głowy czy nudnościami. Wówczas terapię można czasowo przerwać.

Najważniejsze jest monitorowanie stężenia IGF-1, które odzwierciedla działanie hormonu wzrostu. To jeden z podstawowych mierników wskazujących, że leczenie jest efektywne. Zbyt wysokie wartości mogą zwiększać ryzyko chorób nowotworowych, dlatego dawka leku powinna być odpowiednio dostosowana.

Które grupy pacjentów w Polsce mogą korzystać z terapii hormonem wzrostu w ramach programów lekowych?

Największa grupa obejmuje dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki, czyli rzeczywistym niedoborem hormonu wzrostu. Pozostałe grupy to: pacjenci z zespołem Turnera, dzieci z zespołem Pradera-Williego, dzieci z przewlekłą chorobą nerek, pacjenci urodzeni jako „small for gestational age” (SGA) — zbyt mali w stosunku do wieku ciążowego lub urodzeni z hipotrofią wewnątrzmaciczną (IUGR) oraz młodzież i dorośli z utrzymującym się ciężkim niedoborem hormonu wzrostu po zakończeniu wzrastania.

W Polsce jest obecnie objętych terapią ponad 9 tys. pacjentów, z czego większość stanowią dzieci z niedoczynnością przysadki. Leczenie w zespole Pradera-Williego ma również znaczenie metaboliczne — redukuje otyłość i poprawia skład ciała, zwiększając masę mięśniową kosztem tkanki tłuszczowej.

Jak pan ocenia aktualny system diagnostyki i leczenia niedoboru hormonu wzrostu w Polsce?

System jest dobrze zorganizowany, ale wciąż niedoskonały. Przede wszystkim zbyt często lekarze pediatrzy czekają, aż dziecko „samo urośnie”, zamiast skierować je wcześnie do endokrynologa dziecięcego. Tymczasem jeśli do 2.-3. roku życia nie obserwuje się poprawy wzrostu, należy rozpocząć diagnostykę.

Kolejną barierą są długie kolejki — czas oczekiwania na wizytę w poradni endokrynologicznej dla dzieci wynosi od 6 miesięcy do nawet 2 lat. Stosunkowo długo czeka się również na przyjęcie do oddziałów endokrynologii dziecięcej, gdzie powinna odbywać się kompleksowa diagnostyka.

Kluczowe jest więc zwiększenie dostępności do specjalistycznej opieki i poprawa świadomości lekarzy pierwszego kontaktu, by nie zwlekać z diagnostyką dzieci, których wzrost wyraźnie odbiega od normy.

Rozmawiała Anna Rogala

reklama



reklama

Omnitrope®
Somatropina

Omnitrope 5 mg/1,5 ml roztwór do wstrzykiwań. Omnitrope 10 mg/1,5 ml roztwór do wstrzykiwań. Skład: Omnitrope 5 mg/1,5 ml: Każdy ml roztworu zawiera 3,3 mg somatropiny*, co odpowiada 10 j.m. i 9 mg alkoholu benzylowego. 1 wkład zawiera 1,5 ml, co odpowiada 5 mg somatropiny* (15 j.m.). Omnitrope 10 mg/1,5 ml: Każdy ml roztworu zawiera 6,7 mg somatropiny*, co odpowiada 20 j.m. 1 wkład zawiera 1,5 ml, co odpowiada 10 mg somatropiny* (30 j.m.). *wytwarzanej w komórkach *Escherichia coli* metodą rekombinacji DNA. **Wskazania:** Niemowlęta, dzieci i młodzież: Zaburzenia wzrostu wynikające z niedostatecznego wydzielania hormonu wzrostu (niedobór hormonu wzrostu, GHD). Zaburzenia wzrostu związane z zespołem Turnera. Zaburzenia wzrostu związane z przewlekłą niewydolnością nerek. Zaburzenia wzrostu (wynik odchylenia standardowego [SDS] aktualnego wzrostu <–2,5 i SDS skorygowany względem wzrostu rodziców <–1) u dzieci i młodzieży z masą i/lub długością ciała urodzeniową <–2 odchylenia standardowe (SD), które nie uzupełniły niedoboru wzrostu przez okres 4 lat życia lub dłuższy (tempo wzrostu [HV]) podczas ostatniego roku SDS <0. Zespół Pradera-Willego (PWS), w celu poprawy wzrostu i budowy ciała. Rozpoznanie zespołu PWS powinno zostać potwierdzone odpowiednimi badaniami genetycznymi. Dorośli*:* Terapia zastępcza u dorosłych ze znacznym niedoborem hormonu wzrostu. *Początek choroby w wieku dorosłym*: Pacjenci, u których występuje ciężki niedobór hormonu wzrostu związany z niedoborami wielu hormonów w następstwie rozpoznanej patologii podwzgórzowej lub przysadkowej i u których występuje niedobór przynajmniej jednego hormonu przysadkowego niebędącego prolaktyną. U takich pacjentów należy przeprowadzić odpowiedni test dynamiczny w celu potwierdzenia lub wykluczenia niedoboru hormonu wzrostu. *Początek choroby w dzieciństwie*: Pacjenci, u których występował niedobór hormonu wzrostu w dzieciństwie w następstwie przyczyn wrodzonych, genetycznych, nabytych lub idiopatycznych. U pacjentów, u których występował niedobór hormonu wzrostu w dzieciństwie, należy przeprowadzić ponowną ocenę zdolności wydzielania hormonu wzrostu po ukończeniu procesu wzrastania. U pacjentów z dużym prawdopodobieństwem trwałego niedoboru hormonu wzrostu, tzn. przyczyną wrodzoną lub niedoborem hormonu wzrostu wtórnym po chorobie przysadkowej/podwzgórzowej lub po urazie, stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu I (IGF I) wynoszące SDS < –2 bez leczenia hormonem wzrostu przez ≥4 tygodnie należy uważać za wystarczający dowód na głęboki niedobór hormonu wzrostu. Wszyscy inni pacjenci wymagają przeprowadzenia testu IGF-I i 1 testu stymulacji hormonu wzrostu. **Dawkowanie i sposób podawania:** Diagnostykę i leczenie somatropiną powinni rozpoczynać i monitorować lekarze z kwalifikacjami i doświadczeniem w diagnostyce i leczeniu pacjentów z zaburzeniami wzrostu. Dawkowanie i sposób podawania należy ustalać indywidualnie. Zaburzenia wzrostu wynikające z niedostatecznego wydzielania hormonu wzrostu u dzieci i młodzieży: Zwykle 0,025–0,035 mg/kg/dobę lub 0,7–1,0 mg/m²/dobę (stosowano też większe dawki). Jeśli niedobór hormonu wzrostu występujący w dzieciństwie utrzymuje się w okresie dojrzewania, leczenie należy kontynuować w celu osiągnięcia pełnego rozwoju somatycznego (np. budowa organizmu, masa kostna). W celach obserwacyjnych uzyskanie prawidłowej maksymalnej masy kostnej zdefiniowanej jako punktacja T >–1 (tzn. standaryzowanej do średniej maksymalnej masy kostnej osoby dorosłej mierzonej absorpcjometrią podwójnej energii promieniowania Rtg z uwzględnieniem płci i pochodzenia etnicznego) jest jednym z celów terapeutycznych podczas okresu przejściowego. Wytyczne dotyczące dawkowania, patrz niżej punkt dotyczący osób dorosłych. Zespół Pradera-Willego, w celu poprawy wzrostu i budowy ciała u dzieci i młodzieży: Zwykle 0,035 mg/kg na dobę lub 1,0 mg/m²/dobę (nie więcej niż 2,7 mg/dobę). Leczenia nie prowadzić u pacjentów z tempem wzrostu <1 cm/rok i u których w niedługim czasie ma nastąpić skostnienie przynasad kości. Zaburzenia wzrostu wynikające z zespołu Turnera: Zaleca się 0,045–0,050 mg/kg/dobę lub 1,4 mg/m² na dobę. Zaburzenia wzrostu związane z przewlekłą niewydolnością nerek: 0,045–0,050mg/kg/dobę (1,4 mg/m²/dobę). Mogą być konieczne większe dawki, jeśli tempo wzrostu jest zbyt wolne. Po 6 miesiącach leczenia może być konieczna korekta dawki. Zaburzenia wzrostu u niskich dzieci i młodzieży, którzy urodzili się zbyt mali w stosunku do wieku ciążowego: Zwykle 0,035 mg/kg/dobę (1 mg/m²/dobę) do osiągnięcia ostatecznego wzrostu. Leczenie przerwać po roku, jeśli SDS dla tempa wzrostu wynosi <+1. Leczenie przerwać, jeśli tempo wzrostu wynosi <2 cm/rok i (jeśli wymaga to potwierdzenia) wiek kostny wynosi >14 lat (dziewczęta) lub >16 lat (chłopcy), co odpowiada skostnieniu nasadowych płytek wzrostu. Niedobór hormonu wzrostu u dorosłych: *Kontynuacja terapii hormonem wzrostu po niedoborze hormonu wzrostu, który wystąpił w dzieciństwie*: ponowne rozpoczęcie leczenia: 0,2–0,5 mg/dobę. Dawkę stopniowo zwiększać lub zmniejszać według indywidualnych wymagań pacjenta na podstawie stężenia IGF I. *Niedobór hormonu wzrostu, który wystąpił w wieku dorosłym*: początkowo mała dawka 0,15–0,3 mg/dobę. Dawkę zwiększa się stopniowo zależnie od potrzeb pacjenta (wg stężenia IGF-I). Celem leczenia w obu przypadkach jest osiągnięcie stężenia IGF-I w zakresie 2 SDS od średniej skorygowanej względem wieku. Pacjentom z prawidłowym IGF-I na początku leczenia należy podawać hormon wzrostu do osiągnięcia wartości IGF-I w górnym zakresie wartości prawidłowych, bez przekraczania 2 SDS. Dawkę należy ustalać biorąc pod uwagę odpowiedź kliniczną i działania niepożądane. U niektórych osób z niedoborem hormonu wzrostu stężenie IGF I nie wraca do normy mimo dobrej odpowiedzi klinicznej. Dawka podtrzymująca rzadko jest >1,0 mg/dobę. Kobiety mogą wymagać większej dawki niż mężczyźni, a mężczyźni wykazują z czasem zwiększoną wrażliwość na IGF-I. U kobiet (zwłaszcza stosujących doustną estrogenową HTZ) istnieje ryzyko nieosiągania wymaganej dawki, a u mężczyzn istnieje ryzyko przekraczania tej dawki. Co 6 miesięcy należy sprawdzać, czy dawka hormonu wzrostu jest odpowiednia. Fizjologiczne wytwarzanie hormonu wzrostu zmniejsza się z wiekiem, może być konieczne zmniejszenie dawki. U osób >60 lat dawka początkowa to 0,1–0,2 mg/dobę i należy zwiększać ją powoli zgodnie z wymaganiami pacjenta. Należy stosować minimalną dawkę skuteczną. Dawka podtrzymująca bardzo rzadko jest >0,5 mg. Wstrzyknięcia należy wykonywać podskórnie, zmieniając miejsce podania w celu uniknięcia zaników tkanki tłuszczowej (lipoatrofii). **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancje czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Nie wolno stosować somatropiny, jeśli istnieją dowody na aktywność nowotworu. Przed rozpoczęciem leczenia hormonem wzrostu należy zakończyć leczenie przeciwnowotworowe, nowotwory wewnątrzczaszkowe muszą być nieaktywne. Leczenie należy przerwać w przypadku dowodu na rozrost nowotworu. Somatropiny nie wolno stosować do wspomagania wzrostu u pacjentów ze skostniałymi przynasadami kości. Nie wolno leczyć somatropiną pacjentów z ostrymi stanami krytycznymi, u których wystąpiły powikłania po operacjach na otwartym sercu, operacjach brzusznych, urazach wielonarządowych, ostrej niewydolności oddechowej lub podobnych stanach. **Ostrzeżenia i środki ostrożności:** Nie należy przekraczać maksymalnej zalecanej dawki dobowej. *Identyfikowalność:* W celu poprawienia identyfikowalności biologicznych produktów leczniczych należy czytelnie zapisać nazwę i numer serii podawanego produktu. *Niedoczynność kory nadnerczy:* Somatropina może wpłynąć na hamowanie aktywności dehydrogenazy 11 β- hydroksysteroidowej typu 1 (11βHSD1) i zmniejszyć stężenie kortyzolu w osoczu. U otrzymujących somatropinę pacjentów z wcześniej niezdiagnozowaną centralną (wtórną) niedoczynnością kory nadnerczy ujawnić się niedoczynność wymagająca zastępczej terapii glikokortykosteroidami, a u pacjentów z rozpoznaną wcześniej niedoczynnością kory nadnerczy leczonych glikokortykosteroidami może być konieczne zwiększenie stosowanej dawki po rozpoczęciu terapii somatropiną. *Jednoczesna terapia estrogenowa:* Jeśli kobieta stosująca somatropinę rozpoczyna doustną terapię estrogenową, może być konieczne zwiększenie dawki leku Omnitrope w celu podtrzymania IGF-1 w osoczu w zakresie prawidłowym dla wieku. Jeśli kobieta przyjmująca somatropinę przerywa doustną terapię estrogenową, może być konieczne zmniejszenia dawki somatropiną w celu uniknięcia zbyt dużego stężenia hormonu wzrostu i/lub działań niepożądanych. *Wrażliwość na insulinę:* somatropina może zmniejszać wrażliwość na insulinę. Osoby z cukrzycą mogą wymagać dostosowania dawek insuliny po rozpoczęciu leczenia somatropiną. Należy dokładnie obserwować pacjentów z cukrzycą, nietolerancją glukozy lub dodatkowymi czynnikami ryzyka cukrzycy. *Czynność tarczycy:* hormon wzrostu zwiększa pozatarczycową konwersję T4 do T3, co może powodować zmniejszenie stężenia T4 i zwiększenie stężenia T3 w surowicy. Obwodowe stężenia hormonów tarczycy utrzymywały się w normie dla osób zdrowych, ale niedoczynność tarczycy może teoretycznie rozwinąć się u osób z subkliniczną niedoczynnością tarczycy. U wszystkich pacjentów należy obserwować czynność tarczycy. U pacjentów z niedoczynnością przysadki otrzymujących standardową terapię substytucyjną konieczna jest dokładna obserwacja możliwego wpływu hormonu wzrostu na czynność tarczycy. *Nowotwory:* W przypadku wtórnego niedoboru hormonu wzrostu w przebiegu leczenia chorób nowotworowych należy zwrócić uwagę na objawy nawrotu nowotworu. U pacjentów, którzy w dzieciństwie przeżyli chorobę nowotworową występowało zwiększone ryzyko drugiego nowotworu wśród tych leczonych somatropiną po pierwszym nowotworze. U pacjentów otrzymujących radioterapię głowy w ramach leczenia pierwszego nowotworu najczęstszymi drugimi nowotworami były nowotwory śródczaszkowe, zwłaszcza oponiaki. *Złuszczanie nasad kości udowych:* U pacjentów z zaburzeniami endokrynologicznymi z niedoborem hormonu wzrostu złuszczanie nasad kości udowych występuje częściej niż w populacji ogólnej. Pacjentów, którzy kuleją w trakcie leczenia somatropiną, należy zbadać. *Łagodne nadciśnienie śródczaszkowe:* w razie ciężkiego lub nawracającego bólu głowy, zaburzeń widzenia, nudności i/lub wymiotów zaleca się badanie dna oka w celu wykrycia obrzęku tarczy nerwu wzrokowego. W razie jego potwierdzenia należy brać pod uwagę rozpoznanie łagodnego nadciśnienia śródczaszkowego i przerwać leczenie hormonem wzrostu, jeśli to konieczne. Nie można określić zaleceń dotyczących kontynuacji leczenia hormonem wzrostu u pacjentów z przebytym nadciśnieniem śródczaszkowym. W razie wznowienia leczenia hormonem wzrostu należy obserwować, czy u pacjenta nie występują objawy nadciśnienia śródczaszkowego. *Białaczka:* U małej liczby pacjentów z niedoborem hormonu wzrostu (niektórzy leczeni somatropiną) zgłaszano występowanie białaczki. Brak dowodów na częstsze występowanie białaczki u otrzymujących hormon wzrostu osób bez czynników predysponujących. *Przeciwciała*: Istnieje ryzyko wytworzenia się przeciwciał przeciwko somatropinie (somatropina zwiększyła wytwarzanie przeciwciał u ok. 1% pacjentów). Zdolność wiązania tych przeciwciał jest mała i nie wpływa na szybkość wzrastania. W razie niewyjaśnionego w inny sposób braku odpowiedzi na leczenie należy oznaczyć przeciwciała przeciwko somatropinie. *Zapalenie trzustki:* Chociaż zapalenie trzustki występuje rzadko, należy je wziąć pod uwagę u pacjentów leczonych somatropiną, u których wystąpi ból brzucha, zwłaszcza u dzieci. *Skolioza* Wiadomo, że boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza) występuje częściej w niektórych grupach pacjentów leczonych z zastosowaniem somatropiny. Ponadto szybki wzrost może spowodować progresję skoliozy u każdego dziecka. Nie wykazano, aby somatropina zwiększała częstość występowania albo nasilenie skoliozy. Podczas leczenia należy obserwować pacjentów w celu wykrycia objawów skoliozy. *Ostre stany krytyczne:* Wpływ somatropiny na proces zdrowienia oceniano w 2 badaniach kontrolowanych placebo (u dorosłych pacjentów w stanie krytycznym z powikłaniami po operacjach na otwartym sercu, operacjach brzusznych, urazach wielonarządowych lub ostrej niewydolności oddechowej). Brak dostępnych danych dotyczących bezpieczeństwa leczenia substytucyjnego hormonem wzrostu u pacjentów w ostrym stanie krytycznym, należy ocenić stosunek korzyści z kontynuowania leczenia do możliwego ryzyka. *Podeszły wiek*: Doświadczenie u osób >80 lat jest ograniczone. Pacjenci w podeszłym wieku mogą być bardziej wrażliwi na działanie somatropiny i na występowanie działań niepożądanych. *Zespół Pradera-Willego:* U pacjentów z PWS leczenie należy zawsze łączyć z ograniczeniem kalorii w diecie. Notowano zgony związane ze stosowaniem hormonu wzrostu u dzieci z PWS, u których występował ≥1 z czynników ryzyka: ciężka otyłość (wskaźnik masa ciała/wzrost >200%), zaburzenia czynności układu oddechowego w wywiadzie lub bezdech we śnie albo zakażenie układu oddechowego niezidentyfikowanym drobnoustrojem. Zagrożenie u pacjentów z PWS oraz ≥1 z wymienionych czynników ryzyka może być większe. Przed zastosowaniem somatropiny pacjentów z PWS należy przebadać w celu wykrycia niedrożności górnych dróg oddechowych, bezdechu we śnie lub zakażenia układu oddechowego. W razie nieprawidłowych wyników oceny niedrożności górnych dróg oddechowych dziecko należy skierować do otolaryngologa w celu leczenia i opanowania zaburzenia oddechowego przed rozpoczęciem leczenia hormonem wzrostu. Bezdech we śnie należy zbadać przed rozpoczęciem leczenia hormonem wzrostu uznaną metodą, tj. polisomnografia lub oksymetria nocna i monitorować w razie potrzeby. Jeśli w trakcie leczenia somatropiną wystąpią objawy obstrukcji dróg oddechowych (w tym pojawienie się lub nasilenie chrapania), należy przerwać leczenie i przeprowadzić nowe badanie laryngologiczne. Pacjentów należy monitorować w celu wykrycia objawów zakażenia układu oddechowego, które należy rozpoznawać i możliwie najwcześniej intensywnie leczyć. U wszystkich pacjentów z PWS należy skutecznie kontrolować masę ciała przed i w trakcie leczenia hormonem wzrostu. Doświadczenie dotyczące przedłużonego leczenia dorosłych i pacjentów z PWS jest ograniczone. *Mała masa urodzeniowa:* U niskich dzieci i młodzieży, którzy urodzili się zbyt mali w stosunku do wieku ciążowego, przed rozpoczęciem leczenia należy wykluczyć inne przyczyny medyczne lub leki, które mogłyby być przyczyną zaburzeń wzrostu. U dzieci i młodzieży z małą masą urodzeniową należy przed rozpoczęciem leczenia, a potem co rok oznaczać we krwi stężenie insuliny i glukozy na czczo. U pacjentów ze zwiększonym ryzykiem cukrzycy (np. z cukrzycą w wywiadzie rodzinnym, otyłością, nasiloną insulinoopornością, rogowaceniem ciemnym) należy wykonać test doustnego obciążenia glukozą. W razie objawowej cukrzycy nie należy podawać hormonu wzrostu. U dzieci i młodzieży z małą masą urodzeniową należy oznaczać stężenia IGF-I przed rozpoczęciem leczenia, a następnie 2 razy w roku. Jeśli wyniki powtarzanych oznaczeń IGF-I odbiegają o 2 odchylenia standardowe (+2 SD) od wartości referencyjnych dla danego wieku i fazy dojrzewania, można brać pod uwagę stosunek IGF-I / IGFBP-3 w celu rozważenia modyfikacji dawki. Ograniczone jest doświadczenie w rozpoczynaniu leczenia pacjentów urodzonych z masą ciała za małą w stosunku do wieku ciążowego, bezpośrednio przed okresem pokwitania. Nie należy rozpoczynać leczenia bezpośrednio przed okresem pokwitania. Doświadczenie u pacjentów z zespołem Silvera-Russella jest ograniczone. U niskich dzieci i młodzieży urodzonych z masą ciała za małą w stosunku do wieku ciążowego przerwanie leczenia przed ukończeniem procesu wzrastania może spowodować częściową utratę przyrostu wzrostu uzyskanego dzięki leczeniu hormonem wzrostu. *Przewlekła niewydolność nerek:* U osób z przewlekłą niewydolnością nerek leczenie należy rozpoczynać przy pogorszeniu czynności nerek o >50% w stosunku do normy. Przed rozpoczęciem leczenia należy przez rok kontrolować tempo wzrostu w celu potwierdzenia zaburzeń wzrastania. Należy w tym czasie wdrożyć zachowawcze leczenie niewydolności nerek (wyrównanie kwasicy, nadczynności przytarczyc i kontrola stanu odżywienia) i kontynuować je podczas leczenia. Leczenie należy przerwać w przypadku przeszczepienia nerki. Brak danych na temat ostatecznego wzrostu osiąganego przez leczonych somatropiną pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek. Lek Omnitrope 5 mg/1,5 ml zawiera 15 mg alkoholu benzylowego w 1 ml. Alkohol benzylowy może powodować reakcje alergiczne. Dożylne podawanie alkoholu benzylowego noworodkom wiąże się z ryzykiem ciężkich działań niepożądanych i śmierci (tzw. „gasping syndrome"). Minimalna ilość alkoholu benzylowego, przy której mogą wystąpić objawy toksyczności jest nieznana. Poinformować opiekunów, że bez zgody lekarza albo farmaceuty nie należy stosować leku u dzieci <3 lat dłużej niż przez tydzień. Poinformować kobiety w ciąży, karmiące piersią, pacjentów z chorobami wątroby lub nerek, że duże ilości alkoholu benzylowego mogą gromadzić się w organizmie i powodować kwasicę metaboliczną. *Zawartość sodu:* Lek zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na ml, to znaczy lek uznaje się za „wolny od sodu". **Działania niepożądane:** U osób z niedoborem hormonu wzrostu występuje zmniejszenie objętości przestrzeni pozakomórkowej. Po rozpoczęciu leczenia somatropiną jest on gwałtownie wyrównywany. Działania niepożądane związane z retencją płynów, tj. obrzęk obwodowy i ból stawów występują bardzo często, sztywność kończyn, bóle mięśni i parestezje występują często. Są one zwykle łagodne do umiarkowanych, pojawiają się w pierwszych miesiącach leczenia i ustępują samoistnie lub po zmniejszeniu dawki leku. Częstość tych działań zależy od dawki leku, wieku i prawdopodobnie jest odwrotnie proporcjonalna do wieku pacjenta w momencie wystąpienia niedoboru hormonu wzrostu. *Bardzo często:* ból stawów, reakcje w miejscu wstrzyknięcia, obrzęk obwodowy. *Często:* parestezja, łagodne nadciśnienie śródczaszkowe (w PWS), zespół cieśni nadgarstka, wysypka, pokrzywka, ból mięśni, sztywność mięśniowo-szkieletowa. *Niezbyt często:* białaczka (w GHD), świąd, ginekomastia. *Częstość nieznana:* białaczka, niedoczynność tarczycy, cukrzyca typu 2, łagodne nadciśnienie śródczaszkowe, ból głowy, obrzęk twarzy, zmniejszenie stężenia kortyzolu we krwi. Szczegółowy opis działań niepożądanych, patrz ChPL. Działania niepożądane można zgłaszać do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych URPL (Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 21 301, faks: +48 22 49 21 309, strona internetowa: https://smz.ezdrowie.gov.pl) lub do podmiotu odpowiedzialnego. **Podmiot odpowiedzialny:** Sandoz GmbH, Biochemiestrasse 10, 6250 Kundl, Austria. **Pozwolenie KE:** EU/1/06/332/004, EU/1/06/332/005, EU/1/06/332/006 (Omnitrope 5 mg/1,5 ml); EU/1/06/332/007, EU/1/06/332/008, EU/1/06/332/009 (Omnitrope 10 mg/1,5 ml). **Kategoria dostępności:** Lek wydawany z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania. Aktualny wykaz refundowanych leków, środków medycznych specjalnego przeznaczania żywieniowego oraz wyrobów medycznych wraz z wysokością dopłaty świadczeniobiorców dostępny jest na stronie https://www.gov.pl/web/zdrowie. Pełna informacja dostępna w Sandoz Polska Sp. z o.o., 02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 50 C, tel: 22 209 70 00, www.sandoz.pl. Omnitrope 01/23

* Dla leku Omnitrope® zgromadzono ponad 290 000 pacjentolat doświadczenia, w tym ponad 15 lat doświadczenia w warunkach praktyki lekarskiej, które przyniosły dowody na skuteczność i długofalowe bezpieczeństwo leku, zebrane dzięki leczeniu ponad 40 000 pacjentów na całym świecie

1. Charakterystyka produktu leczniczego Omnitrope®.
2. Borrás Pérez MV *et al*., Drug Des Devel Ther 2017; 11: 1497–503.
3. López-Siguero JP *et al*., Drug Des Devel Ther 2017; 11: 1489–95.
4. Backeljauw P *et al*., Eur J Pediatr 2022; 181: 2367–2378.

SANDOZ

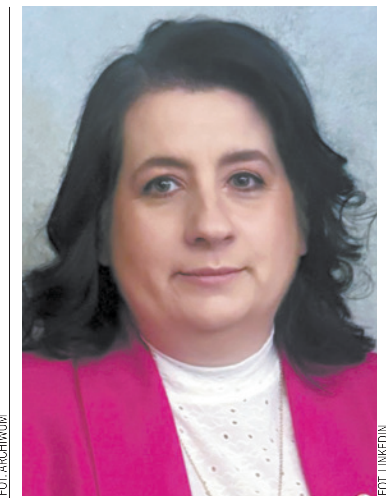
www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Kompleksowa opieka diabetologiczna wciąż stanowi wyzwanie

„Współpracujemy z resortem zdrowia nad konstrukcją nowych świadczeń, które obejmą pracę całego zespołu terapeutycznego, czyli lekarza diabetologa, dietetyka, psychologa, pielęgniarki. W tym modelu musi być również uwzględniona porada edukacyjna. Bez dostępu do tych wszystkich elementów nie da się osiągnąć trwałego sukcesu w leczeniu cukrzycy" — stwierdziła prof. Irina Kowalska, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.


FOT. ARCHIWUM

> PTD rekomenduje badania przesiewowe, polegające na oznaczaniu glikemii u wszystkich osób po 45. roku życia bez obciążeń w postaci czynników ryzyka cukrzycy.
>
> **prof. Irina Kowalska**


FOT. LINKEDIN

> Chorzy muszą wiedzieć, jak działają nowoczesne systemy monitorowania stężenia glukozy, jak działają leki, jak reagować na hipoglikemię, jak komponować posiłki.
>
> **Monika Kaczmarek**


FOT. TOMASZ PIKUŁA

> Dotychczasowe metody pomiarów były inwazyjne, czasochłonne, stygmatyzujące i nie pokazywały trendów zmian glikemii.
>
> **prof. Małgorzata Myśliwiec**


FOT. MARCIN KMIECIŃSKI

> Angażujemy się w dialog z decydentami dotyczący rozszerzenia refundacji systemów monitorowania poziomu glukozy.
>
> **prof. Leszek Czupryniak**

Od ponad roku eksperci Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) współpracują z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia nad nowym modelem opieki diabetologicznej. Ma on poprawić jakość leczenia osób z cukrzycą oraz zapewnić im kompleksową opiekę — zarówno ambulatoryjną, jak i szpitalną. To ważne, bo jak wiadomo cukrzyca to choroba milionów Polaków, a liczba pacjentów będzie się zwiększać.

Mówiła o tym prof. dr hab. n. med. Irina Kowalska, specjalistka w dziedzinie chorób wewnętrznych, diabetologii i endokrynologii, prezes PTD, podczas konferencji „Diabetologia 2025", zorganizowanej w Warszawie z okazji Światowego Dnia Walki z Cukrzycą, który przypadał 14 listopada.

Rekomendowane populacyjne badania przesiewowe w kierunku cukrzycy

Prof. Kowalska podkreśliła, że kluczowa dla osiągnięcia poprawy jakości w leczeniu cukrzycy jest właściwa organizacja świadczeń. W tym obszarze, podobnie jak w kwestii pogłębienia relacji między specjalistami a personelem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jest wiele do zrobienia. „Współpracujemy z resortem zdrowia nad konstrukcją nowych świadczeń, które obejmą pracę całego zespołu terapeutycznego, czyli lekarza diabetologa, dietetyka, psychologa i pielęgniarki" — mówiła prezes PTD, wyjaśniając, że tylko taki szeroki zespół specjalistów gwarantuje zaspokojenie wszystkich potrzeb chorych na cukrzycę.

W Polsce takich osób jest co najmniej 3 mln. Rzeczywista ich liczba jest na pewno większa, ponieważ wiele przypadków cukrzycy — szczególnie typu 2 — jest nierozpoznanych.

Jak zaznaczyła diabetolog, im późniejsza diagnoza, tym większe ryzyko wystąpienia powikłań choroby. „Dlatego PTD rekomenduje badania przesiewowe, polegające na oznaczaniu glikemii u wszystkich osób po 45. roku życia bez obciążeń w postaci czynników ryzyka cukrzycy. Takie badania byłyby wykonywane co trzy lata przy prawidłowym wyniku, a co roku u osób z czynnikami ryzyka wystąpienia cukrzycy (m.in. nadwagą, przebytą cukrzycą ciążową, zespołem policystycznych jajników, dyslipidemią)" — wskazała.

Edukacja dostępna dla każdego chorego

Uczestnicy spotkania zwracali uwagę, że skala powikłań cukrzycy jest u nas olbrzymia i bardzo obciążająca także dla publicznego płatnika. Dlatego obok działań nakierowanych na wczesną diagnostykę konieczna jest lepsza edukacja pacjentów, ponieważ cele terapeutyczne osiągają tylko świadomi chorzy, którzy przestrzegają zaleceń lekarskich. W tym zakresie — jak zwróciła uwagę prof. Kowalska — kluczową rolę odgrywają właśnie pielęgniarki, edukatorzy, dietetycy. W jej ocenie, należy wzmocnić ich rolę, a wtedy lekarze zyskają czas na inne potrzebne działania.

Monika Kaczmarek, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, uzupełniła, że edukacja diabetologiczna powinna być dostępna dla każdego pacjenta. A wciąż nie jest. „Chorzy muszą wiedzieć, jak działają nowoczesne systemy monitorowania stężenia glukozy, jak działają leki, jak reagować na hipoglikemię, jak komponować posiłki" — wyliczała.

Szersza refundacja nowoczesnych leków

Specjaliści biorący udział w konferencji podkreślali, że skoro nie radzimy sobie z zapobieganiem występowaniu cukrzycy, to musimy leczyć ją jak najlepiej, a nie uda się to bez równego dostępu pacjentów do leków i nowoczesnych technologii.

Diabetologia to dziedzina, w której najskuteczniejsze leki są refundowane dla coraz większej populacji. Tylko ostatnie miesiące przyniosły pozytywne zmiany w dostępie do nowoczesnych terapii. Od 1 lipca m.in. obniżono kryteria refundacyjne dla empagliflozyny, a od 1 października — dla dapagliflozyny. Leki te mogą być teraz stosowane nie tylko u pacjentów z cukrzycą typu 2, lecz także u osób z przewlekłą chorobą nerek i niewydolnością serca.

Potencjał w nowych technologiach wspierających leczenie cukrzycy

Priorytetem — w ocenie klinicystów — jest obecnie rozszerzenie refundacji narzędzi wspierających terapię pacjentów, jak systemy ciągłego monitorowania glikemii (CGM). Oczekiwana jest zmiana, otwierająca dostęp do nich dla wszystkich chorych leczonych insuliną, niezależnie od wieku. Jak argumentował w trakcie konferencji prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, insulina jest lekiem o silnym działaniu, dlatego stały dostęp do nowoczesnych systemów pomiarowych jest kluczowy dla bezpieczeństwa pacjentów.

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, kierująca Katedrą i Kliniką Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, zauważyła, że systemy ciągłego monitorowania glikemii to w diabetologii przełom niemal tak duży, jak wyizolowanie insuliny. Z tego powodu należy je traktować jak leki.

„Dotychczasowe metody pomiarów były inwazyjne, czasochłonne, stygmatyzujące i nie pokazywały trendów zmian glikemii. Parametr, jaki stanowi hemoglobina glikowana, nawet jeśli pozostaje w normie, nie odzwierciedla pojawiających się stanów hiper— i hipoglikemii, które skutkują powikłaniami. CGM umożliwia zastąpienie jej nowym, dokładniejszym wskaźnikiem TIR, pokazującym czas pozostawania glikemii w docelowym zakresie. Badania wykazały, że u osób używających systemów ciągłego monitorowania glikemii rzadziej dochodzi do hospitalizacji, zawałów serca i udarów mózgu"— wyliczała.

Z kolei prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Warszawie, mówił, że idealne narzędzie do kontroli cukrzycy stanowi system hybrydowej pętli zamkniętej, który łączy pompę insulinową z ciągłym monitoringiem glikemii.

„Takie rozwiązanie przywraca pacjentom spokojny sen i spontaniczność życiową — nie muszą już szczegółowo planować posiłków i aktywności, robi to za nich urządzenie. W Polsce na cukrzycę typu 1 choruje ok. 20 tys. dzieci, z których 80 proc. ma pompy insulinowe, oraz ok. 180 tys. dorosłych. Nie wszyscy z nich chcieliby korzystać z tego urządzenia, niemniej każdy powinien taką propozycję otrzymać. To doskonałe rozwiązanie dla tych, którzy nie poświęcają uwagi swojej chorobie, bo technologia robi to za nich" — przekonywał.

O lepszy dostęp do tych technologii apeluje również środowisko pacjentów. „Angażujemy się w dialog z decydentami dotyczący rozszerzenia refundacji systemów monitorowania poziomu glukozy. Jesteśmy przekonani, że dzięki temu wielu pacjentów zyska szansę uniknięcia powikłań, które rujnują życie, ale też budżet państwa, bo leczenie powikłań cukrzycy kosztuje krocie. Zabiegamy także o rozszerzenie refundacji na pompy insulinowe dla chorych na cukrzycę typu 1, którzy ukończyli 26. rok życia" — powiedziała Monika Kaczmarek.

Przypomniała, że z wiekiem cukrzyca nie znika i chorzy ci często borykają się z koniecznością rezygnacji ze stosowania pomp insulinowych, bo ich po prostu na nie nie stać. „Warto zadbać o tych młodych ludzi, bo oni chcą pracować, chcą zakładać rodziny, to także oni będą tworzyć przyszłość tego kraju" — podkreślała prezes Kaczmarek.

Leczenie stopy cukrzycowej należy włączyć do koszyka świadczeń

Podczas spotkania podkreślono kluczowe znaczenie programu opieki nad pacjentami z zespołem stopy cukrzycowej. Pilotaż tego programu został przedłużony do 30 kwietnia 2026 r. Obecnie uczestniczy w nim pięć ośrodków, jednak eksperci zgodnie stwierdzili, że zapotrzebowanie pacjentów jest znacznie większe. W związku z tym oczekują pilnego włączenia programu do stałego koszyka świadczeń opieki zdrowotnej. Przypomniano, że takie deklaracje zostały złożone w ubiegłym roku przez ówczesną minister zdrowia Izabelę Leszczynę.

Prof. Kowalska, podsumowując listę niezbędnych zmian, mających istotnie poprawić sytuację pacjentów diabetologicznych w Polsce, zwróciła również uwagę na konieczność wzmocnienia profilaktyki ambulatoryjnej. Jak podkreśliła, „regularne badanie stóp i wczesna interwencja mogą uchronić pacjentów przed ciężkimi powikłaniami i amputacjami. Co więcej, leczenie zachowawcze jest nie tylko skuteczniejsze, ale również znacznie tańsze".

Katarzyna Lisowska

Czas na narodową strategię dotyczącą antybiotyków

W Polsce osiągnięto wyjątkowo wysoki poziom antybiotykooporności, uznawanej przez WHO za jedno z najgroźniejszych wyzwań dla globalnego zdrowia publicznego. „Znajdujemy się w europejskiej czołówce zarówno pod względem oporności bakterii, jak i zużycia antybiotyków — to bardzo niebezpieczne zjawisko, które wymaga szybkiej reakcji na poziomie państwa” — podkreśla prof. Waleria Hryniewicz. Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach (18 listopada) ma na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat narastania i rozprzestrzeniania się oporności na antybiotyki.

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Waleria Hryniewicz, specjalistka w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, była wieloletnia konsultant krajowa w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej.



FOT. WŁODZIMIERZ WOŚ/UK

Według danych WHO, antybiotykooporność jest jednym z dziesięciu największych zagrożeń dla zdrowia publicznego na świecie. Jak w tym kontekście wygląda sytuacja w Polsce?

W mojej ocenie, sytuacja w Polsce jest bardzo poważna. Nasz kraj znajduje się w europejskiej czołówce zarówno pod względem oporności bakterii, jak i konsumpcji antybiotyków. Te dwie cechy są ze sobą sprzężone. Im więcej stosujemy antybiotyków, tym szybciej powstają i rozprzestrzeniają się szczepy oporne. To zjawisko w Polsce, na podstawie dostępnych danych, jest wyjątkowo niepokojące.

Raportowanie nie jest obowiązkowe, więc dysponujemy jedynie informacjami pochodzącymi z tych szpitali, które dobrowolnie zgłaszają do Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości wyniki dotyczące wrażliwości na antybiotyki, i to tylko zakażeń łożyska krwi wybranych patogenów bakteryjnych. Takich jednostek jest zaledwie ok. 60, może 80 i stanowi to tylko ułamek systemu. Dane te pozwalają zauważyć pewne trendy, ale nie stanowią reprezentatywnego obrazu sytuacji w całym kraju.

Skalę zjawiska obserwujemy raczej pośrednio poprzez liczne zgłoszenia i prośby o pomoc w identyfikacji patogenów czy w analizie przypadków zakażeń. Przede wszystkim zaś na podstawie pytań od lekarzy — czym leczyć, gdy antybiogram wskazuje na ograniczoną wrażliwość (a nawet jej brak) patogenu, który wywołał ciężkie zakażenie u ich pacjentów.

Prowadzimy też programy celowane, określające wrażliwość na antybiotyki bakterii zgromadzonych z wielu ośrodków, np. Acinetobacter baumannii czy gronkowca złocistego, które pozwalają uzyskać pełniejszy obraz sytuacji na temat lekowrażliwości. Jednak takie działania powinny mieć charakter systemowy i ciągły, bo tylko wtedy można skutecznie reagować na zagrożenie.

Polska od lat znajduje się w czołówce państw o wysokim zużyciu antybiotyków. Co jest główną przyczyną takiej sytuacji?

Powiedziałabym wprost: brak wiedzy, odpowiedzialności i świadomości, do czego prowadzi nadmierne stosowanie antybiotyków. Preskrypcja leży głównie w rękach lekarzy, w mniejszym stopniu pielęgniarek czy farmaceutów, którzy mają ograniczone uprawnienia, ale nie zwalnia to środowiska medycznego z odpowiedzialności za racjonalne przepisywanie leków.

Największym kuriozum pozostaje furazydyna dostępna bez recepty. To niepojęte, że przy zużyciu sięgającym ok. 10 ton rocznie, decyzja o przyjęciu antybiotyku pozostaje w rękach pacjenta, a nie lekarza. Tę kwestię należy jak najszybciej uporządkować — furazydyna powinna wrócić na listę leków wydawanych wyłącznie na receptę. To jest wynik niezrozumiałej decyzji prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Mimo protestów specjalistów, do dnia dzisiejszego prezes Urzędu nie cofnął tej decyzji, a Polacy konsumują ponad 10 ton (!) tego leku rocznie. Nikt nie monitoruje niepożądanych skutków furazydyny, pomimo że należy ona do grupy leków o wielu tego typu działaniach.

Które patogeny obecnie budzą największy niepokój w kontekście rosnącej oporności?

Największy problem stanowią obecnie pałeczki jelitowe (*Enterobacterales*) oraz *Acinetobacter*. Te pierwsze są częstszą przyczyną zakażeń, ale *Acinetobacter*, drobnoustrój środowiskowy, jest szczególnie trudny w leczeniu — często wykazuje ekstremalną oporność na dostępne leki. Sytuacja w Europie Wschodniej, w tym w Polsce, jest znacznie gorsza niż w krajach zachodnich.

Niepokojąco wygląda też sytuacja z bakterią Enterococcus faecium, która wchodzi w skład tzw. flory szpitalnej i jest wyjątkowo trudna do eradykacji. Mechanizmy oporności bakterii na antybiotyki rozprzestrzeniają się również w podstawowej opiece zdrowotnej, więc to nie jest problem ograniczony wyłącznie do szpitali.

Czy pandemia COVID-19 miała wpływ na zużycie antybiotyków i tempo narastania oporności?

W pierwszej fazie pandemii w Polsce odnotowano spadek zużycia antybiotyków w podstawowej opiece zdrowotnej. Wynikało to z ograniczonego dostępu pacjentów do lekarza. Jednak globalnie pandemia przyniosła wzrost antybiotykooporności. Dane z Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pokazują dramatyczny przyrost zakażeń wywołanych drobnoustrojami wieloopornymi. Podobne dane napłynęły z Polski.

Dziś obserwujemy pewne ustabilizowanie sytuacji, ale nie ma powodów do optymizmu. Oporność wciąż jest bardzo wysoka, a bakterie coraz częściej gromadzą wiele mechanizmów oporności w jednej komórce, stając się ekstremalnie wieloantybiotykooporne (XDR). W praktyce oznacza to obecność zakażeń, których nie mamy już czym leczyć. Niestety, to zjawisko dotyczy również Polski.

> Bakterie ciągle się doskonalą, a my z naszą wiedzą i działaniami nie nadążamy, aby stawiać im czoła.

Była pani zaangażowana w prace Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków. Co udało się osiągnąć dzięki temu programowi, a co wymaga kontynuacji?

Narodowy Program Ochrony Antybiotyków był ważnym krokiem w promowaniu racjonalnej terapii i polityki antybiotykowej w Polsce. Wypracowano w jego ramach szereg rekomendacji i zaleceń, które do dziś funkcjonują w środowisku medycznym. Wielu lekarzy i farmaceutów korzysta z opracowanych wtedy materiałów, co świadczy o trwałości efektów. Prowadzono przez wiele lat warsztaty szkoleniowe na temat terapii i diagnostyki najczęstszych zakażeń.

Niestety, program nie został przedłużony. Choć nosił nazwę „narodowy”, w praktyce miał charakter resortowy i nie obejmował wszystkich sektorów ochrony zdrowia. Potrzebujemy prawdziwie narodowej strategii — przyjętej przez parlament, spójnej, finansowanej i nadzorowanej na poziomie państwa. Tylko wtedy możliwe będzie skuteczne przeciwdziałanie antybiotykooporności.

Filarem takiej strategii musi stać się edukacja. Wiedza zdobyta na studiach nie może być jedynym zasobem lekarza przez całą karierę zawodową. Konieczne jest systematyczne aktualizowanie i weryfikowanie wiedzy, podobnie jak to się dzieje w Stanach Zjednoczonych, gdzie obowiązkowe testy i punkty edukacyjne są traktowane niezwykle poważnie. W Polsce wciąż brakuje takiego mechanizmu, a epidemiologia zakażeń, w tym antybiotykooporności, ulega ciągłym zmianom. Bakterie ciągle się doskonalą, a my z naszą wiedzą i działaniami nie nadążamy, aby stawiać im czoła.

Jak powinna wyglądać racjonalna polityka antybiotykowa w szpitalach?

Każdy szpital powinien mieć interdyscyplinarny zespół ds. antybiotykoterapii. W jego skład powinni wchodzić: lekarz chorób zakaźnych lub specjalista od mikrobiologii lekarskiej, intensywista, farmaceuta kliniczny, mikrobiolog. To zależy od specyfiki, a także wielkości szpitala. Niestety, w Polsce dramatycznie brakuje specjalistów mikrobiologii lekarskiej, farmakologii, coraz mniej jest zakaźników. Lekarzy mikrobiologów mamy najmniej w całej Europie. Powinniśmy szkolić więcej farmaceutów klinicznych i zakaźników. Ci ostatni powinni intensywniej włączyć się w antybiotykoterapię i kontrolę zakażeń.

Zdarza się, że jeden specjalista pełni funkcję konsultanta w kilkunastu szpitalach równocześnie. To bardzo trudna sytuacja — odpowiedzialność jest ogromna, a praca niezwykle wymagająca. WHO rekomenduje, aby na każde 500 łóżek przypadał jeden lekarz odpowiedzialny za kontrolę zakażeń i politykę antybiotykową. W Polsce jesteśmy bardzo daleko od tego standardu.

Jaką rolę w walce z antybiotykoopornością odgrywają lekarze podstawowej opieki zdrowotnej?

To właśnie w POZ podejmowane są decyzje, które mają największy wpływ na skalę zjawiska, bowiem to lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zapisują najwięcej antybiotyków. Kluczowe są: edukacja, co zwiększy racjonalną preskrypcję antybiotyków, i odpowiedzialność za podejmowane decyzje. Lekarz rodzinny nie może wypisywać antybiotyku „na wszelki wypadek”.

Dziś mamy dostęp do szybkich testów diagnostycznych, które pozwalają w kilka minut określić, czy infekcja ma charakter bakteryjny, czy wirusowy. Wciąż jednak zdarzają się sytuacje, że pacjent z COVID-19 lub inną infekcją wirusową otrzymuje antybiotyk. To pokazuje, że edukacja powinna być procesem ciągłym i kontrolowanym.

Warto też podkreślić rolę pielęgniarek — w wielu krajach, m.in. w Szwecji, to one odgrywają ważną rolę w monitorowaniu i ocenie zasadności terapii. W Polsce to wciąż obszar niewykorzystany.

Jakie wyzwania stoją przed Polską w najbliższych latach w kontekście walki z antybiotykoopornością?

Najważniejszym narzędziem, którym obecnie posługują się kraje członkowskie WHO, jest system AWaRE. Dzieli on antybiotyki na trzy grupy: ACCESS — o wąskim spektrum działania, WATCH — leki drugiego rzutu i RESERVE — zarezerwowane dla przypadków wyjątkowo trudnych. W Polsce niestety zbyt często sięgamy po antybiotyki z grupy WATCH, o szerokim spektrum, co sprzyja rozwojowi oporności.

Zgodnie z zaleceniami WHO i Komisji Europejskiej, do 2030 r. powinniśmy zmniejszyć zużycie antybiotyków o 20 proc. To ambitny, ale realny cel — pod warunkiem, że wprowadzimy mechanizmy nadzoru i edukacji. Niestety, ten temat w Polsce praktycznie nie istnieje w przestrzeni publicznej. Ani media, ani decydenci nie przypominają, że zobowiązaliśmy się do realizacji tego celu.

Bardzo ważne jest również zapewnienie dostępności antybiotyków z grupy ACCESS, takich jak fenoksymetylopenicylina czy cefalosporyny pierwszej generacji. To one powinny stanowić podstawę terapii w POZ. W ostatnich latach zdarzały się jednak okresowe braki w ich dostępności, co prowadziło do sięgania po leki szerszego spektrum.

Nie możemy zapominać o szczepieniach, które są jednym z kluczowych elementów walki z antybiotykooopornością. Jeśli np. wyeliminujemy serotypy pneumoków, które najczęściej są wielooporne (jak np. 19A), to ich udział w etiologii zakażeń znacząco się zmniejszy i nie będą one często ich wywoływać.

Wysoki poziom wyszczepienia przeciw grypie czy RSV doprowadzi do znaczącego zmniejszenia zakażeń powodowanych przez te wirusy, a więc istotnie zredukuje liczbę infekcji wymagających antybiotykoterapii. Mechanizm jest taki, że wirusy te w przebiegu choroby uszkadzają nabłonek dróg oddechowych i zwiększają ich kolonizację przez bakterie, a te wywołując zakażenie wymagają antybiotykoterapii. Szczepienia to inwestycja w przyszłość i realny sposób ograniczenia oporności.

Trzeba też pamiętać o podstawowych zasadach higieny. Mycie rąk, szczepienia, edukacja zdrowotna w szkołach to fundament zdrowia publicznego. Edukację należy zaczynać od przedszkola — od nauki prostych zachowań, które chronią przed zakażeniami.

Antybiotykooporność to problem globalny, a skuteczna odpowiedź wymaga myślenia systemowego i współpracy wszystkich sektorów. To jest zadanie dla całego społeczeństwa.

Rozmawiała Anna Rogala



FOT. ADOBE STOCK

Niskie wyceny świadczeń redukują ambulatoryjną opiekę diabetologiczną

Olbrzymi postęp, jaki dokonał się w leczeniu chorych na cukrzycę od czasu odkrycia insuliny, a także perspektywy dalszych badań nad możliwościami pokonania tej choroby istotnie kontrastują z wciąż kulejącą w Polsce opieką diabetologiczną. Informował o tym w Światowym Dniu Walki z Cukrzycą prof. Krzysztof Strojek, internista, diabetolog i hipertensjolog.

„Opieka diabetologiczna jest oparta na opiece ambulatoryjnej. Pobyt w szpitalu czy skierowanie do szpitala chorego na cukrzycę to porażka opieki diabetologicznej. Jego leczenie powinno odbywać na poziomie poradni, jednak obecnie jest to problem, ponieważ niska wycena świadczeń powoduje, że coraz więcej tych placówek rezygnuje z kontraktu z NFZ, bo nie jest w stanie zbilansować budżetu” — powiedział prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, podczas konferencji prasowej 14 listopada w Zabrzu.

100 km do poradni

Jak zaznaczył prof. Strojek, taka sytuacja spowodowała, że są w Polsce obszary pozbawione specjalistycznej opieki diabetologicznej. „Brak dostępu do świadczeń prowadzi do pogorszenia stanu pacjenta i częste hospitalizacje, które byłyby niepotrzebne, gdyby była zapewniona taka opieka” — stwierdził diabetolog.

Prof. Strojek ma sygnały od konsultantów wojewódzkich w dziedzinie diabetologii z różnych części kraju, że są powiaty, gdzie nie ma obecnie w ogóle opieki diabetologicznej w ramach kontraktu z NFZ. A to zmusza pacjentów do szukania jej nawet w promieniu 100 km i przekłada się na zwiększoną liczbę hospitalizacji.

„Ogólna porażka polskiej medycyny to nierównomierna wycena świadczeń. Są procedury, które są dobrze albo za dobrze wycenione, natomiast większość jest wyceniona niewystarczająco. Skutkiem tego są długi” — wskazał prof. Krzysztof Strojek.

Jesteśmy świadkami trzeciej rewolucji w terapii cukrzycy

Diabetolog podkreślił spektakularny postęp w leczeniu chorych na cukrzycę, jaki dokonał się w ostatnim stuleciu. Światowy Dzień Cukrzycy jest obchodzony 14 listopada — w rocznicę urodzin Fredericka Bantinga (1891-1941), odkrywcy insuliny, który w 1923 r. otrzymał za to Nagrodę Nobla.

„To była pierwsza rewolucja w diabetologii — chorzy na cukrzycę przestali umierać w ciągu kilku tygodni od wystąpienia objawów. Druga rewolucja nastąpiła w latach 70. i 80. XX w., gdy wprowadzono pióra do podawania insuliny (wcześniej chorzy przyjmowali insulinę ze strzykawek, które przed każdym zastrzykiem trzeba było gotować) i glukometry. My dostaliśmy te urządzenia w 1986 r. do opieki nad chorymi z cukrzycą ciążową. W ciągu roku śmiertelność okołoporodowa noworodków spadła z 30 do 3 proc.!” — wspominał konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii.

„Świadkami trzeciej rewolucji jesteśmy w tej chwili. Są systemy do ciągłego monitorowania poziomu cukru i pompy do ciągłego wlewu insuliny. Natomiast rewolucja to sprzężnięcie systemu do monitorowania czy mierzenia poziomu cukru z pompą. W najnowszych urządzeniach, już dostępnych na rynku, chociaż drogich, pompa dozuje insulinę w zależności od wskazań, bez udziału pacjenta, za to przy udziale sztucznej inteligencji” — dodał prof. Strojek.

Czy uda się kiedyś wyleczyć z cukrzycy?

„Zobaczymy. Nie mamy na razie możliwości wyleczenia cukrzycy typu 1. Jeśli chodzi o cukrzycę typu 2, to gdyby chorzy zredukowali masę ciała do należnej, na pewno problem by się znacząco zmniejszył, o ile by nie zniknął. Jest to jednak problem cywilizacyjny krajów rozwiniętych, nie tylko Polski” — zaznaczył prof. Strojek.

Dodał, że od wielu lat są podejmowane próby zatrzymania rozwoju cukrzycy typu 1, gdy jeszcze komórki produkujące insulinę nie są zniszczone. Wykorzystywano w tym celu m.in. leki immunosupresyjne, które miały zahamować proces autoimmunologiczny, leżący u podłoża cukrzycy. Próbowano też stosować komórki macierzyste i limfocyty T regulatorowe.

„Na wrześniowym zjeździe Europejskiego Stowarzyszenia Badań nad Cukrzycą niemieccy badacze donosili, że udało im się wytworzyć z komórek macierzystych takie komórki, które stymulowane wydzielały insulinę, natomiast brak stymulacji powodował spadek jej wydzielania. Uznano tę pracę za najważniejszą prezentowaną na tym zjeździe” — relacjonował konsultant krajowy.

Chorzy na cukrzycę najczęściej umierają na serce

Koordynator II Oddziału Kardiologii i Angiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior przypomniał, że cukrzyca i choroby układu krążenia często współwystępują.

„Od 15 do nawet 50 proc. chorych na schorzenia sercowo-naczyniowe — w zależności od typu rozpoznań — to pacjenci z cukrzycą. Na co najczęściej oni umierają? Na serce. W związku z tym każdy postęp w leczeniu cukrzycy jest nierozerwalnie związany z postępem w kardiologii, bo cukrzyca jest jednym z najsilniejszych czynników obciążających rokowanie pacjenta kardiologicznego” — powiedział prof. Gąsior.

Anna Gumułka

www.pulsmedycyny.pl
NR 9 (475) 28 LISTOPADA 2025

Stan po mefedronie: od euforii do „zjazdu”, lub ostrego zatrucia

„Jako toksykolodzy dość często spotykamy się w naszej praktyce z ostrymi zatruciami mefedronem. Zdarza się, że skrajne przypadki kończą się zgonem pacjenta. Substancja ta w wysokich dawkach może prowadzić do zaburzeń rytmu serca, przełomu nadciśnieniowego, drgawek, odwodnienia z hiponatremią, rabdomiolizy z ostrą niewydolnością nerek. Ryzyko działań niepożądanych rośnie w połączeniu z innymi substancjami” — tłumaczy dr Eryk Matuszkiewicz.



O KIM MOWA

Dr n. med. Eryk Matuszkiewicz jest specjalistą chorób wewnętrznych i toksykologii klinicznej w Katedrze i Zakładzie Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie toksykologii klinicznej dla województwa lubuskiego.

Jaka jest obecnie skala używania mefedronu w Polsce? Czy obserwuje się wzrost jego popularności?

Używanie mefedronu, czyli związku chemicznego pod nazwą 4-metylometkatynon (4-MMC), potocznie zwanego kryształem — utrzymuje się w Polsce na niezmiennie wysokim poziomie już od wielu lat. Wśród pacjentów przyjmowanych do oddziałów toksykologicznych z objawami zatrucia psychostymulantami, mefedron należy dziś do najczęściej stosowanych środków pobudzających wśród osób młodych.

Zgodnie z danymi z najnowszego europejskiego raportu dotyczącego narkotyków, Polska jest jednym z krajów, które stanowią swoiste zagłębie produkcji syntetycznych katynonów, których głównym przedstawicielem jest właśnie mefedron. Tak więc obserwowane przez nas zjawisko jest całkowicie spójne z tym, co wynika z analiz europejskich. Jednocześnie szacuje się, że aż 4/5 przypadków używania narkotyków wśród młodych dorosłych dotyczy psychostymulantów, a tylko ok. 1/5 tzw. depresantów, głównie opioidów.

Czy mefedron jest zażywany w postaci czystej, czy raczej jako składnik np. dopalaczy?

W okresie popularności tzw. dopalaczy, bywał on składnikiem mieszanek. Obecnie osoby sięgające po tę substancję zwykle robią to świadomie i kupują ją w czystej postaci.

Trudno ją dziś w Polsce pozyskać?

Z relacji pacjentów i ich rodzin wynika, że dostępność mefedronu jest wysoka, a jego pozyskanie nie stanowi dużego problemu, zwłaszcza dla młodych dorosłych. Do kontaktu ze sprzedającymi wykorzystywane są komunikatory i platformy internetowe, nierzadko z funkcjami geolokalizacji. Odbiór bywa umawiany w konkretnych miejscach lub przy użyciu zewnętrznych punktów odbioru, w tym popularnych paczkomatów. Zdarzają się też transakcje w środowisku klubowym czy w kręgach znajomych.

A jakie jest farmakologiczne działanie mefedronu? W jaki sposób wpływa on na organizm i jak wygląda obraz kliniczny osoby pod wpływem tej substancji?

Mefedron to nowa substancja psychoaktywna, należąca do tzw. narkotyków projektowanych, powstająca przez modyfikacje katynonu.

Działa podobnie do amfetaminy, metamfetaminy czy kokainy, nasilając uwalnianie i hamując wychwyt zwrotny dopaminy, noradrenaliny i serotoniny. Efekt?

Pobudzenie psychoruchowe — wzrost energii i napędu, euforia, wielomówność, szybkie przeskakiwanie między wątkami, większa otwartość w kontaktach. Równolegle przyspiesza tętno, rośnie ciśnienie krwi, rozszerzają się źrenice, pojawia się potliwość, a przy większych dawkach dochodzi do wzrostu temperatury ciała i ryzyka przegrzania.

W badaniu przedmiotowym charakterystyczne jest „mielenie” językiem, zaciskanie i zgrzytanie zębami (bruksizm, nierzadko starte szkliwo), mimowolne ruchy rąk i niemożność pozostania w bezruchu. Do częstych działań niepożądanych należą: bezsenność, niepokój, lęk, drażliwość, agresja i drżenia mięśniowe. Po ustąpieniu działania mefedronu obserwowany jest „zjazd” — spadek nastroju i wyczerpanie.

Zdarzają się ostre zatrucia mefedronem. Czy w dużych dawkach może on doprowadzić do zgonu?

Tak, w praktyce klinicznej widujemy ostre zatrucia mefedronem, a skrajne przypadki mogą zakończyć się zgonem. Po użyciu wysokich dawek mogą wystąpić groźne następstwa: zaburzenia rytmu serca, przełom nadciśnieniowy, drgawki, odwodnienie z hiponatremią, rabdomiolizę z ostrą niewydolnością nerek.

Ryzyko działań niepożądanych rośnie w połączeniu mefedronu z innymi substancjami, zwłaszcza stymulantami oraz lekami serotoninergicznymi (np. SSRI), przy wysokiej temperaturze otoczenia i u osób z chorobami serca. Dodatkowym problemem jest często nieprzewidywalna jakość i dawka preparatu — użytkownik nierzadko nie wie, ile faktycznie jej przyjął.

Czy są parametry laboratoryjne lub markery biochemiczne pomocne w rozpoznaniu użycia mefedronu?

W rutynowej diagnostyce brakuje swoistych markerów. Szybkie testy z moczu zwykle nie obejmują syntetycznych katynonów. Dostępne bywają ukierunkowane testy, ale ich czułość i dostępność są ograniczone. Dlatego rozpoznanie opiera się głównie na obrazie klinicznym i wywiadzie, a badania laboratoryjne służą przede wszystkim ocenie powikłań.

A jakie jest postępowanie w przypadku przedawkowania mefedronu?

Swoistej odtrutki nie ma — leczenie jest objawowe. Trzy najważniejsze elementy to: podawanie płynów, uspokojenie i czas. Pierwszym wyborem przy pobudzeniu są benzodiazepiny — podawane stopniowo, tak aby wyciszyć pacjenta, zmniejszyć ryzyko drgawek i przegrzania. Leki przeciwpsychotyczne warto rozważać tylko w przypadkach opornych i stosować ostrożnie. Czasem w pierwszej fazie pobytu w oddziale toksykologicznym konieczne jest zabezpieczenie pacjenta dla bezpieczeństwa jego i otoczenia.

Równolegle stosuje się nawadnianie dożylne, co przyspiesza eliminację mefedronu, chroni nerki i ogranicza ryzyko rabdomiolizy. Przy wzroście temperatury wdraża się aktywne chłodzenie. Zaleca się też monitoring parametrów życiowych. Pacjent powinien pozostać w szpitalu co najmniej 24 godziny, a dłużej w razie wystąpienia powikłań. Po stabilizacji wskazana jest ocena potrzeb psychiatrycznych oraz zaplanowanie dalszej opieki.

Jakie mogą być długofalowe konsekwencje używania mefedronu?

Największe ryzyko dotyczy zdrowia psychicznego. Mefedron łatwo utrwala uzależnienie psychiczne: już nawet po kilku zażyciach pojawia się przymus sięgania po kolejne dawki, żeby odzyskać dobre samopoczucie, euforię i napęd. Odstawienie wiąże się ze spadkiem nastroju, a przy dłuższym używaniu możliwe jest wystąpienie zaburzeń lękowo-depresyjnych i problemów z koncentracją. Ostre zatrucia zazwyczaj udaje się opanować, natomiast długoterminowo mogą pojawić się poważne konsekwencje dla ośrodkowego układu nerwowego, ale też sercowo-naczyniowego (np. utrwalenie nadciśnienia tętniczego).

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

Materiał partnera

IKE i IKZE w ochronie zdrowia: jak świadomie zabezpieczyć prywatną emeryturę

Coraz więcej pracowników ochrony zdrowia szuka sposobów na skuteczne budowanie prywatnej emerytury, wykraczając poza powszechnie znane PPK. Atrakcyjną alternatywą stają się IKE i IKZE, dzięki korzyściom podatkowym, elastycznym zasadom oszczędzania oraz możliwości dopasowania inwestycji do własnych potrzeb. **Julia Dyduch**, dyrektor ds. Programów Emerytalnych w TFI PZU SA wyjaśnia, jak działają oba konta, jakie limity obowiązują w 2025 r. i na czym polegają różnice, które warto znać przed wyborem najlepszego rozwiązania.



W poprzednich rozmowach wyjaśnialiśmy, czym są Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK) i wspomnieliśmy, że coraz więcej pracowników ochrony zdrowia korzysta z tej formy oszczędzania. Dziś porozmawiamy o kolejnych możliwościach: Indywidualnym Koncie Emerytalnym (IKE) oraz Indywidualnym Koncie Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE). Czym są te produkty i jaką pełnią funkcję w systemie emerytalnym?

IKE i IKZE to indywidualne produkty emerytalne, które, podobnie jak PPK i PPE, należą do tzw. trzeciego filaru. Uzupełniają powszechny system emerytalny ZUS i pozwalają samodzielnie odkładać pieniądze na przyszłość. Choć mniej znane niż PPE czy PPK, warto się nimi zainteresować ze względu na korzyści, jakie oferują. Mówiąc krótko o najważniejszych zaletach: w przypadku IKZE jest możliwość odliczenia wpłat od dochodu w rocznym PIT w kolejnym roku, a IKE pozwala na wypłatę środków bez tzw. podatku Belki.

Czy nie jest tak, że IKE i IKZE to rozwiązania tylko dla najlepiej zarabiających?

Absolutnie nie. Aby skorzystać z IKE i IKZE, wystarczy niewielka kwota — ważne, że zaczynamy odkładać na swoją przyszłość. Co istotne — sami decydujemy, kiedy i ile wpłacamy. Możemy robić to regularnie, ale nie musimy. Nikt tutaj nie wymusza realizacji wpłat w określonym czasie. Jedynym ograniczeniem jest limit wpłat w danym roku zarówno na IKE, jak i IKZE. Warto poznać, jak działają te produkty, żeby wybrać rozwiązanie najlepiej dopasowane do swoich potrzeb. Można, oczywiście oszczędzać na obydwu kontach

Jeśli spojrzymy z perspektywy pracowników ochrony zdrowia — bardziej sprawdzi się IKE czy IKZE?

Wszystko zależy tylko i wyłącznie od tego, jaki efekt chcemy uzyskać. Jeśli chcemy odzyskać jak największy zwrot podatku lub zapłacić go mniej, pomocne będzie IKZE. Sposób działania jest następujący: odkładamy pieniądze do ukończenia 65. roku życia, ale corocznie wpłatę na IKZE możemy wykazać w rocznym zeznaniu podatkowym PIT. W zależności od tego, ile wpłacimy i w jakiej skali podatkowej się rozliczamy — otrzymamy zwrot w następnym roku. Kluczowe są roczne limity wpłat. W 2025 r. ten limit wynosi 10 407,60 zł dla osób na umowie o pracę i zlecenie oraz 15 611,40 zł dla osób prowadzących działalność gospodarczą.

Kwota, jaką możemy odzyskać w ramach zwrotu podatku zależy od tego, ile w danym roku wpłacimy na IKZE?

Dokładnie tak. Zwrot w podatku jest najwyższy, jeśli wykorzystamy cały limit. Na przykład osoby, które „wpadają” w drugi próg podatkowy, otrzymają nawet 3330,43 zł, a które pozostają w pierwszym progu — ok. 1200 zł. Natomiast jeśli wpłacimy mniej niż limit, to również otrzymamy zwrot przy rozliczeniu PIT, ale proporcjonalnie niższy.

Czy IKZE się opłaca, mimo 10-procentowego podatku przy wypłacie po 65. roku życia?

To bardzo ważne i warto to wyjaśnić. Faktycznie, przy wypłacie środków z IKZE po ukończeniu 65. roku życia obowiązuje zryczałtowany podatek dochodowy w wysokości 10 proc. Ale nawet z uwzględnieniem tego podatku, IKZE jest bardzo opłacalne z dwóch powodów. Po pierwsze: już na etapie wpłat corocznie otrzymujemy zwrot podatku, który w perspektywie kilku czy kilkunastu lat może wynieść nawet kilkadziesiąt tysięcy złotych. Po drugie: wypłacając środki, nie płacimy podatku dochodowego w wysokości 12 proc. czy 32 proc. według skali podatkowej, a tylko 10 proc.

A jak to wygląda w przypadku IKE?

Jeśli chodzi o IKE, to korzystamy z ulgi podatkowej, w odróżnieniu od IKZE, po zakończeniu oszczędzania. Tak jak w IKZE, w IKE również obowiązuje limit wpłat w danym roku — w 2025 to 26 019 zł. Oszczędności z IKE możemy wypłacić po ukończeniu 60. roku życia i nie będą objęte podatkiem od zysków kapitałowych, potocznie zwanym podatkiem Belki. Wypłacamy po prostu wszystkie zgromadzone pieniądze.

A co się dzieje z pieniędzmi, które wpłacamy na IKE lub IKZE w TFI PZU?

Podobnie jak w PPK i PPE, wpłacone pieniądze trafiają do funduszy inwestycyjnych. Przystępując do IKZE czy IKE, sami decydujemy, w jaki fundusz bądź fundusze będą inwestowane nasze pieniądze. Wybierając fundusz, warto wziąć pod uwagę swój wiek, czyli ile lat będziemy oszczędzać do momentu wypłaty, jaki jest poziom ryzyka inwestycyjnego w danym funduszu i jaki jego poziom jesteśmy w stanie zaakceptować.

Fundusze mają różne strategie inwestycyjne, o różnym ryzyku, w zależności od tego inwestują w różne instrumenty finansowe, np. akcje, obligacje. Wybierajmy fundusz, który najbardziej pasuje do naszego podejścia, jak reagujemy na zmiany na rynku kapitałowym i jakie mamy plany na przyszłość.

Aby w pełni skorzystać z zalet IKE i IKZE trzeba spełnić warunki wiekowe — dla IKE to 60 lat, a dla IKZE 65 lat. A co się stanie, jeśli ktoś nie zdąży wypłacić środków, bo wcześniej odejdzie?

Środki zgromadzone na rachunkach zarówno w IKE, jak i IKZE są prywatną własnością oszczędzającego i są w pełni dziedziczone. W przypadku IKE nie ponosimy żadnych obciążeń związanych z podatkami, a w IKZE — podobnie jak przy wypłacie oszczędności przez uczestnika, zostaną pomniejszone o 10-procentowy podatek. Można tego uniknąć, jeśli spadkobierca dokona wypłaty transferowej i zasili swój rachunek IKZE — wtedy otrzyma pełną wysokość środków, bez pomniejszeń.

Jak pracownicy ochrony zdrowia mogą przystąpić do IKE lub IKZE w TFI PZU?

To bardzo proste — wystarczy, że pracodawca podpisze z TFI PZU umowę na prowadzenie Pakietu Wyższa Emerytura (PWE). Następnie, wykorzystując dostępny u pracodawcy specjalny link, pracownik przystępuje do wybranych przez siebie produktów. Całość odbywa się online w serwisie inPZU — bez wychodzenia z domu.

W serwisie inPZU będą widoczne później zrealizowane wpłaty i wysokość bieżących oszczędności?

Dokładnie tak. W każdej chwili uczestnik może się zalogować i sprawdzać stan swoich oszczędności oraz jak one pracują. Może sprawdzać i zmieniać swoje dane oraz wskazać osoby uprawnione, czyli te, które mają otrzymać środki po jego śmierci. A w przypadku rachunku IKZE uczestnik może pobrać informację o rocznej wpłacie, na podstawie której uzupełni dane w PIT, aby otrzymać zwrot podatku.

Czy pracownicy ochrony zdrowia mają szansę poznać szczegóły produktów, o których dziś rozmawiamy?

Oczywiście, po podpisaniu umowy o prowadzenie Pakietu Wyższa Emerytura, organizujemy spotkania informacyjne u pracodawców, na których szczegółowo omawiamy zasady IKE i IKZE. Dodatkowo mogę zaprosić do odwiedzenia naszej strony internetowej in.pzu.pl i zakładki Pakiet Wyższa Emerytura, czyli PWE.

Jak jednym zdaniem zachęciłaby pani do rozpoczęcia oszczędzania w IKE lub IKZE?

Powiedziałabym: nie odkładaj niczego na później — oprócz pieniędzy. Nawet niewielka kwota, wpłacana systematycznie, z czasem zamienia się w realny kapitał i poczucie bezpieczeństwa. W ochronie zdrowia troszczymy się o innych. IKE i IKZE to sposób, by zatroszczyć się również o siebie.

Publikowany materiał jest trzecią z czterech rozmów poświęconych tej tematyce.

prawo 25 lat



Jak ustrzec medyków przed agresją?

Coraz więcej medyków deklaruje, że czuje się zagrożonych w miejscu pracy. Drastyczne przykłady z Siedlec czy Krakowa pokazują, że agresja wobec personelu medycznego przybiera tragiczne skutki. „Potrzebne są nie tylko zmiany w prawie, ale także procedury wewnątrz placówek i odważne reagowanie na hejt w sieci” — mówi mec. Marcin Andrzejewicz, specjalista w zakresie prawa medycznego.

Bezpieczeństwo fizyczne medyków w kontekście niedawnych ataków — m.in. na ratownika medycznego i lekarza, które zakończyły się tragicznie — coraz częściej pojawia się w debacie publicznej. Czy można mówić o pogorszeniu sytuacji w ostatnich latach?

Niestety, rzeczywiście obserwujemy nasilenie tego zjawiska. Sami medycy coraz częściej podkreślają, że czują presję i obawę przed atakami ze strony pacjentów czy osób trzecich. Zgłaszają, że rośnie liczba zachowań agresywnych, które powodują poczucie zagrożenia i wprowadzają ich w stan niepewności. Nierzadko są to sytuacje bardzo poważne, czego drastycznymi przykładami były tragedie w Siedlcach i Krakowie. W takich momentach państwo reaguje doraźnie, ale to nie wystarczy.

Konieczne jest systemowe podejście — zarówno w przestrzeni prawnej, jak i w ramach samych podmiotów ochrony zdrowia. Powinniśmy uświadamiać społeczeństwo, a także wdrażać wewnętrzne procedury, które będą realnie chronić wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych.

Z badań wynika, że aż 90 proc. medyków odczuwa stałe zagrożenie ze strony pacjentów. W odpowiedzi Rządowe Centrum Legislacji przygotowało projekt zaostrzenia przepisów. Na czym dokładnie ma polegać ta zmiana prawna?

Trzeba podkreślić, że zagrożenie dotyczy nie tylko przemocy fizycznej, ale również słownej. Prawo musi obejmować obie te formy agresji. I mówimy tu nie tylko o samych przepisach, ale również o ich skutecznym egzekwowaniu. Po tragicznych wydarzeniach w pierwszej połowie tego roku prokurator generalny wydał szczegółowe wytyczne dla prokuratorów, jak postępować w sprawach dotyczących hejtu czy agresji wobec medyków. Obejmują one m.in. sposób analizy sprawy, prowadzenia czynności przygotowawczych, zatrzymań, przesłuchań, postępowania dowodowego, a także kwestie wnoszenia apelacji w sytuacji, gdy kary sądowe okażą się zbyt łagodne lub nie uwzględniają środków kompensacyjnych, takich jak zadośćuczynienie.

Równolegle trwa proces legislacyjny. Do Sejmu RP trafił już projekt ustawy zmieniającej m.in. przepisy Kodeksu karnego i Kodeksu wykroczeń. Najważniejsza propozycja to podwyższenie kar za przestępstwa wobec osób chronionych — w tym medyków — z dotychczasowych 2 do 5 lat pozbawienia wolności. To reakcja polityczno-prawna, którą nie wszyscy eksperci oceniają dobrze, ponieważ sama wysokość kary nie zawsze przekłada się na skuteczne odstraszanie.

Z mojego punktu widzenia szczególnie istotne są zmiany dotyczące wykroczeń, np. znieważenia czy zakłócenia pracy personelu medycznego. W takich sytuacjach projekt przewiduje zastosowanie tzw. trybu przyspieszonego — sprawca może zostać zatrzymany i szybko ukarany. To dla niego poważna konsekwencja, nie tylko prawna, ale także społeczna i zawodowa.

I wreszcie coś, czego żadna ustawa nie zapisze wprost — niezwykle ważne jest, aby w przypadku ataku fizycznego na personel medyczny reakcja organów ścigania była natychmiastowa. Sprawca musi zostać szybko zatrzymany, aby jasno pokazać, że nie ma tolerancji dla przemocy wobec osób ratujących życie i zdrowie.


FOT. ARCHIWUM

O KIM MOWA

Mec. Marcin Andrzejewicz jest radcą prawnym specjalizującym się w zagadnieniach prawa medycznego i prawa procesowego. W swojej praktyce w ramach prowadzonej kancelarii reprezentuje strony w procesach karnych, cywilnych i dyscyplinarnych oraz skupia się na obsłudze prawnej podmiotów leczniczych i doradztwie w zakresie prawa medycznego.

> Niezwykle ważne jest, aby w przypadku ataku fizycznego na personel medyczny reakcja organów ścigania była natychmiastowa. Sprawca musi zostać szybko zatrzymany, aby jasno pokazać, że nie ma tolerancji dla przemocy wobec osób ratujących życie i zdrowie.

Kilka lat temu lekarze zostali objęci ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych. Jak pokazują niedawne wydarzenia, nie rozwiązało to jednak problemu przemocy wobec medyków. Co jeszcze można zrobić, by realnie poprawić ich bezpieczeństwo na co dzień?

Ochrona lekarza jako funkcjonariusza publicznego była ważnym krokiem, bo pozwoliła prokuraturze działać z urzędu i nadała wyższą rangę przestępstwom popełnianym wobec medyków. To narzędzie cenne, ale niewystarczające. Kluczowe jest zwrócenie szczególnej uwagi organów ścigania na tego rodzaju sprawy. Takie wytyczne wprowadził już poprzedni prokurator generalny Adam Bodnar. I to przyniosło pozytywne efekty.

Równocześnie niezwykle istotne są rozwiązania wdrażane wewnątrz placówek ochrony zdrowia — zarówno szpitali, jak i przychodni. Chodzi o monitorowanie incydentów, szybkie reagowanie, wyciąganie wniosków oraz szkolenie personelu z zakresu procedur bezpieczeństwa. Medycy powinni mieć jasne wskazówki, kiedy i jak wzywać służby, a także móc liczyć na wsparcie administracji szpitala w trudnych sytuacjach.

Ciekawym pomysłem jest rejestr agresji — system dokumentowania i raportowania przejawów przemocy, który byłyby przesyłany do odpowiednich organów państwa, a tym samym ułatwiłby analizę i działania profilaktyczne. Tego rodzaju narzędzie mogłoby być rozszerzeniem zapisów ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, gdzie incydenty agresji są traktowane jako zdarzenia niepożądane.

Duże znaczenie ma też działalność edukacyjna i obecność tematu w mediach. Gdy opinia publiczna jest uwrażliwiona, osoby skłonne do agresji wiedzą, że sprawa nie pozostanie anonimowa. To samo dotyczy praktyk prokuratury: dziś zdarza się, że prokuratorzy obejmują postępowaniem także czyny formalnie ścigane z oskarżenia prywatnego — jak zniewagi czy nadużycia wolności słowa. Dzięki temu ofiara czuje, że nie została pozostawiona sama sobie. Widać więc, że oprócz twardych narzędzi prawnych, ważne są również działania systemowe i organizacyjne wewnątrz placówek ochrony zdrowia. A przede wszystkim — stała dyskusja w przestrzeni publicznej na ten temat, by nikt nie bagatelizował problemu.

Coraz częściej pojawia się postulat, aby obok katalogu praw pacjenta stworzyć także katalog jego obowiązków. Czy jednym z nich mogłaby być np. zasada poszanowania nietykalności osób pracujących w ochronie zdrowia?

Zdecydowanie tak. W ostatnich latach mocno akcentuje się prawa pacjenta — i słusznie — ale brak równoległego katalogu obowiązków powoduje, że niektóre osoby, zwłaszcza mające trudności z respektowaniem norm społecznych, czują się wręcz bezkarne. Spisanie obowiązków pacjenta wprowadzałoby element odpowiedzialności i jasno pokazywało, że określone zachowania podlegają sankcjom. Mowa tu chociażby o obowiązku poszanowania nietykalności, używania odpowiedniego języka i zachowania kultury osobistej wobec personelu medycznego. Naruszenie tych zasad mogłoby skutkować odmową udzielenia świadczeń — oczywiście z wyłączeniem sytuacji ratowania życia i zdrowia, gdzie zawsze obowiązuje etyka lekarska.

Czy w placówkach ochrony zdrowia funkcjonuje obecnie system wsparcia psychologicznego dla medyków, którzy doświadczyli agresji — nie tylko fizycznej, ale także werbalnej? Czy dyrektorzy szpitali rzeczywiście pomagają pracownikom po takich zdarzeniach?

To bez wątpienia powinno być elementem odpowiedzialnego zarządzania placówką. Dyrektorzy i menedżerowie podmiotów leczniczych mają oczywiście wiele problemów organizacyjnych, ale troska o bezpieczeństwo i komfort pracowników powinna być traktowana na równi z innymi priorytetami.

Chodzi nie tylko o reakcję „po fakcie”, czyli zapewnienie (choćby na koszt placówki) opieki psychologicznej czy — gdy jest to konieczne — psychiatrycznej w pierwszych godzinach po zdarzeniu. Równie istotne są działania prewencyjne: szkolenia, wskazywanie bezpiecznych rozwiązań i zwracanie uwagi na potencjalne sytuacje konfliktowe. Oczywiście, należy pamiętać, że ofiara nigdy nie może być traktowana jako prowokator zdarzenia. Jednocześnie jednak warto uczyć personel, jak reagować w trudnych okolicznościach, aby minimalizować ryzyko eskalacji agresji.

W tym kontekście warto wspomnieć o zmianach legislacyjnych. Procedowana nowelizacja Kodeksu karnego przewiduje modyfikację przepisów dotyczących obrony koniecznej. Lekarze i inni medycy, którzy odpowiedzą proporcjonalnie na atak, nie powinni mieć obaw, że sami zostaną później pociągnięci do odpowiedzialności karnej. To ważne, bo daje poczucie bezpieczeństwa i pewności, że w sytuacji zagrożenia mają prawo się bronić bez ryzyka dodatkowych problemów prawnych.

Na zakończenie chciałbym poruszyć jeszcze temat hejtu, który bardzo często zaczyna się w Internecie. To tam, w mediach społecznościowych czy na forach, pojawiają się pierwsze przejawy agresji wobec medyków. Jak państwo może chronić obywateli, a szczególnie pracowników ochrony zdrowia, przed tym zjawiskiem?

To rzeczywiście jeden z najtrudniejszych obszarów, a zarazem punkt wyjścia wielu aktów agresji. Konieczne są działania systemowe i środowiskowe — reagowanie na nadużycia, eliminowanie takich zachowań z własnych gremiów, a przede wszystkim ich piętnowanie. Ważne jest jednak, aby zachować równowagę: wolność słowa pozostaje fundamentem demokracji i nie może być nadmiernie ograniczana. Niezwykle potrzebne są jednak działania monitorujące oraz ścisła współpraca organów ścigania z organizacjami społecznymi i samorządami zawodowymi. To pozwoli skuteczniej identyfikować przypadki hejtu, klasyfikować je i reagować na nie w odpowiednim trybie.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz