

25 lat
na dyżurze

PULS **Medycyny**

Egzemplarz promocyjny

NR 7 (473) 30 WRZEŚNIA 2025 ISSN 1642-5154

CENA 37,50 ZŁ (w tym 8% VAT)

pulsmedycyny.pl

NOWA MINISTER ZDROWIA ROZPOCZYNĄ SWOJĄ MISJĘ

FAKTY Jakie priorytety zdefiniują kierunki działań resortu? ► **4-5**

FOT. TOMASZ BARAŃSKI/REPORTER



W GÓRĘ
Dr n. med.
Alicja Karney

na wniosek minister zdrowia objęła stanowisko dyrektora Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Zastąpiła Tomasza Maciejewskiego, którego mianowano wiceministrem zdrowia. Dr Karney od 2017 r. sprawowała funkcję wicedyrektora do spraw klinicznych w IMiDz. Jest drugą kobietą na tym stanowisku, po prof. Krystynie Bożkowiej, która kierowała Instytutem w latach 1971–1991.



W GÓRĘ
Prof. dr hab. n. med.
i n. o zdr. Piotr Dobrowolski

został nowym pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. Prof. Dobrowolski jest kierownikiem Samodzielnej Poradni Lipidowej oraz zastępcą kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia w Narodowym Instytucie Kardiologii. Pełni funkcję konsultanta w dziedzinie kardiologii dla woj. mazowieckiego.

OD REDAKTORA

„Puls Medycyny” dyżuruje już 25 lat!

DOKŁADNIE 15 WRZEŚNIA 2000 R. DO RĄK CZYTELNIKÓW TRAFIŁ PIERWSZY NUMER GAZETY, która bardzo szybko stała się jednym z najbardziej rozpoznawalnych branżowych tytułów środowiska medycznego.

JEST MI WIĘC NIEZWYKLE MIŁO OGŁOSIĆ OBCHODY ROKU JUBILEUSZOWEGO „PULSU MEDYCYNY”. Z okazji 25-lecia istnienia na rynku wydawniczym będziemy przypominać sylwetki ludzi związanych z tym tytułem, naszych ambasadorów. Wrócimy do historii naszych wydarzeń, które promują osiągnięcia polskiej medycyny, takich jak „Supertalenty w medycynie”, „Złoty Skalpel”, „Lista Stu”. Zapropnujemy też nowości, które — mam nadzieję — na stałe zagospodzą w kalendarzu wydawniczym i konferencyjnym. Zachęcam do śledzenia naszych łamów oraz serwisu pulsmedycyny.pl i social mediów.

ŚWIĘTUJĄC, NIE ZAPOMINAMY OCZYWIŚCIE O NAJWAŻNIEJSZYCH BIEŻĄCYCH SPRAWACH. Wrzesień obfitował w wydarzenia. Ich przegląd rozpoczynamy oczywiście od zapoznania się z planami nowej minister zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy i jej zespołu (► 4–5).

NA POCZĄTKU WRZEŚNIA KLINICYŚCI, PRZEDSTAWICIELE POLITYKI, BIZNESU, EKONOMII I NAUKI SPOTKALI SIĘ W KARPACZU, by podczas Forum Ochrony Zdrowia rozmawiać o najważniejszych wyzwaniach polskiej opieki zdrowotnej. Wsluchując się w ich głos, odnotowaliśmy kilka ciekawych wątków.



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

OTO POLSKIE TOWARZYSTWO KARDIOLOGICZNE OGŁOSIŁO ROK 2025 ROKIEM DIAGNOSTYKI GENETYCZNEJ W KARDIOLOGII. To nie jest symboliczny gest, ale decyzja, która może przesądzić o przyszłości polskiej kardiologii — twierdzili eksperci podczas debaty pt. „Genetyka w kardiologii — potrzeba na już” (► 14–15).

W RAMACH FORUM ODBYŁA SIĘ TEŻ DEBATA PT. „SZUKAJMY PRZYCZYŃ, NIE SKUTKÓW. KIEDY PROFILAKTYKA WKRA- CZA NA PIERWSZY PLAN?”. Uczestniczący w niej eksperci byli zgodni, że szczepienia są jedną z najważniejszych form zapobiegania chorobom, ale też szukania oszczędności w systemie ochrony zdrowia (► 30).

DUŻO MIEJSCA W TYM NUMERZE POŚWIĘCAMY KARDIOLOGII I ONKOLOGII. A to za sprawą takich wydarzeń, jak międzynarodowa konferencja poświęcona kardioonkologii: The Summit on Cardio-Oncology Excellence 2025, która odbyła się w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie, czy XXIX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Odwiedziliśmy te wydarzenia z kamerą. Wkrótce na pulsmedycyny.pl będą do obejrzenia i wysłuchania spotkania z ekspertami i ciekawe rozmowy.

KOMPENDIUM 24.PL
— PORTAL LEKARSKI —

NAJWIĘKSZA BAZA OFERT PRACY
DLA LEKARZY W POLSCE

1700 AKTUALNYCH
OGŁOSZEŃ

ZOBACZ



PULS
Medycyny

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

Dyrektor zarządzający Bonnier Healthcare Polska:
Fredrik Andersson
Dyrektor ds. sprzedaży:
Paulina Pietruczak
Dyrektor artystyczny:
Tomasz Młynarski
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 Matusiewicz, tel. 603 441 155
k.matusiewicz@pulsmedycyny.pl
Monika Majewska,
m.majewska@pulsmedycyny.pl
Katarzyna Lisowska,
(z-ca redaktora naczelnego ds. wydania online)
k.lisowska@pulsmedycyny.pl
Anna Rogalska,
a.rogalska@pulsmedycyny.pl
Anna Gumulka
a.gumulka@pulsmedycyny.pl

Współpraca redakcyjna:
Patrycja Pupiec
p.pupiec@pulsmedycyny.pl
Olga Tymonowska,
o.tymonowska@pulsmedycyny.pl
Dział marketingu i reklamy:
Dorota Dyś (kierownik działu realizacji),
tel. 605 948 158
e-mail: d.dy@pulsmedycyny.pl
Anna Mijakowska
(senior key account manager)
anna.mijakowska@konsylium24.pl

Anna Szostakiewicz (senior key account manager)
anna.szostakiewicz@konsylium24.pl
Aleksandra Uziębło (senior key account manager),
a.uzieblo@pulsmedycyny.pl
Alicja Dubniewska (key account manager)
a.dubniewska@pulsmedycyny.pl

Prenumerata: tel. 22 333 97 69

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

Złoty
Skalpel

2025
XVII EDYCJA
KONKURSU



ZESKANUJ I POZNAJ ZWYCIĘZCÓW
TEGOROCZNEJ EDYCJI!

Wyniki 22.10.2025 r.

Organizator

PULS
Medycyny

Współorganizator



NAUKOWA
FUNDACJA
POLPHARMY



„Apolityczność była warunkiem mojej pracy. Nowa ekipa, która jest ze mną, będzie gwarantem tego, że bez emocji politycznych będziemy w stanie wypracowywać rozwiązania, do których przekonamy polityków.

Jolanta Sobierańska-Grenda, minister zdrowia

Nowa ekipa MZ gotowa do wyzwań

Końcówka lipca przyniosła zmianę na stanowisku ministra zdrowia. Izabelę Leszczynę zastąpiła Jolanta Sobierańska-Grenda, prawniczka i menedżerka z Pomorza. Przedstawiając ją, premier Donald Tusk powiedział, że „mocną ręką i wbrew okolicznościom oraz różnym interesom zaprowadziła ład w szpitalach w województwie pomorskim”. W ten sposób wyraźnie dał sygnał, iż liczy, że taki porządek uda się zaprowadzić w całym kraju. Zapowiedział także, że wraz ze zmianą szefa tego ministerstwa nastąpi odpolitycznienie całego resortu.

Stworzenie takiego gabinetu zajęło Jolancie Sobierańskiej-Grendzie ponad miesiąc. U jej boku stanęli Tomasz Maciejewski i Katarzyna Kęcka. Jediną osobą z ekipy Izabeli Leszczyny, która pozostała na stanowisku w Ministerstwie Zdrowia, jest Katarzyna Kacperczyk.

Obecne kierownictwo resortu

Jolanta Sobierańska-Grenda od 2017 r. pełniła funkcję prezesa samorządowej spółki Szpitala Pomorskiego, w której przeprowadziła skuteczną restrukturyzację.

Karierę zawodową rozpoczęła w administracji samorządowej, w Starostwie Powiatowym w Malborku, gdzie kierowała Biurem Rady Powiatu, a w latach 2007-2011 była sekretarzem powiatu malborskiego.

Jest absolwentką Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego. Ukończyła studia MBA dla Kadry Medycznej oraz Advanced Management Program w Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie. Posiada tytuł doktora nauk społecznych w dziedzinie ekonomii i finansów.

Dr n. med. Tomasz Maciejewski jest specjalistą w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii, do czasu powołania na stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia pełnił funkcję dyrektora Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Jest również absolwentem studiów podyplomowych w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie, na kierunku Zarządzanie Organizacją Ochrony Zdrowia oraz studiów MBA z zakresu medycyny.

Podsekretarz stanu dr n. o zdr. Katarzyna Kęcka od 2019 r. była prezeską Zarządu Szpitalnego Centrum Medycznego w Goleniowie. Jest magistrem pielęgniarstwa (specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego) oraz asystentką w Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Podsekretarz stanu Katarzyna Kacperczyk jest urzędniczką państwową z wieloletnim doświadczeniem, także w zakresie współpracy międzynarodowej i wspierania współpracy gospodarczej i inwestycyjnej. To ona odpowiadała m.in. za rewizję Krajowego Planu Odbudowy.



FOT. PAP/WGZ

Priorytety i kontynuacje działań

Jolanta Sobierańska-Grenda za swoją misję na stanowisku ministra zdrowia uznała budowanie systemu ochrony zdrowia odpornego na różne kryzysy — zarówno pandemiczne, jak i związane z bezpieczeństwem Polski. Priorytety resortu są określone przez bieżące wyzwania: demograficzne (w tym starzenie się społeczeństwa), finansowe (ochrona zdrowia, bezpieczeństwo danych oraz nowe technologie).

W planie MZ na lata 2025-2027 jest zapisane wdrożenie ustawy reformującej szpitalnictwo oraz ustawy o działalności leczniczej. „Regulacje są zaproszeniem dla podmiotów leczniczych do ewentualnych zmian, niczego nie narzucają, nie obligują, ale stwarzają szereg rozwiązań, mających ułatwić podmiotom i organom właścicielskim podejmowanie decyzji” — przekazała minister Sobierańska-Grenda w trakcie swojego pierwszego spotkania z członkami sejmowej Komisji Zdrowia (24 września).

Poinformowała, że szpitale, które zdecydowały się skorzystać z nowych narzędzi, będą mogły liczyć na wsparcie przy wdrażaniu zmian. Do ich dyspozycji będzie blisko 1 mld zł w ramach Funduszu Medycznego na inwestycje i zakup sprzętu, zgodnie z przyjętymi zmianami reorganizacyjnymi w zakresie świadczeń.

Wiceminister Tomasz Maciejewski zapowiedział dużą aktywność w obszarze rozwoju narzędzi medycyny cyfrowej, działaniach na rzecz bezpieczeństwa danych oraz dalsze prace nad e-rejestracją. W planach resortu jest też wdrożenie kilku programów, m.in. szerokiego programu wczesnego wykrywania raka płuca opartego na tomografii komputerowej niskiej dawki, opieki nad kobietą ciężarną, uwzględniający deficyty w tym zakresie na terenach wiejskich, jak również wprowadzenie programu „Dobry posiłek w szpitalu” (obecnie w pilotażu) jako standardu w każdym takim podmiocie.

Nowelizacje ustaw o zawodach lekarza i pielęgniarki

Według informacji wiceminister Katarzyny Kęckiej, dążeniem resortu będzie wzmacnianie kadr medycznych, z czym są związane przygotowane w ministerstwie nowelizacje ustaw o zawodach lekarza i lekarza dentysty, o zawodach pielęgniarki i położnej oraz o niektórych zawodach medycznych. Ma tam zostać ujęty logopeda kliniczny.

„W przypadku lekarzy chodzi m.in. o wzmocnienie szkolenia specjalizacyjnego w ramach modułu podstawowego, usprawnienie mechanizmów weryfikacji wiedzy i umiejętności, optymalizację dystrybucji miejsc rezydentekich, uwzględniając wyzwania związane z nierównym dostępem do lekarzy w poszczególnych regionach kraju” — powiedziała Katarzyna Kęcka.

Nowa minister zapowiedziała również kontynuację programu leczenia niepłodności metodą in vitro, a także dalsze prace nad wprowadzeniem całkowitego zakazu używania jednorazowych papierosów elektronicznych oraz nad projektem ograniczającym dostępność alkoholu, przekazanym w marcu do konsultacji społecznych.

Nowy dokument strategiczny dotyczący polityki lekowej

Zdaniem wiceminister Katarzyny Kacperczyk, polityka lekowa przestała być tylko kwestią refundacji. „Polityka ta wpisuje się w szerszy kontekst bezpieczeństwa lekowego. Ostatnie zagrożenia i kryzysy pokazały, jak istotnym obszarem jest bezpieczeństwo zdrowotne, w tym lekowe” — oceniła wiceminister. Dlatego powstanie nowy dokument strategiczny poświęcony polityce lekowej.

Będzie on uwzględniał cyfryzację polityki lekowej, w tym „automatyzm refundacyjny”, który ma ułatwić lekarzom określenie poziomu refundacji przy wypisywaniu recept. To rozwiązanie ma być wdrożone już od początku 2026 r. Planowane są też rozwiązania w zakresie

dzielenia recepty, czyli możliwości jej realizacji w kilku aptekach, co ma poprawić dostępność leków dla pacjentów. Obecnie receptę zrealizowaną choćby częściowo w jednej aptece trzeba w niej zrealizować już w całości.

Dążenie do kompromisu w sprawie ustawy podwyżkowej

Minister Sobierańska-Grenda nie zamierza odpuścić także kwestii związanych z regulacją wynagrodzeń personelu medycznego. „Mamy ustawę, która budzi wiele emocji. Zapewne będziemy musieli uisnąć do negocjacji nad nią w zespole trójstronnym, bo tu jest nam potrzebny kompromis. Od wielu miesięcy różne środowiska sygnalizują, że realizacja zarówno ustawy podwyżkowej, jak i świadczeń, które są niezbędne dla pacjentów, powodują duży deficyt w budżecie NFZ” — powiedziała minister.

Gwoli wyjaśnienia dodała: „Nie próbujemy stawiać sprawy w ten sposób, że ktoś nie dostaje podwyżek. W tej chwili podwyżki są realizowane w szpitalach i zapisy ustawy na pewno będą przestrzegane. Natomiast środowiska sygnalizują, że być może potrzebna jest zmiana wskaźnika, od którego jest uzależniona wysokość podwyżki, czy przesunięcie okresu podwyżki z 1 lipca na 1 stycznia. Takie rozmowy prowadziła już minister Izabela Leszczyna, my będziemy je kontynuowali. Ja wierzę w dialog. Od dwóch miesięcy rozmawiam z różnymi interesariuszami i wierzę, że dojdziemy do kompromisu”.

Co ze składką zdrowotną?

Odnosząc się do ewentualnych zmian w składce zdrowotnej, Jolanta Sobierańska-Grenda wskazała, że trzeba zacząć od pokazania społeczeństwu, na co ona jest przeznaczana.

„Dzisiaj wiemy, że składki zdrowotne w naszym kraju nie są najwyższe w Europie i to, co oferujemy w systemie publicznym, znacznie je przekracza. Będę rekomendowała jeżeli nie podwyższanie składki, to określenie, z jakich źródeł możemy sfinansować deficyt, powiązany się w budżecie NFZ. Rozmowy na szczeblu rządowym z udziałem ministra finansów są już prowadzone” — wyjaśniła minister zdrowia.

Katarzyna Lisowska

25 lat



Innowacje pomogą przyspieszyć leczenie i diagnostykę, poprawią też ich jakość

„Nowe technologie budzą niepokój, bo wszyscy obawiamy się nowego. Zanim coś zmienimy w życiu, zawsze się zastanawiamy, czy na pewno tego potrzebujemy. Tak samo wygląda to w medycynie. Nie mam wątpliwości, że innowacje, nowe technologie będą odpowiadać za transformację opieki medycznej. Żeby lepiej z nich korzystać i się ich nie bać, będziemy potrzebować szerokiej edukacji” — uważa wiceminister zdrowia dr n. med. Tomasz Maciejewski, tłumacząc, co jest motorem zmian w ochronie zdrowia.

Co dziś najsilniej wpływa na to, jak zmienia się ochrona zdrowia w Polsce: pacjent, polityka czy innowacje?

Myszę, że każdy z tych elementów wpływa na to, jak zmienia się ochrona zdrowia. Pacjenci mają swoje oczekiwania, chcą współdecydować o procesie terapeutycznym, mają też swoje potrzeby i coraz głośniej je prezentują. Politycy chcą je spełniać, pewnie nie zawsze dokładnie wsłuchując się w nie, też dlatego, że te oczekiwania rodzą określone problemy. Z pewnością ważną rolę w tym odgrywa polityka, bo polityka jest dialogiem z nimi w obszarze ochrony zdrowia, co wpływa na zmiany w opiece medycznej.

A innowacje zawsze stymulują rozwój, zmiany. Z pewnością też trochę budzą niepokój, bo wszyscy obawiamy się nowego. Zanim coś zmienimy w życiu, zawsze się zastanawiamy, czy na pewno tego potrzebujemy. Tak samo wygląda to w medycynie. Nie mam wąt-

pliwości, że innowacje, nowe technologie będą odpowiadać za transformację opieki medycznej. Żeby lepiej z nich korzystać i się ich nie bać, będziemy potrzebować szerokiej edukacji.

Kiedyś, zanim zdecydowaliśmy, że samochód to narzędzie przydatne, przed przemieszczającym się pojazdem pojawiał się człowiek z chorągwią, który wszystkich przed nim ostrzegał. Jak przeszliśmy lekcję związaną z motoryzacją, to okazało się, że samochodu nikt się nie boi i każdy chce z niego korzystać. Tak samo będzie ze wszystkimi innowacyjnymi rozwiązaniami w medycynie. Jestem przekonany, że one pomogą przyspieszyć procesy diagnostyczne czy leczenie, a także poprawią ich jakość.

Ma pan odpowiadać w ministerstwie za e-zdrowie, lecznictwo, opiekę koordynowaną oraz nadzorować Departament Analiz i Strategii. W którym z tych obszarów jest największą rolę?

Chyba nie ma takiego obszaru, o którym można

powiedzieć, że jest mało pracy albo że jest mniej ważny. Celem jest, żeby one wszystkie dobrze współpracowały, bo działalność każdego z nich rzutuje na pracę kolejnego. Świadczenia muszą się opierać na danych, na nowych technologiach, ale równie ważne są te elementy analizy, które pokazują, jak efekty zdrowotne łączą się np. z wdrożeniem pewnych technologii. Wyzwaniem z pewnością jest połączenie tych obszarów w jedno ciało.

A w którym się pan najlepiej odnajduje? Jest pan od lat mocno zaangażowany w cyfrową transformację opieki medycznej, czy zatem e-zdrowie jest panu najbliższe?

Muszę się czuć dobrze w każdym z wymienionych obszarów, bo teraz będę pracować z każdym departamentem. Ale jak już mówiłem, to jest system naczyń połączonych, one wszystkie są sobie wzajemnie potrzebne do działania: jeden pilotuje, drugi dodaje dane czy też wspiera.

Jest pan ginekologiem, położnikiem, perinatologiem, dlatego dziś pewnie wielu liczy, że problemy z porodówkami, ale też różne kwestie związane z opieką okołoporodową — za pana wstawieniem — zostaną rozwiązane. Jaki

dlatego, że coraz więcej mamy w tym zakresie wyzwań” — zaznaczyła.

Wpływ uwarunkowań geopolitycznych

„Wcześniej, kiedy nie nadzorowałam Departamentu Polityki Lekowej, miałam rolę w tym obszarze było wzmocnienie polskiej polityki lekowej poprzez dołożenie komponentu bezpieczeństwa lekowego też w kontekście tych regulacji, które są osiągnięte w ramach Unii Europejskiej. Teraz z całym zespołem rozmawiamy o rozpoczęciu prac nad takim nowym podejściem do polityki lekowej, które uwzględniałoby obecne wyzwania geopolityczne, potrzebę wzmocnienia produkcji API w kraju, ale też poszukiwanie zdrowego balansu między terapiami innowacyjnymi a lekami generycznymi” — wyliczała wiceminister Kacperczyk.

Przypomniała, że takie podejście strona polska promowała w trakcie swojej prezydentury i prac nad pakietem farmaceutycznym. I w tym nurcie ma być trzonowa kolejna odsłona dokumentu strategicznego „Polityka Lekowa Państwa”.

Wiceminister dodała, że na poziomie unijnym trwają prace nad wieloletnimi



FOT. PAP/WGZ

ramami finansowymi i strona polska aktywnie zabiega, by bezpieczeństwo lekowe było w nowo tworzonej instrumentach wyraźnie uwzględnione.

„Mamy też nadzieję, że uda nam się wywalczyć razem z innymi państwami członkowskimi konkretną alokację na wsparcie producentów leków w Unii Europejskiej. To nie jest tylko postulat państw członkowskich i z całą pewnością również w ramach tych dyskusji będziemy te kwestie poruszać” — podsumowała Katarzyna Kacperczyk.

Katarzyna Lisowska

XXXIV Forum Ekonomiczne w Karpaczu

Polskiej ochronie zdrowia brakuje jasnych celów i strategicznego kierunku

Przez trzy dni klinicyści, przedstawiciele polityki, biznesu, ekonomii i nauki rozmawiali w Karpaczu o najważniejszych wyzwaniach polskiej opieki zdrowotnej. Wstuchując się w ich głos, trudno nie odnieść wrażenia, że obecnie nie wiemy, jaki jest stan zdrowia Polaków, jakie są ich potrzeby i co naprawdę osiągamy w ochronie zdrowia. Przede wszystkim brakuje strategicznego kierunku, w jakim system ochrony zdrowia powinien zmierzać.

Ponad 6 tys. gości przyjechało na XXXIV Forum Ekonomiczne, które odbyło się 2-4 września w Karpaczu. Podczas spotkań przedstawiciele polityki, biznesu, ekonomii i nauki rozmawiano o najważniejszych wyzwaniach współczesności. Wśród nich nie mogło zabraknąć wątków poświęconych opiece zdrowotnej.

Od 16 lat przestrzenia do debaty w tym obszarze jest Forum Ochrony Zdrowia, będące integralną częścią organizowanej w Karpaczu konferencji. W tym roku mocno wybrzmiały m.in. kwestie związane z bezpieczeństwem lekowym, profilaktyką, racjonalizacją kosztów świadczeń i ogólną poprawą efektywności systemu ochrony zdrowia.

Zwiększanie budżetu nie daje gwarancji sukcesu

Temat finansowania ochrony zdrowia wracał jak bumerang prawie w każdej sesji Forum. Eksperci, chociaż często różnili się co do pomysłów, jak należy finansować świadczenia zdrowotne oraz ile i na co potrzeba pieniędzy, byli niemal jednomyślni w ocenie, że samo zwiększanie nakładów to za mało, by system zaczął działać lepiej.

„W ciągu ostatnich kilku lat istotnie zwiększyliśmy nakłady na ochronę zdrowia, a kolejki pacjentów do świadczeń wzrosły, poczucie frustracji obywateli też” — stwierdziła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, w trakcie debaty okrągłego stołu pt. „Zdrowie jako warunek bezpieczeństwa i rozwoju ekonomicznego Polski. Od problemu do priorytetu dla polskiej polityki. Hack4Health: twórzmy wspólne rozwiązania”.

O wadze problemu dowodzi chociażby finansowanie świadczeń realizowanych w AOS, które w ciągu ostatnich dwóch lat wzrosło prawie dwukrotnie, a liczba procedur i obsłużonych pacjentów zmniejszyła się o kilka procent. „Sam pieniądź jest tylko i wyłącznie elementem wpływającym na działanie ochrony zdrowia. Objętość budżetu nie daje gwarancji sukcesu. Najpierw powinniśmy wiedzieć, co chcemy osiągnąć, a potem odpowiedzieć sobie na pytanie: jakie będzie optymalne rozwiązanie do tego, aby rezultat wyniku do kosztów był najbardziej efektywny. Na to poświęcamy bardzo mało uwagi” — wskazała dr Gałązka-Sobotka.

Jak ocenila, w zarządzaniu ochroną zdrowia wciąż nie opieramy się na danych Narodowego Funduszu Zdrowia czy GUS. Za to jest ogromna aproba dla korzyści utraconych

w związku z lękiem przed przejrzystością systemu. „Stworzyliśmy system, w którym przy niskim poziomie finansowania obiecujemy pacjentom góry, staramy się tworzyć wrażenie, że otaczamy ich bardzo szeroką opieką” — komentowała.

Zdaniem specjalistki, nie wyciągamy wniosków z podejmowanych działań i brakuje ewaluacji procesów. „Wszyscy są zachwyceni programem Moje zdrowie. Też uważam, że dzisiaj to teoretycznie wartościowa interwencja. Jednak nie został on uzbrojony w system raportowania danych, który pozwoliłby po roku odpowiedzieć na pytanie, czy program działa, jak prezentuje się kondycja zdrowotna Polaków, jakich pieniędzy będziemy potrzebowali w kolejnych latach, żeby rozwiązywać ich rzeczywiste problemy zdrowotne” — wyliczała dr Gałązka-Sobotka.

Podsumowując, wyraziła opinię, że jeżeli wciąż będziemy tkwić w przekonaniu, że wystarczy przyjąć ustawę i wdrażać organizacyjne zmiany, może nawet dokładać pieniądze, ale nie będziemy mieli odwagi, żeby obiektywnie sprawdzić, czy to działa, to nic w systemie ochrony zdrowia się nie zmieni.

Konieczne: wzrost składki zdrowotnej lub państwowe wsparcie
Jakub Szule, wiceprezes NFZ, podzielał pogląd, że samo zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia nie jest

receptą na sukces, ale w obecnej sytuacji to konieczność. W trakcie panelu „Zdrowe społeczeństwo, zdrowa gospodarka — wspólny cel” zwracał uwagę, że ostatnie znaczące reformy w ochronie zdrowia miały miejsce 15 lat temu i obecnie bez odważnych zmian nie da się dalej spinać, także finansowo, systemu. A ten opiera się obecnie na niewystarczających wpływach ze składki zdrowotnej. Bez jej wzrostu albo większego wsparcia z budżetu państwa system długo nie wytrzyma rosnących kosztów świadczeń oraz obciążeń wynikających z ustawy podwyżkowej.

Jak tłumaczył ekspert, koszt jej realizacji obecnie stanowi blisko jedną czwartą środków, którymi dysponuje NFZ. Spodziewając się, że przeciętne wynagrodzenie w gospodarce będzie dalej rosło, to bez wprowadzenia zmian w ustawie państwo będzie musiało istotnie zwiększyć dotację dla NFZ.

Z kolei ówczesny wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny, podczas debaty pt. „Zamknięte drzwi systemu — jak przełamać bariery finansowania w ochronie zdrowia?” zgodził się, że potrzeba więcej pieniędzy na zdrowie. Należy jednak też rozważyć, czy dziś system jest gotowy do absorpcji tych środków. Jak podkreślał, otwieranie drzwi, szczególnie finansowych, musi być bardzo przemyślane. „System nie jest przygotowany na nagły wzrost

budżetu, ponieważ wcześniej potrzebuje gruntownej reformy strukturalnej” — stwierdził wiceminister.

Strategia polityki lekowej na przyszłość

Przedstawiciele branży farmaceutycznej dosadnie zaś wyartikulowali, jakie warunki musi stworzyć państwo polskie, by zapewnić bezpieczeństwo leków obywatelom oraz poprawić dostępność do leków pacjentom. Wiktor Janicki, prezes zarządu AstraZeneca, w trakcie sesji „Zdrowe społeczeństwo, zdrowa gospodarka” zaznaczał, że bez jasno określonych celów, mierników postępu i długoterminowej, apolitycznej strategii zdrowotnej trudno będzie mówić o zdrowym społeczeństwie i silnej gospodarce.

„Jako branża mamy dziś poczucie, że nie istnieje żadna koncepcja, dokąd zmierza ochrona zdrowia w Polsce i co chce osiągnąć — chociażby w perspektywie 5-10 lat. Jeżeli np. zgadzamy się, że należy więcej wydawać na profilaktykę, bo inwestycja w nią oznacza niższe koszty leczenia w przyszłości, ale też większą produktywność gospodarki, to powinniśmy określić poziom nakładów, jakie chcemy na zdrowie wydawać. Co chcemy tym osiągnąć i jak to chcemy zmierzyć, żebyśmy mogli sprawdzać, czy zmierzamy do postanowionych celów” — mówił Wiktor

Janicki, podkreślając zarazem, że w przemyśle farmaceutycznym stabilność prawa odgrywa kluczową rolę.

Krzysztof Kopeć, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, wskazał z kolei na trzy kierunki działań, które są kluczowe dla budowania bezpieczeństwa lekowego kraju. Są to: rozwój krajowej produkcji leków, zachowanie konkurencyjnych przetargów oraz szybszy dostęp pacjentów do nowoczesnych terapii. Jak ocenił, obecnie brakuje sensownych zachęt dla producentów farmaceutyków, by rozwijali w kraju produkcję. Podkreślił, że producenci leków nie wiedzą, czy w ogóle jest krajowy plan na wypadek wojny albo chociażby wytyczne określające, jakie leki krytyczne należy gromadzić i jak je magazynować.

Czas, by profilaktyka wkroczyła na pierwszy plan

Kolejny temat, który pojawiał się w większości rozmów w trakcie Forum, to potrzeba przesunięcia

akcentów z leczenia na zapobieganie chorobom. Zwracano uwagę, że na profilaktykę przeznaczają się zbyt małe środki finansowe — zaledwie 1,9 proc. budżetu zdrowotnego, podczas gdy średnia unijna to 5,5 proc.

Eksperti zgodnie wskazywali, że problemem jest tylko szczupły budżet, ale i brak zainteresowania Polaków zdrowiem, czego chociażby dowodzi spadek popularności profilaktyki w postaci szczepień. Zmiana tego nastawienia — w ocenie klinicystów — jest kluczowa, dlatego że szczepienia są jedną z najważniejszych form zapobiegania chorobom, ale też szukaniami oszczędności w systemie ochrony zdrowia.

Uczestnicy debaty o roli profilaktyki w systemie ochrony zdrowia „Szukajmy przyczyn, nie skutków. Kiedy profilaktyka wkracza na pierwszy plan?” wskazali, że społeczeństwo dzieli się na trzy grupy: aktywnych, reaktywnych i przeciwników szczepień. Jak podkreślali, grupa reaktywnych, wciąż wahających się, jest

kluczowa dla zwiększenia poziomu wyszczepialności.

„Z badań Fundacji My Pacjenci wynika, że pacjenci odmawiają szczepień z dwóch głównych powodów: nie wierzą w ich skuteczność i boją się skutków ubocznych. Tutaj kłania się edukacja zdrowotna, ale też rekomendacja szczepień przez personel medyczny, głównie lekarzy i pielęgniarki” — mówiła dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR) i konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Podkreśliła ona, że aby ułatwić szczepienie tym, którzy już się zdecydowali, należy pokonywać bariery systemowe. „Na pewno barierą jest finansowanie. W tym obszarze przez ostatnie lata nastąpiło wiele pozytywnych zmian. Dotyczy to m.in. refundacji szczepionek przeciwko półpaścowi czy RSV dla kobiet ciężarnych i osób po 60. roku życia” — tłumaczyła.

Główny inspektor sanitarny dr n. med. Paweł Grzesiowski prze-

konywał, że publiczny dostęp do danych epidemiologicznych może być skutecznym narzędziem w walce z narastającą od lat falą ruchów antyszczepionkowych, siejących fałszywe informacje w mediach społecznościowych. „To podstawowy argument dla sceptyków — pokazać, że dzięki szczepieniom mamy mało zachorowań” — mówi dr Grzesiowski.

Prof. Robert Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, przypomniał, że choroby układu krążenia są w Polsce przyczyną śmierci 180 tys. osób rocznie, a koszty bezpośrednie i pośrednie tych chorób sięgają 56 mld złotych. Zdaniem eksperta, jest najwyższy czas, by wyjść poza leczenie i skupić się na zapobieganiu schorzeniom. „Profilaktyka to nie opcja, to konieczność” — stwierdził prof. Gil. Za priorytetowe działania w tym obszarze uznał: zwiększenie budżetu, edukację, cyfrowy kalendarz zdrowia oraz walkę z nałogami i otyłością.

Katarzyna Lisowska



„Sam pieniądź jest tylko i wyłącznie elementem wpływającym na działanie ochrony zdrowia. Objętość budżetu nie daje gwarancji sukcesu.

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka



„System nie jest przygotowany na nagły wzrost budżetu, ponieważ wcześniej potrzebuje gruntownej reformy strukturalnej.

Wojciech Konieczny



„Najwyższy czas, by wyjść poza leczenie i skupić się na zapobieganiu schorzeniom. Profilaktyka to nie opcja, to konieczność.

prof. Robert Gil



„Producenci leków nie wiedzą, czy jest krajowy plan na wypadek wojny albo wytyczne określające, jakie leki krytyczne należy gromadzić i jak je magazynować.

Krzysztof Kopeć

czas na onkologię

Rak prostaty: terapia ogniskowa alternatywą dla leczenia radykalnego?

Metody radykalnego leczenia raka gruczołu krokowego ograniczonego do narządu, takie jak prostatektomia i radioterapia, są skuteczne, ale obciążone licznymi działaniami niepożądanymi. U wybranych pacjentów alternatywną metodą — równie skuteczną, ale odznaczającą się korzystnym profilem bezpieczeństwa — może być terapia ogniskowa (fokalna), co wykazało badanie przeprowadzone pod patronatem Sekcji Urologii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Wyniki badania opublikowano na łamach „European Urology Oncology”.

Strategia postępowania w zlokalizowanym raku gruczołu krokowego zależy od stopnia zaawansowania nowotworu i przynależności do grupy ryzyka: niskiego, pośredniego lub wysokiego, która określa prawdopodobieństwo progresji choroby i rozwoju przerzutów.

Postępowanie zależne od grupy ryzyka rozwoju raka

„Wiemy, że u pacjentów z rakiem stercza ograniczonym do narządu z grupy pośredniego i wysokiego ryzyka nowotwór będzie postępował. Dlatego u chorych z oczekiwaną długością życia ponad 10-15 lat konieczne jest podjęcie leczenia polegającego na radykalnej prostatektomii, czyli usunięciu całego gruczołu krokowego wraz z nowotworem, albo na radioterapii, czyli napromienianiu całego gruczołu krokowego, które powoduje zniszczenie nowotworu. Przy czym u omawianej grupy pacjentów radioterapia jest skojarzona z terapią deprywacji androgenów (ADT), trwającą minimum 6 miesięcy” — wyjaśnia dr n. med. Aleksander Ślusarczyk z Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Natomiast rak prostaty niskiego ryzyka charakteryzuje się powolnym tempem wzrostu i niewielkim niebezpieczeństwem powstania przerzutów. U pacjentów z tej grupy wyróżnia się dwie strategie postępowania.

„Pierwszą, i w świetle obecnych wytycznych rekomendowaną, jest aktywny nadzór, czyli obserwacja, czy wykryty nowotwór postępuje. Druga strategia — stosowana u wybranych chorych z tej grupy — zakłada wcześniej wspomniane leczenie radykalne, przy czym radioterapia jest stosowana samodzielnie, bez deprywacji androgenowej” — tłumaczy urolog.

„Niezupełnie się zgadzam z dr. Ślusarczykiem. Historycznie, leczenie radykalne było stosowane u pacjentów z grupy niskiego ryzyka, obecnie jednak takie postępowanie jest wbrew wytycznym Europejskiego Towarzystwa



Urologicznego (EAU), jest błędem i nie możemy tłumaczyć jakiegokolwiek terapii a priori u tych chorych” — dodaje z kolei dr hab. n. med. Paweł Rajwa, prof. CMKP, z II Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

Możliwe powikłania po prostatektomii i napromienianiu
Eksperti zwracają uwagę, że wspomniane leczenie radykalne jest obciążone licznymi i poważnymi konsekwencjami.

„U większości pacjentów poddanych prostatektomii radykalnej występują zaburzenia erekcji, a u ok. 10-20 proc. nietrzymanie moczu. Po zastosowaniu radioterapii tego typu powikłania odnotowuje się rzadziej (choć u pacjentów poddanych dodatkowo ADT pojawiają się zaburzenia erekcji). Odległymi konsekwencjami napromieniania są jednak m.in.: krwotoczne zapalenie pęcherza, nawracający krwimocz, zapalenie błon śluzowych odbytnicy, zwężenie cewki moczowej czy wtórne nowotwory w obszarze miednicy



Wspomniane badanie może być krokiem zbliżającym do powszechnej akceptacji terapii ogniskowej w leczeniu zlokalizowanego, istotnego klinicznie raka gruczołu krokowego.

mniejszej, w tym innych narządów układu moczowego” — wymienia dr Aleksander Ślusarczyk.

„Dodatkowo, pomimo udowodnionej skuteczności w przedłużaniu życia pacjentów z rakiem prostaty, w przypadku deprywacji androgenowej istnieje zwiększone ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, demencji, rozwoju cukrzycy czy osteoporozy. W związku z tym możemy wyleczyć pacjenta z raka stercza, ale może on umrzeć z powodów sercowo-naczyniowych czy powikłań cukrzycy, które zostały wywołane lub nasilone przez leczenie systemowe” — dodaje dr hab. Paweł Rajwa.

Eksperyment czy uznana metoda terapii

W omawianym przypadku alternatywną opcją leczenia, pozwalającą na dobrą kontrolę miejscową nowotworu, przy jednoczesnym zminimalizowaniu toksyczności leczenia, może być terapia ogniskowa (fokalna, FT). Wykazały to wyniki badania przeprowadzonego pod patronatem Sekcji Urologii Onkologicznej Polskiego

Towarzystwa Urologicznego, opublikowane następnie na łamach czasopisma „European Urology Oncology”.

„W środowisku urologów wciąż trwa dyskusja dotycząca tego, na ile terapia fokalna jest eksperymentalną, a na ile uznaną metodą leczenia. Według aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, terapia ogniskowa raka stercza jest metodą eksperymentalną i pozostaje w fazie badań klinicznych. W EAU oczekuje się na długoterminowe wyniki badań randomizowanych, potwierdzających jej skuteczność i bezpieczeństwo, choć np. w University College London (UCL), gdzie obecnie przebywam na stażu, jest to już metoda uznana” — mówi dr hab. Paweł Rajwa.

Wspomniane badanie może być krokiem zbliżającym do powszechnej akceptacji terapii ogniskowej w leczeniu zlokalizowanego, istotnego klinicznie raka gruczołu krokowego.

TERAPIA OGNISKOWA

Celowane niszczenie tylko zmiany nowotworowej

Terapia ogniskowa raka gruczołu krokowego to minimalnie inwazyjna metoda leczenia, precyzyjnie wymierzona w ognisko nowotworu. Leczony jest nie cały narząd — jak w przypadku radykalnej prostatektomii i radioterapii — lecz jedynie obszar stercza zajęty procesem nowotworowym, z pozostawieniem zdrowej tkanki.

W tym postępowaniu wykorzystuje się: krioterapię, ultradźwięki o wysokiej intensywności (HIFU), ogniskową ablację laserową (FLA), brachyterapię (FB), nieodwracalną elektroporację (IRE), terapię fotodynamiczną (PDT), ablację mikrofalową (MWA), ablację prądem o częstotliwości radiowej (RFA).

Grupa objęta analizą badawczą

„Do naszej metaanalizy włączyliśmy 50 badań prospektywnych — czyli dostarczających dowody wyższej jakości niż badania retro-

25 lat



WARTO WIEDZIEĆ

Przełomowe badanie

Badanie „Outcomes of Focal Therapy for Localized Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Studies” jest pierwszą pracą pod patronatem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, która została opublikowana w prestiżowym czasopiśmie „European Urology Oncology”. „Co więcej, prof. Rafael Sanchez-Salas z Uniwersytetu McGill w Montrealu, założyciel Focal Therapy Society — największej organizacji poświęconej tej metodzie leczenia — wskazał nasze badanie jako jedno z przełomowych spośród wszystkich, które do tej pory dotyczyły terapii fokalnej. Dokładamy więc przysłowiową cegiełkę do zrozumienia znaczenia tej terapii, pamiętając, że nie jest ona jeszcze dokładnie zbadana i potrzebujemy danych dotyczących odległych wyników leczenia” — podkreśla dr hab. Paweł Rajwa.

wskaźnik 5-letniego przeżycia bez leczenia radykalnego i systemowego u pacjentów ze wszystkich grup ryzyka wyniósł 82 proc. „Oznacza to, że w ciągu 5 lat od zakończenia leczenia terapią fokalną 4 na 5 pacjentów uniknęło radykalnej prostatektomii, radioterapii i terapii deprywacji androgenowej” — podkreśla ekspert. W związku z tym tylko ok. 20 proc. chorych wymagało bardziej agresywnego leczenia w ciągu 5 lat.

„Co istotne, wyniki leczenia radykalnego, zastosowanego po niepowodzeniu terapii fokalnej, są bardzo dobre — zarówno te funkcjonalne, jak i onkologiczne. Wydaje się więc, że wprowadzając terapię fokalną u wyselekcjonowanych chorych, nie tracimy szansy na późniejsze wyleczenie pacjenta. Radykalna prostatektomia i radioterapia to bardzo skuteczne metody leczenia” — zaznacza z kolei dr hab. Paweł Rajwa, ostatni autor badania.

Dr Aleksander Ślusarczyk zwraca przy tym uwagę, że jedynie 7 przeanalizowanych prac dostarczało danych z 5-letnich obserwacji. Jednocześnie w dalszym ciągu nie ma rzetelnych danych dotyczących efektów leczenia FT po upływie 5 lat. „Mimo to otrzymane wyniki są bardzo obiecujące” — podkreśla urolog.

Występowanie zdarzeń niepożądanych

Wykazano także, że terapia ogniskowa odznacza się korzystnym profilem bezpieczeństwa, z niskim wskaźnikiem poważnych powikłań. Częstość występowania ciężkich zdarzeń niepożądanych stopnia ≥ 3 według Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) wyniosła 3 proc. „Toksyzność terapii fokalnej jest więc dużo mniejsza niż radykalnej prostatektomii, radioterapii i leczenia systemowego” — zwraca uwagę dr Aleksander Ślusarczyk.

Wyniki funkcjonalne również były zadowalające, ponieważ FT tylko nieznacznie zwiększa ryzyko nietrzymania moczu.

Co prawda u 11 proc. pacjentów rozwinęły się niewystępujące wcześniej zaburzenia erekcji, ale — jak zauważa urolog — „im starszy pacjent, tym częściej występują u niego zaburzenia erekcji, a zatem w dłuższej obserwacji po terapii fokalnej również będą obserwowane zaburzenia erekcji, które są po części związane z wiekiem pacjenta”.

„Poza tym częstość występowania zaburzeń erekcji po terapii fokalnej i tak jest zdecydowanie niższa niż po prostatektomii czy — w ujęciu długotermin — radioterapii z deprywacją androgenową” — zaznacza dr Ślusarczyk.

Badania kontrolne:

w poszukiwaniu wznowy

Eksperti przeprowadzili również dokładną analizę badań kontrolnych, wykonanych po leczeniu onkologicznym (faza *follow-up*). W 45 na 50 prac wykorzystano obrazowanie prostaty metodą rezonansu magnetycznego (MRI) w celu wykrycia nawrotu choroby — zazwyczaj w ciągu 6-12 miesięcy po terapii fokalnej. Biopsje były obowiązkowe w 41 badaniach, które wykonywano najczęściej w ciągu 6-12 miesięcy. Z kolei stężenia PSA oznaczano zwykle co 3-6 miesięcy przez pierwsze 12-24 miesiące od zabiegu, a następnie co 6-12 miesięcy.

„Dostarczone informacje z badań prospektywnych są więc wiarygodne i świadczą o skuteczności terapii fokalnej. Jej skuteczność może być nawet niedoszacowana, jeśli wziąć pod uwagę wznowy nowotworu poza polem ablacji, które było poddawane terapii fokalnej. Prawie połowa wznow raka wykrytych w biopsji prostaty w fazie obserwacji była w miejscach, które nie były poddawane wcześniej ablacji. A zatem dochodziło do wykrycia

nowego ogniska raka w dotychczas „nielezionej” części gruczołu krokowego” — stwierdza dr Aleksander Ślusarczyk.

W badaniach poddanych metaanalizie terapia fokalna została wykorzystana w celu zniszczenia pojedynczego ogniska guza, który był guzem dominującym, rakiem istotnym klinicznie. Tymczasem u części pacjentów występował wielogniskowy rak prostaty, co oznacza, że nowotwór był zlokalizowany w kilku miejscach (nie tylko w jednym) w gruczole krokowym. Nie wszystkie ogniska raka były poddawane terapii fokalnej (najczęściej zmiany te były nowotworem nieistotnym klinicznie, poddanym jedynie obserwacji). Odnotowane wznowy nowotworu po terapii fokalnej mogły więc pochodzić również z tych nieleczonych ognisk.

Jednak metodologicznie nie zawsze byliśmy w stanie odróżnić wznow występujących w ognisku poddanym terapii fokalnej od tych zlokalizowanych poza polem poddanym FT. W związku z tym wszystkie wznowy: czy to zlokalizowane w ognisku poddanym terapii fokalnej, czy w innych ogniskach prostaty, były liczone jako wznowa nowotworowa, co może sprawiać, że skuteczność omawianej metody leczenia jest niedoszacowana i może być wyższa niż wspomniane 80 proc.” — wyjaśnia dr Ślusarczyk.

Kluczowa odpowiedź na kwalifikacja chorych do FT

Eksperti zwracają uwagę, że największym wyzwaniem związanym z zastosowaniem terapii fokalnej jest odpowiednia kwalifikacja chorych do tej metody leczenia.

„Idealnymi kandydatami do terapii fokalnej są pacjenci z pojedynczym, dominującym ogniskiem nowotworu, widocznym w badaniu MRI. W University College London, który jest wiodącym ośrodkiem leczenia raka gruczołu krokowego

na świecie, u znacznej proporcji pacjentów z grupy pośredniego ryzyka, a nawet pojedynczych chorych z grupy wysokiego ryzyka, u których nowotwór jest zlokalizowany w jednym ognisku, stosuje się terapię fokalną. Dopiero gdy okaże się nieskuteczna, wdrażane jest leczenie radykalne” — tłumaczy dr hab. Paweł Rajwa.

Warunkiem właściwej kwalifikacji do FT są nowoczesne techniki obrazowania, pozwalające na identyfikację ogniska raka stercza istotnego klinicznie, oraz biopsje celowane.

„Jeżeli dysponujemy metodami diagnostycznymi pozwalającymi stwierdzić, w którym dokładnie miejscu zlokalizowane jest ognisko nowotworu, to jesteśmy w stanie je skutecznie zniszczyć za pomocą terapii fokalnej i osiągnąć ww. wyniki leczenia. Wydaje się, że kolejnym przełomem będzie rutynowe stosowanie badania PSMA PET przed terapią fokalną. Posiadamy dane, z których wynika, że nawet u 50 proc. mężczyzn obraz PSMA PET jest niezgodny z MRI, tj. występują m.in. różnice w liczbie albo rozmiarze uwidocznionych ognisk raka prostaty” — przekonuje urolog, podkreślając, że terapia fokalna wydaje się być przyszłością w leczeniu raka gruczołu krokowego.

„Jeżeli będziemy mieli więcej danych wskazujących, u których pacjentów jest to najlepsza metoda leczenia (a te dane pojawiają się wkrótce), to prędzej czy później terapia fokalna stanie się standardem postępowania. Tak jak obecnie jest powszechnie uznana metoda leczenia w University College London — powstał tu nawet specjalny pododdział terapii fokalnej” — wskazuje dr hab. Paweł Rajwa.

Jak sam przyznaje, nie miał dużego doświadczenia z tą metodą leczenia i zgodnie z ogólnie przyjętym dogmatem uważał, że w raku prostaty wyłącznie terapia radykalna ma sens. „Obecnie, mimo że pracuję w oddziale chirurgii robotycznej w UCL, powoli staję się fanem terapii fokalnej. Wydaje się, że jako urologzy powinniśmy mieć otwarty umysł i porzucić założenie, że w raku prostaty jedna terapia jest odpowiednia dla wszystkich chorych — w 2025 r. czas na leczenie personalizowane” — podsumowuje dr hab. Paweł Rajwa.

Monika Majewska

1. Outcomes of Focal Therapy for Localized Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Studies. [https://uoncolology.europeanurology.com/article/S2588-9311\(25\)00039-2/abstract](https://uoncolology.europeanurology.com/article/S2588-9311(25)00039-2/abstract)

Wysokiej jakości diagnostyka patomorfologiczna to klucz do skutecznego leczenia onkologicznego

Nie wykorzystamy w pełni potencjału terapii onkologicznych bez dostępu do diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej nowotworów, i to diagnostyki wysokiej jakości — zgodnie podkreślili eksperci podczas debaty „Pulsu Medycyny” pt. Diagnostyka patomorfologiczna i molekularna podstawą efektywnego leczenia nowotworów. „Jakość jednak kosztuje — wskazał prof. Andrzej Marszałek — jesteśmy za biedni, żeby kupować tanie rzeczy”.

Deбата odbyła się tydzień po posiedzeniu sejmowej podkomisji stałej ds. onkologii, poświęconemu właśnie diagnostyce patomorfologicznej, w związku z czym był to pierwszy wątek dyskusji ekspertów. Prof. dr hab. n. med. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, w tej części debaty wskazał na rosnące wymagania dotyczące diagnostyki patomorfologicznej, konieczność wznowienia procesu akredytacji i możliwości finansowania Jednorodnych Grup Pacjentów w Patomorfologii (JGPato).

Co dalej z certyfikatami akredytacyjnymi?

Przypomnijmy, że w styczniu 2021 r. rozpoczął się trwający nieco ponad rok pilotaż akredytacji zakładów patomorfologii, który miał ocenić wpływ elementów jakościowych, potwierdzających skuteczność diagnostyki patomorfologicznej. Równolegle trwał pilotaż wyceny badań patomorfologicznych (JGPato). Efektem tych działań było wprowadzenie — na podstawie zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia — czterech nowych produktów rozliczeniowych. Świadczenia dotyczą diagnostyki materiału onkologicznego: małego, dużego, specjalnego oraz badań śródoperacyjnych.

„Badania patomorfologiczne są gdzieś „zaszyte” w procedurach klinicznych, ale w wartości sprzed przełomu wieków. Obecnie wymagania dotyczące wykonywania tych badań i ich ceny są już zupełnie inne. Powstał więc pomysł, aby zakłady patomorfologii mogły występować o dodatkowe nakłady finansowe, co umożliwiałoby im przeprowadzanie kompleksowej diagnostyki” — wyjaśnił genezę pilotażu JGPato prof. Andrzej Marszałek.

Dodatkowo w Ministerstwie Zdrowia prowadzony był projekt PO WER na rzecz poprawy jakości w patomorfologii, w trakcie którego opracowano standardy organizacyjne oraz standardy postępowania w patomorfologii. Jednostkom uczestniczącym w projekcie, które spełniły standardy, przyznano certyfikaty akredytacyjne.

„Kluczowe jest to, że akredytacja jest warunkiem otrzymania dodatkowego finansowania badań patomorfologicznych z Narodowego Funduszu Zdrowia” — podkreślił prof. Marszałek. Tymczasem proces akredytacji został wstrzymany po zakończeniu pilotażu w marcu 2023 r. Od tego czasu nowe podmioty nie mogą uzyskać akredytacji, a już otrzymane certyfikaty wygasają w czerwcu 2026 r.



O możliwościach zachowania ich ciągłości mówiła Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia podczas wspomnianej podkomisji stałej do spraw onkologii. Poinformowała, że obecnie Rada Akredytacyjna przygotowała nowe standardy akredytacyjne, które po zaakceptowaniu przez ministra zdrowia zostaną opublikowane w formie obwieszczenia.

„Możemy zdążyć z przedłużeniem ważności certyfikatów zakładów patomorfologii, które wygasają w czerwcu 2026 r. ale będzie to bardzo trudne do wykonania. Kluczowy jest czas. Jeżeli standardy zostaną ogłoszone w listopadzie lub w grudniu br., to z punktu widzenia technicznego nie da się osiągnąć tego celu” — zaalarmował prof. Andrzej Marszałek.

Kwestia finansowania badań i zachowania ich standardów

Prof. Marszałek wskazał, iż opóźnienie w procesie recertyfikacji niesie za sobą poważne konsekwencje, wśród których najpoważniejsza jest ta, że jednostki nie będą zainteresowane dobrym wykonywaniem badania, zgodnym z opracowanymi standardami.

„Jak wspominałem, bez akredytacji zakłady nie mogą starać się o dodatkowe finansowanie badań patomorfologicznych z NFZ. Wygaśnięcie certyfikatu spowoduje zatem utratę znacznych środków przeznaczonych na prowadzoną działalność diagnostyczną. Z kolei brak odpowiedniego finansowania będzie skutkował wykonywaniem

badń w sposób suboptimalny” — powiedział ekspert.

Oznacza to, że pacjenci będą musieli długo czekać na wyniki badań, a ich jakość w wielu przypadkach może nie być najlepsza. Wznowienie procesu akredytacji jest więc niezbędnym elementem zapewnienia przestrzegania procedur patomorfologicznych.

Poza potrzebą wznowienia akredytacji, konieczna jest także możliwość finansowania Jednorodnych Grup Pacjentów w Patomorfologii. W ocenie prof. Marszałka, akredytacja jednostek diagnostyki patomorfologicznej i finansowanie procedur JGPato to wypracowany przez środowisko patomorfologów system połączenia jakości z finansowaniem.

Z kolei dr n. med. Andrzej Tysarowski, kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej, zwrócił uwagę, że od jakości badań patomorfologicznych w dużym stopniu zależna jest diagnostyka molekularna.

„Prawidłowe zabezpieczenie materiału bezpośrednio warunkuje możliwość wykonania wiarygodnych badań genetycznych, także tych najbardziej zaawansowanych. Gdy otrzymujemy materiały od jednostek, które nie dostały akredytacji i standardy ich pracy są niższe niż w certyfikowanych zakładach, nie mamy pewności, czy uzyskamy wiarygodny wynik badania technikami biologii molekularnej” — wyjaśnił dr Tysarowski.

Konieczny dostęp do kompleksowego profilowania genomowego

Pozostając w temacie diagnostyki molekularnej, dr Tysarowski wskazał, że obecnie finansowana jest diagnostyka mutacji BRCA1 i BRCA2 z błocka parafinowego. Z kolei od 1 lipca pacjenci z nowotworami BRCA-zależnymi mogą wykonać badania genetyczne w trybie ambulatoryjnym, bez konieczności hospitalizacji. To bardzo pozytywna zmiana, jednak niezbędne jest dalsze zwiększenie finansowania badań genetycznych, w tym zaawansowanych testów genetycznych, jakimi są testy kompleksowego profilowania genomowego, aby zapewnić pacjentom dostęp do nowoczesnych terapii.

Wśród niezaspokojonych potrzeb w tym obszarze wymienił m.in. refundację badania HRD (uszkodzenia genów rekombinacji homologicznej), które jest niezbędne, aby móc zakwalifikować pacjentki z rakiem jajnika do dostępnego już w Polsce leczenia.

Dr Tysarowski zaznaczył, że konieczne jest także wprowadzenie testu wielogenowego jako świadczenia gwarantowanego. Wątek ten rozwinęła dr n. med. Katarzyna Pogoda, przewodnicząca Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, precyzując, że testy te określają prawdopodobieństwo nawrotu raka piersi oraz szansę na odniesienie korzyści z chemioterapii. Pomagają więc personalizować leczenie.

„Z jednej strony, mamy grupę pacjentek, u których należy zastosować chemioterapię ze względu na wysokie ryzyko nawrotu choroby. Z drugiej — pacjentki, u których to ryzyko jest niskie i w związku z tym nie wymagają leczenia tą metodą. Pomiędzy nimi jest spora grupa pań, w przypadku których zastanawiamy się, czy wymagają podania chemioterapii, czy też nie, ponieważ np. występuje u nich tylko jeden czynnik wysokiego ryzyka nawrotu. Właśnie u nich należy wykonać testy wielogenowe, ułatwiające identyfikację pacjentek, które wymagają chemioterapii” — wyjaśniła dr Katarzyna Pogoda, wymieniając korzyści dla onkologa, pacjentki i systemu, jakie daje wykonanie testu.

Dzięki temu lekarz jest przekonany co do zastosowanej metody leczenia u pacjentki, a ta z kolei ma pewność, że chemioterapia jest naprawdę potrzebna. Co więcej, testy wielogenowe, umożliwiając bezpieczne odstąpienie od chemioterapii tam, gdzie nie przyniosłaby korzyści, zwiększają szanse pacjentek na szybszy powrót do codzien-

nej aktywności, w tym zawodowej. Przekłada się to na ich stabilność ekonomiczną, a w szerszej perspektywie wspiera efektywność rynku pracy.

Testy immunohistochemiczne poza zasięgiem

Zdaniem ekspertów, konieczne jest także wprowadzenie odrębnego finansowania oceny czynników predykcyjnych w onkologii, dokonywanej m.in. technikami immunohistochemicznymi.

Takie badania mają znaczenie m.in. w raku jajnika. Joanna Konarzevska-Król, dyrektorka Fundacji Onkologicznej Nadzieja, przypomniała, że od października pacjentki z płatynooopornym rakiem jajnika z dodatnim receptorem folianowym alfa (FRα) otrzymają szansę leczenia koniugatem mirwetuksymabem sorawtanzy. Terapia jest przeznaczona dla chorych, które wcześniej otrzymały od jednego do trzech schematów leczenia systemowego.

Pacjentki, które odnoszą najlepsze korzyści z leczenia, to chore z wysokim poziomem ekspresji receptora FRα. „To receptor, który znajduje się na powierzchni komórek nowotworowych. Stopień jego ekspresji oznacza się za pomocą testu immunohistochemicznego, który można włączyć do pierwotnego panelu diagnostycznego w raku jajnika. Jego koszt to aktualnie mniej niż 400 zł za pacjentkę” — poinformował prof. Andrzej Marszałek.

Rozmówcy wskazali, że najkorzystniej byłoby wykonywać badanie na samym początku diagnostyki, że świeżego materiału, ale te badania nie są osobno wycenione. Pojawił się zatem apel o zmianę tego stanu.

„Większość pacjentek z rakiem jajnika z czasem staje się płatynoooporna. W związku z tym oznaczenie ekspresji receptora FRα na samym początku diagnostyki, że świeżej tkanki, w pierwotnym panelu, spowoduje, że pacjentki już rozpoczynając proces diagnostyczny będą wiedziały, że jeśli nastąpi progresja, to dostaną szansę na leczenie, które być może okaże się bardzo skuteczne” — zaznaczyła Joanna Konarzevska-Król.

Nawiązując do tematu testów immunohistochemicznych, Aleksandra Wilk, dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji To się Leczy, zwróciła uwagę, że brakuje także finansowania diagnostyki w kierunku PD-L1. To badanie, które pozwala ocenić, czy pacjent kwalifikuje się do immunoterapii.

„Oznaczenie ekspresji czynnika predykcyjnego PD-L1 jest konieczne nie tylko w przypadku raka płuka, lecz także innych nowotworów. Apeluję o to, aby był odrębny koszt świadczeń gwarantowanych badań immunohistochemicznych, niezbędnych do zastosowania zarówno leczenia radykalnego, jak i terapii dla osób z nowotworami zaawan-

sowanymi. Drugim postulatem jest przesunięcie diagnostyki do ambulatorium, co wygeneruje oszczędności, które można zainwestować w diagnostykę pogłębianą. Trzecim postulatem jest finansowanie płynnej biopsji w raku płuca” — wymieniła potrzeby z obszaru diagnostyki Aleksandra Wilk.

Płynna biopsja w raku płuca i raku prostaty

Ten ostatni wątek szerzej omówił dr n. o zdr. Michał Chrobot, prezes Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych, również wskazując na pilną potrzebę umożliwienia wykonywania płynnej biopsji w raku płuca oraz w raku prostaty. Odnosił się przy tym do wspomnianych przepisów, obowiązujących od 1 lipca. Podkreślił, że jest to krok w dobrym kierunku, jednak ograniczenia wprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmniejszają dostępność do tych badań.

„Obecnie dla pacjentów z zaawansowanym rakiem prostaty dostępne są terapie ukierunkowane molekularnie, których nie było w momencie, gdy pobierano od nich materiał tkankowy do badania. Próbowujemy więc wykonać badanie molekularne na potrzeby kwalifikacji do terapii, wykorzystując materiał sprzed lat. Jednak jakość utrwalonego materiału jest tak niska, że nie nadaje się do oceny” — informował dr Chrobot.

Z kolei w przypadku raka płuca często jest mało materiału diagnostycznego. „Może udaje się na jego podstawie postawić rozpoznanie patomorfologiczne, ale materiału na badanie molekularne już nie starcza. Tymczasem badania biologii molekularnej są kluczowe dla wyznaczenia prawidłowej ścieżki terapeutycznej. Zdarzają się również sytuacje, w których materiał w ogóle nie jest diagnostyczny. Opcją jest wykonanie badania płynnej biopsji, ale ta nie jest możliwa do rozliczenia z materiału pobranego ambulatoryjnie” — wyjaśnił dr Chrobot.

„Są narzędzia umożliwiające wykonanie wysokiej jakości diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej. Tylko że jakość kosztuje, ale w ostatecznym rozrachunku przynosi oszczędności. Można powiedzieć, że jesteśmy za biedni, żeby kupować tanie rzeczy. Cytując to powiedzenie, chcę podkreślić, że powinniśmy zainwestować raz a dobrze w droższe, lepszej jakości produkty. W dłuższej perspektywie przynosi to znacznie więcej oszczędności, niż ciągłe kupowanie tanich, niskiej jakości produktów, co generuje większe koszty. W naszym przypadku ciągle kupowanie tanich, niskiej jakości produktów oznacza m.in. powtarzanie kilka razy tego samego badania, bo materiał tkankowy z różnych powodów okazał się niediagnostyczny. Lepiej badanie wykonać raz a dobrze, zgodnie ze standardami” — podsumował prof. Andrzej Marszałek.

Monika Majewska



prof. Andrzej Marszałek



dr Katarzyna Pogoda



Joanna Konarzevska-Król



dr Michał Chrobot

Prawidłowe zabezpieczenie materiału bezpośrednio warunkuje możliwość wykonania wiarygodnych badań genetycznych, także tych najbardziej zaawansowanych. Gdy otrzymujemy materiały od jednostek, które nie uzyskały akredytacji, a standardy ich pracy są niższe, nie mamy pewności, czy uzyskamy wiarygodny wynik badania technikami biologii molekularnej.

dr Andrzej Tysarowski



Aleksandra Wilk

Oznaczenie ekspresji czynnika predykcyjnego PD-L1 jest konieczne nie tylko w przypadku raka płuca, lecz także innych nowotworów. Apeluję o to, aby był odrębny koszt świadczeń gwarantowanych badań immunohistochemicznych, niezbędnych do włączenia zarówno leczenia radykalnego, jak i terapii dla osób z nowotworami zaawansowanymi.



Od 1 lipca pacjenci z nowotworami BRCA-zależnymi mogą wykonać badania genetyczne w trybie ambulatoryjnym — bez konieczności hospitalizacji. To krok w dobrym kierunku, jednak ograniczenia wprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmniejszają dostępność do tych badań.

Większość pacjentek z rakiem jajnika z czasem staje się płatynoooporna. W związku z tym oznaczenie ekspresji receptora FRα ze świeżej tkanki, w pierwotnym panelu, spowoduje, że pacjentki już na początku procesu diagnostycznego będą wiedziały, że jeśli nastąpi progresja, to dostaną szansę na leczenie.

Nowoczesne immunoterapie zmieniają podejście do leczenia chłoniaka grudkowego

„Chłoniak grudkowy to choroba przewlekła, która będzie towarzyszyć pacjentowi przez całe życie, ale nowoczesne terapie immunologiczne pozwalają nam coraz skuteczniej kontrolować jej przebieg” — podkreśla prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos, hematolog.

Jakie są kluczowe wyzwania terapeutyczne i organizacyjne w związku z rosnącą liczbą pacjentów hematologicznych w Polsce?

Starzejące się społeczeństwo, coraz lepsza diagnostyka oraz znacząca poprawa skuteczności leczenia sprawiają, że liczba pacjentów z nowotworami układu mieloidalnego i limfoidalnego systematycznie rośnie. Już teraz obserwujemy wyraźny wzrost, a prognozy wskazują, że w kolejnych latach chorych będzie nadal przybywać. To z kolei wywiera coraz większą presję na oddziały hematologiczne. Od kilku lat w wielu ośrodkach funkcjonują oddziały dzienne, które pozwalają na prowadzenie terapii bez konieczności pozostawiania chorych na noc. Obecnie jednak to rozwiązanie okazuje się niewystarczające, zwłaszcza wobec wyzwani związanych ze starzeniem się populacji i rosnącą liczbą pacjentów.

Kierunek, w którym musimy podążać, to rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szczególnie poradni hematologicznych. W Polsce działa ok. 50 oddziałów i klinik hematologicznych, przy których funkcjonują poradnie hematologiczne. Dodatkowo istnieje ponad 100 poradni specjalistycznych niezwiązanych bezpośrednio z ośrodkami hematologicznymi. To właśnie one powinny stać się kluczem do dalszego rozwoju systemu — wspierać nowoczesne leczenie i diagnostykę pacjentów.

Dla Narodowego Funduszu Zdrowia oznacza to konieczność zmian w kontraktowaniu świadczeń, w tym rozszerzenia dostępności, m.in. do tzw. katalogu chemioterapii (obejmującego także leki immunologiczne). Kluczowe znaczenie mają również programy lekowe, które gwarantują dostęp do innowacyjnych terapii. Wymaga to jednak aktualizacji zapisów programów, tak aby możliwe było prowadzenie terapii w trybie



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos jest specjalistą w dziedzinie hematologii, kierownikiem Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, prezesem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów.

ambulatoryjnym, z wykorzystaniem leków doustnych czy podskórnych. Przyszłość — a właściwie już teraźniejszość — to zdecydowane wzmocnienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

To wszystko wpisuje się w koncepcję „odwracania piramidy świadczeń”, czyli przenoszenia powszechnych procedur jak najbliższe miejsca zamieszkania pacjenta, z zapewnieniem szerokiej dostępności. Hematologia jest dziedziną, która idealnie wpisuje się w ten model, zwłaszcza że dynamiczny rozwój farmakoterapii sprawia, iż wiele nowoczesnych leków można bezpiecznie stosować w trybie ambulatoryjnym.

Wśród nowotworów układu chłonnego istotną grupę stanowią chłoniaki niehodgkinowskie, m.in. chłoniak grudkowy. Co go charakteryzuje?

W obrębie chłoniaków niehodgkinowskich wyróżniamy dwie główne grupy: chłoniaki agresywne, o szybkim przebiegu, oraz indolentne, czyli przewlekłe. Do tej drugiej grupy należy chłoniak grudkowy, który jest jednym z najczęstiej występujących chłoniaków indolentnych.

Różnica kliniczna jest wyraźna — chłoniaki agresywne wymagają szybkiego leczenia, które często może doprowadzić do całkowitego wyleczenia. W przypadku chłoniaka grudkowego choroba ma charakter przewlekły i nawracający. Leczenie rozpoczynamy dopiero wtedy, gdy jest ona aktywna i spełnia określone kryteria. Niestety, nie mówimy tutaj o pełnym wyleczeniu, ponieważ możliwe są jej nawroty, niekiedy nawet bardzo późno.

Choroba rozwija się przede wszystkim w węzłach chłonnych. Typowe objawy to powiększone, twarde, niebolesne węzły chłonne w nietypowych lokalizacjach, często asymetryczne. Ważnym sygnałem alarmowym są także objawy ogólne: niezamierzona utrata masy

ciała powyżej 10 proc. w ciągu sześciu miesięcy, nocne, zlewne poty, zmuszające pacjenta do zmiany odzieży czy pościeli, gorączki niewyjaśnionego pochodzenia, osłabienie, nawracające infekcje, a także świąd skóry.

Jakie badania wykonuje się w diagnostyce chłoniaka grudkowego?

Podstawą rozpoznania jest zawsze badanie histopatologiczne pobranego węzła chłonnego. Analiza immunohistochemiczna pozwala na potwierdzenie charakterystycznych cech nowotworu. W większości pacjentów stwierdza się również charakterystyczną translokację t(14;18), a nowoczesne badania genetyczne odgrywają coraz większą rolę w diagnostyce.

Jakie schematy leczenia są stosowane u pacjentów z nowo rozpoznanym chłoniakiem grudkowym?

Przebieg kliniczny chłoniaka grudkowego sprawia, że leczenie podejmujemy tylko u pacjentów spełniających określone kryteria aktywności choroby (m.in. kryteria GELF). W pierwszej linii najczęściej stosujemy immunochemioterapię z wykorzystaniem przeciwciał monoklonalnych, takich jak obinutuzumab, a następnie leczenie podtrzymujące. Niestety, u części pacjentów dochodzi do nawrotu w ciągu dwóch lat od rozpoczęcia terapii — ta grupa ma szczególnie niekorzystne rokowanie i wymaga alternatywnych opcji terapeutycznych.

W kolejnych liniach leczenia coraz większe znaczenie odgrywają nowoczesne immunoterapie. W przypadku trzeciego nawrotu dla pacjentów są już dostępne przeciwciała dwuswoiste (bispecyficzne, BsA) oraz technologia CAR-T. W Polsce terapia CAR-T w chłoniaku grudkowym nie jest jeszcze refundowana. Obecnie dostępny jest jeden z preparatów przeciwciał dwuswoistych,

a drugi — podawany podskórnie — oczekuje na refundację. To właśnie z tą grupą terapeutyczną wiążemy duże nadzieje, traktując ją jako nowoczesną opcję, stosowaną po dwóch wcześniejszych liniach leczenia.

Czy to oznacza, że po dwóch liniach leczenia pacjent może być kwalifikowany do tej immunoterapii?

Zgodnie z zaleceniami opartymi na badaniach rejestracyjnych, jest to terapia, która wykazuje przewagę nad wszystkimi innymi opcjami. W tym momencie pacjenta nie kierujemy już do kolejnej chemioterapii, ponieważ wiemy, że jej skuteczność będzie ograniczona. Stosujemy wyłącznie terapie immunologiczne: CAR-T albo przeciwciała dwuswoiste. W Polsce w praktyce klinicznej realnie dostępne są właśnie przeciwciała dwuswoiste.

Dostępność tej opcji zawsze będzie większa niż technologii CAR-T, która wymaga skomplikowanej logistyki oraz certyfikacji ośrodków. Obecnie w Polsce jest 15 ośrodków certyfikowanych do terapii CAR-T, natomiast przeciwciała dwuswoiste można podawać w ramach programu lekowego aż w 50 ośrodkach. Jest to więc zdecydowanie bardziej dostępna procedura. Dodatkowym atutem jest gotowa postać leku — nie trzeba czekać na jego przygotowanie, tylko można go podać pacjentowi od razu, jeśli wymaga leczenia.

Dlaczego pacjenci, u których dochodzi do progresji w ciągu 24 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia, wymagają innej opcji terapeutycznej?

U tych chorych obserwujemy bardziej agresywny przebieg choroby oraz znacznie gorszą odpowiedź na kolejne linie immunochemioterapii. Dlatego w ich przypadku wcześniej rozważaliśmy także kwalifikację do procedur przeszczepowych, które są jednak ograniczone chociażby z uwagi na wiek pacjentów w momencie rozpoznania chłoniaka grudkowego. Właśnie dlatego dla tej grupy chorych poszukujemy nowych opcji terapeutycznych. I tutaj terapie immunologiczne niezależne z chemioterapią wykazują bardzo duży potencjał.

„Dostępność terapii podskórnych oznacza większą wygodę dla pacjentów, szersze możliwości organizacyjne oraz mniejsze obciążenie ośrodków hematologicznych.”

Jak wygląda skuteczność i bezpieczeństwo tej immunoterapii?

Dane z badań rejestracyjnych wskazują, że odsetek odpowiedzi na terapię przekracza 80 proc., a u wielu pacjentów udaje się uzyskać długotrwałą kontrolę choroby. Profil działań niepożądanych jest charakterystyczny dla immunoterapii — obejmuje zespół uwalniania cytokin czy powikłania neurologiczne, które jednak zwykle występują na początku terapii i są łagodne lub umiarkowane. Zastosowanie immunoterapii wymaga doświadczonego personelu, dlatego pierwsze podania odbywają się w warunkach szpitalnych. Po osiągnięciu dawki docelowej możliwe jest jednak kontynuowanie terapii w trybie jednodniowym, a docelowo — ambulatoryjnym.

Oprócz działań immunologicznych, występują również typowe powikłania hematologiczne, takie jak cytopenie czy zwiększona podatność na infekcje. Trzeba jednak podkreślić, że w bilansie korzyści i ryzyka w kontekście skuteczności przewaga jest po stronie korzyści.

Jakie znaczenie w leczeniu chłoniaka grudkowego mają najnowsze wytyczne National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2025?

Zalecenia NCCN są aktualizowane bardzo często i odzwierciedlają wyniki najnowszych badań klinicznych, w tym badań rejestracyjnych. Tegoroczne wytyczne rekomendują przeciwciała dwuswoiste jako preferowaną opcję terapeutyczną u pacjentów po dwóch liniach leczenia. W Polsce dostępność terapii jest uzależniona od programów lekowych.

Obecnie program lekowy obejmuje możliwość leczenia mosunetuzumabem — przeciwciałem dwuswoistym stosowanym po dwóch liniach terapii, które również zostało wskazane jako opcja preferowana. Natomiast epkorytamab — lek podawany podskórnie — znajduje się w procesie refundacyjnym. To pokazuje, że cała grupa przeciwciał dwuswoistych jest postrzegana jako preferowana strategia terapeutyczna ze względu na wysoką skuteczność.

Epkorytamab znalazł się na tegorocznej liście TOP10 Hemato, obejmującej najbardziej potrzebne terapie. Co to oznacza dla praktyki klinicznej?

Lista TOP10 Hemato 2025 to ranking tworzony przez Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów. Powstaje na podstawie głosowania ekspertów, którzy wskazują, jakie terapie są najbardziej pożądane z punktu widzenia praktyki klinicznej i potrzeb pacjentów. Fakt, że epkorytamab znalazł się w tym zestawieniu, pokazuje, iż jego refundacja nie jest kwestią marketingową ani działaniem podmiotu odpowiedzialnego, lecz realną potrzebą środowiska medycznego. To wyraźny sygnał, że w opinii ekspertów ta terapia stanowiłaby bardzo przydatną i oczekiwaną opcję leczenia.

Epkorytamab wyróżnia się wygodną formą podskórnego podania, co stanowi dodatkową korzyść z punktu widzenia pacjenta i lekarza. Spodziewamy się, że decyzja refundacyjna będzie analogiczna do wcześniejszych — podobnie jak w przypadku chłoniaka rozlanego z dużych komórek B, gdzie najpierw dostępny był glosfamab, a następnie uzupełniono opcję o epkorytamab.

Warto podkreślić, że wprowadzenie dodatkowej opcji terapeutycznej w tej samej linii leczenia nie zwiększa liczby pacjentów objętych terapią, a więc nie generuje dodatkowych kosztów dla budżetu. Z tego względu dopuszczenie kolejnej opcji wydaje się bardzo prawdopodobne i jako środowisko hematologów mamy nadzieję na pozytywne zakończenie procesu refundacyjnego.

Czy wdrożenie nowoczesnych terapii podskórnych może poprawić sytuację pacjentów?

Zdecydowanie tak. Dostępność terapii podskórnych oznacza większą wygodę dla pacjentów, szersze możliwości organizacyjne oraz mniejsze obciążenie ośrodków hematologicznych. Co istotne, Ministerstwo Zdrowia z dużą uwagą analizuje potrzeby zgłaszane przez środowisko eksperckie — nawet 80 proc. terapii z poprzednich edycji listy TOP10 zostało już refundowanych. Możemy więc z optymizmem patrzeć w przyszłość i liczyć, że także ta opcja terapeutyczna zostanie wkrótce udostępniona polskim pacjentom.

Rozmawiała Anna Rogala

Przyszłość kardiatoonkologii jest w dobrych rękach

11 września Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie był miejscem pierwszej w Polsce międzynarodowej konferencji poświęconej kardiatoonkologii: The Summit on Cardio-Oncology Excellence 2025.

Konferencja zgromadziła wybitnych ekspertów z całego świata, w tym przedstawicieli prestiżowych organizacji, takich jak Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO), Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC), Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej (ESTRO), Europejskie Towarzystwo Hematologiczne (EHA) oraz Międzynarodowe Towarzystwo Kardiatoonkologiczne (IC-OS). Badacze i klinicyści podzielili się z uczestnikami konferencji najnowszą wiedzą na temat diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami nowotworowymi i sercowo-naczyniowymi (s-n).

W programie znalazły się sesje poświęcone nowym wytycznym ESC i IC-OS, wyznaczającym standardy

opieki nad pacjentami onkologicznymi z ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych. To dzięki rekomendacjom tych towarzystw naukowych lekarze wiedzą, jak monitorować pacjentów, minimalizować powikłania oraz integrować wiedzę kardiologiczną z onkologiczną, co stanowi istotę kardiatoonkologii. Podczas wydarzenia zostały też omówione działania niepożądane nowoczesnych terapii, w tym immunoterapii i terapii celowanej, rola rehabilitacji i monitorowania pacjentów onkologicznych czy najlepsze praktyki kliniczne.

Onkolodzy i kardiolodzy muszą współpracować

Podczas inauguracji podkreślano, że współpraca kardiologów

i onkologów nie dotyczy tylko płaszczyzny nauki i nowoczesnych technologii, ale przede wszystkim jest związana z troską o bezpieczeństwo i jakość życia pacjentów. Więcej o współpracy lekarzy tych dwóch specjalności w celu zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom z chorobą nowotworową powiedział dr hab. n. med. Sebastian Szmít, prof. CMKP, kierownik Zakładu Kardiatoonkologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii, konsultant Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, a także przewodniczący komitetu naukowego konferencji.

„Onkolog i kardiolog, mając tych samych pacjentów, leczą ich razem, w tym samym czasie, bez żadnych opóźnień. Dla pacjentów onkologicznych kluczowy jest czas. Każde opóźnienie leczenia przeciwnowotworowego jest bar-

dzo niekorzystne — podkreślił kardiatoonkolog. — Jednocześnie zaniedbanie leczenia kardiologicznego, z różnych powodów, również będzie niekorzystnie wpływać na rokowanie pacjentów”.

Układ s-n pacjenta onkologicznego pod stałą kontrolą

Szacuje się, że każdego roku na świecie ponad 370 tys. tzw. *cancer survivors* umiera z powodu powikłań sercowo-naczyniowych terapii przeciwnowotworowej. „Dlatego multidyscyplinarny zespół ekspertów powinien koncentrować się na zdrowiu układu s-n pacjentów onkologicznych przez cały proces leczenia — przed, w trakcie, a także po zakończeniu terapii” — wyjaśniła prof. Susan Dent, przewodnicząca Międzynarodowego Towarzystwa Kardi-Onkologicznego (International Cardio-Oncology Society, IC-OS).

Przed rozpoczęciem leczenia konieczna jest ocena pacjenta w celu identyfikacji wcześniej istniejących u niego chorób układu krążenia/czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Podczas leczenia chory powinien być objęty stałym nadzorem pod kątem wykrycia toksycznego sercowo-naczyniowego zdananej z terapią i ewentualnie poddany terminowemu interwencji, mającemu na celu ochronę zdrowia serca. Z kolei po leczeniu kluczowe znaczenie ma długoterminowa obserwacja w celu identyfikacji późnych działań kardiotoxycznych i zarządzania ryzykiem sercowo-naczyniowym u osób, które przeżyły chorobę nowotworową.

„Bardzo ważną jest świadomość, że choroby nowotworowe i układu krążenia są dwiema najczęstszymi przyczynami zgonów na świecie. Chociaż osiągamy znaczące postępy w leczeniu przeciwnowotworo-

wym i coraz więcej osób przeżywa chorobę onkologiczną, niektóre z metod leczenia mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie układu sercowo-naczyniowego. W miarę upływu lat od zakończenia leczenia onkologicznego obserwujemy wzrost zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia. Kardiokolodzy łączą więc siły, aby pomóc pacjentom chronić zdrowie ich układu s-n” — podkreśliła ekspertka.

Nowe możliwości opieki nad chorymi

Kardiatoonkologia to stosunkowo nowa, ale niezwykle ważna i dynamicznie rozwijająca się dziedzina medycyny. Łącząc onkologię i kardiologię, zapewnia pacjentom kompleksową i bezpieczną opiekę. W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie rozwój tej specjalności jest możliwy dzięki pracy doświadczanego zespołu specjalistów.

„To właśnie dzięki otwartości i pracy interdyscyplinarnego zespołu ekspertów, kardiatoonkologia w Polsce staje się coraz bardziej integralną częścią opieki onkologicznej. Zrozumienie powiązań między chorobą nowotworową a ryzykiem sercowo-naczyniowym pozwala nie tylko na skuteczniejsze leczenie, ale też poprawia jakość życia pacjentów, minimalizując powikłania i wspierając ich bezpieczeństwo” — zaznacza dr hab. n. med. Beata Jagielska, dyrektor NIO-PIB i inicjatorka powstania w Instytucie pierwszej Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiatoonkologii, dzisiejszej Kliniki Diagnostyki Onkologicznej, Kardiatoonkologii oraz Medycyny Paliatywnej. Struktura organizacji na tej jednostki, zapoczątkowana w Instytucie w 2012 r., stopniowo rozwijała się, by wreszcie stała się ona samodzielnym pododdziałem.

Monika Majewska



Prof. Susan Dent, prezydent IC-OS.



dr hab. Beata Jagielska, dyrektor NIO-PIB, oraz dr hab. Sebastian Szmít

Genetyka w kardiologii — potrzeba na dziś, inwestycja w jutro

Rok 2025 został ogłoszony przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) Rokiem Diagnostyki Genetycznej w Kardiologii. To nie jest symboliczny gest, ale decyzja, która — zdaniem ekspertów — może przesądzić o przyszłości polskiej kardiologii. Genetyka przestaje być domeną laboratoriów badawczych, a staje się narzędziem praktyki klinicznej. „To ostatni moment, żebyśmy w Polsce zaczęli wykorzystywać jej możliwości” — mówili zgodnie paneliści debaty pt. „Genetyka w kardiologii — potrzeba na już”, która odbyła się podczas Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu.

W dyskusji wzięli udział:
● **prof. dr hab. n. med. Waldemar Banasiak**, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii;
● **prof. dr hab. n. med. Katarzyna Biernacka**, pełnomocniczka PTK ds. badań genetycznych;
● **prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka**, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
● **prof. dr hab. n. med. Robert Gil**, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
● **dr n. med. Klaudiusz Komor**, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej;
● **Agnieszka Wołczenko**, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyni „EcoSerce”.
Debatę moderowała **Małgorzata Konaszczyk**, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny”.

Dlaczego temat stał się ważny właśnie teraz?

„To jest ostatnia chwila. Jeśli nie zaczniemy działać, nasi pacjenci będą musieli czekać kolejne lata, a że rozwiązania, oczywiście w Europie Zachodniej, staną się dostępne genetyce — dzięki niej możemy personalizować leczenie, wydłużać życie i redukować skutki uboczne terapii. Kardiologia musi iść tą samą drogą”.

W Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym (European Society of Cardiology, ESC) niedawno powstała specjalna rada zajmująca się chorobami sercowo-naczyniowymi o podłożu genetycznym. Polska nie może zostać w tyle. „To jest moment, w którym musimy wejść w ten proces, nie oglądając się na innych” — dodał prof. Gil.

Dramat nagłych zgonów — u podłoża choroby genetyczne

Genetyka w kardiologii nie jest kwestią abstrakcyjną — kryją się za nią konkretne ludzkie tragedie. „Nagle zgony sercowe u młodych osób poniżej 35. roku życia — sportowców, kobiet wstających w nocy do dziecka, mężczyzn, którzy rano się nie budzą — to w większości przypadki związane z kardiologicznymi chorobami genetycznymi” — podkreśla prof. Katarzyna Biernacka. — „Nasi pacjenci to kandydaci do wszeczenia kardiowertera-defibrylatora,



Deбата pt. „Genetyka w kardiologii — potrzeba na już” odbyła się podczas Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu.

genetycznych. One są nie tylko metodą naukową — to narzędzie codziennej praktyki, zalecane przez europejskie i amerykańskie towarzystwa kardiologiczne”.

Jednym z najlepiej opisanych przykładów jest hipercholesterolemia rodzinna — dziedziczna choroba prowadząca do przedwczesnych zawałów serca. W Polsce rozpoznawana jest dramatycznie rzadko. „Badanie 6-latków w kierunku hipercholesterolemii pozwala zdiagnozować całą rodzinę — dziadków, rodziców, rodzeństwo. To przykład, jak genetyka może uratować pokolenia” — dodała Agnieszka Wołczenko.

Pierwsza wizyta za trzy lata, wynik — za pół roku

Dziś w Polsce dostęp do badań genetycznych jest iluzoryczny. „Formalnie każdy specjalista może skierować pacjenta na takie badanie. W praktyce kardiologzy odsyłają chorych do poradni genetycznych, a tych zajmujących się chorobami kardiologicznymi jest raptem kilka. Większość działa w obszarze onkologii, neonatologii czy ginekologii” — poinformowała prof. Biernacka.

Do tego dochodzą kolejne. „Pierwsza wizyta jest za trzy lata, a wynik badań — za pół roku. To w kardiologii absolutnie niedopuszczalne, bo decyzje musimy podejmować w ciągu dni albo tygodni — tłumaczyła kardiolożka. — Nasi pacjenci to kandydaci do wszeczenia kardiowertera-defibrylatora,

osoby, u których właściwie przeprowadzona diagnostyka może zapobiec transplantacji serca. To sytuacje, w których czas gra rolę decydującą — od wyniku badania zależy, czy wdrożymy terapię ratującą życie, czy stracimy szansę na skuteczną interwencję”.

Problem pogłębia dramatyczny niedobór specjalistów. W Polsce jest zaledwie ok. 120 genetyków klinicznych, z czego tylko kilku zajmuje się kardiologią.

Gotowe rozwiązania leżą w szufladzie

Rozwiązaniem — zdaniem ekspertów — jest stworzenie w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (NPChUK) pięciu wyspecjalizowanych centrów genetyki kardiologicznej: czterech dla dorosłych i jednego pediatrycznego. Z inicjatywą taką wystąpiła do Ministerstwa Zdrowia prof. Katarzyna Biernacka.

„Policzyłam koszty. Pierwszy rok pilotażu to dwa miliony złotych. Nie dwieście, nie dwadzieścia — tylko dwa miliony. To projekt realistyczny i gotowy do wdrożenia” — przekonywała ekspertka.

Prof. Waldemar Banasiak przyznaje, że pod koniec sierpnia otrzymał z Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia pismo z prośbą o wskazanie priorytetów w kardiologii na lata 2027–2031. „Nie miałem wątpliwości — jednym z pięciu strategicznych punktów, które zaproponowałem,

jest wprowadzenie genetyki do kardiologicznej praktyki klinicznej. Dlaczego? Bo jesteśmy gotowi — nie tylko do realizacji inicjatywy, którą przygotowała prof. Biernacka, ale również do współpracy z genetykami klinicznymi. Jako kardiologzy, dzięki nowym metodom diagnostycznym, jesteśmy w stanie dostrzegać tych pacjentów, którzy nie mieszczą się w standardowych schematach. I to właśnie takich chorych powinniśmy kierować do dalszej, pogłębianej diagnostyki genetycznej” — wyjaśnił prof. Banasiak.

Działania wymagają współpracy i koncentracji doświadczeń

Konsultant krajowy dodał, że w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej zostały wyznaczone ośrodki referencyjne trzech poziomów oraz Centra Doskonałości Kardiologicznej. „Taki status otrzymują tylko te jednostki, które mają wieloletnie doświadczenie — „rozwodnienie” systemu byłoby błędem, straciłobyśmy sens całej idei. Medycyna jest sztuką obserwacji i wymaga koncentracji doświadczenia w najlepszych ośrodkach” — zaznaczył prof. Banasiak.

Powstał też konsensus ekspertów — kardiologów i genetyków — jasno opisujący, jak zorganizować ten proces krok po kroku. „Z mojego punktu widzenia, mamy gotowe dokumenty, opracowane ścieżki diagnostyczne, a do tego mocne argumenty i wsparcie środowiska. To nie jest science

fiction. Potrzeba tylko woli decydentów. I odwagi, by powiedzieć wprost: kardiologia bez genetyki się nie rozwinię” — podsumował ekspert.

Perspektywa powiatu: musimy mieć dokąd kierować pacjentów

Dr Klaudiusz Komor, lekarz pracujący na co dzień w szpitalu powiatowym, podkreśla, że problemem nie jest brak wiedzy. „Kardiologzy mają dostęp do szkoleń, do wytycznych. Problemem jest brak jasnych ścieżek: gdzie skierować pacjenta z podejrzeniem choroby genetycznej serca? Nie chodzi o to, by powiatowe szpitale czy poradnie POZ same wykonywały badania. Naszym zadaniem jest zidentyfikować takiego chorego i przekazać go dalej. Ale musimy mieć dokąd” — stwierdził specjalista.

Jego zdaniem, na początku pojawi się fala „nadrozpoznavalności”, czyli zbyt wielu pacjentów kierowanych na genetyczne badania. „Z czasem jednak system się ustabilizuje, a my zaczniemy naprawdę zapobiegać nagłym zgonom. To byłaby ogromna zmiana jakościowa” — podkreślił dr Komor.

Wątpliwości dotyczące masowego kierowania pacjentów do poradni genetycznych rozwiewają pozostali eksperci. „Rozwiązania, które przygotowaliśmy w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej, zostały tak zaplanowane, aby „bezpieczniki” działały na każdym etapie. W innym przypadku to nie miałoby sensu i zrujnowałoby system. W efekcie

zanim pacjent trafi do centrum doskonałości, będzie już odpowiednio wyselekcjonowany” — przekonywał prof. Banasiak.

Istnieją instrukcje dla lekarzy — czas na wdrożenie

Podobnego zdania jest prof. Katarzyna Biernacka. „W ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia pracowałam w zespole zajmującym się kardiomiopatiami i kanałopatiami, czyli chorobami o podłożu genetycznym. Opracowaliśmy bardzo szczegółowe wytyczne — punkt po punkcie — zarówno dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i dla ośrodków doskonałości. Są one gotowe i precyzyjnie opisują, jak postępować na każdym poziomie systemu” — powiedziała profesor.

I dodała, że chociaż po raz pierwszy powstały one w ramach NPChUK, to następnie opracowano — już dla Ministerstwa Zdrowia — bardziej dokładną wersję wytycznych dla lekarzy pierwszego kontaktu i dla specjalistów. „Na tym jednak moja rola się skończyła, bo nie mam wpływu na to, w jaki sposób te opracowania dotrą do wszystkich lekarzy. A szkoda, bo dokumenty są gotowe. W wielu przypadkach wystarczy zwykłe badanie EKG, by wychwycić pacjenta wymagającego dalszej diagnostyki” — zwróciła uwagę ekspertka.

Pacjenci apelują o dostęp do diagnostyki genetycznej

Upowszechnienie wiedzy o znaczeniu badań genetycznych wzmacnia też wzrost świadomości wśród pacjentów. To właśnie oni coraz częściej pytają o nowe możliwości diagnostyczne i oczekują, że lekarze będą potrafili z nich korzystać. „Pacjenci często nie wiedzą, że ich problemy mogą być uwarunkowane genetycznie. Dopiero gdy w rodzinie wydarzy się tragedia, ta świadomość rośnie. Potrzebujemy edukacji społecznej — takiej, jaka miała miejsce w onkologii” — przypomniała Agnieszka Wołczenko.

Prezesa „EcoSerce” podkreśliła, że organizacje pacjentkie są gotowe wspierać środowisko lekarskie. „Zawsze włączamy się w działania, które mają realne znaczenie dla chorych. A badania genetyczne w kardiologii, a potem możliwość personalizowanego leczenia to dzisiaj nie luksus, ale konieczność. Jesteśmy gotowi wesprzeć środowisko kardiologów w rozmowach z decydentami” — zadeklarowała Agnieszka Wołczenko.

Pięć lat na wdrożenie systemu

Prof. Marek Gierlotka, który nibawem obejmie funkcję prezesa PTK, patrzy na rozwój diagnostyki genetycznej w kardiologii z perspektywy kilku horyzontów czasowych. Najbliższe pięć lat — jego zdaniem — powinny być okresem porządko-

NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

Tego postępu nie da się zatrzymać

1. Genetyka w kardiologii to nie luksus, ale konieczność. Ekspertsi podkreślają, że bez badań genetycznych nie da się skutecznie kwalifikować pacjentów do programów lekowych ani prowadzić nowoczesnego leczenia.
2. Polska kardiologia ma gotowe rozwiązania. Dokumenty, wytyczne i projekt pilotażu pięciu ośrodków zostały opracowane — potrzebna jest tylko zgoda decydentów i finansowanie.
3. Pilotaż jest realny i wykonalny. Koszt pierwszego roku pilotażu to zaledwie 2 mln zł, a wystarczy pięć centrów referencyjnych, by zabezpieczyć potrzeby pacjentów w całym kraju.
4. Brak decyzji blokuje niezbędne zmiany. Ekspertci i pacjenci zgodnie mówią: wiedza, narzędzia i entuzjazm są. Brakuje jedynie woli politycznej.
5. Genetyka stanie się filarem medycyny personalizowanej. To kierunek nieodwracalny — za kilka czy kilkanaście lat badania genetyczne będą tak samo oczywiste, jak dziś EKG czy badania obrazowe.
6. Pacjenci oczekują na przełom. Organizacje pacjentkie apelują o dostęp do badań genetycznych i deklarują wsparcie w rozmowach z decydentami.
7. Samorząd lekarski włącza się w działania edukacyjne. Celem jest dotarcie z wiedzą „pod strzechy”, do każdego lekarza.

wania i uruchamiania tego, co już zostało przygotowane. „Dokumenty są gotowe, ścieżki diagnostyczne opracowane, wskazówki, kogo i gdzie kierować — również. Potrzeba jedynie środków finansowych i sprawnej organizacji. Jeśli te elementy się pojawiają, system może zacząć działać praktycznie od zaraz” — uważa prof. Gierlotka.

Ekspert zaznacza, że w pierwszej kolejności należy objąć diagnostyką wybrane schorzenia, a dopiero później stopniowo rozszerzać program. „Chodzi o to, by stworzyć spójną, efektywną i możliwą do udźwignięcia sieć diagnostyczną. Tylko tak będziemy w stanie zbudować system, który realnie zmieni praktykę kliniczną” — dodał.

Profesor wskazał, że w perspektywie dekady czy piętnastu lat genetyka nie będzie już dodatkkiem, lecz jednym z filarów medycyny. „Podobnie jak dziś nikt nie kwestionuje konieczności badań obrazowych, tak za kilka, kilkanaście lat nie będziemy mogli wyobrazić sobie kardiologii bez badań genetycznych. To będzie element codziennej praktyki” — przewiduje.

Cel: ocena ryzyka i indywidualizacja leczenia

To nie tylko kwestia diagnozy. Dzięki genetyce będziemy w stanie precyzyjnie oceniać ryzyko i dobrać skuteczne leczenie. „Badania genetyczne wskażą, który lek lub rodzaj terapii ma największą szansę zadziałać u konkretnego pacjenta. To odejście od schematów „dla wszystkich” na rzecz indywidualnych decyzji terapeutycznych” — wyjaśnił prof. Gierlotka. Zaznacza jednak, że właśnie dlatego musimy działać teraz. Jeśli dobrze przygotujemy fundamenty, kolejne etapy przyjdą znacznie łatwiej.

Podobnego zdania jest prof. Biernacka: „Za pięć lat zaczniemy mówić już o terapii genowej w kardiologii. W chorobach monogenowych to nie science fiction, to realna perspektywa. Musimy się

spieszyć, żeby nie zostać na peryferiach medycyny”.

Za mało genetyków klinicznych

W dyskusji pojawiło się pytanie: jak połączyć innowacje z realnymi możliwościami systemu ochrony zdrowia? Podkreślano, że największym problemem jest dramatycznie mała liczba genetyków klinicznych. W innych krajach wprowadzono takie rozwiązania, jak stanowisko asystenta genetyka czy pielęgniarki genetycznej, bo porada genetyczna trwa długo i wymaga zebrania szczegółowego wywiadu, a to nie zawsze musi wykonywać lekarz.

Prof. Waldemar Banasiak podkreśla jednak, że kardiologii nie można zestawiać z chorobami rzadkimi, to zupełnie inny świat. „W kardiologii mamy do czynienia z częstymi schorzeniami, które można podejrzewać już na podstawie wywiadu z pacjentem, EKG czy badań obrazowych. Próba przenoszenia rozwiązań z chorób rzadkich do kardiologii to nieporozumienie. Potrzebujemy innego podejścia — prostych kursów i certyfikowanych nauczycieli i współpracy, a nie tworzenia kolejnych barier” — zauważył.

Prof. Katarzyna Biernacka dodała: „Nie chodzi o to, by kardiologzy zastępowali genetyków. My wiemy, których pacjentów należy kierować na badania i jakie informacje chcemy uzyskać. Współpraca ośrodka doskonałości z genetykami jest konieczna wtedy, gdy wynik jest trudny do interpretacji. Nie możemy jednak tworzyć systemu, w którym każdy chory musi przejść przez poradnię genetyczną — to byłoby nieradne. To nie może być wąskie gardło” — zastrzegła kardiolożka.

Wsparcie ze strony sztucznej inteligencji

Czy z pomocą może przyjść sztuczna inteligencja? „Analiza całych sekwencji genomowych to ogromne wyzwanie. Człowiek nie jest w stanie samodzielnie przeanalizować milionów danych. AI już dziś

wspiera interpretację wyników i wskazuje możliwe mutacje odpowiedzialne za choroby. To przyszłość, bez której się nie obejdziemy” — podkreślił prof. Gil.

W połączeniu z dużymi rejestrami pacjentów sztuczna inteligencja może stać się narzędziem, które pozwoli identyfikować grupy ryzyka jeszcze przed pojawieniem się objawów klinicznych. „To właśnie prawdziwa medycyna prewencyjna” — konstatuje specjalista.

Otwiera się nowy rozdział w polskiej kardiologii

Dyskusja nie pozostawia złudzeń: badania genetyczne w kardiologii to konieczność. „Pacjenci potrzebują ich choćby po to, by mogli być kwalifikowani do programów lekowych. To oczywiście, że bez genetyki nie będziemy leczyć skutecznie” — stwierdziła Agnieszka Wołczenko.

Prof. Robert Gil podkreślił, że jego ambicją jest doprowadzenie polskiej kardiologii do europejskiego poziomu także w zakresie diagnostyki genetycznej. „Nie spocznę, dopóki nie uda się tego zrealizować. To nie jest kwestia odległej przyszłości — pilotażowy program musimy uruchomić jak najszybciej. Wspiera nas w tym również rozwój sztucznej inteligencji, która będzie ułatwiać interpretację wyników. Może to po części zredukować problem zbyt małej liczby genetyków klinicznych. Oczywiście potrzebne są środki — ile, to pokaże pilotaż” — zaznaczył prezes PTK.

W ocenie prof. Banasiaka, projekt jest możliwy do zrealizowania. „Z natury jestem optymistą i wierzę, że uda nam się przekonać decydentów do kontraktowania świadczeń genetycznych w wybranych ośrodkach. Wystarczy pięć jednostek w całym kraju, by zabezpieczyć potrzeby pacjentów. To rozwiązania proste i wykonalne” — powiedział.

A prof. Biernacka oceniła: „Mamy wiedzę, mamy narzędzia i entuzjazm. Brakuje tylko decyzji. To się musi wydarzyć, bo tego oczekują od nas pacjenci”.

Z kolei prof. Marek Gierlotka wskazał, że genetyka nie jest „pieśnią przyszłości”, lecz koniecznym narzędziem, które wkrótce stanie się priorytetem. „Genetyka stanie się jednym z filarów medycyny personalizowanej. Zrobimy wszystko, by to rozwiązanie stało się realne. Jeśli nie teraz, to wkrótce, bo tej zmiany nie da się zatrzymać” — stwierdził.

Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, zadeklarował wsparcie samorządu lekarskiego. „Naszym obowiązkiem jest, by wiedza o genetyce w kardiologii dotarła „pod strzechy”, do każdego lekarza. Samorząd lekarski będzie angażować się w działania edukacyjne i wspierać środowisko kardiologiczne w tym procesie” — podkreślił. **Oprac. Katarzyna Matusiewicz**

„Nie możemy dziś wyobrazić sobie skutecznej diagnostyki i leczenia bez badań genetycznych. To narzędzie codziennej praktyki, zalecane przez europejskie i amerykańskie towarzystwa kardiologiczne.”

prof. Katarzyna Biernacka

„Badanie 6-latków w kierunku hipercholesterolemii pozwala zdiagnozować całą rodzinę — dziadków, rodziców, rodzeństwo. To przykład, jak genetyka może uratować pokolenia.”

Agnieszka Wołczenko

„Problemem jest brak jasnych ścieżek: gdzie skierować pacjenta z podejrzeniem choroby genetycznej serca?”

dr Klaudiusz Komor

„Podobnie jak dziś nikt nie kwestionuje konieczności badań obrazowych, tak za kilka, kilkanaście lat nie będziemy mogli wyobrazić sobie kardiologii bez badań genetycznych.”

prof. Marek Gierlotka

„AI już dziś wspiera interpretację wyników i wskazuje możliwe mutacje odpowiedzialne za choroby. To przyszłość, bez której się nie obejdziemy.”

prof. Robert Gil

„Mamy gotowe dokumenty, opracowane ścieżki diagnostyczne, wsparcie środowiska. Potrzeba tylko woli decydentów. I odwagi, by powiedzieć wprost: kardiologia bez genetyki się nie rozwinię.”

prof. Waldemar Banasiak

Kongres ESC 2025

Postęp w kardiologii wymusza bardziej holistyczną opiekę nad pacjentem

Podczas kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC), który odbył się 29 sierpnia –1 września w Madrycie, ogłoszono pięć nowych wytycznych. O ich znaczeniu, przełomowych zmianach i perspektywach wdrożenia w Polsce rozmawiamy z prof. Robertem Gilem, prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Kongres ESC to jedno z największych wydarzeń naukowych w medycynie. Jak wyglądała tegoroczna edycja i jakie nowe wytyczne ogłoszono?

Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego należy do absolutnej światowej czołówki spotkań naukowych: cztery dni obrad, ponad 40 tys. uczestników oraz ogromna koncentracja wiedzy i doświadczeń. Jednym z filarów corocznego kongresu ESC są wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w różnych obszarach kardiologii — zwykle opracowywane i aktualizowane cyklicznie co 4-5 lat, chociaż czasem przedstawiane po raz pierwszy. W tym roku opublikowano aż pięć nowych dokumentów. Dotyczą one:

- chorób zastawkowych serca;
- zaburzeń lipidowych;
- zapalenia osierdzia i mięśnia sercowego;
- związku zdrowia psychicznego i chorób sercowo-naczyniowych;
- chorób sercowo-naczyniowych i ciąży.

Które z tych zmian uważa pan za najbardziej przełomowe dla praktyki klinicznej?

Każde z opracowań niesie istotne nowości, które jednak nie wzięły się z niczego. W okresie między poprzednią i obecną ich edycją publikowano i analizowano wyniki ważnych badań klinicznych, co zaowocowało uaktualnieniem wytycznych. Jeszcze raz chciałbym podkreślić ogrom wiedzy, która znajduje się w każdym z nich. Nie odważyłbym się na skwitowanie tych publikacji kilkoma uwagami, bo wymagają one spokojnej analizy i wielu zmian w naszej codziennej praktyce klinicznej. Namawiam wszystkich do lektury, bo choć wymaga czasu, jednak jest niezbędna. Z mojego punktu widzenia kilka rzeczy zasługuje na szczególne podkreślenie.

W wytycznych dotyczących wad zastawkowych serca, zaktualizowanych po czterech latach, szczególnie nacisk położono na rozwój przeszłonnych metod leczenia w stenozie aortalnej, niedomykalności mitralnej i trójdzielnej. Ktoś mógłby sądzić, że najważniejszą zmianą jest obniżenie granicy wiekowej chorych z ciężką stenozą aortalną, kwalifikowanych do zabiegu przeszłonkowej implantacji zastawki (ang. *transcatheter aortic valve implantation*, TAVI), z 75 do 70 lat. Oczywiście, to otwiera drogę dla większej grupy pacjentów mogących skorzystać z dobrodziejstwa TAVI, ale równie ważne są wytyczne dotyczące chorych z niedomykalnością aortalną, jak i bezobjawowych z ciężką stenozą.

Opierając się na nowych wytycznych, łatwiej kwalifikować do zabiegów pacjentów z wadami zastawek dwu — i trójdzielnej, przy czym we wszystkich przypadkach nie zapomina się o opcjach leczenia kardiochirurgicznego. Dowodem na to jest dalszy rozwój idei Kardiogrupy (Heart Team), w której przede wszystkim kardiolog inwazyjny i kardiochirurg, wspomagani przez specjalistów od badań obrazowych oraz intensywnych terapii, decydują o optymalnym leczeniu poszczególnych chorych. Na marginesie zauważę, że ciekawie wygląda



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Robert Gil jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii oraz intensywnych terapii, kierownikiem Kliniki Kardiologii w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA w Warszawie, prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (2023-2025).

propozycja dotycząca stworzenia ośrodków zastawkowych (ambulatoryjnych i szpitalnych), specjalizujących się w kwalifikacji oraz pozabiegowym prowadzeniu pacjentów.

Wytyczne ESC dotyczące dyslipidemii zawsze budzą wiele emocji, ponieważ hipercholesterolemia to jeden z najważniejszych czynników ryzyka, który co roku zabija miliony ludzi na całym świecie. Autorzy tych rekomendacji musieli się zmierzyć ze stosunkowo długim okresem, jaki upłynął od opublikowania poprzednich w 2019 r. Z analizy najnowszej ich wersji wynika, że dokonano aktualizacji wybranych ośmiu zagadnień, z których na pierwszy rzut oka za najważniejsze uważam zalecenia dotyczące:

- szacowania ryzyka sercowo-naczyniowego z wdrożeniem nowych algorytmów: SCORE2 i SCORE2-OP;
- terapii obniżających stężenie cholesterolu frakcji LDL (lipoproteiny(a) małej gęstości), w tym stosowania dwóch nowych leków — kwasu bempediowego i ewinakumabu;
- terapii obniżających stężenie lipidów w trakcie hospitalizacji z powodu ostrego zespołu wieńcowego (ang. *acute coronary syndromes*, ACS);
- lipoproteiny(a) jako niezależnego czynnika ryzyka sercowo-naczyniowego;
- suplementów diety.

Kolejne ważne wytyczne ESC dotyczyły postępowania w zapaleniu mięśnia sercowego i osierdzia, a także zależności pomiędzy chorobami sercowo-naczyniowymi a zdrowiem psychicznym oraz chorobami s-n i ciążą...

Zapalenie mięśnia sercowego jako jednostka chorobowa przeszło w ciągu ostatnich 30 lat długą drogę: od wątpliwości, czy naprawdę istnieje i czy da się je diagnozować bez biopsji miokardialnej, do możliwości profilowanego leczenia. Do tego choroby osierdzia nie wydawały się wielkim problemem klinicznym, a już o powiązaniu obu tych jednostek chorobowych przez długie lata nikt nie myślał.

To nie oznaczało, że temat obu tych chorób nie był zauważany. Na szczęście grupa entuzjastów propagowała prowadzenie wielu badań klinicznych, a postęp diagnostyki kardiologicznej doprowadził do momentu, że zebrana wiedza mogła być przedstawiona kompleksowo w postaci konkretnych wytycznych.

Szczególnie przemawia do mnie fakt stworzenia pojęcia „zespół zapalny mięśniowo-osierdżiowy”, który zakłada występowanie procesu zapalnego nie tylko oddzielnie w serdzu i osierdzu, ale również w obrębie obu tych warstw serca. Można powiedzieć, że publikacja tych wytycznych zakończył etap „wolnej amerykanki” w diagnostyce i terapii zapalenia mięśnia serca i osierdzia. Zaproponowane ścieżki diagnostyczne oraz formy leczenia zdecydowanie powinny poprawić wykrywalność i skuteczność leczenia tych jednostek chorobowych. Przy okazji warto zauważyć, jak dużą wartość ma biopsja miokardialna w sytuacji ogromnego postępu diagnostyki molekularnej. To min. dlatego jesteśmy w stanie zmniejszyć liczbę pacjentów, u których rozwija się niewydolność serca jako powikłanie przede wszystkim zapalenia mięśnia sercowego.

Kolejne dwa dokumenty ESC dotyczą trochę nieoczywistych obszarów szeroko pojętej kardiologii: pierwszy — związku układu sercowo-naczyniowego ze stanem psychicznym, a drugi — z ciążą. Niewątpliwie odzwierciedla to coraz bardziej powszechne holistyczne podejście do pacjenta.

Związek pomiędzy układem sercowo-naczyniowym a stanem psychofizycznym, powiązany przecież z funkcją układu nerwowego, był do tej pory w kardiologii praktycznie niedoceniony. Przygotowane po raz pierwszy w ramach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego wytyczne dotyczące zdrowia psychicznego i chorób układu krążenia podkreślają wielokierunkową zależność między zdrowiem psychicznym, funkcją układu krążenia, jak i chorobami tego układu. Co więcej, wskazują na ich wpływ na ryzyko sercowo-naczyniowe, a tym samym na rokowanie.

We wspomnianych wytycznych znajdujemy porady dotyczące oceny i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego u osób zagrożonych chorobami układu krążenia i żyjących z nimi, a także u osób z ciężkimi chorobami psychicznymi i innych określonych podgrup.

„Realnie oceniam, że w ciągu dwóch lat uda się wdrożyć w polskiej praktyce klinicznej większość nowych zaleceń ESC, choć ograniczenia finansowe mogą ten proces nieco spowolnić.

Niewątpliwie to nowe obszary, w których powinniśmy nauczyć się poruszać.

Aktualne wytyczne dotyczące postępowania w chorobach układu krążenia i ciąży zostały opracowane przez wielodyscyplinarny zespół roboczy i stanowią aktualizację dokumentu ESC z 2018 r. dotyczącego chorób układu krążenia w ciąży. Wytyczne z 2025 r. zawierają istotne nowe informacje i dowody, uaktualniając ocenę ryzyka i pozwalając na skuteczniejsze rokowanie chorych. Czytelnik znajdzie tam m.in.: informacje dotyczące organizacji i zadań proponowanego do tego Zespołu ds. Kardiologii Ciążowej, zaktualizowane i nowe informacje dotyczące konkretnych chorób, a także rozdział poświęcony długoterminowym skutkom ciąży.

Jak szybko wymienione wytyczne mogą zostać zaimplementowane do praktyki klinicznej w Polsce? I czy wpłyną one na polskie wytyczne?

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne nie tworzy własnych wytycznych — uznajemy europejskie za obowiązujące. Naszym zadaniem jest edukacja i w jej ramach organizujemy: webinary, warsztaty i konferencje, które przybliżają nowe standardy lekarzom praktykom.

Sądzę, że w przypadku wad zastawkowych, dyslipidemii czy zapalenia mięśnia sercowego i osierdzia wdrożenie przebiegnie relatywnie sprawnie — mamy niezbędne do tego narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne. Największym wyzwaniem będą wytyczne dotyczące zdrowia psychicznego, ponieważ to coś kompletnie nowego i w sumie niełatwego. Nie obejdziemy się tu bez pomocy psychiatrów i psychologów, a współpraca z tymi środowiskami dopiero raczkuje. Mam też pewne obawy w kwestii wytycznych dotyczących chorób serca i ciąży. Wdrożenie tych zaleceń będzie wymagało bliskiej współpracy z ginekologami i położniczkami, co w Polsce też dopiero się rozwija.

Realnie oceniam, że w ciągu dwóch lat uda się wdrożyć w polskiej praktyce klinicznej większość nowych zaleceń ESC, choć ograniczenia finansowe mogą ten proces nieco spowolnić.

Wspomnił pan o konieczności współpracy interdyscyplinarnej. Czy to dziś kluczowy trend w kardiologii?

Zdecydowanie tak. Coraz częściej dostrzegamy, że pacjent nie jest „tylko kardiologiczny” czy „tylko diabetologiczny”. Dzisiejsza medycyna w większości przypadków zajmuje się pacjentami powyżej 60. roku życia oraz z wielochorobowością i m.in. dlatego wymaga podejścia holistycznego — koordynacji opieki, eliminacji interakcji lekových i realnej współpracy różnych specjalistów. W związku z tym ogromną nadzieję wiąże z digitalizacją ochrony zdrowia. Jeśli system elektronicznej dokumentacji pacjenta zostanie sprawnie rozwinięty, będzie można łatwo wymieniać dane między specjalistami, co skróci kolejkę i poprawi bezpieczeństwo terapii.

Podsumowując, jakie najważniejsze przesłanie płynię z tegorocznego kongresu ESC?

Postęp w kardiologii to nie tylko nowe leki i technologie, ale przede wszystkim świadomość interdyscyplinarności i konieczność holistycznej opieki nad pacjentem. Każdy z pięciu przedstawionych dokumentów oznaczał miesiące nauki i pracy, które teraz musimy przełożyć na praktykę. Im szybciej to zrobimy, tym szybciej pacjenci w Polsce skorzystają z osiągnięć współczesnej kardiologii.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Podwyższone stężenie lipoproteiny(a) to sygnał ostrzegawczy

Stężenie lipoproteiny(a) powyżej 30 mg/ml to jeden z ważniejszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Wczesne oznaczenie Lp(a) u osób w wieku 20-40 lat pozwala lepiej ocenić zagrożenie i ewentualnie podjąć interwencję, polegającą na wdrożeniu intensywniej profilaktyki i terapii oraz odpowiednim modyfikowaniu stylu życia.

Lipoproteina(a), w skrócie Lp(a), to cząsteczka lipidowa transportująca cholesterol, strukturalnie przypominająca lipoproteiny o niskiej gęstości (LDL), określane jako tzw. zły cholesterol. Jej unikatową cechą jest obecność dodatkowego białka — apolipoproteiny(a), która nadaje tej lipoproteinie szczególne właściwości biologiczne. Stężenie Lp(a) jest w przeważającej mierze (ok. 90 proc.) uwarunkowane genetycznie i nie zmienia się istotnie w ciągu życia. Oznacza to, że osoby z wysokim mianem Lp(a) odziedziczyły tę cechę i nie mają możliwości jej naturalnego obniżenia. Wzrost stężenia Lp(a) można zaobserwować u kobiet w okresie ciąży i po menopauzie, ale poza tym pozostaje ono na stosunkowo stałym poziomie.

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego

Podwyższone stężenie Lp(a) jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, obok takich parametrów, jak podwyższone wartości LDL, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy palenie tytoniu. Wysokie wartości Lp(a) mogą wpływać na przyspieszenie rozwoju miażdżycy, a także zwiększać ryzyko powstawania zakrzepów, co w konsekwencji prowadzi do chorób niedokrwiennej serca, udaru mózgu czy zwężenia zastawki aortalnej.

Każdy dorosły przynajmniej raz w życiu powinien oznaczyć stężenie Lp(a), aby właściwie ocenić ryzyko sercowo-naczyniowe. Jest to szczególnie istotne u osób z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku przedwczesnych incydentów sercowo-naczyniowych — zawału serca czy nagłego zgonu sercowego u krewnych w młodym wieku.

Badania przesiewowe i profilaktyka rodzinna

W przypadku wykrycia wysokiego stężenia Lp(a) u pacjenta należy wdrożyć tzw. kaskadowe badania przesiewowe, obejmujące rodziców, rodzeństwo i dzieci. Dzięki temu jest możliwe już na wczesnym etapie zidentyfikowanie osób zagrożonych i włączenie u nich profilaktyki.

Oznaczenie Lp(a) znajduje się w katalogu badań laboratoryjnych, realizowanych w ramach programu profilaktycznego „Moje Zdrowie — Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”. Badanie to przysługuje pacjentom w wieku 20-40 lat raz w życiu i powinno stać się elementem standardowej praktyki w podstawowej opiece zdrowotnej. „To, że w Polsce badanie Lp(a) jest dostępne dla osób w wieku 20-40 lat w ramach programu Moje Zdrowie, to ogromny krok naprzód. Jesteśmy jednym z nielicznych krajów, które oferują tak szeroki dostęp do oceny tego parametru młodym dorosłym” — podkreśla prof. dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski, kierownik Samodzielnej Poradni Lipidowej Narodowego Instytutu Kardiologii, zastępca kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia NIKard, konsultant w dziedzinie kardiologii dla województwa mazowieckiego.

Zagrożenie trzeba rozpoznać

Stężenia Lp(a) nie można skutecznie obniżyć dostępnymi obecnie metodami, ale wiedza o jego wartości ma ogromne znaczenie praktyczne. „Podwyższone stężenie Lp(a) to czerwone światło na przyszłość. Pojedynczy czynnik nie zabija, ale w połączeniu z innymi może dramatycznie zwiększać ryzyko. Dlatego musimy zadbać o wszystkie pozostałe parametry, które jesteśmy w stanie kontrolować” — zaznacza prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz, specjalista chorób wewnętrznych i hipertensjologii, kierownik Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia w Narodowym Instytucie Kardiologii w Warszawie.

W przypadku pacjentów w wieku 20-40 lat szczególną uwagę należy zwrócić na: kontrolę masy ciała i obwodu talii, utrzymanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, profil lipidowy z naciskiem na obniżenie LDL-C, kontrolę glikemii i hemoglobiny glikowanej, eliminację palenia tytoniu i ograniczenie spożycia alkoholu, wpro-

wadzenie zdrowej diety i regularnej aktywności fizycznej.

Redukcja ryzyka sercowo-naczyniowego wymaga wdrażania ukierunkowanych interwencji opartych na modyfikacji kluczowych czynników ryzyka, określonych w ramach ankiety „10 dla serca”. Niezbędnym elementem postępowania są zintegrowane działania obejmujące zarówno kompleksową modyfikację stylu życia, jak i optymalną terapię farmakologiczną. Pacjenci z towarzyszącym nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, otyłością czy zaburzeniami lipidowymi powinni być objęci leczeniem farmakologicznym zgodnie z aktualnymi wytycznymi.

Pacjent pod opieką specjalisty

Do poradni kardiologicznej lub lipidowej należy kierować pacjentów z bardzo wysokim stężeniem Lp(a) (≥180 mg/dl, 450 nmol/l), a także osoby z wysokim jej stężeniem (≥50 mg/dl, 125 nmol/l) i trudnościami w kontroli innych współistniejących czynników ryzyka, np. nadciśnienia tętniczego i zaburzeń lipidowych. Wskazaniem są również przypadki rodzinnej predyspozycji do przedwczesnej choroby wieńcowej lub nagłych zgonów sercowo-naczyniowych.

Podsumowanie

Lipoproteina(a) to bardzo istotny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego. Jego oznaczenie — dostępne w ramach programów profilaktycznych — powinno być wykonywane rutynowo przynajmniej raz w życiu. Wiedza o podwyższonym stężeniu Lp(a) pozwala na ocenę ryzyka, motywuje do modyfikacji stylu życia i umożliwia wcześniejsze wdrożenie farmakoterapii w przypadku obecności innych czynników ryzyka.

Dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oznacza to konieczność informowania pacjentów o znaczeniu Lp(a), interpretacji wyników badań w kontekście całości profilu ryzyka oraz podejmowania decyzji o skierowaniu do specjalisty w sytuacjach wymagających bardziej zaawansowanego postępowania.

Anna Rogala

Kategorie Lp(a)

Kategoria stężenia Lp(a)	Niepodwyższone	Umiarkowane	Wysokie	Bardzo wysokie
Stężenie Lp(a)	<30 mg/dl <75 nmol/l	30-50 mg/dl 75-125 nmol/l	>50-180 mg/dl >125-450 nmol/l	>180 mg/dl >450 nmol/l
Częstość w populacji	70 proc.	10 proc.	10 proc.	<10 proc.
Wpływ na rozwój chorób układu krążenia	Brak istotnego wpływu	Umiarkowany wpływ	Istotny wpływ	Bardzo istotny wpływ

Ankieta „10 dla serca” angażuje pacjentów i wspiera lekarzy

Choroby sercowo-naczyniowe pozostają główną przyczyną zgonów w Polsce, a profilaktyka wciąż jest niedoceniana. Nowe narzędzie, dostępne w aplikacji mojeIKP — „10 dla serca” — nie tylko ocenia ryzyko, ale też wskazuje, co zmienić, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo zgonu i poprawić jakość życia. O ankiecie „10 dla serca” mówią prof. dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski i prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz z Narodowego Instytutu Kardiologii.



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski jest specjalistą w dziedzinie kardiologii, kierownikiem Samodzielnej Poradni Lipidowej Narodowego Instytutu Kardiologii, zastępcą kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia NIKard, konsultantem w dziedzinie kardiologii dla województwa mazowieckiego.

Czy opracowanie i upowszechnienie ankiety „10 dla serca” to odpowiedź kardiologów na rosnącą liczbę pacjentów z chorobami układu krążenia?

Prof. Piotr Dobrowolski (P.D.): Choroby sercowo-naczyniowe (s-n) wciąż stanowią pierwszą przyczynę zgonów w Polsce. Według danych GUS, w 2023 r. odpowiadały one za 37 proc. wszystkich zgonów w naszym kraju. Wiemy, że nie jest to skutek działania jednego czynnika, lecz złożonego procesu. Podstawą jest rozwój miażdżycy w różnych obszarach organizmu, co prowadzi do zawałów serca, udarów mózgu, chorób tętnic kończyn dolnych czy niewydolności serca. Dlatego naszym celem jest ograniczenie zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób s-n



O KIM MOWA

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

poprzez wpływ na redukcję ryzyka i konsekwencji miażdżycy.

Prof. Aleksander Prejbisz (A.P.): Nie chodzi wyłącznie o miażdżycę, ale także o przyspieszone starzenie się naczyń. Niemniej miażdżycę pozostaje najczęstszym i kluczowym mechanizmem w rozwoju chorób układu krążenia. Inspiracją do stworzenia ankiety „10 dla serca” były amerykańskie projekty „Life’s Simple 7” i „Life’s Essential 8”. Zamiast jednak kopiować je wprost, sięgnęliśmy do polskich danych epidemiologicznych, m.in. badań Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności: WOBASZ I i WOBASZ II. Dzięki nim mogliśmy wskazać także dwa dodatkowe czyn-

niki: stres i spożycie alkoholu, które w naszej populacji odgrywają istotną rolę. W ten sposób mamy 10 czynników, które razem tworzą obraz zdrowego serca.

Co odróżnia „10 dla serca” od innych narzędzi oceny ryzyka sercowo-naczyniowego, np. karty SCORE?

A.P.: W ankiecie „10 dla serca” skupiamy się na czynnikach, na które pacjent sam może realnie wpływać. W karcie SCORE dominują elementy niemodyfikowalne, takie jak wiek czy płeć, obok ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu czy palenia tytoniu. Tymczasem „10 dla serca” koncentruje się na sprawczości pacjenta, obejmując: niepalenie, unikanie alkoholu, prawidłową dietę, aktywność fizyczną, utrzymanie właściwej masy ciała, zdrowy sen i redukcję stresu. Do tego dochodzą trzy mierzalne parametry: ciśnienie tętnicze, poziom LDL i stężenie glukozy. Siedem elementów zależy od nas samych, trzy wymagają kontroli medycznej. Dzięki temu pacjent ma poczucie, że naprawdę może kształtować swoje zdrowie.

P.D.: Podkreślamy też całościowe spojrzenie. Nie wystarczy zadbać tylko o jeden element — wszystkie muszą współpracować, jak puzzle tworzące obraz serca. Zaniedbanie choćby jednego z nich zaburza całość i zwiększa ryzyko chorób.

Wspomniał pan o sprawczości pacjentów. Czy Polacy wierzą, że mogą mieć wpływ na własne zdrowie?

A.P.: Niestety, wciąż obserwujemy niskie poczucie sprawczości. Wielu pacjentów uważa, że to lekarz czy bliscy powinni zadbać o ich zdrowie. „10 dla serca” pokazuje, że każdy z nas ma realny wpływ na jego stan. Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą, że każdy z tych 10 elementów zmniejsza ryzyko przedwczesnego zgonu. To nie są pobożne życzenia, ale twarde dane z oceny polskiej populacji.

Jakie znaczenie ma wczesne wdrażanie zmian? Czy ankieta „10 dla serca” jest adresowana także do osób młodych?

P.D.: Zdecydowanie tak. Karta SCORE2 ma zastosowanie u osób powyżej 40. roku życia, natomiast ankieta jest dostępna dla młodszych, już od 18. roku życia. Chcemy, aby młodzi dorośli od początku świadomie kształtowali nawyki zdrowotne. Im wcześniej zaczniemy modyfikację stylu życia, tym skuteczniej zapobiegniemy powikłaniom sercowo-naczyniowym w przyszłości.

Jak wygląda praktyczne korzystanie z ankiety? Czy każdy może ją wypełnić?

P.D.: Ankieta jest skierowana do wszystkich pełnoletnich obywateli. To nie jest narzędzie przeznaczone tylko dla pacjentów z rozpoznaną jakąś chorobą, np. dyslipidemią, nadciśnieniem tętniczym czy cukrzycą. Ankieta „10 dla serca” jest dostępna w aplikacji Internetowego Konta

Pacjenta, w zakładce profilaktyka. Jej wypełnienie zajmuje ok. siedmiu minut. Warto przygotować sobie aktualne wyniki pomiaru ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu LDL i glukozy, aby uzyskać pełny obraz.

System prezentuje wyniki w formie kolorowych „światel”: zielone oznacza prawidłowy obszar, czerwone wskazuje konieczność zmian. Każdy element jest uzupełniony krótką informacją edukacyjną i podpowiedziami, jak poprawić wynik, wraz z odnośnikami do materiałów Narodowego Funduszu Zdrowia i Instytutu Żywności i Żywienia. Już w pierwszym miesiącu funkcjonowania ankiety skorzystało z niej ponad 50 tys. osób, a 7 tys. wypełniło ją do końca. To pokazuje ogromne zainteresowanie. Dla wielu osób to pierwszy krok do refleksji nad własnym zdrowiem.

Czy ankieta może uświadamiać pacjentom realne konsekwencje zaniedbań zdrowotnych?

P.D.: Oczywiście. Wysokie wartości ciśnienia tętniczego, cholesterolu czy cukru nie boją, więc wielu chorych nie podejmuje leczenia. Dopiero gdy widzą, że ich ryzyko zgonu w ciągu 20 lat jest kilkakrotnie wyższe niż u osoby dbającej o zdrowie, zaczynają traktować to poważniej. To trochę jak lokata w banku — inwestujemy dziś, żeby za 10 czy 20 lat cieszyć się dobrą formą.

Czy to oznacza, że „10 dla serca” jest inwestycją w przyszłość zdrowotną całego społeczeństwa?

P.D.: Dokładnie tak. To nie tylko narzędzie do oceny ryzyka sercowo-naczyniowego, ale także drogowskaz, który chroni przed wieloma chorobami: nowotworami, schorzeniami układu kostno-stawowego czy chorobami metabolicznymi.

A.P.: Warto podkreślić, że to prawdopodobnie pierwsza na świecie tak szeroko dostępna ankieta, która nie tylko ocenia ryzyko zgonu, ale też wskazuje, co należy zmienić, by to ryzyko zmniejszyć. Dzięki współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Centrum e-Zdrowia udało się stworzyć innowacyjne narzędzie, które ma ogromny potencjał prewencyjny.

Jakie znaczenie ma ta ankieta w codziennej praktyce lekarza?

A.P.: To bardzo cenne narzędzie, które lekarz może włączyć w proces diagnostyczno-terapeutyczny. Moi pacjenci wychodzą z zaleceniem, by do kolejnej wizyty wypełnić „10 dla serca”. Dzięki temu widzimy, które elementy są „na czerwono”, i wspólnie wybieramy obszary wymagające poprawy. To oszczędza czas, a jednocześnie angażuje pacjenta.

P.D.: Lekarze POZ mają na wizytę 15 minut, więc często nie są w stanie szczegółowo omawiać wszystkich czynników ryzyka. Ankieta stanowi narzędzie edukacyjne i motywacyjne, które wspiera zarówno lekarzy, jak i pacjentów.

Jakie są oczekiwania wobec lekarzy i pacjentów w kontekście korzystania z ankiety „10 dla serca”?

P.D.: Chcielibyśmy, aby lekarze szeroko zachęcali pacjentów — zarówno w POZ, jak i w AOS — do korzystania z ankiety. To narzędzie wspierające codzienną praktykę, ale też ważny element edukacyjny.

A.P.: Medycyna potrafi dziś doprowadzić wielu chorych do osiemdziesiątki, ale w jakiej kondycji będą oni świętować — to już zależy od ich stylu życia. „10 dla serca” pokazuje, że klucz do zdrowia leży w naszych rękach.

Rozmawiała Anna Rogala



prof. Piotr Dobrowolski:

Ankieta „10 dla serca” jest dostępna w aplikacji Internetowego Konta Pacjenta, w zakładce profilaktyka. Jej wypełnienie zajmuje około siedmiu minut.

prof. Aleksander Prejbisz:

To bardzo cenne narzędzie, które lekarz może włączyć w proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Opinia

Szybki test, który daje cenne wskazówki

Anna Rogala, dziennikarka „Pulsu Medycyny”:

WYPEŁNIENIE ANKIETY „10 DLA SERCA” W APLIKACJI IKP ZAJĘŁO MI 8 MINUT. Pytania są jasne i zrozumiałe, odpowiedzi nie wymagają żadnej specjalistycznej wiedzy. Po ich udzieleniu otrzymałam podsumowanie, wskazujące moje mocne strony w dbaniu o zdrowie.

TWÓRCY APLIKACJI NIE MORALIZUJĄ, TYLKO ZAZNACZAJĄ OBSZARY, NA KTÓRE WARTO ZWRÓCIĆ UWAGĘ. Oprócz informacji na temat danego zagad-

nienia (m.in. optymalne ciśnienie tętnicze, prawidłowa waga, zdrowe żywienie), dostępne są krótkie wypowiedzi wideo ekspertów z Narodowego Instytutu Kardiologii, którzy w przystępny sposób tłumaczą, dlaczego zmiany w stylu życia mają kluczowe znaczenie dla kondycji serca.

TO NARZĘDZIE MOŻE BYĆ PRZYDATNE ZARÓWNO DLA OSÓB STARSZYCH, JAK I MŁODYCH, CHCĄCYCH ZADBAĆ O PROFILAKTYKĘ. Wypełnienie ankiety „10 dla serca” to mały krok, który może przynieść duże korzyści dla zdrowia.

Zespoły wielodyscyplinarne stanowią udowodniony standard opieki kardiologicznej

„Każdy członek zespołu wnosi unikatową perspektywę i specjalistyczną wiedzę, co pozwala na kompleksowe zrozumienie przez pacjenta istoty jego choroby i konieczności przestrzegania zaleceń. Wczesne wykrycie problemów z *adherence* umożliwia implementowanie szybkich interwencji korygujących” — wskazuje prof. dr hab. Izabella Uchmanowicz, dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

O zespołach wielodyscyplinarnych mówi się w kontekście chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca czy choroby sercowo-naczyniowe. Jakie znaczenie ma holistyczna opieka nad pacjentem kardiologicznym?

Ze względu na wielowymiarowy charakter chorób sercowo-naczyniowych holistyczna opieka nad pacjentem kardiologicznym stanowi fundament skutecznego leczenia. Pacjenci z chorobami sercowo-naczyniowymi często prezentują złożone współistniejące problemy zdrowotne, psychospołeczne i ekonomiczne, które bezpośrednio wpływają na przebieg choroby i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Podejście holistyczne pozwala na identyfikację i adresowanie wszystkich barier w dostępie do optymalnej opieki, co jest szczególnie istotne u pacjentów z licznymi współchorobowościami oraz tych borykających się z wyzwaniem ekonomicznymi i społecznymi. Takie kompleksowe podejście umożliwia nie tylko leczenie objawów, ale także modyfikację czynników ryzyka i poprawę długoterminowych wyników klinicznych.

Kto wchodzi w skład zespołu terapeutycznego w kardiologii?

Optymalny zespół terapeutyczny składa się z wielu specjalistów. Są to: kardiolog, lekarz rodzinny (internista), kardiochirurg (w przypadkach wymagających interwencji chirurgicznych), elektrofizjolog (przy zaburzeniach rytmu serca), pielęgniarka kardiologiczna/koordynator opieki, fizjoterapeuta specjalizujący się w rehabilitacji kardiologicznej, dietetyk kliniczny, farmaceuta kliniczny, psycholog kliniczny/psychoterapeuta. Specjalistami wspomagającymi są: pracownik socjalny i edukator zdrowia.

Liderem zespołu medycznego jest najczęściej kardiolog, który odpowiada za diagnozę, leczenie farmakologiczne i procedury inwazyjne, a także za monitorowanie stanu zdrowia pacjenta. Wszyscy członkowie zespołu powinni ze sobą współpracować, żeby zapewnić pacjentowi optymalną opiekę.

W systemie opieki wielodyscyplinarnej podkreśla się dużą rolę pielęgniarki jako koordynatora tej opieki. Jakie są jej zadania?

Pielęgniarka kardiologiczna pełni centralną funkcję koordynatora opieki i stanowi kluczowe ogniwo łączące wszystkich członków zespołu. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, do jej zadań należą:

- edukacja i wsparcie pacjenta, czyli prowadzenie kompleksowych programów edukacyjnych dotyczących samokontroli, rozpoznawania objawów alarmowych, prawidłowego przyjmowania leków oraz modyfikacji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego;
- monitoring kliniczny i koordynacja, tj. systematyczna ocena stanu klinicznego pacjenta, monitorowanie adherencji, czyli przestrzegania zaleceń terapii, koordynowanie wizyt specjalistycznych i badań diagnostycznych oraz zapewnienie ciągłości opieki na wszystkich etapach leczenia;
- sprawowanie funkcji integracyjnej, polegającej na ścisłej współpracy z całym zespołem wielodyscyplinarnym, przekazywanie informacji między specjalistami oraz dostosowywanie planu opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta;



Badania randomizowane potwierdziły, że wielodyscyplinarne, kompleksowe programy, obejmujące strategie samoopieki, znacząco poprawiają wydolność fizyczną pacjentów oraz redukcję hospitalizacji i śmiertelność.

Regularne kontakty z zespołem, szczególnie z pielęgniarką, pozwalają na wczesne wykrywanie problemów z *adherence* i implementację szybkich interwencji korygujących.

Czy dzięki opiece wielodyscyplinarnej można obniżyć częstość hospitalizacji?

Opieka wielodyscyplinarna wykazuje udokumentowany klinicznie wpływ na redukcję hospitalizacji w kardiologii. Z systematycznego przeglądu literatury medycznej wynika, że sześć z siedmiu analizowanych badań wykazało 50-85-procentową redukcję ryzyka hospitalizacji u pacjentów objętych kompleksowymi, wielodyscyplinarnymi programami opieki nad pacjentami z niewydolnością serca¹.

Mechanizmy redukcji hospitalizacji obejmują: wczesne wykrywanie dekomensacji poprzez systematyczne monitorowanie kliniczne, optymalizację farmakoterapii przez zespół specjalistów, intensywną i ciągłą edukację pacjenta w zakresie samokontroli, poprawę *adherence* do zaleceń farmakologicznych i nefarmakologicznych, szybkie interwencje terapeutyczne w przypadku pogorszenia stanu klinicznego. Badania randomizowane potwierdziły, że wielodyscyplinarne, kompleksowe programy, obejmujące strategie samoopieki, znacząco poprawiają wydolność fizyczną pacjentów oraz redukcję hospitalizacji i śmiertelność².

Korzyści ekonomiczne wykraczają poza samo zmniejszenie kosztów hospitalizacji i obejmują: redukcję wizyt w izbach przyjęć, optymalizację wykorzystania zasobów oraz poprawę produktywności pacjentów dzięki lepszej kontroli choroby. Współczesne dowody naukowe jednoznacznie wskazują, że zespoły wielodyscyplinarne stanowią *evidence-based* (ang.) standard opieki kardiologicznej, zapewniający poprawę wyników klinicznych i jakości życia pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi.

Rozmawiała Anna Rogala

Piśmiennictwo:

1. Sapna F, Raveena F, Chandio M, Bai K., Sayyar M., Varrassi G., Khatri M., Kumar S., Mohamad T.: Advancements in Heart Failure Management: A Comprehensive Narrative Review of Emerging Therapies. *Cureus*. 2023 Oct 4; 15(10): e46486. doi: 10.7759/cureus.46486. PMID: 37927716; PMCID: PMC10623504.
2. Bozkurt B., Fonarow G., Goldberg L. et al.: Cardiac Rehabilitation for Patients With Heart Failure: JACC Expert Panel. *JACC*. 2021 Mar, 77 (11) 1454-1469. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.01.030>

Polska kardiologia silna w kraju, widoczna na świecie — wizja nowej prezes elekt PTK

Podczas Walnego Zgromadzenia Delegatów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wybrano nowe władze na kadencję 2025-2027. Funkcję prezesa elekta objęła prof. dr hab. n. med. Agnieszka Tycińska z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku — druga kobieta w historii PTK, która stanie na czele Towarzystwa.



Chcę, aby Towarzystwo było miejscem otwartym, inspirującym i silnym głosem w debacie o jakości opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia.

prof. Agnieszka Tycińska

- prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko
- prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski
- prof. dr hab. n. med. Renata Głowczyńska
- prof. dr hab. n. med. Agata Bielecka-Dąbrowa
- dr hab. n. med. Michał Mazurek

Prof. Agnieszka Tycińska to ceniona specjalistka w zakresie chorób wewnętrznych, kardiologii oraz intensywnej terapii. Jej działalność obejmuje zarówno praktykę kliniczną, jak i badania naukowe oraz aktywność organizacyjną. Od wielu lat angażuje się w prace PTK — była przewodni-

czącą Asocjacji Intensywnej Terapii Kardiologicznej, a od 2021 roku kieruje Komisją Wytycznych Towarzystwa. Równolegle pełni liczne funkcje w Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym, m.in. w Komitecie Nominacyjnym Zarządu i Komitecie Programowym Kongresu ESC.

Jej wizja na kadencję obejmuje kilka kluczowych obszarów. Hasłem przewodnim programu jest „Polska kardiologia — silna w kraju, widoczna na świecie”. Nowa prezes elekt wskazuje m.in. na konieczność poprawy finansowania procedur kardiologicznych, rozwój interdyscyplinarnej kardiologii z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, a także wzmocnienie pozycji polskich ekspertów na forum międzynarodowym. Ważnym elementem planu jest również wsparcie młodych kardiologów poprzez nowe platformy edukacyjne, mentoring i programy stypendialne.

Prof. Tycińska podkreśla, że objęcie funkcji prezesa elekta PTK jest nie tylko wyróżnieniem, lecz także zobowiązaniem wobec środowiska kardiologicznego i pacjentów. „Chcę, aby Towarzystwo było miejscem otwartym, inspirującym i silnym głosem w debacie o jakości opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia” — zaznacza. (AR)

reklama

XVIII

KONFERENCJA NAUKOWA
SEKCIJ PREWENCJI I EPIDEMIOLOGII PTK

KARDIOLOGIA PREWENCYJNA 2025

- Znakomite wystąpienia światowej klasy ekspertów
- Wykłady, debaty, sesje naukowe i dydaktyczne
- Konkurs na najlepsze doniesienie oryginalne



21-22 LISTOPADA
KRAKÓW

Zarejestruj się teraz!
kardiologiaprewencyjna.eu



Niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową jest związana z współchorobowością

„Choroby towarzyszące mogą maskować obraz niewydolności serca i wpływać na utrudnienie diagnostyki. Mają też znaczenie w zakresie *compliance* i adheencji. Kluczem do sukcesu terapeutycznego jest równoczesne, skuteczne leczenie wszystkich współistniejących schorzeń” — wskazuje dr hab. n. med. Marta Kałużna-Oleksi, kardiolog.

Co mówią dane epidemiologiczne dotyczące niewydolności serca w Polsce?

Dane epidemiologiczne odnoszące się do występowania niewydolności serca (ang. *heart failure*, HF) w Polsce w znacznym stopniu opierają się na informacjach dotyczących hospitalizacji z tego powodu. Zdecydowanie mniej wiemy o pacjentach z HF leczących się ambulatoryjnie, a najmniej o tych, którzy otrzymują opiekę jedynie w poradniach lekarza rodzinnego. Przyjmuje się, że osób z niewydolnością serca jest w Polsce ok. 1,2 mln, natomiast rocznie umiera z tego powodu ok. 140 tys. pacjentów. Z analiz badania NATPOL wynika, iż częstość występowania niewydolności serca w populacji dorosłych w wieku 18-79 lat wynosi 4,3 proc., czyli od 720 tys. do 1,2 mln osób.

Jaki odsetek przypadków stanowi niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową?

Zasadniczo uważa się — głównie na podstawie badań obejmujących hospitalizowanych pacjentów — że u mniej więcej 50 proc. osób z niewydolnością serca jest to niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową (ang. *heart failure with reduced ejection fraction*, HFrEF). U pozostałych 50 proc. występuje niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową (ang. *heart failure preserved ejection fraction*, HFpEF) lub niewydolność serca z łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową (ang. *heart failure with mildly reduced ejection fraction*, HFmrEF).

Badanie polskiej populacji pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca wykazało, że największy odsetek stanowili chorzy z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową — ponad 65 proc., ok. 25 proc. osoby z zachowaną frakcją wyrzutową, natomiast 13 proc. pacjenci z łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową. W opiece ambulatoryjnej szacuje się, że pacjenci z HFpEF stanowią ok. 16 proc. Należy jednak pamiętać, że wiele przypadków niewydolności serca z zachowaną frakcją pozostaje niezdiagnozowanych, ponieważ pacjenci rzadziej trafiają do szpitala, a objawy mogą być niespecyficzne. W związku z tym liczba chorych może być wyższa niż obecnie szacowana.

Czy częstość występowania niewydolności serca zwiększa się z wiekiem?

Zdecydowanie tak. Niewydolność serca to jedyna jednostka chorobowa w kardiologii, której częstość występowania na przestrzeni ostatnich lat stale rośnie. Pewne zachwianie tej statystyki nastąpiło w okresie pandemii COVID-19, gdy zanotowano spadek liczby chorych z rozpoznaniem HF *de novo*, która w 2019 r. wyniosła 127 tys. (zapadalność rejestrowana) i była o 26 proc. niższa niż w 2014 r. W grupie osób poniżej 55. roku życia HF występuje rzadko — poniżej 1 proc. W przedziale wiekowym 65-74 lata jej częstość sięga już 8-10 proc., a w gru-

O KIM MOWA

Dr hab. n. med. Marta Kałużna-Oleksi jest specjalistką w dziedzinie kardiologii z I Kliniki Kardiologii Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezesem Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serca.



FOT. ARCHIWUM

pie powyżej 75 lat — 15-20 proc., zaś w grupach starszych — nawet do 30 proc. Wynika to zarówno z procesów starzenia się organizmu, jak i z coraz lepszego leczenia ostrych stanów kardiologicznych, np. zawału serca, co z biegiem czasu może prowadzić do rozwoju niewydolności serca.

Proszę przypomnieć, czym jest frakcja wyrzutowa i jak definiujemy niewydolność serca z jej zachowaniem.

Przed wszystkim niewydolność serca to nie jest jedna choroba. To jest stan kliniczny, do którego prowadzi wiele różnych chorób kardiologicznych. Niewydolność serca to zespół kliniczny, który charakteryzuje się występowaniem w przeszłości lub aktualnie objawów podmiotowych i/lub przedmiotowych spowodowanych nieprawidłowościami strukturalnymi i/lub czynnościowymi serca, z podwyższonym stężeniem peptydów natriuretycznych i/lub z potwierdzonymi obiektywnymi metodami cechami zastój w krążeniu płucnym i/lub systemowym.

Frakcja wyrzutowa lewej komory (ang. *left ventricular ejection fraction*, LVEF) ocenia zdolność kurczenia się serca — to procent objętości krwi, który lewa komora wyrzuca do aorty podczas jednego skurczu. Prawidłowa LVEF wynosi ≥ 50 proc. Niewydolność serca tradycyjnie dzieli się na odrębne fenotypy — w zależności od zmierzonej frakcji wyrzutowej lewej komory: HFrEF — niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową, gdzie LVEF ≤ 40 proc., HFpEF — z zachowaną frakcją wyrzutową, gdzie LVEF ≥ 50 proc. oraz HFmrEF — niewydolność serca z łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową — 41-49 proc.

Frakcja wyrzutowa jest to więc „moc” kurczenia się serca. Z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową mamy do czynienia, gdy dochodzi do uszkodzenia funkcji rozkurczowych. Obrazowo mówiąc, serce jest wówczas „stywne”, ma trudności z napełnianiem się krwią w fazie rozkurczu, mimo że kurczy się prawidłowo.

Jakie są objawy HFpEF?

Objawy niewydolności serca są takie same, niezależnie od frakcji wyrzutowej. Najczęstszym, ale nie patognomonicznym dla niewydolności serca, jest duszność — początkowo wysiłkowa, a w zaawansowanym stadium również spoczynkowa. Warto zaznaczyć, że duszność jest też objawem chorób płuc, np. POChP, co utrudnia diagnostykę niewydolności serca, szczególnie tej z zachowaną frakcją wyrzutową. Innym charakterystycznym objawem są obrzęki na kończynach dolnych, głównie wokół kostek, symetryczne, nasilające się z czasem. Rzadziej występują także: uczucie zmęczenia, kołatania serca czy bóle w klatce piersiowej.

Czy objawy niespecyficzne, jak przewlekłe zmęczenie, mogą występować samodzielnie?

Generalnie tak. Pacjenci często interpretują duszności jako obniżoną tolerancję wysiłku albo przewlekłe zmęczenie w wyniku wysiłku, np. podczas spaceru czy wchodzenia po schodach. Samo zmęczenie w spoczynku zwykle nie sugeruje niewydolności serca.

Jakie badania należy wykonać, aby potwierdzić rozpoznanie HFpEF?

Przed wszystkim nie można bagatelizować niepokojących objawów, kłaść ich na karb starzenia albo utycia 2 kg. W pierwszej kolejności należy przeprowadzić wywiad kliniczny, wykonać badanie fizykalne oraz podstawowe badania dodatkowe, takie jak np. pomiar ciśnienia tętniczego czy EKG. Ważne są dwa badania dodatkowe: echokardiografia oraz oznaczenie stężenia peptydów natriuretycznych (NT-proBNP lub BNP); częściej posługujemy się oznaczaniem NT-proBNP. Echo serca pozwala ocenić jego morfologię, funkcję skurczową i rozkurczową oraz wykluczyć inne patologie, np. wady zastawek. Z kolei oznaczenie stężenia peptydów natriuretycznych w osoczu zaleca się jako początkowy test diagnostyczny u pacjentów z objawami sugerującymi HF w celu wykluczenia tego rozpoznania.

Jakie są główne przyczyny rozwoju HFpEF?

Rozwój HF jest poprzedzony występowaniem innych chorób, a zjawisko wielochorobowości pogłębia się wraz z czasem trwania HF i jest szczególnym problemem w populacji pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową. Przyjmuje się, że ok. 50 proc. osób z HFpEF ma trzy bądź więcej dodatkowych chorób towarzyszących. Najczęściej są to: cukrzyca, przewlekła choroba nerek, przewlekła obturacyjna choroba płuc czy otyłość.

Generalnie najczęstszą przyczyną rozwoju niewydolności serca, odpowiadającą nawet za 90 proc. przypadków, jest choroba wieńcowa i nadciśnienie tętnicze łącznie. Przy czym za rozwój niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową najczęściej odpowiada choroba wieńcowa, a za rozwój niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową najczęściej odpowiada nadciśnienie tętnicze. Do innych przyczyn rozwoju niewydolności serca należą np. nabyte czy wrodzone wady zastawkowe, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatie, zapalenie mięśnia sercowego.

Choroby współistniejące utrudniają rozpoznanie?

Jeżeli pacjent ma wiele różnych chorób, to niektóre z nich mogą utrudniać rozpoznanie HF. Tak jest np. z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, której głównym objawem jest również duszność, co może prowadzić do sytuacji, gdy niewydolność serca będzie rozpoznana późno albo czasami wcale nie zostanie rozpoznana. Dodatkowo przyjmuje się, że ok. 30 proc. pacjentów z niewydolnością serca ma POChP, jak i 30 proc. pacjentów z POChP ma niewydolność serca. Jak widać, ta grupa chorych stanowi duże wyzwanie. Choroby towarzyszące mogą maskować obraz niewydolności serca i wpływać na utrudnienie diagnostyki, ale też mieć wpływ na dostosowanie się pacjenta do terapii.

Leki, które stosujemy, by leczyć każdą chorobę towarzyszącą, powodują często problemy w zakresie *compliance* i *adherence* pacjenta do samej terapii. Warto zwrócić uwagę, że jeśli pacjent ma np. przewlekłą chorobę nerek, trzeba zmodyfikować dawkowanie niektórych leków kardiologicznych albo zmienić je na inne. Kluczem do sukcesu terapeutycznego jest równoczesne, skuteczne leczenie wszystkich współistniejących schorzeń.

To oznacza leczenie chorób współistniejących z równoczesnym zwracaniem uwagi na serce.

Dokładnie tak. Trzeba prawidłowo leczyć cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe i wszystkie inne choroby, które pacjent ma, oraz regularnie monitorować, czy nie rozwija się u niego niewydolność serca. Obecne wytyczne podkreślają aktywne podejście profilaktyczne, np. jeśli pacjent jest leczony z powodu cukrzycy i dotychczas nie miał rozpoznanej niewydolności serca, zalecane jest, aby minimum raz w roku dokonać oceny kardiologicznej, w tym zbadać stężenie peptydu natriuretycznego, żeby rozpoznać HF na wczesnym etapie i wdrożyć odpowiednie leczenie czy zmodyfikować terapię przeciwciukrzycową.

Jakie dodatkowe problemy mogą pojawić się u pacjenta z niewydolnością serca?

Niewydolność serca to stan przewlekły, który bez leczenia prowadzi do zgonu. W przebiegu HF mogą pojawić się zaburzenia rytmu serca (nadkomorowe, komorowe), pogorszenie funkcji nerek lub wątroby, a także wyniszczenie organizmu (kaheksja) czy depresja.

Sama niewydolność serca wpływa znacząco na pogorszenie jakości życia pacjentów: ogranicza codzienne funkcjonowanie, zwiększa zależność od opieki, prowadzi do depresji i izolacji społecznej. Niewydolność serca często prowadzi do hospitalizacji, najczęściej z powodu zaostrzeń objawów, ale również chorób współistniejących, a częstość pobytów w szpitalu z powodu HF wzrasta wraz z wiekiem. Bardzo często przyczyną zaostrzenia objawów samej niewydolności serca są infekcje dróg oddechowych czy nowo pojawiająca się arytmia.

Rokowanie pacjentów z HF pozostaje poważne, śmiertelność roczna waha się od 25 do 75 proc. Każda hospitalizacja z powodu zaostrzenia HF pogarsza rokowanie — przy czterech hospitalizacjach mediana przeżycia wynosi mniej niż rok. Ogólnie rokowanie w niewydolności serca jest gorsze niż dla większości chorób nowotworowych.

Jaki jest cel leczenia HFpEF?

Podstawowe cele to poprawa jakości życia (poprzez łagodzenie objawów) oraz poprawa rokowania, czyli wydłużenie przeżycia. Dla pacjenta oznacza to komfort życia, zmniejszenie ryzyka zaostrzeń niewydolności serca. W HFpEF leczenie objawowe było przez wiele lat jedyną dostępną opcją. Obecnie mamy leki z grupy flozyn, które wykazują korzystny wpływ na rokowanie w HF, niezależnie od frakcji wyrzutowej.

Czy styl życia ma znaczenie w leczeniu HFpEF?

Jak najbardziej. Modyfikacja stylu życia to bardzo ważny element leczenia pacjentów z niewydolnością serca. Co przez to rozumiemy? Regularna aktywność fizyczna, codziennie lub przynajmniej trzy razy w tygodniu po 30 minut, o minimum umiarkowanej intensywności. Aktywność ta powinna być dostosowana do wieku, wydolności i stanu klinicznego pacjenta. Ruch traktujemy dziś jako lek. Dieta, najlepiej śródziemnomorska, powinna być bogata w warzywa, ryby, tłuszcze nienasycone. Istotne są również: bezwzględne rzucenie palenia, unikanie alkoholu, kontrola wagi, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Rozmawiała Anna Rogala

FOT. ROBERTSKA

W chorobach kardiologicznych kluczowe znaczenie ma czas

„W przypadku zawału serca z uniesieniem odcinka ST każda minuta opóźnienia w udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej zwiększa ryzyko martwicy mięśnia sercowego. Zasada: „czas to mięsień” jest stale aktualna. Potwierdzają to dane Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazujące, że skrócenie czasu od wystąpienia objawów do wykonania angioplastyki znacząco poprawia rokowanie” — mówi dr hab. n. med. Michał Hawranek, kardiolog.

Jakie są najczęstsze przyczyny niewydolności serca?

Niewydolność serca (NS) można określić mianem pandemii, ponieważ w Polsce choruje na NS ponad 1,2 mln osób, a liczba ta będzie rosła z powodu starzenia się społeczeństwa oraz większej skuteczności leczenia ostrych stanów kardiologicznych. Paradoksalnie, ratując życie pacjentom po zawałe czy innych ciężkich incydentach, często nie jesteśmy w stanie zapobiec trwałemu uszkodzeniu serca, co w dłuższej perspektywie prowadzi do jego niewydolności. Badania pokazują, że pacjenci po zawałe mają zdecydowanie wyższe ryzyko (nawet 5 do 7 razy) rozwoju niewydolności serca w kolejnych latach.

Najczęstszą przyczyną NS (w 60-70 proc. przypadków) jest choroba wieńcowa. Kolejnym istotnym czynnikiem nadciśnienie tętnicze. Oba te schorzenia odpowiadają łącznie za ponad 90 proc. przypadków niewydolności serca. Pozostałe przyczyny to m.in. wady zastawkowe (stenoza aortalna, niedomykalność mitralna), kardiomiopatie (przerostowa, rozstrzeniowa, restrykcyjna), atrymne czy zapalenie mięśnia sercowego.

Jakie procedury ratujące życie stosuje się w przypadku zawału serca?

W chorobach kardiologicznych kluczowe znaczenie ma czas. W przypadku zawału serca z uniesieniem odcinka ST — czyli tej najbardziej klasycznej i ostrej postaci — każda minuta opóźnienia w udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej zwiększa ryzyko martwicy mięśnia sercowego. Zasada: „czas to mięsień” jest stale aktualna. Potwierdzają to dane Narodowego Funduszu Zdrowia — skrócenie czasu od wystąpienia objawów do wykonania angioplastyki znacząco poprawia rokowanie.

Obecnie podstawową procedurą ratującą życie jest pierwotna angioplastyka wieńcowa z implantacją stentów. W Polsce wykonywane są ok. 110-120 tys. angioplastyk rocznie, z czego ponad połowa dotyczy pacjentów kierowanych w trybie pilnym — zarówno z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST, jak i bez uniesienia.

Oprócz angioplastyki wieńcowej, dynamicznie rozwijają się również interwencje strukturalne w obrębie serca, obejmujące m.in. leczenie wad zastawkowych. Przykładem jest zwężenie zastawki aortalnej — w sytuacjach nagłych wykonuje się walwuloplastykę aortalną, czyli poszerzenie ujścia zastawki balonem. Planowym zabiegem docelowym jest TAVI (ang. *transcatheter aortic valve implantation* — przeczeownikowe wszczepienie zastawki aortalnej), wykonywane obecnie u ok. 5 tys. pacjentów rocznie, głównie u chorych wysokiego ryzyka. Większość pacjentów powyżej 75. roku życia z tą wadą kwalifikuje się do tego typu leczenia, jeśli spełnia odpowiednie kryteria kliniczne i anatomiczne.

W najcięższych postaciach niewydolności serca, np. we wstrząsie kardiogennym wynikającym z zawału serca, zatorowości płucnej czy pionurującego zapalenia mięśnia sercowego, coraz powszechniej stosuje się mechaniczne wspomaganie krążenia, m.in. ECMO czy pompy osiowe typu Impella, które można założyć w warunkach dyżurowych często w mniej niż 20 minut. W wybranych sytuacjach używa się także kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP). Choć technologie te nie są jeszcze powszechne, ich dostępność systematycznie rośnie.



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, przewodniczącym Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Badania wskazują, że kompleksowe programy opieki kardiologicznej mogą obniżyć ryzyko kolejnego zawału nawet o jedną trzecią, a śmiertelność o jedną piątą.

Jak wygląda dostęp do tych procedur w Polsce?

Nasz kraj dysponuje jedną z najlepiej rozwiniętych sieci pracowni hemodynamicznych w Europie — jest ich ponad 160, pracują całodobowo, siedem dni w tygodniu. Dzięki temu w niemal każdym regionie Polski pacjent z ostrym zawałem może być leczony zgodnie z zasadą ang. *door-to-balloon* — czas od przyjęcia do ośrodka z pracownią hemodynamiki do wykonania zabiegu w STEMI powinien wynosić poniżej 90 minut. W Polsce w wielu przypadkach ten standard jest osiągany.

W każdym szpitalu dysponującym pracownią hemodynamiki dostępne są procedury leczenia zawału serca z uniesieniem odcinka ST. Zabiegi strukturalne, jak TAVI, wykonywane są w ponad 30 wyspecjalizowanych ośrodkach z pełnym zapleczem kardiochirurgicznym. Walwuloplastykę aortalną można wykonać w większości pracowni hemodynamicznych, choć nie wszystkie dysponują odpowiednim sprzętem.

Standard opieki nad pacjentem w ostrych stanach kardiologicznych w Polsce nie odbiega od standardów europejskich?

W zakresie leczenia osiągnęliśmy już prawdopodobnie maksimum możliwości organizacyjnych. Wciąż jednak pozostaje problem opóźnienia pomiędzy wystąpieniem bólu w klatce piersiowej a zgłoszeniem się pacjenta po pomoc. Wzrost świadomości społeczeństwa w tym zakresie jest niezwykle istotny — jeśli ból w klatce piersiowej utrzymuje się ponad 20 minut, należy niezwłocznie wezwać pomoc. Lepiej zadzwonić „na wszelki wypadek”, niż przeczyć krytyczne okno czasowe. Tylko szybkie działanie może uratować życie i zapobiec rozwojowi niewydolności serca.

Jak obecnie wygląda leczenie pacjenta po zawałe?

Żyjemy w czasach, w których indywidualizacja diagnostyki i terapii, czyli medycyna personalizowana, staje się nadrzędnym celem postępowania. W ogólnym zarysie brzmi to prosto, ale w praktyce jest to proces bardzo złożony. Nasze wysiłki zmierzają do tego, aby dopasować diagnostykę i leczenie do konkretnego pacjenta.

Standardem po angioplastyce wieńcowej — zarówno w ostrych zespołach wieńcowych, jak i w chorobie przewlekłej — jest podwójna terapia przeciwplatekowa, czyli połączenie kwasu acetylosalicylowego z inhibitorem P2Y12. Jej optymalne stosowanie wymaga równowagi między ryzykiem zakrzepicy a ryzykiem krwawienia. U pacjentów wysokiego ryzyka niedokrwiennego — np. z zaawansowaną miażdżycą lub licznymi stentami — często wydłużamy terapię powyżej 12 miesięcy. Natomiast u chorych z dużym ryzykiem krwawienia dążymy do jej skrócenia.

Ocena ryzyka nie jest jednorazowa — może się zmieniać. Krwawienie może wymusić skrócenie terapii, a nowy incydent niedokrwienności — jej przedłużenie. Dlatego pacjent powinien być oceniany nie tylko bezpośrednio po zabiegu, ale też w trakcie leczenia, co najmniej raz lub dwa razy w ciągu pierwszego roku.

Po interwencji konieczna jest więc dalsza, kompleksowa opieka i skuteczna prewencja wtórna?

Zdecydowanie tak. Naszym obowiązkiem jako kardiologów interwencyjnych jest optymalne wykonanie zabiegu, ale to dopiero początek procesu leczenia. Pacjent po wypisie ze szpitala wymaga dalszej kontroli i leczenia

w ramach prewencji wtórnej, której celem jest zapobieganie kolejnym incydentom.

Jeśli pacjent już przeszedł incydent sercowo-naczyniowy, prawdopodobieństwo jego ponownego wystąpienia jest wyższe niż u osoby, która nigdy go nie doświadczyła. Badania wskazują, że kompleksowe programy opieki kardiologicznej mogą obniżyć ryzyko kolejnego zawału nawet o jedną trzecią, a śmiertelność o jedną piątą.

Prewencja wtórna obejmuje m.in. odpowiednią farmakoterapię, kontrolę czynników ryzyka, leczenie chorób współistniejących, zmianę stylu życia oraz rehabilitację kardiologiczną, najlepiej rozpoczętą we wczesnym okresie po interwencji. W Polsce pacjentom po zawałe serca oferowany jest program KOS-zawał, który realizuje te założenia i — jak potwierdzają analizy — istotnie poprawia rokowania chorych.

Interwencja ratuje życie, ale to właśnie prewencja wtórna decyduje, jak długo i w jakiej jakości pacjent będzie żył po zawałe.

Jakie znaczenie u tych pacjentów ma leczenie chorób współistniejących?

Obecność chorób współistniejących ma ogromne znaczenie, ponieważ wiele z nich może przyspieszać rozwój miażdżycy. Klasycznym przykładem jest cukrzyca — osoby na nią chorujące mają nawet o 50 proc. większe ryzyko rozwoju choroby wieńcowej. Wynika to z samego mechanizmu choroby, który sprzyja tworzeniu się zmian miażdżycowych — pacjenci z cukrzycą mają zwykle bardziej zaawansowaną miażdżycę i większą liczbę niestabilnych blaszek podatnych na pęknięcie. Z kolei przewlekła choroba nerek przyspiesza proces zwapnienia naczyń, zwiększa ich sztywność i nasila ryzyko zakrzepicy oraz powikłań krwotocznych. Istotne są również zaburzenia lipidowe oraz otyłość, powiązana z przewlekłym stanem zapalnym.

Nowoczesna kardiologia, której celem jest zarówno prewencja, jak i interwencja, opiera się nie tylko na leczeniu incydentów, ale także na kompleksowym zarządzaniu czynnikami ryzyka i chorobami towarzyszącymi. Dlatego tak istotna jest współpraca interdyscyplinarna — z diabetologiem, nefrologiem, dietetykiem, a czasem również psychologiem czy rehabilitantem. Koordynowana opieka, która sprawdziła się w przypadku zawału serca, powinna być docelowo wprowadzana także w innych schorzeniach sercowo-naczyniowych.

Kluczowe więc jest holistyczne spojrzenie na pacjenta?

Dzisiejsza kardiologia to nie tylko spektakularne zabiegi ratujące życie, ale także umiejętność długofalowej opieki i skutecznej profilaktyki. Prewencja i interwencja są ze sobą nierozdzielnie związane — szybka interwencja pozwala uratować pacjenta w ostrym epizodzie, ale tylko dobrze prowadzona prewencja wtórna daje szansę na długie życie bez kolejnych powikłań. Z kolei skuteczna prewencja pierwotna może sprawić, że wielu z tych dramatycznych interwencji w ogóle uda się uniknąć.

Takie całościowe spojrzenie na pacjenta — od wczesnego wykrywania czynników ryzyka, przez nowoczesne procedury, aż po koordynowaną opiekę po incydencie — jest dziś fundamentem współczesnej kardiologii.

Rozmawiała Anna Rogala

Materiał partnera

Dlaczego warto oszczędzać na emeryturę — wyzwania demograficzne i ekonomiczne

„Emerytura nie jest odległą abstrakcją, lecz realną częścią naszego życia. Im wcześniej zaczniemy działać, tym większą będziemy mieć kontrolę nad swoją przyszłością” — zachęca **Leszek Bednorz**, dyrektor ds. klientów korporacyjnych w TFI PZU SA.



Coraz częściej mówi się o konieczności samodzielnego oszczędzania na emeryturę. W jakim stopniu dotyczy to pracowników sektora medycznego?

Wiele prawdopodobne jest, że obecny system emerytalny nie zapewni nam odpowiedniego standardu czy wręcz godnego życia na starość. Prognozy specjalistów są mało optymistyczne. Przewidują oni, że osoby, które dzisiaj mają 30 lat, mogą otrzymać świadczenie emerytalne na poziomie zaledwie 25-30 proc. ostatniego wynagrodzenia. A wynika to m.in. z braku kapitału początkowego. Emerytura nie będzie więc dla tych osób tylko zmianą stylu życia, lecz walką o przetrwanie.

Dlatego już teraz edukujemy i zachęcamy do działania pracowników wszystkich branż. Szczególnie ważne jest to w przypadku lekarzy, którzy często pracują na podstawie kontraktów i z tego powodu nie mogą przystąpić do pracowniczych programów emerytalnych (PPE) ani do pracowniczych planów kapitałowych (PPK). Dlatego tak istotne jest, aby już dziś zadbać o swoją przyszłość finansową we własnym zakresie.

Jak więc wygląda sytuacja lekarzy pracujących na kontraktach lub prowadzących działalność gospodarczą?

Jak wspominałem, nie mogą oni być uczestnikami PPE ani PPK. Mają jednak dostęp do innych form oszczędzania na emeryturę, takich jak indywidualne konto emerytalne (IKE) oraz indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE). Stwarza to realną alternatywę dla PPE i PPK, dzięki czemu lekarze ci nie są pozbawieni szansy na dodatkowe zabezpieczenie emerytalne.

Jakie rozwiązania oferuje TFI PZU SA dla osób, które chcą zadbać o swoją emeryturę?

Możliwości jest kilka. Za pośrednictwem pracodawcy udostępniamy PPE, PPK oraz Pakiet Wyższa Emerytura (PWE) oparty na rachunkach IKE/IKZE z atrakcyjnymi ulgami podatkowymi. dopełnieniem naszej propozycji jest pracowniczy plan oszczędnościowy, który daje jeszcze większą elastyczność w budowaniu przyszłego zabezpieczenia finansowego.

Wpłaty na IKZE można odliczyć od dochodu w rocznym zeznaniu podatkowym PIT, co — przy wyższych progach podatkowych — może oznaczać zwrot podatku w wysokości nawet kilku tysięcy złotych rocznie. W przypadku IKE ulga podatkowa polega na zwolnieniu z podatku od zysków kapitałowych, czyli tzw. podatku Belki (19 proc.), po spełnieniu określonych warunków wypłaty. Oba te rozwiązania są dostępne dla osób pracujących zarówno na kontraktach czy etacie, jak i prowadzących działalność gospodarczą. Warto pamiętać, że osoby pracujące na etacie i zarazem prowadzące działalność gospodarczą powinny zwrócić uwagę na limity rocznych wpłat do IKZE, które są wyższe dla przedsiębiorców.

Jakie błędy najczęściej popełniają osoby planujące emeryturę?

Najczęstszym błędem jest... brak planu i odkładanie tematu na później. Ludzie nie wiedzą, gdzie są ich środki z otwartych funduszy emerytalnych (OFE), czym jest kapitał początkowy, jak działa dziedziczne środki. Często myślą, że „jeszcze mają czas”. Tymczasem każda decyzja podjęta dziś ma wpływ

na to, jak będzie wyglądało ich życie za 20 lub 30 lat. Planowanie emerytury to także element sukcesji kapitału dla następnych pokoleń.

Jak TFI PZU SA wspiera edukację w tym zakresie?

Prowadzimy spotkania, szkolenia online oraz wydarzenia edukacyjne, takie jak np. organizowana kolejny raz i ciesząca się dużą popularnością Akademia Finansów Osobistych. Rozmawiamy z lekarzami, pielęgniarkami, personelem administracyjnym. tłumaczymy specyfikę oferowanych przez nas produktów i wyjaśniamy, jakie dają korzyści. Nie jesteśmy więc tylko dostawcą rozwiązań o charakterze oszczędnościowym — jesteśmy partnerem, który wspiera swoich klientów i ich edukuje.

Co zatem powiedzieliby pan pielęgniarkom, lekarzom oraz pracownikom administracyjnym, którzy jeszcze nie zaczęli oszczędzać na swoją przyszłą emeryturę?

Nie odkładajcie decyzji o rozpoczęciu oszczędzania na później. Emerytura nie jest odległą abstrakcją, lecz realną częścią naszego życia. Im wcześniej zaczniemy działać, tym większą będziemy mieć kontrolę nad swoją przyszłością. Zapraszam do odwiedzenia naszej strony internetowej [inpzu.pl](https://pzu.pl), a także do lektury kolejnych artykułów, które ukażą się w trzech następnych wydaniach „Pulsu Medycyny”. W przypadku pytań, proszę o kontakt pod adresem: pwe@pzu.pl.

Publikowany materiał otwiera cykl czterech rozmów poświęconych tej tematyce



Pacjent z zespołem kruchości w OIT wymaga interdyscyplinarnej opieki

„Kruchość to zespół cech obejmujących m.in.: ograniczoną mobilność, utratę masy mięśniowej, osłabienie, niedożywienie, pogorszenie funkcji poznawczych i sensorycznych, a także zwiększoną podatność na zakażenia. W intensywnej terapii stan ten silnie koreluje z ryzykiem powikłań, dłuższą hospitalizacją i gorszym rokowaniem, stąd jest jednym z najbardziej uznanych pojedynczych wskaźników prognostycznych” — wyjaśnia prof. Wojciech Szczeklik.

Leczenie pacjentów w bardzo podeszłym wieku w oddziałach intensywnej terapii to jedno z większych wyzwań współczesnej medycyny. Dlaczego?

Przed wszystkim ze względu na skalę tego zjawiska. W ciągu ostatnich lat obserwujemy znaczący wzrost liczby pacjentów w wieku powyżej 65, a nawet powyżej 80 lat, trafiających do oddziałów intensywnej terapii (OIT). Już dziś ta ostatnia grupa stanowi ok. 20 proc. chorych na tych oddziałach, a według prognoz w ciągu 25 lat ta liczba może wzrosnąć nawet o 200 proc. Jest to ogromne wyzwanie nie tylko dla lekarzy, ale również całego systemu opieki zdrowotnej.

Problem ten będzie narastał zarówno w związku ze starzeniem się populacji, jak i z nieustannym postępem medycyny, który sprawia, że choroby dawniej śmiertelne coraz częściej przechodzą w formę przewlekłą. Dodam, że obecnie średnia długość życia w Polsce wynosi ok. 82 lat dla kobiet i ok. 75 lat dla mężczyzn. Plasuje nas to na 54. miejscu na świecie w zestawieniu krajów o najwyższej przeżywalności.

Czy w takim razie sam wiek jest kluczowym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych?

Absolutnie nie. Izolowany wiek nie jest dobrym predyktorem wyboru sposobu leczenia, przeżycia czy jakości życia po pobycie w OIT. Dużo ważniejszy jest stan pacjenta przed ostrym zachorowaniem, w tym obecność chorób współistniejących, zaburzeń poznawczych, wielochorobowość i — co szczególnie istotne — kruchość (ang. *frailty*).

Warto przy tym zaznaczyć, że wielochorobowość, czyli obecność dwóch lub więcej chorób, sama w sobie niewiele nam mówi o rokowaniu. Ciężkie zapalenie płuc u chorego z nadciśnieniem tętniczym i osteoporozą to zupełnie inny problem kliniczny niż w przypadku chorego z przewlekłą niewydolnością oddechową i niewydolnością nerek wymagającą leczenia dializami. Z tego względu decyzje terapeutyczne muszą być oparte na całościowej ocenie pacjenta, a nie na pojedynczych parametrach. Przy podejmowaniu tych decyzji należy też uwzględnić oczekiwania chorego względem leczenia oraz mieć na uwadze uznawane przez niego wartości.

Jak definiuje się kruchość w kontekście intensywnej terapii?

Istnieje wiele definicji kruchości, ale uważam, że najlepiej ten stan oddaje określenie jej jako zmniejszonej rezerwy fizjologicznej i braku odporności na ostre bodźce stresowe, m.in. ciężkie infekcje czy urazy. Klinicznie jest to zespół cech obejmujących m.in.: ograniczoną mobilność, utratę masy mięśniowej, osłabienie, niedożywienie, pogorszenie funkcji poznawczych i sensorycznych, a także zwiększoną podatność na zakażenia.

Należy jednak podkreślić, że kruchość to nie to samo co starość. Choć rzeczywiście częściej dotyczy ona seniorów, to może wystąpić w każdym wieku. Co wię-



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik jest specjalistą w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Kieruje Ośrodkiem Intensywnej Terapii i Medycyny Około zabiegowej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz Kliniką Anestezjologii i Intensywnej Terapii w 5. Wojсковym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Krakowie. Jest profesorem wizytującym Uniwersytetu McMastera w Kanadzie.

cej, obecnie wszystkie towarzystwa naukowe na świecie apelują o wystrzeżenie się ageizmu, czyli dyskryminacji osób starszych. Mamy przecież pacjentów 80-letnich, którzy są w świetnej kondycji, i 60-latków z ciężką kruchością. W intensywnej terapii kruchość silnie koreluje z ryzykiem powikłań, dłuższą hospitalizacją i gorszym rokowaniem.

A jak w praktyce klinicznej mierzona jest kruchość?

Najczęściej stosujemy kliniczną skalę kruchości (ang. *clinical frailty scale*, CFS), oceniającą w 9 punktach stan chorego. Jest ona łatwa w użyciu i cechuje się wysoką powtarzalnością ocen. Co istotne, określenie stopnia kruchości powinno nastąpić od razu przy przyjęciu na OIT, zarówno na podstawie badania, dostępnej dokumentacji medycznej, jak i poszerzonego wywiadu dokumentowego z pacjentem lub jego rodziną, żeby ustalić m.in., jak dana osoba funkcjonowała, zanim trafiła na intensywną terapię.

W CFS oceniamy m.in.: samodzielność, mobilność, potrzeby w zakresie codziennej opieki. Stopnie

1-3 oznaczają pacjenta w dobrej formie, 4 to początek kruchości, a od 5 wżwyz mówimy o istotnej kruchości, która znacząco pogarsza rokowanie — każdy punkt powyżej 5 zwiększa śmiertelność 30-dniową o ok. 11 proc. Ze statystyk wynika, że pacjenci ze wskaźnikiem 5 lub wyżej to 30-45 proc. chorych w wieku 80 lat i więcej przyjmowanych na OIT. Jednocześnie ryzyko zgonu u hospitalizowanych pacjentów powyżej 80. roku życia w tej grupie sięga nawet 45 proc. Co więcej, ponad połowa chorych z ciężkim zespołem kruchości po pobycie w OIT pozostaje trwale niesamodzielna. Kruchość jest dziś jednym z najbardziej uznanych pojedynczych wskaźników prognostycznych w intensywnej terapii.

Jakie problemy towarzyszą leczeniu pacjenta z kruchością w OIT?

Po pierwsze — ryzyko jatrogenii, czyli szkód związanych z samym procesem terapeutycznym, takimi jak polifarmakoterapia czy unieruchomienie. Po drugie — gorsza tolerancja zabiegów inwazyjnych i wolniejszy powrót do sprawności. Po trzecie — trudne decyzje dotyczące intensyfikacji leczenia, zwłaszcza gdy korzyści są wątpliwe, a ryzyko powikłań wysokie.

Wspominał pan o konieczności rozmowy z pacjentem i rodziną jeszcze przed rozpoczęciem intensywnego leczenia.

To absolutnie kluczowe zagadnienie. W praktyce klinicznej często spotykamy się z sytuacją, w której pacjent z ciężką, nieuleczalną chorobą przewlekłą i stopniowo pogarszającym się stanem zdrowia nigdy z nikim nie odbył rozmowy na temat procesu umierania, możliwości pobytu w oddziale intensywnej terapii czy ewentualnej resuscytacji, intubacji lub podłączenia do respiratora. W konsekwencji chory trafia do OIT bez wcześniejszych ustaleń dotyczących swoich preferencji terapeutycznych. Brak takich rozmów może skutkować wdrażaniem terapii daremnej, czyli działań, które przedłużają proces umierania, zamiast poprawiać jakość życia pacjenta.

Mogę podać przykład z własnej praktyki, chociaż podejrzewam, że każdy z medyków pracujących na co dzień w szpitalu spotkał się z podobnym. Niedawno do szpitala, w którym pracuję, trafiła 75-letnia pacjentka z zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP). Kobieta od dwóch lat była poddawana tlenoterapii domowej i wymagała stałej pomocy w codziennym życiu — nie była w stanie bez dużego wysiłku przejść kilku kroków. Jednocześnie miała liczne inne schorzenia intermistyczne i zaawansowany zespół kruchości. To był jej trzeci pobyt w szpitalu w ciągu jednego roku z powodu zaostrzenia choroby podstawowej.

W drugiej dobie hospitalizacji doszło do zatrzymania krążenia. Nikt wcześniej nie porozmawiał z chorą o ciężkim rokowaniu w przebiegu nieuleczalnej choroby, jaką jest POCHP, nikt nie zapytał, jakie są jej oczekiwania związane z końcem życia. Chora została resuscytowana,

a po resuscytacji podłączona do respiratora i przeniesiona do OIT. Zmarła tydzień później, nie odzyskując świadomości.

To pokazuje, jak ważna jest rozmowa, która pozwala zapoznać się zespołowi z wolą pacjenta i jego oczekiwaniami, a choremu daje możliwość uporządkowania ważnych dla siebie spraw pod koniec życia. Wcześniejszą rozmowa i ustalenie w gronie lekarskim planu postępowania w razie pogorszenia stanu chorej ustrzegłoby ją przed niepotrzebną (najprawdopodobniej również niechcianą) resuscytacją i późniejszą przedłużoną agonią w otoczeniu maszyn zamiast rodziny.

Jak wygląda proces podejmowania decyzji terapeutycznych w tej grupie pacjentów?

Decyzja opiera się na wielu różnych czynnikach i każdorazowo jest to indywidualne podejście do chorego. Zaczynamy od oceny jego funkcjonowania przed ostrym zachorowaniem i tu przydatna jest wspomniana skala kruchości. Kolejny krok to ocena ciężkości ostrego zachorowania, np. za pomocą skali SOFA (ang. *Sequential Organ Failure Assessment*), używanej do oceny ciężkości niewydolności narządowej u pacjentów z sepsą. Bardzo ważna jest też rozmowa z chorym (o ile to możliwe) lub jego rodziną, aby ustalić ich oczekiwania oraz cele leczenia.

Na podstawie całokształtu zebranych informacji określamy rokowanie i wybieramy strategię najlepszego w naszym przekonaniu postępowania — terapii pełnej z intencją wyleczenia lub też terapii ukierunkowanej w głównie mierze na zapewnienie choremu komfortu. Jeśli rokowanie jest niepewne, stosujemy tzw. *time-limited trial*, czyli intensywne leczenie przez określony czas, po którym oceniamy, czy kontynuować terapię pełną, czy przejść w tryb opieki paliatywnej.

Czy często jest stosowane tzw. leczenie ograniczone?

Coraz częściej, szczególnie u chorych z zaawansowaną kruchością (CFS powyżej 7). W tej grupie chorych powrót do funkcjonowania sprzed zachorowania czy jakiegokolwiek samodzielności jest praktycznie niemożliwy. Co istotne, ograniczenie leczenia nie oznacza jednak rezygnacji z opieki, tylko przekierowania jej na inne tory, w których skupiamy się na komforcie chorego, a nie planujemy intensywne leczenie, które nie ma szans powodzenia — może choremu jedynie przysporzyć dodatkowych cierpień.

Co może poprawić rokowanie u pacjentów kruchoych w OIT?

Wczesna mobilizacja, optymalizacja farmakoterapii (unikanie zbędnych leków, w tym tych o działaniu sedującym z grupy benzodiazepin), zapewnienie odpowiednich akcesoriów (np. okularów, aparatów słuchowych), a także szybkie wdrożenie rehabilitacji i normalnego żywienia. Ważna jest przy tym interdyscyplinarna współpraca — lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków oraz wsparcie rodziny.

Czy po wypisie z OIT pacjent ma zapewnioną dalszą opiekę?

Leczenie nie kończy się na intensywnej terapii. Po wypisie niezbędna jest dalsza opieka i monitorowanie pacjenta. Tym bardziej, że hospitalizacje w OIT są zwykle bardzo traumatyczne. Nie chodzi tylko o krytyczną chorobę, z powodu której pacjent trafia na intensywną terapię, ale również fakt, że w trakcie pobytu w szpitalu następuje pogorszenie sprawności fizycznej i psychicznej.

Z tego względu optymalnym rozwiązaniem byłaby kontynuacja opieki po wypisie ze szpitala w specja-

Ocena zaawansowania zespołu kruchości

	1	Bardzo dobra kondycja	Osoby aktywne, energiczne, zmotywowane. Regularnie ćwiczą i należą do najbardziej wysportowanych w swoim przedziale wiekowym.
	2	Dobra kondycja	Osoby, które nie mają aktywnych objawów choroby, ale są mniej sprawne od osób z kategorią 1. Często ćwiczą lub okresowo wykazują się bardzo dużą aktywnością.
	3	Umiarkowanie dobra kondycja	Osoby z dobrze kontrolowanymi chorobami, u których objawy występują co najwyżej okresowo. Nie podejmują regularnej aktywności fizycznej (poza chodzeniem).
	4	Bardzo łagodna kruchość	Osoby, których pełna niezależność w codziennym funkcjonowaniu staje się ograniczona przez objawy choroby. Choć nadal radzą sobie bez pomocy innych, często zgłaszają „spowolnienie” lub ciągłe zmęczenie.
	5	Łagodna kruchość	Osoby wykazujące widoczne spowolnienie, które potrzebują pomocy z wykonywaniem bardziej zaawansowanych czynności, takich jak: płacenie rachunków, transport, ciężkie prace domowe. Łagodna kruchość zwykle powoduje stopniowe ograniczenie zdolności do samodzielnych zakupów i wychodzenia z domu, przygotowywania posiłków, zażywania leków i wykonywania lekkich prac domowych.
	6	Umiarkowana kruchość	Osoby wymagające pomocy w utrzymaniu domu i wykonywaniu wszelkich aktywności poza domem. Często mają problemy z samodzielnym wchodzeniem po schodach czy myciem i mogą wymagać niewielkiej pomocy lub obecności osób trzecich przy ubieraniu.
	7	Zaawansowana kruchość	Osoby całkowicie zależne od pomocy innych z powodu jakiegokolwiek niedomogi fizycznej lub poznawczej. Ich stan kliniczny wydaje się stabilny (małe ryzyko zgonu w ciągu najbliższych 6 miesięcy).
	8	Ciężka kruchość	Osoby całkowicie zależne od pomocy innych, zbliżające się do końca życia. Zwykle nie wracają do zdrowia w przypadku pojawienia się nawet najdrobniejszych schorzeń.
	9	Terminalna choroba	Osoby u schyłku życia. Dotyczy osób z przewidywaną długością życia poniżej 6 miesięcy, które poza tym nie wykazują innych objawów kruchości (wielu pacjentów z terminalną chorobą jest zdolnych do wysiłku do ostatnich dni życia).

Opracowanie na podstawie Clinical Frailty Scale © 2005–2020 Rockwood. Version 2.0 (EN)

istycznych poradniach, tzw. post-ICU (ang. *post-intensive care unit*). Mogłyby one oferować, poza kontrolą medyczną, również rehabilitację fizyczną, poznawczą, wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego, monitorowanie stanu odżywienia, a także pomoc i edukację dla opiekunów. Takie poradnie funkcjonują w systemach opieki zdrowotnej w wielu krajach na świecie, ale w Polsce niestety takie rozwiązanie dopiero raczkuje.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Kruchość to nie to samo co starość. Choć rzeczywiście częściej dotyczy ona seniorów, to może wystąpić w każdym wieku.

Żyjemy dłużej, lecz nie zawsze w dobrym zdrowiu

„Wydlężanie życia powinno iść w parze z poprawą jego jakości. Leży to w dobrze pojętym interesie nie tylko jednostki i jej rodziny, ale również systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dziś proces starzenia się społeczeństwa często przedstawia się w negatywnym kontekście, mówiąc o „geriatrycznym tsunami”. A przecież sam fakt, że żyjemy dłużej ma pozytywny wymiar i stanowi ogromny potencjał społeczny” — tłumaczy dr hab. Monika Burzyńska.

Niemal na całym świecie obserwowany jest ogólny trend wzrostu długości życia. To niewątpliwie efekt dynamicznego rozwoju medycyny. Czy jednak wraz z długością życia rośnie również jego jakość?

Rzeczywiście, przeciętne dalsze trwanie życia stale się wydłuża — i to należy traktować jako wielki sukces medycyny oraz rozwoju cywilizacyjnego. Jednak wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu (ang. *healthy life years*), czyli w sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, rośnie znacznie wolniej. Zarówno w populacji mężczyzn, jak i kobiet widać wyraźną dysproporcję: żyjemy dłużej, ale nie zawsze w lepszym zdrowiu. Szacunki pokazują, że po 60. roku życia nawet połowa osób doświadcza jakiejś formy niepełnosprawności — czy to orzeczowej, czy biologicznej, związanej z faktyczną niesamodzielnością.

Wydlężanie życia bez wydłużania lat w zdrowiu nie powinno być celem samym w sobie.

Dokładnie tak. To lata w zdrowiu gwarantują niezależność i samodzielność w wieku 70+, 80+ czy 85+. Oczekiwania są jasne: wydłużanie życia powinno iść w parze z poprawą jego jakości. Leży to w dobrze pojętym interesie nie tylko jednostki i jej rodziny, ale również systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dziś proces starzenia się społeczeństwa często przedstawia się w negatywnym kontekście, mówiąc o „geriatrycznym tsunami”. A przecież sam fakt, że żyjemy dłużej ma pozytywny wymiar i stanowi ogromny potencjał społeczny. Problemem demograficznym nie jest duży udział osób starszych w populacji, lecz brak zastępowalności pokoleń — zbyt mała liczba urodzeń w stosunku do rosnącej grupy seniorów.

Pojawiają się różne teorie na temat tego, na ile lat jest „zaprogramowany” nasz organizm — 100, 120, a niektórzy mówią nawet o 150 czy 200 latach. Czy nauka potwierdza takie założenia?

Nie możemy wskazać konkretnej liczby. Statystyki dotyczące trwania życia mówią o średniej dla populacji, ale nie określają górnej granicy, czego dowodem są rekordziści żyjący znacznie dłużej, czasem nawet o kilkadziesiąt lat. Wiemy natomiast, że mamy realny wpływ na przebieg starzenia się. Możemy mówić o trzech modelach starzenia:

- **zwykłym** — czyli takim, które nie wiąże się ani z poważnymi deficytami, ani też z ponadprzeciętną sprawnością;
- **patologicznym** — gdy dominują choroby przewlekłe, obniżające jakość życia i samodzielność;
- **pomysłnym** — przebiegającym z zachowaniem sprawności fizycznej i poznawczej, aktywności społecznej oraz niższym ryzyku chorób cywilizacyjnych.

To ostatnie podejście, promowane m.in. przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), jest naszym celem. Aktywizacja seniorów, unikanie izolacji społecznej, edukacja zdrowotna i profilaktyka są kluczowe, by opóźnić proces starzenia i wydłużyć życie w zdrowiu. Niestety, w Polsce wciąż mamy z tym duży problem. Istnieje duży odsetek



O KIM MOWA

Dr hab. n. o zdr. Monika Burzyńska, prof. UM, jest prodziekanem ds. Kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pełni obowiązki kierownika Pracowni Badań nad Pomyślnym Starzeniem się przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

W Polsce istnieje duży odsetek nieaktywnych osób starszych, które żyją wyłącznie w przestrzeni swoich czterech ścian.

tek nieaktywnych osób starszych, które żyją wyłącznie w przestrzeni swoich czterech ścian.

Wiadomo, że dbałość o zdrowie fizyczne i psychiczne najlepiej rozpocząć od najmłodszych lat. W początkowej fazie życia ważna jest edukacja zdrowotna, dobry przykład płynący ze strony rodziców czy środowiska. Czy osoby po 40. czy 50. roku życia, a nawet starsze, które do tej pory nie prowadziły zdrowego trybu życia, mogą jeszcze wiele zmienić?

Każdy wiek jest dobry, aby wprowadzić zmiany na lepsze, jednak rzeczywiście ich skuteczność jest największa, gdy budujemy dobre nawyki od najmłodszych lat. Już ok. 4. roku życia dziecko kształtuje swoje wzorce stylu życia. Jeśli widzi w domu aktywność fizyczną i dbałość o zdrowe odżywianie, będzie te wzorce powielał w dorosłości. Ale i w wieku 40, 50 czy 60 lat warto zmieniać styl życia na zdrowszy — warunkiem jest świadomość i konsekwencja w utrwalaaniu nawyków.

Trzeba jednak pamiętać, że pewnych procesów, np. miażdżycy, nie da się odwrócić niczym „za dotknięciem czarodziejskiej różdżki”. Dlatego im wcześniej, tym lepiej. Konsekwentne działania profilaktyczne, podejmowane od młodości, znacząco zwiększają szansę na zachowanie zdrowia i sprawności w późniejszym wieku.

Ciekawy wątek to edukacja zdrowotna dzieci. Zdarza się, że nawet bardzo małe dzieci wracają z przedszkola i korygują rodziców czy dziadków w sprawie zdrowych nawyków. Czy możemy liczyć na to, że młode pokolenie będzie edukować starsze?

Tak, i mamy na to dowody naukowe. Integracja międzypokoleniowa działa! Dziecko, które zawstydza dziadka czy babcię, przypominając im np. o szkodliwości palenia papierosów, pełni funkcję skutecznego edukatora. A dla seniorów kontakt z młodszymi pokoleniami jest jednym z najważniejszych warunków dobrej jakości życia — zaraz po zdrowiu. Dlatego wspieranie więzi rodzinnych i międzypokoleniowej wymiany wiedzy, również tej o zdrowiu, to ważny element pomyślnego starzenia się.

Ostatnio głośno jest o projekcie amerykańskiego milionera Briana Johnsona, który poprzez tzw. Blueprint Protocol próbuje zatrzymać, a nawet odwrócić proces starzenia. Jak pani ocenia tego typu inicjatywy?

W świetle aktualnej wiedzy naukowej nie ma dowodów na to, by jakakolwiek interwencja mogła trwale zatrzymać lub odwrócić proces starzenia. Proces starzenia możemy jedynie spowalniać. Oczywiście, takie inicjatywy trzeba oceniać przez pryzmat *evidence-based medicine*, bo w obszarze starzenia pojawia się wiele koncepcji o różnym stopniu wiarygodności. Sama idea, by aktywnie poszukiwać sposobów poprawy jakości życia i jego wydłużenia, jest cenna — ale musimy opierać się na twardych dowodach naukowych.

Najbardziej wiarygodne dowody naukowe wskazują obecnie, że wydłużenie życia w zdrowiu można osiągać głównie poprzez modyfikację stylu życia i kontrolę czyn-

ników ryzyka chorób przewlekłych: aktywność fizyczną, zdrową dietę, utrzymywanie prawidłowej masy ciała, unikanie palenia, odpowiedni sen i panowanie nad stresem. Choć takie inicjatywy, jak Blueprint Protocol, zwiększają zainteresowanie tematyką starzenia się i mobilizują badania naukowe, to nie ma obecnie potwierdzonych naukowo metod odwrócenia procesu starzenia się u ludzi. Najlepiej udokumentowaną drogą pozostaje promowanie zdrowego stylu życia i profilaktyka chorób cywilizacyjnych.

Kieruje pani Pracownią Badań nad Pomyślnym Starzeniem się. Jakie są jej główne cele?

Pracownia powstała w lutym tego roku w strukturach Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie. Naszą inspiracją było przekonanie, że starzenie to nieuniknione, ale naturalny etap życia, który może przebiegać pomyślnie. Chcemy badać czynniki sprzyjające zachowaniu sprawności fizycznej, poznawczej i emocjonalnej seniorów. Cele, które sobie postawiliśmy, to:

- badania nad czynnikami sprzyjającymi wydłużeniu lat przeżytych w zdrowiu oraz poprawie jakości życia w wieku senioralnym;
- wypracowanie narzędzi oceny ryzyka utraty samodzielności;
- rozwijanie programów profilaktycznych dedykowanych osobom starszym;
- edukacja personelu medycznego w pracy z seniorami, również w zakresie komunikacji;
- edukacja społeczeństwa w zakresie przygotowania do starości (ang. *ageing literacy*);
- promowanie integracji międzypokoleniowej i budowania poczucia sensu życia w okresie późnej dorosłości;
- przekładanie wyników badań na rekomendacje praktyczne dla polityki senioralnej i zdrowotnej.

Pracownia wpisuje się w nasze wcześniejsze doświadczenia, m.in. badania w ramach projektu Pro Senior 65+, w którym interdyscyplinarnie oceniamy zdrowie i jakość życia Polaków po 65. roku życia. Zainteresowanie pacjentów jest ogromne — zgłaszają się do nas osoby z całej Polski. Wierzymy, że może to przynieść wymierną korzyść zarówno pacjentom, jak i całemu systemowi ochrony zdrowia poprzez wypracowanie konkretnych rozwiązań. Naszą ambicją jest, by w przyszłości stać się krajowym ośrodkiem referencyjnym w zakresie badań nad procesem starzenia się.

Niewątpliwie jest to bardzo cenna i potrzebna inicjatywa. Czy uważa pani, że powstawanie takich ośrodków może realnie wpłynąć na politykę senioralną w Polsce?

Choć zmiany systemowe idą w dobrym kierunku, to tempo ich wdrażania wciąż jest zbyt wolne. Niemniej jednak każde nowe centrum badawcze, edukacyjne czy kliniczne zwiększa szansę na poprawę jakości życia seniorów i na lepsze wykorzystanie potencjału, jaki tkwi w starzejącym się społeczeństwie.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

reklama



Powiedz „tak” zdrowszym nerwom¹



LEK OTC

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



Tylko jedna tabletką dziennie¹ dla zdrowia układu nerwowego.

* Witaminy z grupy B (B1, B6 i B12)
1. ChPL Neurobion Advance z dnia 18.12.2023 r.
2. Calderón-Ospina, C.A. & Nava-Mesa, M.O. (2020). CNS neuroscience & therapeutics, 26(1), 5-13.

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

Jak zwiększyć wyszczepialność w Polsce?

Podczas Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu (2-4 września) odbyła się debata pt. „Szukajmy przyczyn, nie skutków. Kiedy profilaktyka wkracza na pierwszy plan?”. Uczestniczący w niej eksperci zgodnie stwierdzili, że szczepienia są jedną z najważniejszych form zapobiegania chorobom, ale też szukania oszczędności w systemie ochrony zdrowia.



dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej



dr n. med. Paweł Grzesiowski, główny inspektor sanitarny



Deбата pt. „Szukajmy przyczyn, nie skutków. Kiedy profilaktyka wkracza na pierwszy plan?” odbyła się podczas Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu.

„Zwiększenie wyszczepialności wymaga działań kompleksowych. Z badań Fundacji „My Pacjenci” wynika, że pacjenci odmawiają szczepień z dwóch głównych powodów: nie wierzą w ich skuteczność i boją się skutków ubocznych. Tutaj kłania się edukacja zdrowotna, ale też rekomendacja szczepień przez personel medyczny, głównie lekarzy i pielęgniarki” — mówiła dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR).

Trzeba pokonać bariery finansowe i zwiększyć dostępność

Specjalistka podkreśliła, że aby ułatwić szczepienie tym, którzy już się na nie zdecydowali, należy pokonywać bariery systemowe. „Na pewno barierą jest finansowanie. W tym obszarze przez ostatnie lata zaszło wiele pozytywnych zmian. Dotyczy to m.in. refundacji szczepień przeciwko półpascowi czy RSV dla kobiet ciężarnych i osób po 60. roku życia” — przypomniała dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas.

To nie wszystko. Ekspertka zaznacza, że ważny jest też łatwy dostęp do szczepień. „Od lat podkreślam, że głównym miejscem, gdzie pacjent się zaszczepi, jest podstawowa opieka zdrowotna. Istotne jest też uzupełniające budowanie dostępności szczepień w aptekach czy w szkołach. W Polsce istnieje ponad 9 tys. placówek udzielania świadczeń POZ. Powinny być w nich dostępne szczepionki, przechowywane w lodówce. Dzięki temu lekarz POZ rekomendujący szczepienie, zamiast wystawiać receptę do zrealizowania w aptece, mógłby

je od razu wykonać w przychodni” — tłumaczyła dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Dodała, że autorzy programu „Moje Zdrowie”, który funkcjonuje w Polsce od kilku miesięcy, zadbali, aby w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia były wpisane zalecane szczepienia dla pacjenta w indywidualnym planie zdrowotnym. „Daliśmy narzędzie, umocowaliśmy je prawnie. Za tym musi pójść większa dostępność szczepień” — podsumowała prezes PTMR.

Wyniki przeglądu ponad 7 mln kart szczepień dzieci i młodzieży

Nowe światło na rzeczywisty obraz wyszczepialności w Polsce rzucają najnowsze dane Głównej Inspekcji Sanitarnej, która w ciągu zaledwie czterech miesięcy tego roku dokonała przeglądu 7,3 mln kart szczepień dzieci i młodzieży do 19. roku życia.

„To nie była kontrola w klasycznym znaczeniu, chociaż tak ustawowo jest nazywana, a raczej weryfikacja stanu zaszczepienia polskich dzieci i młodzieży przeciwko 13 chorobom zakaźnym. Bez szerokiej współpracy z lekarzami rodzinnymi i placówkami POZ realizacja tego zadania byłaby praktycznie niemożliwa. W całym kraju mieliśmy pojedyncze przypadki, gdzie był jakiś problem z dotarciem do tych danych” — powiedział główny inspektor sanitarny dr n. med. Paweł Grzesiowski podczas panelu dyskusyjnego.

Na podstawie zebranych danych na razie przeanalizowano stopień wyszczepienia przeciwko polio. Pierwsze wyniki napawają optymizmem: w Polsce 94 proc. dzieci w pierwszym roku życia otrzymuje

szczepienia przeciwko tej chorobie zgodnie z kalendarzem. To szczególnie istotne, biorąc pod uwagę, że polio nie występuje w naszym kraju od ponad 40 lat, co mogłoby potencjalnie osłabiać motywację rodziców.

„W kolejnych latach życia dziecka wskaźniki wyszczepialności spadają o 1-2 punkty procentowe rocznie, jednak finalnie w grupie 6-8-latków ok. 90 proc. pacjentów jest zaszczepionych. Dane te pozwalają w sprzeczności z popularnym w mediach obrazem masowego braku zaufania wobec szczepień” — podkreślił dr Grzesiowski.

Problem stanowią kilkuprocentowe spadki, stwarzające populacyjne zagrożenie. „Mimo wysokiego poziomu wyszczepienia, odnotowano wyraźny trend spadkowy w porównaniu z sytuacją sprzed 10-15 lat, kiedy poziom ten sięgał nawet 99 proc. Tymczasem każdy procent mniej oznacza dziesiątki tysięcy niezaszczepionych dzieci w roczniku. Jeśli w danej populacji liczba niezaszczepionych sięgnie kilku czy kilkunastu procent, pojawia się realne ryzyko wybuchu ogniska choroby” — ostrzegł ekspert.

Pozytywny efekt uboczny kontroli: doszczepienia

Kontrola przyniosła nieoczekiwany, pozytywny rezultat. W trakcie wizyt inspektorów wielu rodziców decydowało się na uzupełnienie brakujących szczepień. „To pokazuje, że problemem często nie jest brak zaufania do szczepień, lecz zwykłe zapomnienie. W pierwszych dwóch latach życia dziecka częste wizyty u pediatry sprzyjają regularnym szczepieniom, zgodnym z kalendar-

zem. Później, gdy dziecko choruje rzadziej, nadzór rodziców słabnie” — podkreślił dr Paweł Grzesiowski.

Wnioski są jasne: większa uwaga powinna być skierowana na dzieci w wieku szkolnym i młodzież, ponieważ w tych populacjach obserwuje się większe opóźnienia w wyszczepieniu. „Narracja o powszechnym sceptycyzmie wobec szczepień wydaje się przesadzona — dane pokazują raczej, że częściej przyczyną zaległości jest nieuwaga niż świadoma odmowa” — podsumował ekspert.

Elektroniczna karta szczepień kluczem do rzetelnych danych

Do weryfikacji blisko 7,5 mln papierowych dokumentów odnosiła się dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas. „Cieszę się, że pan minister pokazał dane, bo one nas bronią. Potrzebujemy obecnie twardych, kompletnych danych dotyczących szczepień, a jeśli chcemy je mieć, to trudno nie wspomnieć o elektronicznej karcie szczepień. Dziś, żeby uzyskać pełny obraz wyszczepienia, trzeba przejrzeć miliony papierowych dokumentów, co wymaga zaangażowania ogromnej liczby osób. To był olbrzymi wysiłek, który — jak się okazało — był możliwy do zrealizowania, choć wielu w to wątpiło” — stwierdziła ekspertka.

Dodała jednak, że w obszarze szczepień dorosłych tych danych praktycznie nie ma. „Analizujemy sprzedaż i recepty, próbując wyciągać z nich jakieś informacje, ale jeśli chcielibyśmy dziś powiedzieć dokładnie, ilu pacjentów z grup ryzyka zostało zaszczepionych przeciwko określonym chorobom, to nie jesteśmy w stanie

tego zrobić. Bez e-karty szczepień, bez pełnej cyfryzacji tych danych nie będziemy mieli takiej wiedzy. Tymczasem ona jest niezbędna, również w pracy nad promocją szczepień i w analizie kosztów systemu ochrony zdrowia” — zaznaczyła dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Zdrowie publiczne nie może być przedmiotem gry politycznej

Dr Paweł Grzesiowski zaznaczył, że elektroniczna karta szczepień formalnie już istnieje, a każdy podmiot wykonujący szczepienia zalecane musi obligatoryjnie wprowadzać dane do systemu elektronicznego. Prowadzone są prace, aby koniecznością stało się wpisywanie do systemu również szczepień obowiązkowych. „W Ministerstwie Zdrowia powołano specjalny zespół, który zakończył właśnie prace nad koncepcją elektronicznej karty szczepień. Wkrótce powinniśmy mieć do niej pełny dostęp i realny wgląd w dane” — powiedział ekspert.

Dodał, że jest to dynamiczny obszar prac, o którym należy stale mówić i przypominać. „Chciałbym podzielić się jeszcze jedną refleksją: ostatnio zdrowie publiczne staje się, niestety, przedmiotem gry politycznej. To zjawisko budzi mój duży niepokój, ponieważ jeśli dojdzie do spolarzowania społeczeństwa wokół kwestii zdrowia publicznego, skutki mogą być dramatyczne — ludzie na własne życzenie będą rezygnować z interwencji medycznych, wierząc, że to dobre rozwiązanie. A to prowadzi do poważnych zagrożeń zdrowotnych” — podkreślił szef GIS.

Katarzyna Matusiewicz

Przychodzi pacjent z torbą leków...

„Pacjenci oczekują szybkich, łatwych rozwiązań w postaci tabletek, zamiast zmiany stylu życia. Rynek farmaceutyczny i reklama bardzo mocno wzmacniają to podejście. Efekt? Coraz częściej widzimy pacjenta z torbą pełną leków i suplementów diety, którego trudno leczyć, bo nie wiadomo, czy objawy są skutkiem choroby, czy interakcji i działań niepożądanych zażywanych preparatów” — mówi prof. Agnieszka Neumann-Podczaska.

Wielolekowość to dość powszechny problem, zwłaszcza wśród seniorów. Jaka jest skala zjawiska?

Ogromna! Ktoś kiedyś powiedział, że Polacy łykają miliardy w tabletkach. W przypadku osób starszych dochodzi problem wielochorobowości — pacjenci ci leczą się zwykle u wielu specjalistów, z których każdy przepisuje inne leki, czasem nawet nie pytając, jakie preparaty chory już stosuje. W Polsce wciąż brakuje koordynacji opieki. W efekcie osoby cierpiące na trzy, cztery czy więcej chorób przewlekłych przyjmują często kilkanaście leków na receptę. Do tego dochodzą preparaty kupowane samodzielnie, w ramach tzw. samoleczenia. W skrajnych przypadkach zdarza się, że ktoś przyjmuje 40-50 różnych tabletek, i to bez żadnej kontroli.

Oczywiście, nie można podważać pozytywnej roli samoleczenia — system nie byłby w stanie funkcjonować, gdyby pacjenci z każdym przebiegiem czy sporadycznym, słabo nasilonym bólem trafiali do specjalisty. Samoleczenie musi jednak odbywać się w sposób odpowiedzialny i bezpieczny.

Co można zrobić, by poprawić jakość i bezpieczeństwo samoleczenia?

Kluczową jest edukacja — mądra, przystępna i ukie-runkowana. Pacjenci muszą rozumieć, że preparaty bez recepty, które kupują w aptece, mogą wchodzić w interakcje z innymi przyjmowanymi lekami, a przez to również wpływać na przebieg chorób. Trzeba dotrzeć przede wszystkim do osób starszych, ale przekaz musi być zrozumiały dla każdego, niezależnie od wieku i wykształcenia. Ogromną rolę mogą tu odegrać farmaceuci. Apteka jest miejscem łatwo dostępnym, a pracujący tam specjaliści mają kompetencje, by doradzić, czy dany preparat OTC rzeczywiście jest potrzebny i bezpieczny.

Widzę także duży potencjał w młodszym pokoleniu — wnuki mogą uwrażliwiać swoje babcie i dziadków, by nie wierzyli ślepo reklamom czy poradom sąsiadów. Bardzo skuteczny może być też argument ekonomiczny. Seniorzy bardzo często nadwyrażają swoje portfele, aby kupić kolejny suplement diety, który wcale nie poprawia zdrowia. Warto ich uświadomić, że dużo lepiej przeznaczyć te pieniądze na lepszą żywność czy zajęcia aktywizujące. Odpowiednia dieta i aktywność fizyczna mają większe znaczenie niż następna tabletką. Potrzebne są też kampanie społeczne, na wzór akcji proszczepiennych — np. pod hasłem: „Żyj zdrowo, zażywaj leki bezpiecznie”.

Już w XVII w. Molière pisał, że „ludzie umierają na lekarstwa, a nie na choroby”. Czy ten problem wciąż jest aktualny?

Niestety tak. Wciąż brakuje kompetencji społeczeństwa w zakresie wspomnianego samoleczenia. Polacy nadużywają preparatów OTC, które nie tylko mogą wchodzić w interakcje z zażywającymi lekami, ale także często zawierają silnie działające substancje. Dodatkowo obecne regulacje pozwalają, by preparaty zawierające silnie działające substancje były dostępne w sklepie spożywczym czy na stacji benzynowej — tylko w mniejszym opakowaniu. A przecież to wcale nie czyni ich mniej szkodliwymi i nie zmniejsza ich potencjału dla działań niepożądanych — pacjent zawsze może kupić więcej opakowań i wziąć większą dawkę.

Doskonałym przykładem jest ibuprofen — jeden z leków OTC, na który Polacy wydają najwięcej. Zażywany nieodpowiedzialnie przez starszego pacjenta z nadciśnieniem tętniczym czy niewydolnością serca, może spowodować



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Neumann-Podczaska jest specjalistką w dziedzinie farmakologii klinicznej, geriatрії i gerontologii, dyrektorką Instytutu Senioralnego Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie.

tzw. kaskadę przepisywania leków z powodu pogorszenia kontroli kardiologicznej. Oznacza to, że może przyczynić się np. do wzrostu ciśnienia tętniczego, mimo prawidłowo przyjmowanych leków na nadciśnienie, a u pacjenta po zawale serca doprowadzić nawet do nagłego incydentu sercowo-naczyniowego. Taki chory najpewniej trafi do specjalisty i — jeżeli nie wspomni, że zażył ibuprofen — otrzyma zupełnie niepotrzebnie kolejne leki, żeby... zneutralizować działanie niepożądane po ibuprofenie.

Podobnie jest z suplementami diety. Seniorzy często sięgają po preparaty „na wzmocnienie” czy „na energię”, np. na bazie miororzech japońskiego, który zwiększa ryzyko krwawień, może wywołać bezsenność czy zawroty głowy. To może prowadzić do kolejnych interwencji medycznych i dalszej spirali przepisywania leków. Pacjenci oczekują szybkich, łatwych rozwiązań w postaci tabletek, zamiast zmiany stylu życia. Rynek farmaceutyczny i reklama bardzo mocno wzmacniają to podejście. Efekt? Coraz częściej widzimy pacjenta z torbą pełną leków i suplementów diety, którego trudno leczyć, bo nie wiadomo, czy objawy są skutkiem choroby, czy interakcji i działań niepożądanych zażywanych preparatów.

Co w takiej sytuacji może zrobić lekarz? Jak uporać się z nadmierną farmakoterapią u seniora przyjmującego kilkadziesiąt preparatów?

Podstawą jest przegląd leków. Trzeba wziąć do ręki każdy preparat i zadać pytania: po co został włączony? Czy jest skuteczny? Czy wchodzi w interakcje? Czy jest nadal potrzebny? Kto go przepisał? Czy dawka jest właściwa? Na tej podstawie można stopniowo eliminować zbędne preparaty — proces ten nazywamy depreskrypcją. Musi być przeprowadzany ostrożnie i pod kontrolą, bo nagłe odstawienie niektórych leków też bywa ryzykowne.

Przegląd leków wymaga współpracy interdyscyplinarnej z naciskiem na współpracę lekarz-farmaceuta. Czasem konieczny jest też kontakt z rodziną osoby starszej, ponieważ pomoże ona kontrolować zażywanie leków i udzieli dodatkowych informacji. Myślę, że kluczową rolę w koordynacji farmakoterapii powinien pełnić lekarz rodzinny, będący niejako specjalistą „parasolowym”, który powinien patrzeć całościowo na leczenie pacjenta. To właśnie on ma możliwość zadania podstawowych pytań o wskazania, skuteczność i konieczność dalszego stosowania leków, a następnie podjęcia decyzji o kontynuacji lub modyfikacji terapii.

W praktyce wymaga to nie tylko czasu, wiedzy i uważności, lecz także współpracy ze specjalistami, zwłaszcza w przypadku długotrwałych terapii, np. psychiatrycznych, które bywają kontynuowane rutynowo. Całościowe spojrzenie lekarza rodzinnego, koordynującego leczenie i konsultującego wątpliwości z innymi ekspertami, ma ogromne znaczenie dla bezpieczeństwa i skuteczności terapii, a także pozwala uniknąć niepotrzebnej jej eskalacji.

Również farmaceutę mogą tu odegrać ogromną rolę jako eksperci od leku. Nie od leczenia, ale od leku. W wielu krajach to właśnie oni wykonują przeglądy lekowe, a następnie przekazują rekomendacje lekarzowi. Takie podejście odciąża lekarzy i poprawia koordynację terapii.

Jednym słowem: potrzebujemy mniej „siloowości”, a więcej współpracy zespołowej. Kluczowe jest przy tym uwzględnienie wszystkich osób stykających się z pacjentem, również rejestratorów. Warto, by podczas zapisu do lekarza pytały one o stosowane preparaty i zachęcały pacjentów, zwłaszcza seniorów, do przyniesienia ich na wizytę. Często

RAMKA

Podsumowanie i wnioski

Jak zatrzymać spiralę wielolekowości?

- Seniorzy często przyjmują zbyt wiele leków i suplementów diety, co może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych.
- Kluczowy jest przegląd leków wykonywany we współpracy lekarza i farmaceuty, a także stopniowa depreskrypcja niepotrzebnych i nieoptymalnych preparatów.
- Potrzebna jest edukacja pacjentów i kampanie społeczne o bezpiecznym stosowaniu leków i suplementów.
- Aby opieka nad osobą starszą była całościowa, niezbędna jest współpraca interdyscyplinarna: lekarzy, farmaceutów, psychologów, dietetyków i fizjoterapeutów.
- Trzeba uwzględnić także potrzeby psychiczne pacjentów, które często stoją za nadmiernym przyjmowaniem leków.
- Optymalizacja farmakoterapii przynosi korzyści zdrowotne i ekonomiczne.

już krótka rozmowa i wspólne przejrzenie zawartości torby leków wystarczą, by zidentyfikować zbędne preparaty i zapobiec niepotrzebnej farmakoterapii.

Często nadmierne przyjmowanie leków i suplementów wynika z potrzeby psychicznej — pacjent chce mieć poczucie, że „coś dla siebie robi”

Zdecydowanie tak. To efekt placebo, który bywa bardzo silny. Nierzadko osoba, która kupi w aptece preparat multivitaminowy, natychmiast czuje się zdrowszą. Poza tym często pacjenci sięgający po leki OTC mają zaburzenia hipochondryczne czy depresyjne. To z kolei może prowadzić do somatyzacji, czyli objawów bólowych lub innych dolegliwości, które generują potrzebę konsultacji z kolejnymi specjalistami i wspomnianą kaskadę przepisywania.

U tych osób często wystarczyłaby odpowiednia pomoc psychologiczna. Tak jak powiedziałam, opieka nad pacjentem musi być holistyczna — czasem zdrowa rozmowa, chwila uwagi i wsparcie psychiczne mogą okazać się skuteczniejsze niż kolejna tabletką.

Jakie działania systemowe mogą pomóc w rozwiązaniu problemu wielolekowości?

Ogromną rolę odegra tu edukacja, a także tworzenie rozwiązań międzyresortowych. Instytut Senioralny, którym kieruję, podejmuje działania zmierzające do optymalizacji opieki senioralnej — zarówno poprzez edukację promującą zdrowe starzenie, jak i poprzez programy skierowane do seniorów. Współpracujemy m.in. ze Stołecznym Centrum Opieki Długoterminowej w Warszawie — największym zakładem opiekuńczo-leczniczym w Polsce, oraz Domem Seniora Polskiej Akademii Nauk, gdzie wdrażamy model opieki interdyscyplinarnej, która ma przynieść realne korzyści zdrowotne i ekonomiczne.

Współorganizujemy także oddolną ogólnopolską akcję społeczną o nazwie „Senior café”, której zadaniem jest kreowanie nowych standardów w opiece długoterminowej w Polsce. Standardy, nad którymi pracujemy, zostaną przedstawione ekspertom wojewódzkich Zespołów ds. polityki senioralnej celem dyskusji i stworzenia rozwiązań, przekładających się na takie akty prawne, które zoptymalizują opiekę długoterminową w naszym kraju.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz



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

Recepta i szczepienie w jednym miejscu — rozszerzenie uprawnień farmaceutów



Nowe przepisy umożliwiają farmaceutom wystawianie recept na szczepionki refundowane oraz przeprowadzanie kwalifikacji do szczepienia. Dzięki temu pacjent może w czasie jednej wizyty załatwić całą procedurę: otrzymać receptę, zakupić szczepionkę i poddać się szczepieniu w aptece.

14 lutego 2025 r. weszła w życie ustawa z 5 grudnia 2024 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2025 r. poz. 129), która rozszerzyła uprawnienia farmaceutów o możliwość wystawiania recept farmaceutycznych na refundowane szczepionki dostępne w aptece.

Nie tylko szczepionki przeciwko grypie

Przypomnijmy, że przed wprowadzeniem nowelizacji ustawy farmaceuci byli upoważnieni jedynie do wystawiania recept farmaceutycznych na szczepionki przeciwko grypie. Zgodnie ze znowelizowanym art. 96 ust. 41 ustawy Prawo farmaceutyczne (u.p.f.), farmaceuta posiadający prawo wykonywania zawodu może wystawić receptę farmaceutyczną na produkt immunologiczny niezbędny do przeprowadzania w aptece zalecanego szczepienia ochronnego w rozumieniu art. 19 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Przy tym pacjent będzie mógł zostać zaszczepiony w aptecę bezpośrednio po zakupie danej szczepionki na podstawie wystawionej przez farmaceutę recepty. Zmianie nie uległa bowiem zasada, że recepta jest podstawą zastosowania produktu immunologicznego w aptecę ogólnodostępnej, w której farmaceuta ją wystawił.

Na podstawie nowych przepisów recepta farmaceutyczna może uwzględniać refundację przysługującą m.in.: honorowym dawcom krwi, świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia oraz po ukończeniu 65. r.ż., żołnierzom, weteranom, inwalidom wojennym, osobom represjonowanym, małżonkom tych osób, uprawnionym do renty rodzinnej wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach, zmarłych

inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych.

Niezbędne kwalifikacje farmaceuty do badań i szczepień

Tak jak dotychczas, zasady przeprowadzania szczepień ochronnych w aptekach ogólnodostępnych wynikają z przepisów ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Przede wszystkim wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego musi obligatoryjnie zostać poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym pacjenta, przeprowadzonym przez farmaceutę w celu wykluczenia przeciwwskazań do danego szczepienia.

Farmaceuta może wykonać zalecane szczepienie ochronne, jeżeli samodzielnie dokonał badania kwalifikacyjnego pacjenta podlegającego zaszczepieniu albo kwalifikacji tej dokonał lekarz, felczer lub lekarz dentysta i to on wystawił receptę na szczepionkę. Należy podkreślić, że farmaceuta może wykonać badanie kwalifikacyjne oraz szczepienie ochronne jedynie w stosunku do osoby dorosłej. Ponadto badanie kwalifikacyjne może przeprowadzić wyłącznie farmaceuta, który uzyskał dokument potwierdzający ukończenie szkolenia teoretycznego, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP).

Natomiast aby móc dokonać samego szczepienia ochronnego, farmaceuta musi posiadać kwalifikacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 u.p.f. albo na podstawie art. 76 pkt 1 ustawy z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty lub ukończyć kurs teoretyczny i praktyczny dotyczący szczepień, którego program został zatwierdzony przez CMKP.

Zakresy refundacji szczepionek

Przeprowadzenie szczepienia ochronnego w aptecę, a także

wykonanie w niej poprzedzającego badania kwalifikacyjnego podlegają finansowaniu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Niemniej jednak niektóre grupy pacjentów, chcąc wykonać szczepienie w aptecę, będą musiały ponieść koszt zakupu samej szczepionki. Refundacji (całości lub w części) podlegają bowiem wyłącznie szczepienia wskazane w załączniku do Obwieszczenia ministra zdrowia z 20 sierpnia 2025 r. w sprawie wykazu szczepień ochronnych przeprowadzanych w aptecę, które mogą być w całości lub w części finansowane ze środków publicznych. Są to szczepienia przeciwko:

- COVID-19,
- grypie w schemacie jednodawkowym realizowanym cyklicznie w każdym sezonie jesienno-zimowym,
- kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM),
- błonicy, tężcowi, krztuścowi,
- ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV),
- pneumokokom,
- półpaścowi,
- odrze, śwince, różyczce,
- ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (*poliomyelitis*),
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu a lub wirusowemu zapaleniu wątroby typu b,
- zakażeniom wirusem syncytialnym układu oddechowego (RSV).

Warunki lokalowe i wyposażenie aptek

Szczepienia ochronne, zgodnie z treścią art. 86 ust 8a u.p.f., mogą być przeprowadzane wyłącznie w aptekach ogólnodostępnych, spełniających wymagania lokalowe określone w przepisach wydanych na podstawie art. 97 ust. 5 i art. 98 ust. 5 tejże ustawy.

Oznacza to, że zalecane szczepienia ochronne mogą być wykonywane w aptecę ogólnodostępnej, która

posiada pokój opieki farmaceutycznej, stanowiący oddzielne pomieszczenie albo wyodrębnioną część izby ekspedycyjnej, oddzieloną od pozostałej części ściankami działowymi, w tym przesuwными, pod warunkiem, że zagwarantuje to pacjentom bezpieczeństwo oraz poszanowanie intymności i godności, a także niezakłócone wykonywanie czynności w innych pomieszczeniach apteki, w szczególności sporządzanie produktów leczniczych oraz przechowywanie produktów leczniczych lub wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami dotyczącymi jakości i bezpieczeństwa, z wejściem z izby ekspedycyjnej.

Przepisy dopuszczają także możliwość wykonywania szczepień ochronnych w pomieszczeniu administracyjno-szkoleniowym apteki. W tym wypadku też są odpowiednie warunki do spełnienia: zachowanie rozdziału czasowego poszczególnych funkcji pełnionych przez to pomieszczenie oraz wprowadzenie pisemnej procedury określającej sposób dostępu i korzystania z tego pomieszczenia. Ma on gwarantować pacjentom bezpieczeństwo, poszanowanie intymności i godności, a także niezakłócone wykonywanie czynności w innych pomieszczeniach apteki, w szczególności sporządzanie produktów leczniczych oraz przechowywanie produktów leczniczych lub wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami dotyczącymi jakości i bezpieczeństwa.

Ponadto zarówno pokój opieki farmaceutycznej, jak i pomieszczenie administracyjno-szkoleniowe, w którym mają być wykonywane szczepienia ochronne muszą być obligatoryjnie wyposażone w:

- stół zabiegowy urządzony i wyposażony stosownie do zakresu przeprowadzanych szczepień ochronnych,
- zestaw do wykonywania iniekcji,
- zestaw do wykonania opatrunków,
- pakiety odciskające,

- środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice),
- umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, a w przypadku braku możliwości jej instalacji — umywalkę mobilną,
- dozownik z mydłem w płynie,
- dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym,
- pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
- roztwór do wstrzykiwań Adrenalinum 1 mg/ml lub 300 µg/0,3 ml, lub 150 µg/0,3 ml, lub 1 mg/10 ml — w celu zastosowania u pacjenta poddawanego szczepieniu w przypadku wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego,
- termometr bezdotykowy do pomiaru temperatury ciała pacjenta przed przeprowadzeniem szczepienia,
- sprzęt komputerowy z dostępem do Internetu i drukarką,
- miejsce pozwalające na pozostawienie odzieży wierzchniej pacjenta poddawającego się szczepieniu,
- pojemniki na zużyte igły i strzykawki oraz pojemniki na zakażne materiały medyczne,
- archiwum w postaci zamykanej na klucz szafy, przeznaczonej do przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów poddanych szczepieniu ochronnemu.

Korzyści dla pacjentów

Wprowadzenie możliwości wystawiania przez farmaceutów recept na szczepionki refundowane należy ocenić pozytywnie. Rozwiązanie to zwiększy dostępność samych szczepień, szczególnie na obszarach wiejskich oraz w mniejszych miastach. Pozwoli także skrócić czas oczekiwania pacjenta na uzyskanie szczepienia, co będzie miało istotne znaczenie w sezonach zwiększonego ryzyka zakażeń.

Marcin Andrzejewicz
Łukasz Dębicki, aplikant radcowski