



KARDIOLOGIA

Wnioski z tegorocznego kongresu ESC

Deбата pt. „Post ESC: zaburzenia lipidowe i kardiologia prewencyjna — wytyczne, pytania i odpowiedzi” była okazją do wskazywania, jak nowe zalecenia mogą się przełożyć na codzienną praktykę lekarzy w Polsce. ► 20



KLINIKA

Szybka interwencja ratuje mózg

„Im szybciej rozpoczniemy leczenie, tym większa szansa na uratowanie tzw. strefy półcienia i ograniczenie skutków udaru” — mówi prof. Jarosław Sławek, neurolog. ► 32-33

25 lat
na dyżurze

PULS
Medycyny

Egzemplarz promocyjny

NR 8 (474) 27 PAŹDZIERNIKA 2025 ISSN 1642-5154

CENA 37,50 Zł (w tym 8% VAT)

pulsmedycyny.pl

Złoty Skalpel 2025

SIŁA NASZEJ MEDYCYNY W SZTAFECIE POKOLEŃ



FOT. EMILIA ŻELIŃSKA

Konkurs Złoty Skalpel od lat integruje środowisko naukowe i kliniczne, promując ludzi, którzy tworzą nowoczesną polską medycynę. ► 6-7

Wyróżnione projekty pokazują, że polscy lekarze należą do światowej elity innowatorów. ► 8-9

Prof. Maria Pokorska-Śpiewak: każde dziecko, które możemy wyleczyć, to nasz wielki sukces, a to dodaje energii. ► 10-11



W GÓRĘ



Adam Konka

został powołany przez minister zdrowia Jolantę Sobierańską-Grendę na dyrektora Centrum e-Zdrowia (CeZ). Zastąpił na tym stanowisku Małgorzatę Olszewską. Nowy szef CeZ w portfolio swoich zawodowych osiągnięć ma m.in. zarządzanie złożonymi projektami z obszaru B+R oraz systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

www.pulsmedycyny.pl
NR 8 (474) 27 PAŹDZIERNIKA 2025

OD REDAKTORA

Jubileusz, jubileusz, jubileusz...

ZA NAMI 17. EDYCJA KONKURSU ZŁOTY SKALPEL, ORGANIZOWANEGO PRZEZ „PULS MEDYCYNĘ”. Podczas uroczystej gali, która miała wyjątkowy charakter ze względu na jubileusz 25 lat obecności tytułu na rynku wydawniczym, spotkały się różne pokolenia lekarzy i naukowców. O wręczenie wyróżnień poprosiliśmy laureatów poprzednich edycji konkursów organizowanych przez redakcję, a także ekspertów współpracujących z Naukową Fundacją Polpharmy w dziele wspierania ludzi nauki, tym bardziej, że świętowaliśmy także 10-lecie wspólnej pracy dla nauki, a Fundacja była w tym roku współorganizatorem wydarzenia. Uroczysty wieczór stał się nie tylko świętem innowacji, lecz także przejawem współpracy, wdzięczności i jednoczącego celu, jakim jest postęp w ochronie zdrowia pacjentów.



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

POMYSŁY NA WYJŚCIE Z IMPASU

Wojna o zdrowie KO i PiS — czy wygra pacjent?

Co wydarzy się w 2027 roku? Pacjenci decydują, która „opowieść” o naprawie ochrony zdrowia bardziej im się spodoba, a następnie wybiorą reżysera, powierzając mu jej adaptację. I pozostanie im ufać, że spektakl nie okaże się horrorem.

Dwaj główni pretendenci do objęcia rządów po wyborach w 2027 r.: Koalicja Obywatelska (KO) i Prawo i Sprawiedliwość (PiS) już przęz muskuły, szykując się do tego ważnego dla Polski plebiscytu. Głośno było o tym w ostatni weekend października. System ochrony zdrowia, z uwagi na stan zapaści, w jakim się znajduje, może okazać się tematem, który odegra kluczową rolę w przechyleniu szali zwycięstwa. Pytanie: co pacjent wygra?

Kaczyński: Polska w głębokim kryzysie

O zdrowiu było głośno na konwencji programowej PiS w Katowicach. Prezes tej partii Jarosław Kaczyński zapowiedział, że jego obóz rozpoczyna prace nad przygotowaniem programu dla Polski, a w nim „służba zdrowia” — jak zwykł mówić o ochronie zdrowia — będzie jednym z trzech priorytetowych obszarów.

Jednak poza informacją, że wymaga ona reformy, bo jest w głębokim kryzysie, a jej przeprowadzenie będzie trudne ze względu na interesy różnych stron — od lekarzy i pielęgniarów, przez samorządy, po duże firmy medyczne — z ust szefa PiS nie usłyszelśmy nic więcej.

Tusk: wina PiS

Premier Donald Tusk na konwencji Koalicji Obywatelskiej wykpił zapowiedzi swojego najwięk-

szego rywala, przekonując, że to właśnie zakończona dwa lata temu podwójna kadencja rządów PiS sprawiła, iż „ochrona zdrowia jest w gruzach”. Zdaniem Tuska, to był ten obszar, który — podobnie jak wymiar sprawiedliwości — został zrujnowany przez brak kompetencji i korupcję.

Pomysł KO na wyjście z tego kryzysu jednak też nie usłyszeliśmy. Co nie dziwi, wszak od dwóch lat ten obóz dzierży władzę, więc był na to czas, by chociaż „gruz” po poprzednikach zacząć sprzątać.

A kolejki dalej są

Niewątpliwym kryzys, jakiego dziś doświadcza ochrona zdrowia, pokazuje, że ostatnie lata (co najmniej dekada) to dla niej czas stracony. Nie doczekała się żadnej istotnej reformy. Mimo postępu technologicznego, nie wdrożono wielu zapowiadanych rozwiązań, które miały skrócić kolejki dla pacjentów czy odciążyć personel medyczny. Także dosypywanie pieniędzy nie wpłynęło na znaczącą poprawę jej funkcjonowania.

Niepokoì to, że nadal nie widać realnego pomysłu na wyjście z impasu, w jakim polska ochrona zdrowia się znajduje. Tymczasem trwa szukanie pieniędzy na zaspokojenie obecnej i przyszłej działy w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjenci właśnie usłyszeli, że możliwe

śa przesunięcia terminu planowych zabiegów z końcówki tego na początek przyszłego roku, szpitala mogą też ograniczać chorem dostęp do programów lekowych.

„Puls Medycyny” postanowił przypomnieć obu partiom m.in. co obiecywały Polakom przed odległymi i bliższymi laty.

Zdrowotne programy wyborcze PiS

2015 i 2019 r.: • Podniesienie wydatków na służbę zdrowia. • Likwidacja NFZ. • Zwiększenie kadry medycznej lekarzy i pielęgniarów. • Reaktywacja medycyny szkolnej — opieki lekarskiej i stomatologicznej. • Krajowa Sieć Onkologiczna. • Bezpłatne leki dla kobiet w ciąży i osób 75+. • Program „Opieka 75+”, który ma zapewnić specjalistyczną pomoc medyczną.

Program zdrowotny

Koalicji Obywatelskiej 2023

• Podniesienie nakładów na ochronę zdrowia. • Zniesienie limitów NFZ na leczenie. • Zwiększenie dostępności do pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. • Oddłużenie szpitali. • Skrócenie kolejek do specjalistów.

Na razie pacjenci usłyszeli od decydentów, że „bańka pękła, zyliliśmy ponad stan, tego się utrzymać już nie da”.

Katarzyna Lisowska



W GÓRĘ



prof. Monika Urbaniak

minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda powołała radcę prawnego prof. Monikę Urbaniak na stanowisko przewodniczącej Naczelnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Klinicznych. Wcześniej prof. Urbaniak była wiceprzewodniczącą tego gremium. Zastąpiła filozofa prof. Pawła Łukowa.

Rada naukowa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela, Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Międzydzieskiego Szpitala Specjalistycznego WUM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PULS Medycyny

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

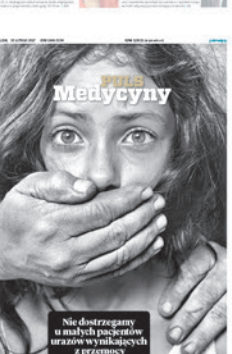
Dyrektor zarządzający Bonnier Healthcare Polska:
Fredrik Andersson
Dyrektor ds. sprzedaży:
Paulina Pietruczuk
Dyrektor artystyczny:
Tomasz Mytnarski
Redaktor naczelna:
Małgorzata Konaszczuk,
m.konaszczuk@pulsmedycyny.pl
Z-ca redaktora naczelnego:
Marcin Książkowski, tel. 22 333 97 29,
m.książkowski@pulsmedycyny.pl

Zespół redakcyjny:
Katarzyna Matusiewicz, tel. 603 441 155
k.matusiewicz@pulsmedycyny.pl
Olga Tymonowska,
o.tymonowska@pulsmedycyny.pl
Katarzyna Lisowska,
(z-ca redaktora naczelnego ds. wydania online)
k.lisowska@pulsmedycyny.pl
Anna Rogala,
a.rogala@pulsmedycyny.pl
Anna Gumulka
a.gumulka@pulsmedycyny.pl

Współpraca redakcyjna:
Patrycja Pupiec
p.pupiec@pulsmedycyny.pl
Olga Tymonowska,
o.tymonowska@pulsmedycyny.pl
Dział marketingu i reklamy:
Dorota Dyś (kierownik działu realizacji),
tel. 605 948 188
e-mail: d.dy@pulsmedycyny.pl
Anna Mikołajewska
(senior key account manager)
anna.mikolajewska@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
Bonnier Healthcare Polska 2025
Wszystkie prawa zastrzeżone
ISSN 1642-5154
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 aduatacji i skracania tekstów oraz zmiany ich tytułów.
Wszystkie prawa zastrzeżone
ISSN 1642-5154





„Nie potrafię zrozumieć i nie akceptuję postawy rodziców, którzy od samego początku odrzucają konwencjonalne terapie onkologiczne, wybierając „alternatywne” metody leczenia.

prof. Anna Raciborska

PRÓBA SPOWOLNIENIA, A NAWET ZATRZYMANIA ROZWOJU CUKRZYCY TYPU 1

Pierwszych dwoje młodych pacjentów zostało włączonych do immunoterapii, która może spowolnić rozwój, a nawet zapobiec pojawieniu się objawów tej nieuleczalnej dotąd choroby. „W kolejce czeka następnych ośmiu pacjentów” — mówi prof. Artur Bossowski, endokrynolog i diabetolog dziecięcy z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, którego zespół sprawdza skuteczność nowej metody leczenia.

Cukrzyca typu 1 jest chorobą autoimmunologiczną. Dochodzi do niej, gdy układ odpornościowy niszczy komórki trzustki produkujące insulinę. Od dłuższego czasu obserwujemy nie tylko w Polsce, ale na całym świecie dramatyczny wzrost zachorowalności dzieci na cukrzycę typu 1. Według informacji prof.

Bossowskiego, jest on szczególnie zauważalny pomiędzy 10. a 14. rokiem życia, czyli w okresie rozpoczynającego się pokwitania, niemniej dotyczy też małych dzieci, już od pierwszego roku życia.

W 2019 r. grono polskich diabetologów postanowiło ocenić skalę ryzyka wystąpienia

cukrzycy typu 1 w rodzinach obciążonych tym schorzeniem. Wyłoniono grupę pacjentów, w których surowicy wykryto przeciwciała przeciwko komórkom beta trzustki, co sygnalizuje, że z czasem rozwiną pełnoobjawową chorobę. Celem tych działań była próba interwencji terapeutycznej w stanie przedcukrzycowym.

FOF ADRIE STOCK

Tak rozpoczęto przesiewowe badania dzieci pod kątem wczesnego wykrywania cukrzycy typu 1. Jakich informacji dostarczył ten skrining?

Prof. Artur Bossowski: Był on realizowany w 13 ośrodkach w Polsce. W sumie przebadaliśmy prawie 1300 pacjentów i u ponad 5 proc. stwierdzono to ryzyko. To grupa dzieci, z której 70-80 proc. w ciągu 10 lat zachoruje na cukrzycę.

Wkrótce potem do naszej kliniki, ale też do innych w Polsce, zaczęli napływać pacjenci z ketokwasią, czyli ostrym powikłaniem cukrzycy typu 1. Co zaskakujące, często były to osoby, w których rodzinach nie obserwowano takiego problemu zdrowotnego. Liczba tych przypadków była zaskakująca i to dało asumpt do przeprowadzenia dalszych badań nie tylko w rodzinach obciążonych cukrzycą, ale w całej populacji.

Pierwszym regionem, w którym ruszył program przesiewowy, zostało Podlasie, ponieważ tu jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, i tu pracuję. Program rozpoczął się w 2023 r. i do tej pory objęto nim ok. 6 tys. dzieci. Po blisko dwóch latach widzimy, że w populacji od 1. do 18. roku życia obecność takich przeciwciał występuje u ok. 1,17 proc. badanych. To niemało.

Co z tymi pacjentami teraz się dzieje?

Otaczamy ich opieką poradni diabetologicznej, umożliwiamy też konsultacje z dietetykiem, a przede wszystkim z psychologiem. Jest to bardzo ważne, ponieważ informacja o tym, że prawdopodobnie w ciągu kilku lat pacjent rozwinie chorobę, która w tej chwili jeszcze nie jest uleczalna, powoduje duże obciążenie i stres.

Pojawiła się szansa, że wczesna interwencja, polegająca na podaniu nowej terapii pacjentom w przedklinicznej fazie choroby, może spowolnić wystąpienie pełnoobjawowej cukrzycy typu 1. To może być przełom w jej leczeniu?

Taka szansa faktycznie istnieje. Chodzi o terapię, której twórcą jest immunolog prof. Piotr Trzonkowski

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med.

Artur Bossowski jest specjalistą w dziedzinie pediatrii, diabetologii, endokrynologii, a także diabetologii i endokrynologii dziecięcej, kierownikiem Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. L. Zamenhofs. Pełni również funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej dla województwa podlaskiego.



„Wspólnie z prof. Piotrem Trzonkowskim próbuję sprawdzić skuteczność terapii komórkowej u dzieci w pierwszej fazie przedklinicznej cukrzycy typu 1.

FOF UNIBEDU

z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Od ok. 15 lat leczy on pacjentów w trzeciej fazie cukrzycy z zastosowaniem komórek T-regulatorowych i ma już pewne osiągnięcia w postaci spowolnienia progresji choroby. Teraz wspólnie z prof. Trzonkowskim próbuję sprawdzić skuteczność terapii u dzieci w pierwszej fazie przedklinicznej cukrzycy typu 1.

Pomyśleliśmy, że sensowna będzie próba zastosowania terapii komórkowej u pacjenta, który

ma już dwa lub trzy przeciwciała dodatnie, czyli obciążonego ryzykiem wystąpienia choroby, ale nie wykazuje jeszcze zaburzeń glikemii i ma ok. 80-90 proc. własnych komórek beta w wyspach trzustkowych. Wtedy jest szansa, że ta cukrzyca być może nie wystąpi w ogóle, a jeśli się pojawi, to nie dojdzie do ostrych powikłań, takich jak kwasica ketonowa.

Rozmawiała Katarzyna Lisowska

25 lat



PO BARIATRII DZIECIĘCEJ: WALKA O TRWAŁY EFEKT

Operacyjne leczenie otyłości nastolatków, bo taki zabieg można wykonać u dzieci nie młodszych niż 12-14 lat, to temat budzący kontrowersje. „Co nie dziwi, bo to nie jest prosty zabieg i wiąże się z pewnym ryzykiem. Boimy się chociażby nieszczelności zespolenia, co może prowadzić do zapalenia otrzewnej. Operacja, która zakończy się sukcesem, nie daje też gwarancji, że pacjent trwale pożegna się z otyłością” — mówi prof. Adam Hermanowicz, specjalista chirurgii dziecięcej i neurochirurgii. Jak zaznacza, dla wąskiej populacji polskich dzieci to jednak ostatnia deska ratunku, by wygrać nawet życie.



FOF ADRIE STOCK

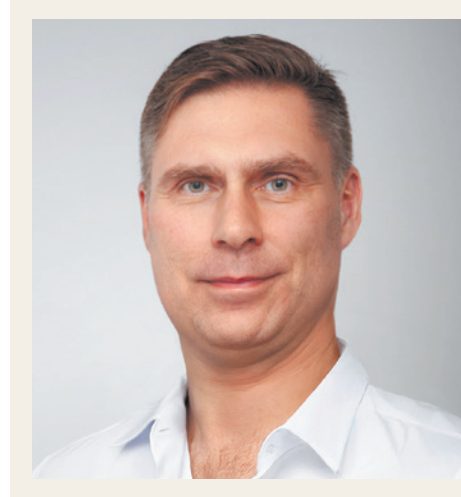
Specjaliści alarmują, że takiego tsunami nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży jeszcze nie było. W Polsce nieprawidłową masę ciała ma jedna trzecia dzieci w wieku wczesnoszkolnym. W całej populacji polskich dzieci i młodzieży ten odsetek wynosi 25 proc., w tym aż 2 proc. ma otyłość olbrzymią. Co gorsze, wszystkie prognozy wskazują, że problem ten ma tendencję wzrostową.

Gdy leczenie dietetyczne i farmakologiczne jest nieskuteczne

„Doskonale znamy czynniki prowadzące do tej sytuacji. To dieta bogata w cukry, wysokoprzetworzoną żywność, nieregularne posiłki, brak aktywności fizycznej, a u części osób obciążenie genetyczne. Zmiana nawyków żywieniowych nie zawsze pomaga osiągnąć prawidłową wagę, podobnie jak leczenie farmakologiczne” — wskazuje prof. dr hab. n. med. Adam Hermanowicz, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofs w Białymstoku.

„W tych przypadkach — kontynuuje specjalista — gdy otyłość wiąże się już z powikłaniami stanowiącymi poważne zagrożenie dla zdrowia pacjenta, a dotychczasowe metody leczenia okazały się nieskuteczne, sięgamy po operację bariatryczną, także u dzieci, a raczej nastolatków. Taki zabieg wykonywany jest najwcześniej w wieku 12-14 lat” — wyjaśnia chirurg dziecięcy.

Ekspert tłumaczy, że operację bariatryczną można wykonać dopiero u dziecka, które jest na tyle dojrzałe, że rozumie konsekwencje takiego postępowania, jak również to, że trwała utrata wagi wymaga późniejszego zaangażowania samego pacjenta w zmianę stylu życia.



„Jeżeli ktoś pyta, jaka jest skuteczność czy trwałość operacji bariatrycznej, to ona jest taka, jak wytrwałość pacjenta w przestrzeganiu nawyków żywieniowych

prof. Adam Hermanowicz

„Kwalifikacja dzieci do operacji była przez długi czas dość dyskusyjna, ponieważ to młody organizm, który się jeszcze rozwija, niedojrzały też w sferze psychicznej, a ona gra główną rolę. Dlaczego? Ze względu na dyscyplinę, którą musi się wykazać pacjent, by po zabiegu całkowicie zmienić swoje nawyki żywieniowe i aktywizować się fizycznie. Z tego powodu w piśmiennictwie ustalono granicę wieku na 12-14 lat, poniżej której takich operacji nie należy wykonywać” — informuje specjalista.

Dodaje, że chodzi o to, żeby kontakt z dzieckiem był na tyle dobry, by dało mu się wytłumaczyć, jak ważne są zmiany w jego dotychczasowym stylu życia. „Żeby miało świadomość, że usunięcie części żołądka jest dopiero początkiem, tym pierwszym krokiem w stronę zdrowienia” — podkreśla profesor.

Czynniki kwalifikujące do zabiegu chirurgicznego

Zanim pacjent zostanie zakwalifikowany do postępowania chirurgicznego, musi mieć za sobą przynajmniej

rok próby leczenia zachowawczego: dietą, wsparciem psychologa/psychiatry czy leczeniem farmakologicznym. „Kluczową rolę odgrywa też udział rodziny w całym procesie leczenia. Jeżeli dziecko nie ma jej wsparcia, a nawyki żywieniowe w jego rodzinie są nieprawidłowe, to tak naprawdę nie jesteśmy w stanie z takim pacjentem pracować. Kolejnym czynnikiem wykluczającym z takiego leczenia są choroby psychiczne, które mogą być barierą we współpracy z chorym” — wymienia ekspert.

Decydującym czynnikiem jest oczywiście wartość indeksu masy ciała (ang. *body mass index*, BMI). „Bez względu na kwalifikację jest BMI powyżej 40, czyli wskazujący na otyłość znacznego stopnia i to jest w zasadzie wskazanie życiowe. Kwalifikowane do zabiegu mogą być też nastolatki z BMI powyżej 35, u których występują dodatkowo takie choroby, jak cukrzyca, stwardnienie wątroby, nadciśnienie” — zaznacza chirurg.

Wyniki rękawowej resekcji żołądka i ryzyko powikłań

Jest kilka metod, jakimi można wykonać operację bariatryczną. Najbardziej popularną i powszechnie stosowaną jest technika rękawowej resekcji żołądka (ang. *sleeve gastrectomy*). Jak tłumaczy prof. Hermanowicz, który również ją stosuje, to laparoskopowy zabieg, w czasie którego usuwana jest znaczna część żołądka, nawet ok. 80-90 proc.

Zamiast tego wielkiego worka, jakim jest żołądek, pozostawiamy szeroką rurę, gdzie nie ma miejsca do gromadzenia pokarmu. To powoduje, że pacjent nie jest w stanie przyjąć jego dużych objętości, co prowadzi do redukcji masy ciała. Trzeba zaznaczyć, że zdecydowany odsetek otyłości u dzieci wynika właśnie z nieprawidłowej diety” — przypomina chirurg i dodaje, że po operacji w dość krótkim czasie widoczna jest duża utrata masy.

Prof. Hermanowicz zwraca uwagę, że najpoważniejsze powikłanie, jakiego obawiają się chirurdzy wykonujący taki zabieg, to nieszczelność zespolenia. To sytuacja, w której dochodzi do przerwania ciągłości przewodu pokarmowego i wydostawania się treści pokarmowej do jamy otrzewnej. Powoduje to zapalenie otrzewnej i bardzo ciężkie powikłania. Dalsze niepożądane zdarzenia są podobne, jak w przypadku wszystkich innych interwencji chirurgicznych, czyli: uszkodzenie naczyń krwionośnych, zarówno tętnic, jak i żył, uszkodzenia innych narządów czy nieprawidłowe gojenie się rany.

Sztuka przestrzegania dyscypliny żywieniowej

„Po samym zabiegu pacjent odżywia się dietą płynną, co sprawia, że faktycznie utrata wagi następuje szybko. To, ile finalnie pacjent straci kilogramów, jest kwestią indywidualną i związaną z tym,

jak w kolejnych tygodniach, miesiącach trzyma dietę. Ale to są spadki sięgające 40-50 kg” — mówi prof. Hermanowicz. Jak zaznacza, po operacji konieczna jest nie tylko odpowiednia dieta, ale i suplementacja witamin, jak również stopniowe zwiększanie aktywności fizycznej.

Niestety, część pacjentów po dojściu do pożądanej masy ciała traci wytrwałość i wraca do dawnych nawyków, rozpychając żołądek. „On jest takim workiem mięśniowym, który przyjmując nadmierną ilość pokarmu, z czasem, powiedzmy w ciągu dwóch lat, można ponownie rozciągnąć do poprzednich rozmiarów. Są pacjenci, którzy z tego powodu, że nabrali na wadze, przechodzą ponownie taką resekcję żołądka. Jeżeli więc ktoś pyta, jaka jest skuteczność czy trwałość operacji bariatrycznej, to ona jest taka, jak wytrwałość pacjenta w przestrzeganiu nawyków żywieniowych. Jeżeli przestawimy to w głowie, będziemy pilnować diety, to jesteśmy w stanie utrzymać latami ten dobry wynik” — podkreśla prof. Hermanowicz.

W jego ocenie, utrzymanie tej dyscypliny w przypadku dzieci jest dużym wyzwaniem. „Zalewna nas wysoko przetworzona żywność, jedzenie jest ważnym elementem życia towarzyskiego, trudno więc oczekiwać, że nastolatek będzie unikał kontaktów z rówieśnikami, które często kończą się np. pójściem na pizzę czy do McDonalda. Obserwujemy też, jak zwiększa się akceptacja dla otyłości w społeczeństwie. Oczywiście, stygmatyzowanie takich osób jest złe, ale trzeba głośno mówić, że nadmierna masa ciała nie jest zdrowa” — stwierdza profesor. I dodaje, że dlatego tak ważne jest, by w proces takiego leczenia zaangażowani byli też psychologowie, którzy będą motywować i wspierać pacjenta w tej wymagającej drodze.

Katarzyna Lisowska

Siła naszej medycyny w sztafecie pokoleń

Podczas gali 17. edycji konkursu Złoty Skalpel, zorganizowanej przez „Puls Medycyny”, spotkały się różne pokolenia lekarzy i naukowców — nestorzy polskiej medycyny oraz młodzi adepci tej dziedziny, którzy przejmują pałeczkę w sztafecie jej rozwoju. Uroczysty wieczór stał się nie tylko świętem innowacji, lecz także przejawem współpracy, wdzięczności i jednoczącego celu, jakim jest postęp w ochronie zdrowia pacjentów.

Gala „Złoty Skalpel 2025” miała wyjątkowy wymiar symboliczny, odbywała się bowiem w roku jubileuszu 25-lecia „Pulsu Medycyny” oraz 10-lecia współpracy z Naukową Fundacją Polpharmy. Redaktor Małgorzata Konaszczyk, prowadząca galę, podkreśliła, że konkurs od lat integruje środowisko naukowe i kliniczne, promując ludzi, którzy tworzą nowoczesną polską medycynę.

„Konkurs Złoty Skalpel to wyjątkowa przestrzeń spotkań ludzi nauki i praktyki. Od 25 lat pokazujemy, że polska medycyna rozwija się dzięki pasji, zaangażowaniu i współpracy” — mówiła red. Małgorzata Konaszczyk.

Misja odnajdywania pereł

W tegorocznej kapitule konkursu zasiadało osiemnastu wybitnych specjalistów z różnych dziedzin medycyny. W imieniu gremium głos zabrał prof. Krzysztof Zieniewicz, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich, który zwrócił uwagę na znaczenie konkursu w promowaniu naukowych talentów i rozwoju młodej kadry. „Złoty Skalpel” to nie tylko konkurs, to misja odnajdywania pereł w naukach medycznych. To jedno z najjaśniejszych zjawisk w polskiej medycynie. Konkurs pozwala budować pomost między pokoleniami lekarzy. Starsi przekazują wiedzę młodszemu, a młodszy — nową energię i entuzjazm starszym. Właśnie w tej wymianie tkwi siła naszej medycyny” — zaznaczył profesor.

Wśród tegorocznych laureatów znaleźli się zarówno eksperci z wieloletnim dorobkiem, jak i młodzi badacze, którzy stawiają pierwsze kroki w karierze naukowej. Na scenie pojawiali się profesorowie i rezydenci, dyrektorzy klinik i doktoranci, a każdy z nich — jak zauważył jeden z jurorów — stanowi część „tej samej naukowej rodziny”. Motyw współpracy pokoleń pojawiał się w wielu wypowiedziach podczas gali. Młodzi lekarze dziękowali swoim mentorom, a doświadczeni profesorowie z dumą wskazywali następców. Gala Złoty Skalpel stała się więc nie tylko przeglądem osiągnięć, ale także dowodem ciągłości polskiej medycyny — opartej na dialogu, współpracy i szacunku dla tradycji.

„To niezwykle uczucie patrzeć na kolejne pokolenia młodych lekarzy. Jeszcze niedawno sam stałem tu, gdzie oni. Dziś wspólnie tworzymy projekty, które ratują ludzkie życie” — mówił prof. Maciej Banach, laureat 6. miejsca.

Również prof. Henryk Skarżyński, laureat 3. miejsca, podkreślił wagę kontynuacji i współpracy międzypokoleniowej. „Ciesze się, że możemy zobaczyć, jak sztafeta pokoleń w polskiej medycynie działa. Są liderzy, są młodszy, którzy będą jeszcze lepsi — dzięki temu opieka nad pacjentami staje się coraz skuteczniejsza.



Pierwszą nagrodę oraz grant dla prof. Marii Pokorskiej-Śpiewak (na zdjęciu: trzecia od prawej) i jej zespołu wręczyły Agata Łapińska-Smolińska, prezeska Naukowej Fundacji Polpharmy (na zdjęciu: pierwsza od lewej) oraz Patricia Deyna, prezeska Bonnier Business Polska i Bonnier Healthcare Polska (na zdjęciu: druga od lewej).

A sukces mnoży się wtedy, gdy się nim dzielimy” — mówił profesor, przywołując wspomnienia z wcześniejszych edycji konkursu.

Tworzenie innowacji opiera się na współpracy

Jurorzy wielokrotnie podkreślali, że źródłem sukcesu nagrodzonych projektów jest praca zespołowa. Laureaci zgodnie mówili, że żadne z ich osiągnięć nie byłoby możliwe bez zaufania i wzajemnego wsparcia. Na twórczą siłę zespołu wskazała prof. Maria Pokorska-Śpiewak, laureatka 1. miejsca:

„W dzisiejszych czasach żaden sukces nie jest dziełem jednej osoby. To efekt współdziałania ludzi, którzy rozumieją się bez słów i mają wspólny cel. Dzięki naszej pracy dzieci w Polsce mają dziś dostęp do skutecznego i bezpiecznego leczenia, które jeszcze niedawno było zarezerwowane dla dorosłych” — powiedziała prof. Pokorska-Śpiewak.

„To nie tylko nasz projekt, to efekt współpracy lekarzy, inżynierów, informatyków i badaczy. Kluczem do sukcesu jest to, że potrafimy się rozumieć” — podkreślił dr inż. Jarosław

Bułka, współtwórca Platformy Radiologicznej BRIGHTER (miejsce 6), opartej na sztucznej inteligencji.

Fundacja, która łączy naukę i praktykę

Naukowa Fundacja Polpharmy, założona w 2001 r. przez Jerzego Staraka, od ponad dwóch dekad wspiera rozwój polskiej nauki i medycyny. To jedna z największych organizacji w kraju finansujących projekty badawcze, realizowane przez uczelnie i ośrodki naukowe. Fundacja organizuje prestiżowe konkursy, debaty z ekspertami z całej Polski oraz inicjuje współpracę między światem nauki i przemysłu farmaceutycznego, m.in. poprzez Konwent Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Jej projekty, takie jak elitarna letnia szkoła „Medical School of Your Future. Inwestuj w siebie”, wspierają młode talenty medycyny. W tym roku po raz kolejny Naukowa Fundacja Polpharmy była partnerem 17. edycji Złotego Skalpela.

Agata Łapińska-Smolińska, prezeska Naukowej Fundacji Polpharmy, podkreśliła, że misją Fundacji jest wspieranie naukowców na każdym

etapie kariery — od młodych badaczy po wybitnych ekspertów. „Jesteśmy dumni, że możemy wspierać ludzi nauki i obserwować, jak z roku na rok polska medycyna rozwija się dzięki wspólnej pracy i wzajemnemu zaufaniu. Współpraca z „Pulsem Medycyny” to dla nas nie tylko partnerstwo, ale i przywilej — razem promujemy innowacje, które naprawdę zmieniają życie pacjentów” — powiedziała Agata Łapińska-Smolińska.

Złoty Skalpel — więcej niż konkurs

Tegoroczna edycja Złotego Skalpela pokazała, że siłą polskiej medycyny są ludzie — odważni, otwarci na współpracę i zdeterminowani, by przekraczać granice nauki. Jury zgodnie podkreślało, że każdy z nagrodzonych projektów to nie tylko naukowe osiągnięcie, lecz także dowód na to, że w Polsce można tworzyć rozwiązania na światowym poziomie.

Wspólne zdjęcie laureatów i jurorów — doświadczonych profesorów stojących obok młodych lekarzy — stało się symbolem wieczoru: medycyny, która łączy pokolenia, inspirowa, uczy i daje nadzieję.

AR



Drugie miejsce zdobył zespół z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie za projekt EFTISARC-NEO - innowacyjną immunoterapię przedoperacyjną w leczeniu mięsaków tkanek miękkich. Nagrodę w imieniu zespołu odebrała dr n. med. Paulina Jagodzińska-Mucha.



Na piątym miejscu uplasował się zespół z Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za pierwsze w Polsce całkowicie przeszskórne implantacje zastawki trójdzielnej i mitralnej, oznaczające nową erę terapii wad zastawkowych u pacjentów wysokiego ryzyka. Na zdjęciu dr n. med. Adam Rdzanek z zespołem.



Dziesiąte miejsce przypadło zespołowi z Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach za opracowanie i wdrożenie kompleksowego programu rekonstrukcyjnego leczenia patologii naczyńowego łóżyska płucnego u dzieci. Prof. Krzysztof Zieniewicz, członek kapituły, wręczył nagrodę dr. Grzegorzowi Zalewskiemu.



Trzecie miejsce zajęł zespół prof. Henryka Skarżyńskiego ze Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu za wszczępienie w pełni wszczepialnego implantu ślimakowego u osób z całkowitą lub częściową głuchotą. Na zdjęciu prof. Henryk Skarżyński z zespołem.



Szóste miejsce przypadło projektowi Platforma Radiologiczna BRIGHTER wraz z algorytmem AI do analizy obrazów medycznych. To wspólne dzieło zespołu prof. Macieja Banacha i dr. inż. Jarosława Bułki. Na zdjęciu laureaci z dr hab. Anną Jeznach-Steinhausen, członkinią kapituły.



Na dziewiątym miejscu uplasował się projekt KOS-Udar – Program Koordynowanej Opieki Specjalistycznej nad pacjentami po udarze mózgu, realizowany w zespole dr hab. Marty Leńskiej-Mieciek i prof. Piotra Jankowskiego. Na zdjęciu od lewej: Małgorzata Konaszczyk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny”, dr Michał Chudzik, prof. Monika Burzyńska, dr hab. Marta Leńska-Mieciek, prof. Piotr Jankowski.

Kreatywne zespoły specjalistów podnoszą rangę polskiej medycyny

Od pionierskich operacji rekonstrukcyjnych i przełomowych terapii chorób rzadkich, po zastosowanie AI w diagnostyce i bioinżynieryjne rozwiązania przyszłości — tegoroczna, 17. edycja konkursu Żłoty Skalpel po raz kolejny udowodniła, że polscy lekarze należą do światowej elity innowatorów. Wyróżnione projekty łączy odwaga w przekraczaniu granic, interdyscyplinarność i realny wpływ na jakość opieki nad pacjentem. To inicjatywy, które nie tylko zmieniają oblicze polskiej medycyny, ale stają się inspiracją dla światowego środowiska medycznego.

1. Przełomowy program terapeutyczny dla dzieci z wirusowym zapaleniem wątroby typu C

Kierownik programu: **prof. dr hab. n. med. Maria Pokorska-Spiwak**, zastępca kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zastępca ordynatora Oddziału Pediatrycznego Zakaźnego w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie.

Projekt stanowi przełom w leczeniu dzieci z wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZW C, HCV) w Polsce. Dzięki działaniom zespołu badawczego opracowano oraz wdrożono pierwszy w kraju kompleksowy program terapeutyczny, obejmujący stosowanie nowo-

czesnych leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (ang. *direct acting antivirals*, DAA) u pacjentów pediatrycznych. Program umożliwił skuteczne i bezpieczne leczenie dzieci już od 3. roku życia, eliminując konieczność stosowania interferonu, który wykazywał dużą toksyczność i niską skuteczność. Leki DAA stanowią rewolucję w leczeniu zakażeń HCV i jako preparaty o doskonałej skuteczności (niemal 100 proc.) oraz dobrym profilem bezpieczeństwa stanowią obecnie podstawę terapii WZW C u dorosłych. W Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego WUM od 2019 r. do chwili obecnej prowadzony jest program leczenia

dzieci z WZW C przy użyciu leków DAA. Dotychczas to leczenie otrzymało ponad 170 dzieci w wieku 3-17 lat, co stanowi największą grupę pacjentów pediatrycznych leczonych w jednym ośrodku w Europie i jedną z największych na świecie. U wszystkich dzieci poddanych tej terapii wyeliminowany został HCV, co oznacza, że wejda one w dorosłość jako osoby zdrowe i niezakażne. Wdrożenie programu znacząco przyczyniło się do realizacji globalnych celów WHO dotyczących eliminacji wirusowego zapalenia wątroby typu C jako zagrożenia zdrowia publicznego.

2. EFTISARC-NEO — innowacyjna immunoterapia przedoperacyjna w leczeniu mięsaków tkanek miękkich

Liderzy projektu: **dr n. med. Katarzyna Kozak** i **dr n. med. Paweł Sobczuk**. Zespół badawczy: **dr n. med. Tomasz Świtaj**, **dr n. med. Paweł Rogala**, **dr n. med. Paulina Jagodzińska-Mucha**, **lek. Anna Mariuk-Jarema**, **lek. Joanna Placzke**, **dr n. med. Michał Wągorodski**, **dr hab. n. med. Anna Szumera-Ciećkiewicz**, **dr n. med. Aneta Borkowska**, **prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski**, **lek. Konrad Zaborowski**, **lek. Maria Krotewicz**, **prof. dr hab. n. med. Elżbieta Sarnowska**, **mgr Aleksandra Wiśniewska**; Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Ośrodek Badań Wczesnych Faz Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

EFTISARC-NEO jest przełomowym, niekomercyjnym badaniem klinicznym II fazy, oceniającym skuteczność i bezpieczeństwo innowacyjnej kombinacji immunoterapii (pembrolizumab i eftilagimod alfa) z radioterapią w przedoperacyjnym leczeniu mięsaków tkanek miękkich. Badanie stanowi pierwsze w Polsce i jedno z nielicznych na świecie przedsięwzięć typu window-of-opportunity („okno możliwości”) w nowotworach rzadkich.

Badanie EFTISARC-NEO wykazało poprawę odpowiedzi patologicznych po zastosowaniu leczeniu z wykorzystaniem nowej kombinacji immunoterapii z radioterapią przedoperacyjną u pacjentów z rozpoznaniem mięsaków tkanek miękkich. Pozytywne wyniki badania skutkują dalszymi pracami nad tą terapią oraz przygotowaniem projektu randomizowanego badania, porównującego kombinację do samodzielnej immunoterapii. Jeśli i te wyniki będą pozytywne, może to doprowadzić do rejestracji

pembrolizumabu i eftilagimodu alfa jako standardu leczenia. Projekt stanowi przykład efektywnej współpracy pomiędzy wiodącym ośrodkiem onkologicznym (NIO-PIB), państwową agencją finansującą badania (Agencja Badań Medycznych, ABM) i sektorem biotechnologicznym (Immutep). Osiągnięte rezultaty otwierają drogę do opracowania międzynarodowego, randomizowanego badania klinicznego, które porówna skuteczność kombinacji pembrolizumabu i eftilagimodu alfa z samą radioterapią u ponad 200 pacjentów w co najmniej sześciu krajach europejskich. EFTISARC-NEO to projekt o wyjątkowej wartości naukowej i klinicznej, który nie tylko udowodnił skuteczność nowej strategii leczenia w rzadkim typie nowotworu, ale także stworzył podstawy do potencjalnego wprowadzenia nowego standardu terapeutycznego w mięsakach tkanek miękkich.

3. Wszczepienie w pełni wszczepialnego implantu ślimakowego u osób z całkowitą i częściową głuchotą

Realizatorzy projektu: **prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński**, **dr h.c. multi**, **dr hab. n. med. i n. o zdr. Anita Obyrcka**, **dr inż. Adam Walkowiak**, **mgr Iwona Tomaszewska-Hert**, **prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., mgr zarz. Piotr H. Skarżyński**; Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu w Kajetanach.

Jednym z najnowszych i najbardziej przełomowych osiągnięć Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu jest pierwsze w Polsce wszczepienie całkowicie wszczepialnego implantu ślimakowego Mi2000, przeprowadzone

9 grudnia 2024 r. w Kajetanach przez zespół pod kierunkiem prof. Henryka Skarżyńskiego. System Mi2000 stanowi pierwsze na świecie w pełni zintegrowane rozwiązanie tego typu — wszystkie jego elementy są umieszczone pod skórą, co eliminuje konieczność noszenia zewnętrznego procesora dźwięku. Tradycyjne implanty ślimakowe składają się z części zewnętrznej i wewnętrznej, nowa technologia całkowicie zmienia ten paradygmat, oferując pacjentom większy komfort życia. Dzięki temu urządzeniu pacjenci mogą prowadzić bardziej aktywny tryb życia, m.in. uprawiać sport. Wszczepienie Mi2000 potwierdza, że polska otorynolaryngologia

i chirurgia słuchu znajdują się w światowej czołówce. Światowe Centrum Słuchu dołączyło do elitarnego grona pierwszych ośrodków na świecie, które przeprowadziły tego rodzaju zabieg, udowadniając, że polska medycyna nie tylko dorównuje światowym standardom, ale często je wyznacza. Do tej pory implant Mi2000 został wszczepiony pięciu pacjentom, którzy czują się dobrze i systematycznie rozwijają swoje zdolności słyszenia pod opieką zespołu klinicznego. Po zakończeniu badań klinicznych i uzyskaniu rejestracji urządzenia, technologia Mi2000 ma szansę stać się przełomem w leczeniu głuchoty na całym świecie.

4. Nowy program wspomagających przeszczepień wątroby w Polsce

Realizatorzy projektu: **prof. dr hab. n. med. Michał Grąt**, **prof. dr hab. n. med. Waldemar Patkowski**, **dr hab. n. med. Maciej Krasnołębski**, **dr n. med. Łukasz Masior**, **dr n. med. Konrad Kobryń**, **dr hab. n. med. Wacław Hołwko**, **lek. Paweł Rykowski**, **dr hab. n. med. Wojciech Figiel**, **lek. Adam Boituc**; Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W Warszawskim Uniwersytecie Medycznym powstał pierwszy w Polsce program wspomagających przeszczepień wątroby, będący przełomem w leczeniu najcięższych przypadków ostrej i przewlekłej niewydolności tego narządu. W 2024 r. zespół kierowany przez prof.

Michała Grąta przeprowadził pierwsze w kraju, a jedne z nielicznych na świecie operacje tego typu. Do tej pory wykonano trzy zabiegi wspomagającego przeszczepienia — u pacjentów z ciężkimi urazami wątroby oraz w przypadku ostrego zatrucia muchomorem sromotnikowym. W odróżnieniu od klasycznego przeszczepienia, w którym cała chora wątroba zostaje zastąpiona narządem dawcy, w przeszczepieniu wspomagającym pozostawia się część wątroby biorcy, a dołączą fragment wątroby od dawcy. Nowo wszczepiony fragment pełni funkcję „biologicznej protezy”, wspierając organizm chorego do czasu, aż jego własna wątroba się zregeneruje. Rozwiązanie to zwiększa bezpieczeństwo pacjenta, ogranicza ryzyko ciężkich powikłań i pozwala uniknąć konieczności długotrwałej immunosupresji,

jeśli własny narząd odzyska funkcję. Procedura wspomagającego przeszczepienia wątroby wymaga wyjątkowej precyzji chirurgicznej i ścisłej współpracy zespołu. Operacja polega na mikroskopijnym zespoleniu naczyń krwionośnych i dróg żółciowych w taki sposób, aby fragment przeszczepiony i własna wątroba pacjenta mogły pracować równolegle. Rozwój tego programu plasuje Polskę w ścisłej czołówce światowej transplantologii, obok zaledwie kilku ośrodków mających doświadczenie w tego typu zabiegach. To ogromny krok naprzód nie tylko w zakresie ratowania życia pacjentów w najcięższych stanach klinicznych, lecz także w rozwoju polskiej chirurgii i nowoczesnej medycyny transplantacyjnej.

5. Pierwsze w Polsce całkowicie przeszkrórne implantacje zastawki trójdzielnej i mitralnej

Kierownicy zespołu: **dr n. med. Adam Rdzanek** i **dr hab. n. med. Piotr Ścisło**; członkowie zespołu: **dr n. med. Ewa Pędzich**, **dr Ewa Ostrowska**, **prof. dr hab. n. med. Agnieszka Kapłon-Cieślicka**, **dr Jan Sobieraj**, **dr Adam Piasecki**, **prof. dr hab. n. med. Mariusz Tomianiak**, **prof. dr hab. n. med. Zenon Huczek**, **prof. dr hab. n. med. Janusz Kochman**; i Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski).

W 2025 r. w I Katedrze i Klinice Kardiologii WUM dokonano przełomu w leczeniu wad zastawkowych serca, przeprowadzając pierwsze w Polsce i Europie Środkowo-Wschodniej zabiegi przecewnikowej implantacji zastawki trójdzielnej. Wszczepienie ta stanowią kamień milowy w rozwoju małoinwazyjnych terapii kardiologicznych i otwierają nową erę w leczeniu pacjentów

z zaawansowaną niewydolnością serca, u których klasyczna operacja była dotąd niemożliwa. W marcu zespół pod kierownictwem dr. Adama Rdzanka i dr. hab. Piotra Ścisły dokonał pierwszej w Polsce przecewnikowej implantacji zastawki trójdzielnej systemem Evoque — pierwszym w świecie urządzeniem umożliwiającym całkowitą wymianę tej zastawki bez otwierania klatki piersiowej. U trzech pacjentów z ciężką niewydolnością serca udało się całkowicie wyeliminować niedomykalność trójdzielną, a wszystkie procedury zakończyły się pełnym sukcesem i bez powikłań. Kolejnym przełomem były wykonane w sierpniu przez ten sam zespół pierwsze w Polsce i regionie zabiegi przecewnikowej wymiany zastawki mitralnej z użyciem systemu Sapien M3 — pierwszego na świecie urządzenia pozwalającego na całkowite przeszkrórne, nieoperacyjną wymianę tej zastawki. Zabiegi wykonano u dwóch

pacjentek z ciężką niedomykalnością mitralną, które nie kwalifikowały się do dotychczas stosowanych metod leczenia. W obu przypadkach implantacja przebiegała pomyślnie, przynosząc natychmiastową poprawę funkcji serca i jakości życia. Te pionierskie procedury, dotychczas dostępne wyłącznie w fazie badań klinicznych, zostały po raz pierwszy wprowadzone do praktyki klinicznej w tej części Europy, umożliwiając skuteczne leczenie chorych wysokiego ryzyka. Fakt, że warszawski ośrodek znalazł się w gronie kilku pierwszych w Europie, wybranych do przeprowadzenia tych zabiegów, stanowi potwierdzenie jego renomy i wysokiego poziomu kompetencji w dziedzinie kardiologii interwencyjnej. Osiągnięcia zespołu nie tylko otwierają nowe możliwości dla pacjentów z ciężką niewydolnością serca, lecz także umacniają pozycję polskiej kardiologii w światowej czołówce nowoczesnej medycyny.

6. Platforma radiologiczna BRIGHTER z algorytmami AI do analizy obrazów medycznych

Zespół realizatorów: **prof. dr hab. n. med. Maciej Banach**, **dr hab. n. med. Karol Miszański-Jamka**, **prof. Marcin Kostur**, **dr Katarzyna Jesioneł**, **dr inż. Mariusz Bujny**, **dr inż. Magdalena Majka**. Projekt jest realizowany we współpracy z ekspertami z zakresu medycyny, fizyki, informatyki, data science oraz inżynierii oprogramowania, przy wsparciu partnerów naukowych, m.in. Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach, Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie oraz Politechniki Krakowskiej.

BRIGHTER to nowoczesna, polska platforma radiologiczna, wykorzystująca sztuczną inteligencję (AI) do wspomagania diagnostyki obrazowej. Opracowana przez ekspertów firmy Graylight Imaging, łączy funkcje przeglądarki badań w standardzie DICOM, inteligentnego asystenta diagnostycznego oraz przestrzeni do pracy

zespołowej — umożliwiając szybki, bezpieczny i zdalny dostęp do obrazów CT, MRI i angio-CT z dowolnego miejsca na świecie. Platforma wspiera lekarzy w analizie badań kardiologicznych i onkologicznych, a jej kluczowym elementem są algorytmy AI. Najważniejszy z nich — CS GATED — umożliwiła automatyczną analizę i ocenę blaszek uwapnionych w tętnicach wieńcowych na podstawie niekontrastowych badań CT. Pozwala to określić wskaźnik *calcium score* (CAC) i monitorować efekty leczenia miażdżycy, wspierając lekarza w decyzjach terapeutycznych. Drugi, badawczy algorytm Chest CT to algorytm naukowy umożliwiający oszacowanie stopnia uwapnienia tętnic wieńcowych na podstawie standardowych badań CT klatki piersiowej, nawet jeśli nie były wykonane w tym celu. Otwiera on drogę do wczesnego

wykrywania miażdżycy i oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. BRIGHTER jest rozwiązaniem modułowym i skalowalnym, łatwo integrującym się z infrastrukturą IT każdej placówki (vendor agnostic), dostępnym w wersji chmurowej lub lokalnej. Projekt ma także wymiar naukowo-społeczny — przyczynia się do rozwoju polskich technologii medycznych, zwiększa dostępność nowoczesnych narzędzi diagnostycznych i wspiera transformację cyfrową w ochronie zdrowia. W przyszłości system zostanie rozszerzony o kolejne algorytmy AI, m.in. do analizy tzw. miękkich blaszek miażdżycowych oraz ocenę calcium score w tętnicach jamy brzusznej (ABDOMEN CT). BRIGHTER stanowi przykład synergii nauki, medycyny i nowoczesnej inżynierii oprogramowania, wyznaczając nowy standard w cyfrowej diagnostyce obrazowej w Polsce i Europie.

7. Opracowanie i wdrożenie modelu minimalnie inwazyjnego leczenia jatrogennej stenozы żył płucnych

Realizatorzy: zespół kardiologów, radiologów i pulmonologów Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w składzie: **dr hab. n. med. Arkadiusz Pietrasik**, **dr n. med. Rafał Maciąg**, **prof. dr hab. n. med. Janusz Kochman**, **dr hab. n. med. Monika Budnik**, **dr n. med. Radosław Piątkowski**, **dr n. med. Piotr Łodziński**, **dr n. med. Aleksandra Gąsecka**, **dr n. med. Karolina Jasińska**, **dr n. med. Michał Sajdek**, **dr n. med. Marta Maskey**, **prof. dr hab. n. med. Tadeusz Przybyłowski**, **prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke**, **prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski**.

Zespół specjalistów z UCK WUM opracował i wdrożył pierwszą w Polsce minimalnie inwazyjną metodę leczenia jatrogennego zwężenia żył płucnych — rzadkiego, lecz niezwykle groźnego powikłania po ablacji migotania przedsionków. To powikłanie dotyka 1-4 proc. pacjentów po zabiegach, prowadzi do duszności, nawracających infekcji i krwipłucia, a jego diagnoza jest często opóźniona z powodu niespecyficznych objawów. W ramach projektu przeprowadzono zabiegi u sześciu pacjentów, opracowując nowatorski algorytm terapeutyczny, który łączy

precyzyjną diagnostykę obrazową z bezpieczną interwencją przeszkrórną. Rozpoznanie oparto na tomografii komputerowej i echokardiografii przepłykowej, a decyzje terapeutyczne podejmowano zespołowo — z udziałem kardiologów, kardiochirurgów, radiologów i pulmonologów. Procedury przeprowadzano w znieczuleniu ogólnym, pod kontrolą echokardiografii przepłykowej, co umożliwiała precyzyjne nakłucie przegrody międzyprzedsionkowej. Po wprowadzeniu sterowalnej koszulki naczyniowej do lewego

przedsionka wykonano angioplastykę z implantacją stentów samorozprężalnych, pod kontrolą ultrasonografii wewnątrz-naczyniowej. Po raz pierwszy w Polsce zastosowano tę metodę wizualizacji (dotychczas wykorzystywaną zazwyczaj w tętnicach wieńcowych) w żyłach płucnych, co umożliwiło precyzyjne dopasowanie stentów, optymalizację efektu angiograficznego, a tym samym maksymalizację skuteczności zabiegu. Projekt stanowi przełom w polskiej kardiologii interwencyjnej — nie tylko wprowadza nowy standard diagnostyki i leczenia jatrogennej stenozы żył płucnych, ale również potwierdza znaczenie interdyscyplinarnej współpracy i wykorzystania zaawansowanych technologii obrazowych. Dzięki tej metodzie pacjenci z tą groźną chorobą zyskują realną szansę na skuteczne leczenie, poprawę jakości życia i zmniejszenie ryzyka powikłań.

8. Sztuczna wstawka do odprowadzenia moczu po resekcji pęcherza

Realizatorzy: zespół kierowany przez **prof. dr hab. n. med. Tomasza Drewe**, kierownika Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej w Szpitalu im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

W odpowiedzi na jedno z największych wyzwań współczesnej urologii — konieczność skutecznego i trwałego odprowadzenia moczu po cystektomii — zespół pod kierunkiem prof. Tomasza Drewy opracował innowacyjną bioinżynieryjną wstawkę moczową, stanowiącą potencjalny przełom w chirurgii rekonstrukcyjnej.

Urządzenie składa się z rurki z siatki polipropylenowej pokrytej nanowłóknistą osłoną z warstw modyfikowanego hialuronianu sodu i kolagenu wieprzowego. Całość powstaje w procesie elektropędzenia, sieciowania chemicznego i suszenia sublimacyjnego, co zapewnia wysoką biogodność, trwałość i bezpieczeństwo stosowania w warunkach *in vivo*. Projekt jest efektem wieloletnich prac naukowych i doświadczeń klinicznych prof. Drewy, który jako pierwszy w kraju wprowadził laparoskopową cystektomię i chirurgię robotyczną z wykorzystaniem systemu da Vinci, a obecnie koncentruje się na rozwoju

zaawansowanych rozwiązań bioinżynieryjnych. Opracowana przez niego wstawka może zrewolucjonizować leczenie pacjentów po usunięciu pęcherza moczowego, oferując alternatywę dla klasycznych metod urostomii. Wynalazek został zgłoszony do ochrony patentowej (P435503), pomyślnie przeszedł testy biogodności i trwałości *in vitro* oraz *in vivo*, a obecnie jest gotowy do translacji klinicznej i wdrożenia w praktyce operacyjnej. Projekt wpisuje się w ideę chirurgii personalizowanej, ograniczając ryzyko powikłań i znacząco poprawiając jakość życia pacjentów z nowotworem pęcherza.

9. KOS-Udar — program koordynowanej opieki specjalistycznej nad pacjentami po udarze mózgu

Realizatorzy projektu: zespół badawczy w składzie: **prof. dr hab. n. med. Urszula Fiszer**, **prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski**, **dr hab. n. med. Michał Chudzik**, **prof. dr hab. n. med. Monika Burzyńska**; Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie.

Projekt KOS-Udar to innowacyjny program kompleksowej opieki nad pacjentami po udarze mózgu, realizowany w SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP przez Oddział Kliniczny Neurologii i Epileptologii pod kierownictwem prof. Urszuli Fiszer, we współpracy z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii, kierowanym przez prof. Piotra Jankowskiego.

Inicjatywa stanowi odpowiedź na jedno z największych wyzwań zdrowotnych w Polsce — wysoką zapadalność na udary mózgu i ich ciężkie konsekwencje, prowadzące często do trwałej niepełności i wykluczenia społecznego. Celem programu jest poprawa rokowania i jakości życia pacjentów po udarze poprzez zapewnienie im kompleksowej, zintegrowanej opieki w jednym ośrodku — od momentu hospitalizacji, przez rehabilitację, aż po długofalową kontrolę ambulatoryjną. Pacjenci objęci programem korzystają z regularnych konsultacji neurologicznych, internistycznych i kardiologicznych, co pozwala skutecznie kontrolować czynniki ryzyka i zapobiegać kolejnym incydentom sercowo-naczyniowym.

KOS-Udar opiera się na ścisłej współpracy interdyscyplinarnej zespołu lekarzy, pielęgniarów, rehabilitantów i psychologów. Dzięki temu umożliwia szybszy powrót pacjentów do sprawności, zmniejsza liczbę rehospitalizacji oraz poprawia przygotowanie chorych i ich rodzin do funkcjonowania w środowisku domowym. Projekt stanowi modelowy przykład opieki koordynowanej, łączącej doświadczenie kliniczne z nowoczesnym podejściem organizacyjnym. Udowodnił on, że rozwiązania stosowane wcześniej w opiece pozawałowej mogą z powodzeniem zostać przeniesione na grunt leczenia udaru mózgu i rehabilitacji poudarowej, tworząc wzorzec, który może zostać wdrożony w całym systemie ochrony zdrowia w Polsce.

10. Opracowanie i wdrożenie kompleksowego programu rekonstrukcyjnego leczenia patologii naczyniowego łożyska płucnego u dzieci

Realizatorzy: zespół leczenia interwencyjnego chorób naczyniowego łożyska płucnego Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach pod przewodnictwem **dr. n. med. Grzegorza Zalewski**.

W Oddziale Kardiochirurgii Dziecięcej i Klinice Kardiologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego jest realizowany unikatowy w skali kraju i świata program rekonstrukcji tętnic i żył płucnych u dzieci. Ośrodek jako jedyny w Polsce i jeden z nielicznych na świecie wykonuje jednoetapową korektę wad serca z unifikacją tętnic płucnych. Ta niezwykle skomplikowa

wana procedura chirurgiczna jest od dwóch lat z powodzeniem przeprowadzana w Katowicach. Program powstał dzięki wieloletniej współpracy ze Stanford Children's Health Center — światowym pionierem metody unifikacji tętnic płucnych. Kluczową rolę w jej rozwoju odegrały wizyty prof. Richarda Mainwaringa w Katowicach. Zespół polskich kardiochirurgów przeprowadził pod jego nadzorem dziesięć operacji rekonstrukcji tętnic płucnych, w tym unikatowe operacje wielopoziomowej plastyki obwodowych zwężeń tętnic płucnych oraz unifikalizacji naczyń krążenia obocznego z wytworzeniem nowo powstałego łożyska płucnego u niemowląt.

W ramach programu opracowano również innowacyjną metodę leczenia idiopatycznego zwężenia żył płucnych, polegającą na chirurgicznej rekonstrukcji żył z jednoczesną autotransplantacją serca. Powstanie programu otworzyło zupełnie nowe możliwości terapeutyczne dla dzieci, które wcześniej nie miały szans na leczenie. Do Katowic kierowani są pacjenci z całej Polski i z zagranicy, a zespół ośrodka nieustannie rozwija nowe, pionierskie techniki rekonstrukcyjne łożyska płucnego, potwierdzając pozycję Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka jako jednego z najbardziej zaawansowanych ośrodków kardiochirurgii dziecięcej w Europie.

Każde dziecko, które możemy wyleczyć, to nasz wielki sukces, a to dodaje energii

„Największym przełomem jest dla nas każda chwila, w której możemy powie-
dzieć rodzicom: państwa dziecko jest zdrowe. Tych momentów było już wiele,
ale każdy z nich wciąż budzi ogromne emocje” — mówi prof. Maria Pokorska-
-Śpiewak, laureatka pierwszego miejsca w konkursie Żłoty Skalpel 2025. Zespół,
którym kieruje, opracował program terapeutyczny dla dzieci zakażonych wiru-
sem HCV, doprowadzając do włączenia najmłodszych pacjentów do ogólnopol-
skiego programu leczenia tej choroby.

**Jak pani zareagowała na informację o przy-
znaniu pierwszej nagrody w konkursie Żłoty
Skalpel 2025?**

Z wielką radością, ale też z pewnym niedowierza-
niem. Mamy świadomość, że projekty pediatryczne
stosunkowo rzadko zajmują wysokie miejsca w kon-
kursach o charakterze ogólnomedycznym, w których
często dominują inicjatywy dotyczące dorosłych
pacjentów. Tym większe było nasze wzruszenie, gdy
dowiedzieliśmy się, że praca naszego zespołu została
oceniona tak wysoko.

Dla nas to ogromne wyróżnienie i nobilitacja,
potwierdzająca, że wysiłek włożony w poprawę opieki
nad najmłodszymi pacjentami ma znaczenie również
w skali całej medycyny. To nagroda nie tylko dla
mnie, lecz dla całego zespołu — lekarzy, farmaceutów,
pielęgniarek i naukowców, którzy z ogromnym zaan-
gażowaniem realizowali ten projekt. Nasza praca jest
wspólnym dziełem i dowodem, że interdyscyplinarna
współpraca w medycynie może przynosić realne,
wymierne efekty.

**Co było impulsem do rozpoczęcia badań
i stworzenia programu leczenia dzieci zakażo-
nych HCV?**

Punktem wyjścia była codzienna praktyka kli-
niczna. W naszej klinice od wielu lat opiekujemy się
dziećmi zakażonymi wirusem HCV. Wcześniejsze
terapię oparte na interferonie były dla tej grupy
pacjentów bardzo trudne — nie tylko mało sku-
teczne, ale też źle tolerowane. Gdy dekadę temu
pojawiły się nowoczesne, tzw. bezinterferonowe
terapię przeciwwirusowe (*direct-acting antivirals*,
DAA), które pozwalają na całkowite usunięcie
wirusa z organizmu w ciągu kilku tygodni, wiedzia-
liśmy, że to jest przełom. Te leki nie tylko zapew-
niały niemal 100-procentową skuteczność, ale
także były bardzo bezpieczne i dobrze tolerowane.
Widzieliśmy znakomite efekty leczenia u doro-
słych, a jednocześnie musieliśmy patrzeć na dzieci,
które nadal nie miały do nich dostępu.

Większość naszych małych pacjentów została zaka-
żona przez ich matki w trakcie ciąży lub porodu. To
wyjątkowo trudna sytuacja emocjonalna — matki,
które same przeszły leczenie, często przychodzi-
ły do nas z pytaniem: „A co z moim dzieckiem?”.
Wiedzieliśmy, że musimy znaleźć rozwiązanie, które
pozwoli również tym dzieciom uzyskać szansę na
wyleczenie. Tak narodził się pomysł stworzenia dedy-
kowanego im programu terapeutycznego.

**Z perspektywy zdrowia publicznego to ele-
ment szerszej strategii — WHO zakłada elimina-
cję WZW typu B i C do 2030 r.**

Dokładnie tak. Światowa Organizacja Zdrowia
od lat promuje ideę eliminacji wirusowych zapaleń
wątroby. Wiemy, że to ambitny cel, ale też realny, jeśli
zastosuje się skuteczne, krótkie i bezpieczne terapie.
Kluczowym elementem jest objęcie leczeniem wszyst-
kich grup populacyjnych, także dzieci. Bez uwzględ-
nienia tej grupy nie da się osiągnąć pełnej eliminacji
choroby.



O KIM MOWA

**Prof. dr hab. n. med.
Maria Pokorska-
-Śpiewak** jest specjalist-
ką w dziedzinie pediatrii
i chorób zakaźnych, certy-
fikowanym hepatologiem,
zastępcą kierownika
Kliniki Chorób Zakaźnych
Wiek Dziecięcego
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego oraz
zastępcą ordynatora
Oddziału Pediatrycznego
Zakaźnego
w Wojewódzkim Szpitalu
Zakaźnym w Warszawie.

W naszych działaniach kierujemy się zasadą mikro-
eliminacji, czyli koncentracji na mniejszych, dobrze
zdefiniowanych populacjach pacjentów. Jeżeli uda
nam się skutecznie wyleczyć dzieci, osoby zakażone
w rodzinach czy w określonych regionach, to w efekcie
przyczyniamy się do ogólnego spadku liczby zakażeń.
To podejście systemowe, ale i bardzo ludzkie, bo
dotyczy konkretnych rodzin, które odzyskują spokój
i zdrowie.

**Jakie trudności napotkała pani na początku
prac nad projektem?**

Największym wyzwaniem był dostęp do leków
i finansowanie terapii. Te nowoczesne preparaty były
wówczas niezwykle drogie — jedna pełna kuracja
mogła kosztować nawet 150-200 tys. złotych. To było
poza finansowym zasięgiem rodziców. Dlatego podję-
liśmy rozmowy z firmami farmaceutycznymi, starałyśmy
się o darowizny, granty, o wsparcie instytucjonalne.

W efekcie powstały dwa projekty: POLAC PROJECT,
który umożliwił leczenie dzieci dzięki pozyskaniu
darowizn lekowych, oraz PANDAA-PED, finansowany
przez Agencję Badań Medycznych jako jedno z pierw-
szych niekomercyjnych badań klinicznych w Polsce.

Oba projekty wymagały ogromnego zaangażowania
nie tylko od strony medycznej, ale również formalnej
i administracyjnej. Przygotowanie dokumentacji,
uzyskanie zgód komisji bioetycznych, opracowanie
przetargów, rozliczenia — to wszystko musiałyśmy
zorganizować same, mimo że jesteśmy lekarzami
i naukowcami, a nie urzędnikami. To była lekcja
determinacji i odpowiedzialności. Ale wiedzieliśmy,
że robimy coś naprawdę przełomowego.

**Czy był jakiś moment w trakcie badań, który
szczególnie zapisał się pani w pamięci?**

Takich momentów było wiele. Rodzice przychodzą
do nas z chorym dzieckiem, mając ogromną nadzieję,
że zostanie ono wyleczone, bo mama już wyzdrowiała.
Oczywiście, nigdy nie mówimy: „na pewno dziecko
wyleczymy”, dlatego że w medycynie nigdy nie ma
100-procentowej pewności. Przekazanie rodzicom
i pacjentowi, że jest zdrowy, wyleczony i dalej idzie
w życie jako osoba zupełnie zdrowa to jest największy
sukces, ale też przyjemność. To w naszej pracy jest
wartość dodana, której nie można przecenić.

**Każdy pacjent to odrębna historia. Jak dużo
dzieci uczestniczyło w projektach?**

Każdy pacjent, któremu możemy powiedzieć, że
został wyleczony, jest dla nas symbolem sukcesu.
Proszę sobie wyobrazić wizytę kontrolną po trzech
miesiącach od zakończenia leczenia, gdy wykonujemy
badanie potwierdzające, że wirus został wyelimin-
owany i możemy tę informację przekazać naszym
pacjentom. Dla nas, lekarzy, to moment, w którym
cała naukowa i organizacyjna praca nabiera sensu.
Do tej pory w naszych projektach wzięło udział ponad
170 dzieci — i każde z nich to osobny sukces.

**Podkreśla pani, że sukces jest wynikiem pracy
zespołowej. Zespół, którym pani kieruje, osią-
gnął wyjątkowe rezultaty na skalę europejską.
Odbierając nagrodę powiedziała pani: „W dzisiej-
szych czasach żaden sukces nie jest dziełem jednej
osoby. To efekt współdziałania ludzi, którzy rozu-
mieją się bez słów i mają wspólny cel”. Jak wygląda-
ła współpraca w zespole badawczym i jakie znacze-
nie miała praca zespołowa dla sukcesu projektu?**

Mam ogromne szczęście pracować z ludźmi, którzy
myślą i czują podobnie. Nasz zespół nie jest duży, ale
bardzo zgrany — lekarze, pielęgniarki, farmaceuci.
Każdy wie, co należy do jego obowiązków, a zarazem
każdy jest gotów przejść odpowiedzialność, jeśli wyma-
ga tego sytuacja. Pracujemy z pełnym zaufaniem, rozumi-
mymy się bez słów. Przez lata wypracowaliśmy taki
poziom porozumienia, że nasze działania przypominają
dobrze działającą maszynę. Każdy etap terapii, każde
przygotowanie leku, każde badanie są perfekcyjnie
zaplanowane. Dzięki temu możemy skupić się na tym,
co najważniejsze — na dzieciach i ich rodzinach.

Dodam, że mimo ogromnej liczby pacjentów,
którzy już przeszli przez nasze programy, entuzjazm
w zespole wcale nie słabnie. Wręcz przeciwnie
— każda historia sukcesu daje nam nową energię.

**Współpracowała pani z ośrodkami międzyna-
rodowymi, m.in. Uniwersytetem Florenckim. Jak
układała się ta współpraca i co wnosi wymiana
doświadczeń z zagranicznymi ekspertami?**

W momencie gdy zaczynaliśmy nasz projekt, byli-
śmy w Polsce pionierami leczenia dzieci terapiami
bezinterferonowymi. Nie mieliśmy jeszcze doświad-
czenia klinicznego, dlatego poprosiliśmy o wspar-
cie prof. Giuseppe Indolfiego z Uniwersytetu
Florenckiego — światowej klasy eksperta w dzie-
zinie hepatologii dziecięcej, który wcześniej brał
udział w badaniach przedrejestracyjnych tych
leków. Jego doświadczenie było dla nas bezcenne.

Wspólnie konsultowaliśmy przypadki, oma-
wialiśmy dawkowanie w zależności od masy ciała
dziecka, rozważaliśmy wątpliwości dotyczące
działań niepożądanych. To była prawdziwa współ-
praca naukowa, oparta na wzajemnym zaufaniu
i chęci dzielenia się wiedzą. Dziś, po latach, sytuacja
się odwróciła — teraz to my dzielimy się doświad-
czeniami z ośrodkami z całego świata, prowadząc
wspólne szkolenia i publikując nasze wyniki w mi-
ędzynarodowych czasopiśmie.

**I to właśnie te publikacje doprowadziły do
ważnych zmian w polskim systemie opieki zdra-
wotnej.**

Tak, to był proces, który trwał kilka lat, ale
zakończył się ogromnym sukcesem. Wyniki
naszego badania PANDAA-PED zostały przeka-
zane do Agencji Oceny Technologii Medycznych
i Taryfikacji, która wydała pozytywną opinię reko-
mendującą włączenie dzieci do programów tera-
peutycznych HCV. Na tej podstawie Ministerstwo
Zdrowia od 1 kwietnia 2025 r. objęło dzieci refun-
dacją terapii bezinterferonowych. To oznacza, że
dziś mali pacjenci w całej Polsce mogą korzystać
z tych leków bezpłatnie, w ramach programu leko-
wego. Nie muszą już przyjeżdżać do Warszawy
czy innych dużych ośrodków — mogą być lecze-
ni lokalnie. To ogromna zmiana jakościowa, która
realnie poprawia dostępność terapii i komfort
życia rodzin.

**Jak te wyniki wpłynęły na codzienną prakty-
kę kliniczną?**

Dziś możemy każdej rodzinie powiedzieć: „Mamy
skuteczną i bezpieczną terapię, która wyleczy pań-
stwa dziecko”. Leczenie trwa dwa lub trzy miesiące,
odbywa się w domu, bez konieczności hospitaliza-
cji, a jego skuteczność sięga niemal 100 proc. Dla
rodziców to radość, a dla nas — dowód, że nauka
może bezpośrednio przekładać się na lepszą jakość
życia pacjentów. To krok milowy, który udostępnia
pacjentom pediatrycznym najnowocześniejsze, naj-
lepsze terapie, wcześniej zarezerwowane tylko dla
pacjentów dorosłych.

**Jest pani zarówno naukowcem, jak i leka-
rzem pediatrykiem. Jak udaje się pani łączyć te
dwa światy?**

Myślę, że jedno wynika z drugiego. Praca kli-
niczna inspirowała naukę — widzimy, czego brakuje,
gdzie pojawiają się luki, jakie pytania trzeba zadać.
Z kolei badania naukowe pozwalają potem wrócić
do kliniki z nowymi narzędziami i pomysłami.
Właśnie z takiej potrzeby narodziły się nasze pro-
jekty — z obserwacji, że pewnym dzieciom nie
możemy pomóc tak, jakbyśmy chcieli. To bardzo
satisfakcjonujące, gdy można przejść całą tę drogę
— od hipotezy badawczej, przez projekt kliniczny,
po realną zmianę w praktyce lekarskiej i systemie
refundacji. To sens całej naszej pracy.



Prof. Maria Pokorska-Śpiewak wraz z zespołem.



Do tej pory
w naszych pro-
jektach wzięło
udział ponad 170
dzieci — i każde
z nich to osob-
ny sukces.

**A jak w tym wszystkim udaje się znaleźć rów-
nowagę między życiem zawodowym a prywat-
nym?**

To trudne, ale możliwe. Mam troje dzieci, które wciąż
potrzebują czasu i uwagi. Mój mąż również jest leka-
rzem, więc doskonale rozumiemy, jak wygląda codzien-
ność pracy w medycynie. Wspieramy się nawzajem.
Bywało, że podczas rodzinnych wakacji prowadziłam
rozmowy i negocjacje, starając się o leki dla pacjentów
— byłam za to odpowiedzialna jako główny badacz.
Zawsze uważałam, że we wszystkim, co robimy
potrzebny jest dystans. Mówię często pół żartem, pół
serio, że odpoczywam stale: w pracy odpoczywam od
domu, w domu od pracy. Ten balans, ta zmiana per-
spektywy pozwala zachować równowagę i nie zatracić się
w żadnej z ról.

A jakie są pani dalsze plany badawcze?

W dziedzinie chorób zakaźnych nigdy nie ma sta-
gnacji. Wciąż pojawiają się nowe wyzwania — czy
to związane z wirusowym zapaleniem wątroby typu
B, które wciąż pozostaje chorobą nieuleczalną, czy
z zakażeniami HIV, nad którymi również pracujemy
w naszej klinice. Wierzę, że postęp w nauce pozwoli
w najbliższych latach znacząco poprawić skuteczność
terapii także w tych obszarach.

Ogromne znaczenie ma również profilaktyka.
Uważam, że to właśnie zapobieganie zakażeniom,
edukacja i świadomość społeczna będą kluczem do
ograniczenia chorób zakaźnych w przyszłości. Bo choć
leki są coraz skuteczniejsze, zawsze łatwiej jest zapo-
biec chorobie, niż ją leczyć.

Rozmawiała Anna Rogala

czas na onkologię

Dużo łatwiej uwierzyć w gusła niż w rzetelną wiedzę medyczną

„Nie znam pacjenta, który został wyleczony dzięki medycynie niekonwencjonalnej. Uważam, że ludzie, którzy ją proponują, są nieuczciwi. Opowiadanie nieprawdy, dawanie złudnych nadziei i pobieranie za to nieziemskich pieniędzy jest nieuczciwe i szczególnie szkodliwe. W tym przypadku jednak widać, jak bardzo ludzie wierzą w gusła” — mówi prof. Anna Raciborska o działalności szarlatanów i znachorów w onkologii dziecięcej.

Największe towarzystwa onkologiczne alarmują, że rośnie popularność tzw. alternatywnych metod leczenia nowotworów. Pacjenci onkologiczni coraz częściej korzystają z usług osób oferujących metody, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały udowodnione. Problem ten dotyczy nie tylko pacjentów dorosłych, lecz także tych najmłodszych, ponieważ macki szarlatanów sięgają także onkologii dziecięcej.

Motywy rodziców chorych dzieci

„Z problemem korzystania z tzw. medycyny alternatywnej przez rodziców dzieci chorych na nowotwór spotykam się, odkąd zaczęłam swoją pracę. To było i jest, tylko z różnym nasileniem. Czasem staje się niepokojącym trendem, który nas, jako lekarzy, bardzo boli” — przyznaje prof. dr hab. n. med. Anna Raciborska, kierownik Kliniki Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

Onkolożka dziecięca wyróżnia dwie główne grupy rodziców, którzy sięgają po tzw. medycynę alternatywną. Pierwszą są rodzice dzieci chorych na nowotwór, w przypadku których wyczerpano już wszystkie możliwe konwencjonalne metody leczenia. Taka decyzja rodziców, choć w ocenie ekspertki trudna, jest w pewnym stopniu zrozumiała w obliczu braku nadziei.

„Natomiast nie potrafię zrozumieć i nie akceptuję postawy rodziców, którzy od samego początku odrzucają konwencjonalne terapie onkologiczne, wybierając „alternatywne” metody leczenia” — podkreśla prof. Raciborska. Dodaje, że często zdarza się to, pomimo dobrych rokowań lub w sytuacji, gdy dziecko już rozpoczęło leczenie i dobrze na nie odpowiada.

„Niestety, często negatywne nastawienie rodziców chorego dziecka do medycyny konwencjonalnej uniemożliwia merytoryczną dyskusję” — mówi ekspertka. Sposób komunikowania przez rodziców chorych dzieci o rezygnacji z konwencjonal-



Niestety, często negatywne nastawienie rodziców chorego dziecka do medycyny konwencjonalnej uniemożliwia merytoryczną dyskusję.

prof. Anna Raciborska

nego leczenia bywa różny i nierzadko zależy od poziomu zaufania między rodzicami a lekarzem. Niekiedy mówią oni wprost o swojej decyzji, jednak w wielu przypadkach uciekają się do wymijających odpowiedzi, sugerując np. konsultację w innym ośrodku. Zdarza się, że po prostu przestają stawiać się na umówione wizyty z dzieckiem, nie odbierają telefonów od lekarza.

Łykanie siary pawiana i kąpiele w „pierwszym mleku krowim”

Prof. Raciborska wymienia metody, którymi znachorzy i szarlatani traktują najmłodszych pacjentów onkologicznych i jednocześnie wyjaśnia, dlaczego, jej zdaniem, rodzice chorych dzieci korzystają z ich usług.

„Wśród absurdalnych metod, z którymi się zetknęłam, była m.in. wielogodzinna kąpiel w pierwszym

mleku krowim (z wymion krowy po urodzeniu cielaka). Do wanny z takim mlekiem zostało włożone dziecko z silnym bólem i miało w niej przesiedzieć wiele godzin. Spotkałam się też z łykaniem siary pawiana, wodą „żywą” i wodą „martwą”... To są zupełnie irracjonalne metody” — oznajmia onkolożka.

Ocenia, że w tym przypadku widać, jak bardzo wierzymy w gusła.

„Dużo łatwiej jest w nie uwierzyć niż w rzetelną wiedzę medyczną. Uważam, że jako społeczeństwo jesteśmy bardzo podatni na opinie i jeśli ufamy komuś, m.in. z tego powodu, że jest dla nas miły od 10 lat, to choć np. sprzedaje buty w sklepie, ale autorytatywnie wypowie się na temat jakiejś metody terapii, to my mu wierzymy. I to bardziej niż środowisku medycznemu, ponieważ ono dość często

jest opisywane jako skorumpowane i niebezpieczne, w którym pacjent jest gdzieś na końcu. Co nie jest prawdą” — ubolewa.

Prof. Raciborska zaznacza, że szarlatani i znachorzy „bazują na naszych emocjach, najgłębszych uczuciach i pragnieniach”, i robią to tylko w jednym celu — by odnieść korzyści majątkowe.

„Nie znam pacjenta, który został wyleczony dzięki medycynie niekonwencjonalnej. Uważam, że ludzie, którzy ją proponują, są nieuczciwi. Opowiadanie nieprawdy, dawanie złudnych nadziei i pobieranie za to nieziemskich pieniędzy jest nieuczciwe i szczególnie szkodliwe” — ocenia prof. Raciborska. Podkreśla, że wyleczalność w nowotworach dziecięcych, osiągana za pomocą leczenia konwencjonalnego, wynosi ponad 80 proc.

Dylematy etyczne interwencji

Ekspertka odnosi się także do wrażliwej kwestii, jaką jest odebranie praw rodzicielskich rodzicom, którzy decydują się na leczenie dzieci u szarlatanów lub sądowe nakazanie leczenia konwencjonalnego. „Decyzja o takiej interwencji jest prostsza i bardziej jednoznaczna w przypadku wysokiej szansy na wyleczenie — stwierdza onkolożka. — Natomiast w sytuacji niekorzystnych rokowań u małego

pacjenta z rozszanym nowotworem pojawiają się wątpliwości moralne: czy zasadne jest zabieranie dziecka rodzicom i poddawanie go intensywnemu leczeniu, jeśli miałoby odejść bez bliskich” — rozważa prof. Anna Raciborska.

Stwierdza, że walka z szarlatanami jest w Polsce bardzo trudna ze względu na długi czas trwania procedur prawnych w przypadku interwencji, który może wynieść miesiące, podczas gdy u tych chorych dzieci liczy się każdy tydzień, ponieważ nowotwory u najmłodszych rozwijają się bardzo szybko. W innych krajach istnieją ściśle wytyczne dotyczące tego, przy jakim procencie rokowań u leczeniu decyduje państwo, a przy jakim rodzina.

Ważna nieocenijająca postawa lekarza

Prof. Anna Raciborska na swoim przykładzie pokazuje, jak zmieniało się jej podejście do rodziców chorych dzieci, którzy decydowali się na tzw. alternatywne sposoby leczenia.

„Na samym początku próbowałam odwozić rodziców od pomysłu skorzystania z usług szarlatanów. W tym celu wykorzystywałam także ww. argumenty prawne. Jednak wówczas żaden rodzic nie wracał z dzieckiem do ośrodka. Agresja rodziców w stosunku do mnie była tak duża, że nawet gdy już wiedzieli, iż nie mieli racji, to nie byli gotowi ani nie chcieli się ze mną skonfrontować” — opowiada onkolożka.

Co wpłynęło na zmianę podejścia? „Teraz mówię rodzicom, że ich nie oceniam i nie podejmę żadnych kroków, które byłyby skierowane przeciwko nim, tylko żeby pamiętali, że na każdym etapie postępowania mogą wrócić do ośrodka. Dzięki temu większość rodziców wraca, choć często w momencie, gdy jest już za późno na pomoc dziecku. Powrót do kliniki pozwala jednak na godne odejście dziecka, bez bólu i cierpienia, ze wsparciem bliskich” — mówi prof. Anna Raciborska.

Monika Majewska

PULS
Medycyny

Debaty i konferencje Pulsu Medycyny

oglądaj online:

pulsmedycyny.pl/wydarzenia



Zeskanuj kod QR
i zobacz online

Nowoczesne narzędzia nie zastąpią braku logistyki w diagnostyce nowotworów u mężczyzn

Największe opóźnienia w diagnostyce nowotworów u mężczyzn dotyczą raka gruczołu krokowego i raka płuca, mimo że narzędzia pozwalające na ich rozpoznanie, także te nowoczesne, są łatwo dostępne. Kuleje cała logistyka związana z diagnostyką i bez wsparcia decydentów nie uda się rozwiązać tego problemu — to jeden z wątków debaty „Pulsu Medycyny” poświęconej tym dwóm najczęściej występującym nowotworom u mężczyzn.

Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w Polsce każdego roku stwierdza się ponad 20 tys. nowych przypadków raka gruczołu krokowego i od lat obserwuje się tendencję wzrostową zachorowalności na ten nowotwór.

Wiele przyczyn zwiększonej wykrywalności raka prostaty

„Trudno odpowiedzieć na pytanie, czy to dobrze, czy źle, że wykrywamy więcej przypadków tego raka. Przecież chcemy wykrywać ich jak najwięcej, aby móc skutecznie leczyć chorych” — powiedział dr hab. n. med. Roman Sosnowski, prof. NIO-PIB, kierownik Sekcji Urologii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Wyjaśnił, że wzrastająca liczba rozpoznani raka gruczołu krokowego wynika ze starzenia się społeczeństwa (podstawowym czynnikiem ryzyka jest wiek), coraz większej świadomości zdrowotnej mężczyzn, co przekłada się na większą liczbę pacjentów zgłaszających się do lekarza, a także z szerszego dostępu do nowoczesnej technologii diagnostycznej.

Zdaniem urologa, nie liczba nowych rozpoznani jest najważniejsza, lecz liczba zgonów. „Dążymy do tego, aby było jak najmniej zgonów



np. w Internecie, bo lekarz rodzinny nie jest w stanie mu pomóc. Takie sytuacje nie powinny mieć miejsca” — podkreślił ekspert. Przypomniał, że jest bardzo skuteczny skrining raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej, ale specjaliści czekają już drugi rok, aż zostanie wprowadzony do koszyka świadczeń gwarantowanych.

„Czekamy także na wdrożenie *lung cancer unitów*, które usprawniłyby cały proces opieki nad pacjentem, w tym proces diagnostyczny. Wówczas lekarz rodzinny wiedziałby, do którego ośrodka skierować pacjenta i ten nie musiałby już sam szukać specjalisty. Przypomnę, że o wprowadzeniu *lung cancer unitów* mówimy od 2011 r., czyli już prawie 15 lat, ale wciąż bez efektu” — zaznaczył prof. Orłowski, dodając, że powyższych problemów nie uda się rozwiązać bez wsparcia decydentów.

prof. Orłowski

z powodu raka prostaty. Na razie, niestety, tego celu nie udaje się osiągnąć” — stwierdził ekspert.

Spowolnienie procesu rozpoznania raka już w gabinecie POZ

Z podobnym wyzwaniem mierzą się specjaliści leczący pacjentów z rakiem płuca, który pozostaje główną przyczyną zgonów z powodu nowotworów wśród mężczyzn. Prof.

dr hab. n. med. Tadeusz Orłowski, wiceprezes Polskiej Grupy Raka Płuca, kierownik Kliniki Chirurgii

Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wskazał, że problemem są opóźnienia na etapie podejrzenia zmiany i wstępnej diagnostyki nowotworu, która powinna odbywać się już w gabinecie lekarza rodzinnego. To wszystko wpływa negatywnie na rokowania pacjentów.

„Największe opóźnienia w diagnostyce nowotworów dotyczą raka gruczołu krokowego i raka płuca, mimo że narzędzia pozwalające na ich rozpoznanie, także te nowoczesne, są łatwo dostępne. Prostatę można

zbadać *per rectum*, co może wykonać nie tylko urolog, ale też lekarz POZ. Z kolei zmiany w płucach można wykryć za pomocą tomografii komputerowej, do której dostęp jest obecnie dużo lepszy niż przed laty. Tymczasem opóźnienia w diagnostyce raka płuca sięgają nawet pół roku” — wskazał prof. Orłowski.

„Kuleje cała logistyka związana z diagnostyką. Często bywa tak, że gdy zostanie wykryta podejrzana zmiana w płucach, pacjent musi sam szukać właściwego specjalisty,

Opóźnienia z wdrażaniem zaleceń unijnych

Z kolei dr Jerzy Gryglewicz z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego zwrócił uwagę, że w 2022 r. Komisja Europejska zalecała wprowadzenie w krajach członkowskich sześciu programów profilaktycznych dotyczących nowotworów. „W Polsce

funkcjonują programy profilaktyczne raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. Na liście opracowanej przez Komisję Europejską znajdują się także obowiązkowe programy profilaktyczne raka płuca, raka prostaty i ewentualnie raka żołądka. Polska opóźnia się z wdrażaniem tych projektów” — wskazał ekspert.

Inny problem, zdaniem dr. Gryglewicza, to ośrodki leczenia operacyjnego, zarówno w torakochirurgii, jak i urologii, które w większości przypadków znajdują się poza centrami onkologii, co utrudnia koordynację opieki.

„Rozwiązaniem tego problemu mogłyby być właśnie unity narzędziowe. Poza tym pojawiają się coraz to nowe technologie operacyjne, które mogą być realizowane wyłącznie w ośrodkach specjalistycznych i w tym kontekście koncepcja unitów narzędziowych jest ze wszech miar korzystna” — powiedział dr Gryglewicz.

Zaprzeczający sukces kampanii antynikotynowych

Eksperti zdają sobie sprawę, że część odpowiedzialności za opóźnienia w sprawnym rozpoznaniu raka płuca i raka prostaty spada też na pacjenta.

Prof. Orłowski wskazał, że chorzy na raka płuca często są postrzegani jako osoby winne swojej chorobie z powodu palenia papierosów. Taka stygmatyzacja może przyczynić się do późniejszej diagnostyki, ponieważ pacjenci, w obawie przed negatywnymi reakcjami, nierzadko zwlekają z wizytą u lekarza.

Dr Jerzy Gryglewicz zauważył, że po pandemii wzrósł odsetek palących mężczyzn w Polsce. „Przed pandemią notowaliśmy tendencję spadkową dotyczącą palenia papierosów wśród mężczyzn, a obecnie obserwujemy tendencję odwrotną. Po papierosy sięga już ponad 30 proc. mężczyzn w Polsce. W związku z tym sukces, który osiągnięto w dużym stopniu dzięki kampaniom antynikotynowym, został zaprzeczony, co przełoży się na wzrost liczby pacjentów z rakiem płuca, a także rakiem gruczołu krokowego, ponieważ palenie papierosów jest także czynnikiem ryzyka rozwoju tego nowotworu” — zaznaczył dr Gryglewicz.

Jego zdaniem, sytuacji nie ułatwia mała liczba poradni antynikotynowych, w Polsce funkcjonują zaledwie trzy i dodatkowo są nisko finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przełamać barierę wstydu

Dr hab. Roman Sosnowski dostrzega natomiast, że mimo coraz większej świadomości zdrowotnej mężczyzn, wciąż są panowie, którzy wstydzą się opowiedzieć lekarzowi o swoich problemach dotyczących sfery intymnej. Czują też opór przed badaniem, które wiąże się z naruszeniem intymności. „Szczególnie jeśli lekarzem jest kobieta lub ośrodek zdrowia znajduje się w małej miejscowości. Należy podjąć działania, aby zmienić taką postawę. Trzeba propagować postawę: jestem mężczyzną, więc inwestuję w swoje zdrowie, zgłaszając się na badanie do lekarza. Mężczyzna w swoim życiu ma różne zadania

— w pracy, w domu, ale jednym z jego zadań powinno być także zadbanie o własne zdrowie. Jeśli nie zadba o swoje zdrowie, nie będzie mógł zrealizować innych zadań” — podkreślił urolog.

Moje zdrowie w moich rękach, a lekarz pomaga o to dbać

W budowaniu postaw prozdrowotnych mężczyzn pomagają także organizacje pacjenckie. Fundacja OnkoCafe — Razem Lepiej prowadzi kampanię ProstaTa Historia, wspierając pacjentów we współpracy z ekspertami i towarzyszami naukowymi. W 2025 r. Fundacja uruchomiła także grupę wsparcia dla mężczyzn i ich bliskich.

„Budujemy świadomość, że jesteście odpowiedzialni za to, co się stanie z naszym zdrowiem w przyszłości, że wczesne wykrycie nowotworu jest w naszych rękach” — podkreśliła Anna Kupiecka, prezes Fundacji OnkoCafe — Razem Lepiej oraz wiceprezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

„Pacjenci często narzekają na brak wiedzy, ale jest on także spowodowany tym, że wcześniej nie interesowali się swoim zdrowiem, zwlekali z wizytą u urologa, mimo że objawy pojawiły się dużo wcześniej. Dlatego też cieszą mnie programy, które nas wspierają we wczesnej diagnostyce, np. program Moje Zdrowie, który obecnie wydaje się już być efektywny. Dzięki niemu możemy też uczyć znaczenia wczesnego wykrywania nowotworów i czujności onkologicznej” — dodała.

Dr hab. Roman Sosnowski przekonywał z kolei, że urolog jest swego rodzaju partnerem pacjenta w dbaniu o zdrowie. „Pacjent zgłasza się do urologa nie po to, aby wykryć nowotwór, ale po to, aby wspólnie zadbać o zdrowie” — podkreślił.

„Nasza Fundacja buduje także świadomość pacjentów na temat ich roli w procesie leczenia, która jest bardzo ważna. W raku piersi udało się wypracować zaangażowaną postawę pacjentki, która jest partnerem dla lekarza w leczeniu, aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego” — podkreśliła Anna Kupiecka.

Tę tezę potwierdził dr hab. Roman Sosnowski: „Obecnie w leczeniu raka prostaty jest dostępnych wiele opcji terapeutycznych, które dopasowujemy indywidualnie do potrzeb pacjenta, w związku z tym odgrywa on istotną rolę w procesie podejmowania decyzji, którą ścięjkę postępowania wybrać”.

Terapia radioligandowa

Wątek opcji terapeutycznych dostępnych w raku prostaty rozwinęli z kolei dr n. med. Iwona Skoneczna, kierująca Oddziałem Chemioterapii Szpitala Grochowskiego im. dr med. R. Masztaka w Warszawie oraz prof. dr hab. n. med. Marek Dedećus, kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Standardowym postępowaniem w raku prostaty jest leczenie chirurgiczne i radioterapia, stosowane z myślą o całkowitym wyleczeniu pacjenta. Chorym, u których nie można zastosować leczenia operacyjnego lub naświetlań, proponuje się hormonoterapię, także jako leczenie uzupełniające do radioterapii bądź też w sytuacjach, gdy nowotwór został rozpoznany w tzw. fazie uogólnionej (występują już liczne przerzuty).

Jednak u niektórych pacjentów, mimo zastosowania leczenia, dochodzi do rozwoju rozlanego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego. Istnieje zatem duże zapotrzebowanie na terapię celowaną o nowym mechanizmie działania, które poprawiłby wyniki leczenia i jakość życia tej grupy pacjentów. Nową opcją leczenia dla tych chorych jest wykorzystanie osiągnięć medycyny nuklearnej, tj. terapii radioligandowej.

„Polega ona na połączeniu ligandu z radioizotopem. Ligand przyłącza się do komórek nowotworowych, pozwalając na bezpośrednie dostarczenie do nich promieniowania, które je niszczy. Jednocześnie istnieje zminimalizowane uszkodzenie zdrowych tkanek, atakujących komórki nowotworową” — wyjaśnił prof. Marek Dedećus.

„Terapia radioligandowa pozwala na wydłużenie przeżycia chorych, a jednocześnie jest przez nich dobrze tolerowana, dlatego chcielibyśmy, aby była dostępna także dla pacjentów w Polsce” — podkreśliła dr Iwona Skoneczna.

Monika Majewska

Potrzebny dostęp do nowych terapii i wzmocnienie współpracy multidyscyplinarnej

Mimo postępu w leczeniu chorych na raka gruczołu krokowego, nadal istnieje duże zapotrzebowanie na terapie celowane o nowym mechanizmie działania, które poprawiłyby rokowanie i jakość życia pacjentów. Ogromne korzyści może przynieść zastosowanie terapii radioligandowej, ale nie jest ona jeszcze dostępna dla polskich pacjentów.

Rak gruczołu krokowego pozostaje najczęściej rozpoznawanym nowotworem wśród mężczyzn, a wiek zachorowania stale się obniża. Niecierpka, znaczna grupa pacjentów jest diagnozowana już w zaawansowanym stadium choroby.

„Wyniki leczenia raka gruczołu krokowego w Polsce są najgorsze w Unii Europejskiej, w związku z tym jest wiele do zrobienia — zaznacza dr n. med. Iwona Skoneczna, kierująca Oddziałem Chemioterapii Szpitala Grochowskiego im. dr med. R. Masztaka w Warszawie.

Szansa w terapii radioligandowej

Standardowym postępowaniem w początkowym etapie raka prostaty jest leczenie chirurgiczne i radioterapia, które są stosowane

z myślą o całkowitym wyleczeniu pacjenta. Uzupełnieniem jest hormonoterapia, która polega na zablokowaniu produkcji męskich hormonów płciowych (androgenów, w tym testosteronu) lub/i blokowaniu ich działania w organizmie. Jest jednak grupa pacjentów, u których po pewnym czasie dochodzi do oporności na standardowe leczenie hormonalne i następuje rozwój rozlanego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego. Dlatego wciąż są poszukiwane terapie celowane o nowym mechanizmie działania, które poprawiłyby wyniki leczenia i jakość życia tej grupy pacjentów.

„Ogromne korzyści może przynieść leczenie radioligandowe, wykorzystujące takie preparaty,

jak Lutet-177(177Lu)-PSMA-617. Terapia ta daje możliwość wydłużenia całkowitego przeżycia i jest dobrze tolerowana przez pacjentów. Chcielibyśmy, aby to leczenie stało się dostępne dla naszych pacjentów” — podkreśla dr Skoneczna.

Ekspertka zaznacza, że możliwość szanse na uzyskanie korzyści klinicznych i zarządzanie różnymi profilami toksyczności. „Dzięki temu rak prostaty staje się chorobą przewlekłą, która umożliwia pacjentom z zaawansowanym stadium przeżycie wielu lat, nawet dziesięć” — mówi onkolożka.

Wielospecjalistyczna współpraca kluczem do sukcesu

Dr Iwona Skoneczna zwraca uwagę, że efektywna opieka nad pacjentem z rakiem prostaty, zarówno na etapie diagnostyki, jak i leczenia, wymaga ścisłej współpracy wielospecjalistycznego zespołu.

Klasykna ścieżka diagnostyczna takiego pacjenta zwykle zaczyna się od wizyty u urologa, który wykonuje podstawową diagnostykę, a następnie biopsję prostaty, która pozwala na podstawienie rozpoznania. Kolejno przeprowadzane są badania obrazowe, te podstawowe: rezonans magnetyczny, scyntygrafia kości, jak również bardziej zaawansowane — PET PSMA (pozytonowa tomografia emisyjna ze znakowaniem antygenu błonowego specyficznego dla komórek gruczołu krokowego). W związku z tym w proces diagnostyczny, oprócz urologa i patologa, zaangażowani są także radiolog i specjali

Taka współpraca jest szczególnie ważna w sytuacji, gdy oddziały urologiczne, onkologiczne, radioterapii czy medycyny nuklearnej często znajdują się w różnych lokalizacjach.

„Onkolog kliniczny często pełni funkcję koordynatora, kierując pacjenta do odpowiedniego specjalisty w zależności od bieżących potrzeb: czy to urologa, radioterapeuty (np. w celu wykonania radioterapii punktowej) czy specjaliści medycyny nuklearnej (np. w celu kwalifikacji do leczenia radioligandowego)” — wymienia dr Skoneczna, podkreślając, że synergia w działaniu jest niezbędna do zapewnienia jak najlepszych wyników leczenia.

Jak ocenia dr Skoneczna, dostępność do innowacyjnych metod, takich jak terapia radioligandowa, w połączeniu z efektywną współpracą multidyscyplinarną, stanowi nadzieję na znaczącą poprawę sytuacji pacjentów z rakiem prostaty w Polsce.

Monika Majewska

„Wdrożenie terapii radioligandowej w polskim systemie ochrony zdrowia wymaga współpracy wielodyscyplinarnej oraz kompleksowych wytycznych dotyczących kwalifikacji chorych, prowadzenia leczenia, monitorowania efektów czy zapewnienia odpowiedniej organizacji i kadry” — mówi prof. Marek Dedećus, który jest pierwszym autorem rekomendacji dotyczących stosowania terapii radioligandowych w nowotworach, w tym w raku gruczołu krokowego.

W odpowiedzi na dynamiczny rozwój nowych technologii w obszarze medycyny nuklearnej, a konkretnie pojawienie się terapii radioligandowej, multidyscyplinarny zespół ekspertów opracował stanowisko dotyczące stosowania tego nowatorskiej metody leczenia chorych na nowotwory.

Celowanie izotopem w komórki nowotworowe

„To technologia, nad którą toczy się obecnie ponad 200 badań klinicznych i spodziewamy się dużego przełomu w zakresie jej zastosowania. Ten przełom *de facto* już nastąpił w raku prostaty, a wcześniej w nowotworach neuroendokryn-

nych, w których za pomocą terapii radioligandowej możemy wspomóc onkologów w leczeniu najbardziej zaawansowanych postaci choroby” — mówi prof. dr hab. n. med. Marek Dedećus, kierownik Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie — Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. „Ta innowacyjna technologia wykorzystuje radioligandy, które składają się z radioizotopu połączonego z ligandem. Ligand to cząsteczka zdolna do selektywnego odnalezienia i związania się z komórkami nowotworowymi, które posiadają na swojej powierzchni specyficzne receptory.

Dzięki temu izotop promieniotwórczy jest precyzyjnie dostarczany do komórek rakowych, niszcząc je, minimalizując przy tym uszkodzenie zdrowych tkanek” — wyjaśnia działanie metody prof. Dedećus.

Efekty dobrze zorganizowanej współpracy specjalistów

Ekspert podkreśla, że terapia radioligandowa wyróżnia się na tle innych terapii onkologicznych możliwością oceny jej skuteczności niemal w czasie rzeczywistym. „Dzięki scyntyigrafii poterapeuty czynie można zweryfikować, czy podana cząsteczka skutecznie związana się z komórkami nowotworowymi, a następnie ocenić efekty w postaci zniszczenia nowotworu w kolejnym badaniu” — precyzuje.

Prof. Dedećus zaznacza, że wprowadzenie tak złożonej nowoczesnej technologii do praktyki klinicznej zawsze wymaga skoordynowanego wysiłku i ścisłej współpracy wielu specjalistów. „Tu współpracowano m.in. ze specjalistami medycyny nuklearnej, onkolo-

gami, radiofarmaceutami, odpowiedzialnymi za przygotowanie leku, fizykami medycznymi, którzy nadzorują narażenie pacjenta, oraz inspektorami ochrony radiologicznej, dbającymi o maksymalne bezpieczeństwo terapii” — wymienia prof. Dedećus.

„Opracowane rekomendacje to efekt pracy 25 ekspertów z różnych środowisk, mającej na celu przemyślane i bezpieczne wdrożenie terapii w naszym kraju” — podkreśla specjalista.

Kluczowe zalecenia

Ekspert wyjaśnia, że główne rekomendacje koncentrują się na optymalizacji każdego etapu terapii:

1. Kwalifikacja pacjenta - decyzja o leczeniu musi być podejmowana przez zespół multidyscyplinarny na podstawie kompleksowej analizy badań, w tym badań z obszaru medycyny nuklearnej. Onkolog dokonuje wstępnej kwalifikacji, a medyk nuklearny - kwalifikacji ostatecznej.

2. Przygotowanie — konieczne jest optymalne przygotowanie pacjenta do leczenia, a także stały nadzór nad przebiegiem terapii i monitorowanie jej skuteczności.

3. Nadzór nad terapią — należy zapewnić maksymalne bezpieczeństwo pacjentów i personelu, zgodne z zapisami ustawy Prawo atomowe.

4. Przekazywanie pacjenta do dalszego leczenia po terapii radioligandowej — konieczne jest ustalenie jasnych zasad współpracy między zaangażowanymi jednostkami i specjalizacjami, zarówno w planowaniu, jak i codziennym prowadzeniu terapii, a także w przekazywaniu pacjenta do dalszego leczenia.

Prof. Marek Dedećus zwraca uwagę, że obecne zalecenia mają charakter ogólny i stanowią fundament dla przyszłych, bardziej szczegółowych wytycznych, które będą opracowywane dla poszczególnych typów nowotworów.

Monika Majewska

Powstanie Narodowa Strategia Prewencji Chorób Serca



„Musimy sprawić, by mieszkańcy naszego kraju chcieli się badać, a my — jako lekarze — oferowali im realną i szeroką profilaktykę.

Prof. Marek Gierlotka, który we wrześniu objął funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), podkreśla, że jego kadencja będzie nie tylko kontynuacją dotychczasowych działań Towarzystwa, ale również początkiem nowych inicjatyw. Najważniejszą z nich ma być szeroko rozumiana prewencja chorób sercowo-naczyniowych.

„To dla mnie wielki zaszczyt i zobowiązanie. W kadencji, która właśnie się rozpoczęła, chcę kontynuować projekty zainicjowane przez moich poprzedników, ale też wyraźnie zaznaczyć nowe priorytety. Najważniejszym z nich jest prewencja — mówi prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka. — Musimy sprawić, by mieszkańcy naszego kraju chcieli się badać, a my — jako lekarze — oferowali im realną i szeroką profilaktykę”.

Troska o zdrowie powinna być sprawą obligatoryjną

Profesor Gierlotka zapowiada, że jednym z kluczowych projektów jego kadencji jako prezesa PTK będzie opracowanie Narodowej Strategii Prewencji Chorób Serca.

„Nie możemy ograniczać się tylko do środowiska kardiologów. W leczeniu i zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego ogromną rolę odgrywają także neurologi, chirurdzy naczyniowi oraz inni specjaliści. Dlatego chcę powołać szeroką koalicję na rzecz zdrowia Polaków i stworzyć kom-

„Przygotowujemy „dziesiątkę” — zestaw najważniejszych wyzwań, przed którymi stoi polska kardiologia.

pleksową, dziesięcioletnią strategię, która w sposób systemowy określi, co i jak należy zrobić — wyjaśnia prezes PTK. — Chcemy zaoferować wszystkim Polakom potężne narzędzia prewencyjne. Tak, aby korzystanie z nich stało się naturalną czy wręcz obligatoryjną częścią troski o zdrowie, a w konsekwencji prowadziło do realnej poprawy sytuacji zdrowotnej w kraju.

Prof. Gierlotka podkreśla, że powodzenie planowanej strategii wymaga ścisłej współpracy interdyscyplinarnej. „Choroby sercowo-naczyniowe to nie tylko domena kardiologów. Dlatego od początku chcemy budować ten projekt razem z innymi środowiskami medycznymi — zaznacza. — Niebawem, wspólnie z zarządem PTK, rozpoczniemy prace operacyjne i zapro-

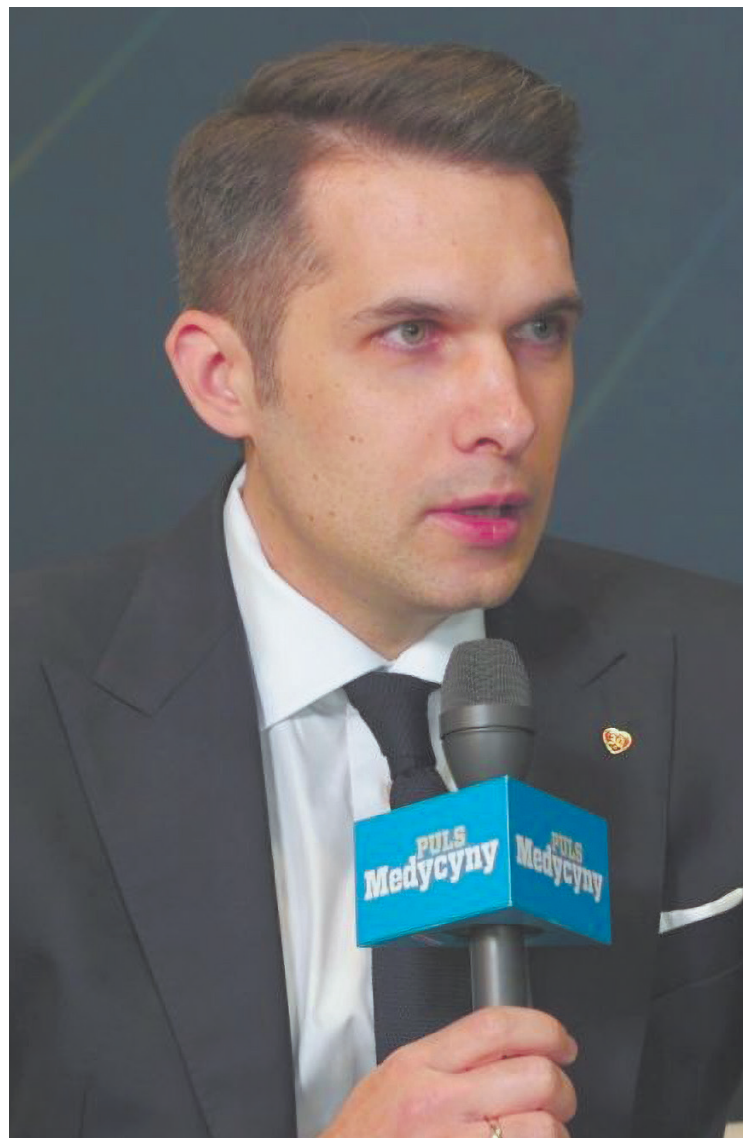
simy do udziału inne towarzystwa naukowe.

Lista wyzwań, czyli dekalog polskiej kardiologii

Nowy prezes PTK zapowiada również prezentację swego programu działania: Dziesiątki dla Polskiej Kardiologii. „Moji poprzednicy przedstawiali dekalogi na czas swojej kadencji. My również przygotowujemy „dziesiątkę” — zestaw najważniejszych wyzwań, przed którymi stoi polska kardiologia — mówi prof. Gierlotka. — Na pierwszym miejscu znajdzie się prewencja, ale wśród kluczowych punktów będą także: poprawa dostępności do terapii, cyfrowa transformacja polskiej kardiologii oraz rozwój narzędzi edukacyjnych dla pacjentów i lekarzy.

Program będzie spójny i kompleksowy. „Wszystkie elementy muszą się łączyć, by tworzyć realną ofertę odpowiadającą potrzebom współczesnych pacjentów i lekarzy. Szczegółowe punkty „dziesiątki” zostaną wkrótce szeroko zaprezentowane” — zapowiada prezes PTK.

Katarzyna Matusiewicz



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Krzysztof Ozierański jest specjalistą w dziedzinie kardiologii w I Katedrze i Klinice Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Przewodniczy Klubowi 30 Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Zapalny zespół mięśniowo-osierdżiowy według wytycznych ESC

W ostatnich dekadach zapalenie mięśnia sercowego przeszło drogę z peryferii kardiologii do centrum uwagi klinicystów. Nowe wytyczne ESC porządkują diagnostykę i leczenie, choć wciąż w dużej mierze bazują na praktyce klinicznej, a nie na rzetelnych dowodach naukowych. „To potrzebny dokument, ale oparty na konsensusie ekspertów — musimy go jak najszybciej wzmocnić solidnymi badaniami” — podkreśla kardiolog prof. Krzysztof Ozierański.

Jeszcze 30-40 lat temu wręcz podważano istnienie zapalenia mięśnia sercowego, a dziś jest ono rozpoznawane i leczone.

Rzeczywiście, choroba ta w praktyce była przez dziesięciolecia marginalizowana, głównie z powodu ograniczeń diagnostycznych i braku skutecznych metod terapii. Na szczęście w ostatnich latach ten trend się odwraca. Pojawily się badania, które umożliwiają rozpoznawanie zapalenia mięśnia sercowego, a także tego, co coraz częściej określa się jako zapalny zespół mięśniowo-osierdżiowy. Mamy więc lepszą diagnostykę i — miejmy nadzieję — w perspektywie będziemy mieć również nowe terapie, choć na razie mówimy o tym z pewną ostrożnością.

Co dokładnie specjaliści mają na myśli, mówiąc o zapalnym zespole mięśniowo-osierdżiowym?

To trafne określenie, ponieważ pod hasłami „zapalenie mięśnia sercowego” lub „zapalenie osierdża” kryje się tak naprawdę kilka chorób o wspólnych cechach. Łączą je: podobne objawy, zbliżony obraz w badaniach diagnostycznych oraz nierzadko ta sama przyczyna, niezależnie od tego, czy dominuje zapalenie mięśnia sercowego, czy występuje izolowane zapalenie osierdża, czy np. sarkoidoza serca. W efekcie podobne może być również postępowanie terapeutyczne. Na wczesnym etapie, gdy jeszcze nie wiadomo, z czym dokładnie mamy do czynienia, użyć wspólną nazwy: zapalny zespół mięśniowo-osierdżiowy stanowi dobry punkt wyjścia i porządkuje dalszą, pogłębioną diagnostykę.

Na ostatnim kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC) ogłoszono długo wyczekiwane wytyczne dotyczące zapalenia mięśnia sercowego i osierdża. Co w nich jest najważniejsze i jak mogą zmienić praktykę kliniczną?

Bez wątpienia czekaliśmy na ten dokument latami. Do tej pory ukazywały się stanowiska i konsensusy — europejskie i amerykańskie — ale nie miały one rangi pełnoprawnych wytycznych. Opublikowane rekomendacje ESC porządkują „szum informacyjny” wokół zapalenia mięśnia sercowego i osierdża, a także dają praktykom spójne, rzetelne kompendium do codziennej pracy. Osobiście zachowuję jednak ostrożny entuzjazm. Większość zaleceń oparto na poziomie wiarygodności C, czyli na opiniach ekspertów, a nie na mocnych, randomizowanych dowodach naukowych. To wciąż wytyczne, ale oparte głównie na doświadczeniu klinicznym — potrzebne, choć jeszcze bez solidnego zaplecza wysokiej jakości badań.

Czy w związku z tym te wytyczne będą w praktyce implementowane w polskich gabinetach kardiologicznych?

Myślę, że tak. Będą też stopniowo uzupełniane. Należy je traktować jako punkt wyjścia do rozwoju tej dziedziny w kardiologii: mimo że dokument ma pewne niedoskonałości, to porządkuje ten obszar wiedzy i wyznacza kierunek. Teraz zadaniem ośrodków badawczych jest wypełnianie poszczególnych luk wiedzy.

Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jest liderem wieloośrodkowego polskiego projektu obejmującego pacjentów z przewlekłym zapaleniem mięśnia sercowego potwierdzonym w biopsji endomiokardialnej. To bardzo jednorodna populacja chorych, tymczasem ten temat (w przeciwieństwie do ostrego zapalenia mięśnia sercowego) praktycznie nie został omówiony we wspomnianych wytycznych. Jesteśmy na finiszu rekrutacji pacjentów



i mamy nadzieję, że wyniki naszego badania przełożą się na doprecyzowanie przyszłych zaleceń.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne ogłosiło rok 2025 rokiem diagnostyki genetycznej w kardiologii. Czy w obszarze zapalenia mięśnia sercowego i osierdża genetyka kliniczna może odegrać istotną rolę?

Niestety, wciąż niewiele wiemy na ten temat, ale nowe wytyczne wyraźnie akcentują znaczenie badań genetycznych. U pacjentów z powikłanym lub nawrotnym zapalnym zespołem mięśniowo-osierdżiowym zaleca się rozważenie diagnostyki genetycznej — i to dość mocna rekomendacja.

Z doświadczenia naszego ośrodka, w którym dostęp do takich badań jest dobry (choć w skali kraju bywa ograniczony), rzeczywiście u części chorych stwierdzamy podłoże genetyczne. Często są to mutacje związane z kardiomiopatią rozstrzeniową, ale nie tylko. Czasem tło genetyczne bywa punktem wyjścia, a następnie pojawia się „wyzwalacz” — infekcja wirusowa, przyjmowany lek, alkohol czy inny czynnik — który uruchamia reakcję zapalną. W tym sensie genetyka pomaga lepiej zrozumieć mechanizm choroby i lepiej dobrać dalszą strategię postępowania.

Jak pan ocenia przyszłość badań w tym obszarze i aktualizację wytycznych? Kiedy doczekamy się zaleceń absolutnie niepodważalnych?

Obecnie toczy się kilka projektów, głównie inicjowanych przez środowisko akademickie — podobnie jak nasze badanie, o którym wspominałem. Przemysł farmaceutyczny wciąż jednak nie widzi tu dla siebie wyraźnego miejsca, a to ważne, bo bez zaangażowania i inwestycji firm trudno będzie zbudować solidną bazę dowodów i wprowadzić nowe terapie na szeroką skalę.

Obecnie najbardziej obiecujące wyniki dotyczą leczenia immunosupresyjnego jako postępowania swoistego w wybranych postaciach choroby. Wstępne obserwacje sugerują, że u części pacjentów bardzo dobrze, a wręcz spektakularną poprawę. Liczę, że potwierdzą to badania o wyższej jakości i że znajdzie to odzwierciedlenie w kolejnych aktualizacjach wytycznych — także z naszym udziałem.

Czy będzie „100 procent pewności”? W medycynie rzadko tak się zdarza. Natomiast realnie oczekuję, że w najbliższych latach przejdziemy od zaleceń opartych głównie na konsensusie ekspertów do rekomendacji wspartych mocniejszymi dowodami, co przełoży się na bardziej jednoznaczne i praktyczne wskazówki dla klinicystów.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz



„Opublikowane rekomendacje ESC porządkują „szum informacyjny” wokół zapalenia mięśnia sercowego i osierdża, a także dają praktykom spójne, rzetelne kompendium do codziennej pracy.

Prawidłowe nawodnienie w chorobach sercowo-naczyniowych

„Utrzymanie euwolemii, czyli prawidłowego stanu nawodnienia pacjenta, decyduje o rokowaniu nie tylko w niewydolności serca, ale także w innych schorzeniach kardiologicznych. Obecnie, według wytycznych ESC, w przypadku stabilnych chorych odchodzi się od sztywnych restrykcji płynowych na rzecz podejścia bardziej indywidualnego — zgodnie z odczuwanym pragnieniem. Z kolei w monitorowaniu stanu pacjentów coraz większą rolę odgrywają szybkie narzędzia przyłóżkowe i takie parametry, jak stężenie sodu w moczu” — tłumaczy kardiolożka prof. Agata Bielecka-Dąbrowa.

Jakie znaczenie ma nawodnienie dla pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi?

Nawodnienie ma kluczowe znaczenie w całym spektrum chorób sercowo-naczyniowych, nie tylko u chorych z niewydolnością serca. U pacjentów kwalifikowanych do procedur inwazyjnych, takich jak koronarografia czy inne zabiegi z użyciem środka kontrastowego, właściwe nawodnienie zmniejsza ryzyko powikłań nerkowych. Równie ważne jest ono w okresie okołoperacyjnym, ponieważ stan objętościowy wpływa na stabilność hemodynamiczną i bezpieczeństwo znieczulenia.

W niewydolności serca celem jest utrzymanie euwolemii, czyli prawidłowej ilości płynów w organizmie. Zarówno odwodnienie, jak i przewodnienie są niekorzystne. Nadmiar płynu manifestuje się zastojem w tkankach i wiąże się z gorszym rokowaniem, dlatego precyzyjne prowadzenie terapii — ukierunkowanej na właściwy bilans płynów — ma w tej grupie chorych fundamentalne znaczenie.

Na ile codzienny pomiar masy ciała jest użyteczny w monitorowaniu nawodnienia?

Codzienny pomiar masy ciała — najlepiej o tej samej porze i w tym samym ubraniu — wciąż jest zalecany, choć nie jest metodą idealną. U około połowy pacjentów narastający zastój (gromadzenie się wody w narządach, przekrwienie, przewodnienie śródmiąższowe) przez długi czas nie znajduje odzwierciedlenia w odczycie masy. Zdarza się, że jeszcze na miesiąc przed klinicznym zaostreniem niewydolności serca i hospitalizacją ta wartość pozostaje niezmienną, mimo że przesunięcia płynowe już wystąpiły.

Z tego względu, choć waga jest powszechnie dostępna i prosta w użyciu — i nadal będziemy zachęcać do takiej formy samoobserwacji — potrzebne są nowocześniejsze narzędzia monitorowania. Nad takimi rozwiązaniami osobiście pracuję z fizykiem dr. Maciejem Siłotem.

A czy nadal są wskazane restrykcje płynowe w grupie pacjentów kardiologicznych?

Jeszcze do niedawna na kartach wypisowych pacjentów z niewydolnością serca często pojawiało się zalecenie ograniczenia podaży płynów do 1,5 litra na dobę, łącznie z zupami, sokami itp. Obecnie — w świetle analizy dostępnych badań — eksperci Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC) odchodzą od takich sztywnych restrykcji. Rekomenduje się strategię bardziej zindywidualizowaną, np. zgodnie z odczuwanym pragnieniem. W praktyce oznacza to podejście bardziej liberalne, także przekraczające 2 litry na dobę u pacjentów stabilnych z przewlekłą niewydolnością serca, którzy odczuwają taką potrzebę.

Kluczowy jest kontekst kliniczny i warunki środowiskowe. W czasie upałów czy przy wysiłku fizycznym utrata wody może sięgać w niektórych sytuacjach nawet do 4 litrów na dobę. Narzucenie restrykcji bez uwzględnienia tych okoliczności grozi odwodnieniem,

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med.
Agata Bielecka-Dąbrowa

jest specjalistką w dziedzinie kardiologii, kierownikiem Kliniki Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, przewodniczącą elektką Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.



które u chorych z niewydolnością serca również wiąże się z powikłaniami: wyższym ryzykiem zgonu, większą częstością migotania przedsionków, a także — jak pokazują nasze badania — gorszą tolerancją wysiłku, ocenianą w próbie spiroergometrycznej. Wniosek jest zatem jednoznaczny: zarówno przewodnienie, jak i odwodnienie są dla pacjenta z niewydolnością serca szkodliwe, dlatego celem terapii powinno być utrzymanie euwolemii z indywidualizacją zaleceń.

Jakie nowe badania mają realny wpływ na praktykę terapii odwadniających?

Podczas niedawno zakończonego kongresu ESC zaprezentowano wyniki badania SALT-HF, w którym monitorowano stan chorych na niewydolność serca, wykorzystując stężenie sodu w moczu. Ten sposób oceny stosujemy również w naszej klinice u pacjentów przyjmowanych z zaostreniem niewydolności serca: po rozpoczęciu leczenia diuretykami pętlowymi oznaczamy stężenie sodu w moczu po 2 godzinach, równolegle monitorując diurezę. Na tej podstawie modyfikujemy dalsze dawkowanie leków moczopędnych. W SALT-HF wykazano, że taki parametr koreluje z ryzykiem zgonu lub ponownej hospitalizacji, a ponadto może być użyteczny ambulatoryjnie do wczesnego przewidywania zbliżającego się zaostrenia niewydolności serca.

Drugie istotne doniesienie dotyczyło badania ROSE, które oceniało skuteczność małych dawek dopaminy u chorych na ostrą niewydolność serca. W praktyce liczy się często na poprawę diurezy, ochronę funkcji nerek i większą skuteczność leczenia. Wyniki badania jednak nie potwierdziły efektywności takiej interwencji. Z tego względu nie jest ona rekomendowana w tej grupie pacjentów.

Od czego w takim razie w codziennej praktyce klinicznej zależy leczenie diuretyczne?

Przede wszystkim od kontekstu klinicznego i celu terapii. U pacjentów stabilnych, leczonych przewlekłe i bez cech przewodnienia nie ma potrzeby eskalacji, a często w ogóle nie ma wskazań do stosowania diuretyków. W niewydolności serca leki moczopędne służą przede wszystkim redukcji zastojów i osiągnięciu euwolemii. Nie są to jednak preparaty wydłużające życie ani poprawiające funkcję skurczową serca.

Druga kwestia to kompleksowa ocena kliniczna stanu objętościowego. Składa się na nią badanie przedmiotowe (obrzęki, trzeszczenia nad płucami, poszerzenie żył szyjnych, masa ciała) oraz USG przyłóżkowe (ang. *point-of-care ultrasound*, POCUS). Gdy są dostępne, można dodatkowo wykorzystywać bioimpedancję lub metody w fazie rozwoju, np. spektroskopię mikrofalową. U chorych hospitalizowanych wykorzystuje się echokardiografię i monitorowanie hemodynamiczne. Obserwuje się w nich m.in. wymiar żyły głównej dolnej i zmienność oddechową oraz rzut serca, co pozwala prowadzić racjonalną płynoterapię. Przykładowo: u pacjenta z ciężką dysfunkcją skurczową lewej komory, który wymaga nawadniania, ocenia się, czy podaż płynów realnie zwiększy rzut serca i przyniesie korzyści.

W praktyce oznacza to różne narzędzia w zależności od miejsca opieki: inne możliwości i dokładność pomiarów ma pacjent w domu czy w poradni, a szerszy wachlarz metod obrazowych i hemodynamicznych — w warunkach szpitalnych. Cel pozostaje ten sam — personalizowana, bezpieczna płynoterapia prowadząca do euwolemii, z minimalizacją ryzyka zarówno przewodnienia, jak i odwodnienia.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

reklama

BEZPŁATNY
WEBINAR

MISJA
50/30

Wspólnie dla
zdrowia Polaków

6 LISTOPADA 2025
19:00

Kontrola nadciśnienia w Polsce wciąż jest niewystarczająca, co przekłada się na wysoką śmiertelność z powodu powikłań sercowo-naczyniowych. Nasze spotkanie poświęcimy aktualnym wyzwaniom i działaniom w ramach MISJI 50/30.

Program wydarzenia:

- Nadciśnienie tętnicze w Polsce – cichy zabójca
- Jak skutecznie pomóc Twoim chorym z NT?
- Ogólnopolski Program PTNT MISJA 50/30 – co, kiedy, jak?



EKSPERT

prof. dr hab. n. med.
Jacek Lewandowski



EKSPERT

prof. dr hab. n. med.
Adrian Doroszkowski



Sprawdź >>

KOMPENDIUM 24.PL
— PORTAL LEKARSKI —

MISJA
50/30
CIŚNIENIE
POD KONTROLĄ

SERVIER
moved by you

Po Kongresie ESC 2025

Lekarze mają więcej narzędzi do oceny ryzyka sercowo-naczyniowego

Deбата pt. „Post ESC: zaburzenia lipidowe i kardiologia prewencyjna — wytyczne, pytania i odpowiedzi” była okazją do podsumowania najważniejszych wniosków z tegorocznego kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą (EAS). Podczas spotkania eksperci zastanawiali się, jak nowe wytyczne mogą się przełożyć na codzienną praktykę lekarzy w Polsce.

W debacie udział wzięli:

- **prof. dr hab. n. med. Maciej Banach** — prorektor ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, kierownik Zakładu Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego;
- **prof. dr hab. n. med. Agata Bielecka-Dąbrowa** — kierownik Kliniki Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, przewodnicząca elekt Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK);
- **prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka** — kierownik Kliniki i Oddziału Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, prezes elekt PTK;
- **dr hab. n. med. Michał Hawranek** — kierownik Pracowni Hemodynamiki i Radiologii Zabiegowej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK;
- **prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski** — kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w SPSK im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie;
- **dr hab. n. med. i n. o zdr. Joanna Popiołek-Kalisz**, prof. UMLub — kierownik Zakładu Dietetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, przewodnicząca Sekcji Młodych Lipidologów PTL.



Wskaźnikowe znaczenie badania stężenia lipoproteiny(a)

Jednym z kluczowych punktów dyskusji była lipoproteina(a) [Lp(a)], której znaczenie w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego (s-n) zostało silnie zaakcentowane w nowych wytycznych ESC/EAS. Prof. Maciej Banach wskazał, że u pacjentów z podwyższonym stężeniem Lp(a) konieczna jest ponowna ocena ryzyka sercowo-naczyniowego oraz intensyfikacja leczenia i kontrola wszystkich czynników ryzyka. „Wysokie wartości lipoproteiny(a) automatycznie kwalifikują chorego do grupy wyższego ryzyka s-n, wymagającej zintensyfikowanego postępowania prewencyjnego” — wyjaśnił. W ocenie eksperta, istotnym krokiem będzie publikacja wyników badań z nowymi cząsteczkami, które mogą stać się przełomem w leczeniu.

Prof. Agata Bielecka-Dąbrowa podkreśliła, że możliwość oznaczania Lp(a) w ramach programu „Moje Zdrowie” zwiększy liczbę pacjentów kierowanych do kardiologów w celu interpretacji wyników badań i ustalenia dalszego postępowania.

Z kolei dr hab. Michał Hawranek zauważył, że z punktu widzenia praktyki klinicznej konieczne jest opracowanie i aktualizacja zaleceń dla pacjentów z wysokim stężeniem Lp(a), szczególnie w odniesieniu do postępowania leczniczego. „Wprowadzenie badań przesiewowych powinno iść w parze z goto-

wością do zastosowania skutecznej terapii, tak aby uniknąć niepotrzebnego niepokoju wśród chorych” — podkreślił.

Niebezpieczeństwa polipragmatyzacji i warunek utrzymania adherencji

W praktyce klinicznej pacjenci z wieloma chorobami przewlekłymi często otrzymują sprzeczne zalecenia od specjalistów różnych dziedzin medycznych. „Wielochorobowość oznacza, że pacjenci stoją po kilkanaście leków, nierzadko dublując substancje czynne pod różnymi nazwami. To prowadzi do interakcji i zwiększa ryzyko działań niepożądanych” — tłumaczył prof. Piotr Jankowski. Jego zdaniem, potrzebni są lekarze interniści, którzy potrafią holistycznie prowadzić pacjenta z licznymi problemami zdrowotnymi, nie ograniczając się do jednej jednostki chorobowej.

Prof. Agata Bielecka-Dąbrowa dodała, że kluczową rolę w utrzymaniu adherencji odgrywa relacja lekarz-pacjent. „Technologie cyfrowe mogą wspierać terapię, jednak podstawą pozostają zaufanie i dobra komunikacja. Pacjent, który widzi zaangażowanie lekarza, znacznie rzadziej przerywa leczenie” — oceniła. Zwróciła uwagę, że szczególnie pomocna jest praktyka proszenia chorych o przyniesienie na wizytę wszystkich przyjmowanych leków, co pozwala uniknąć powielania terapii i ograniczyć ryzyko działań niepożądanych.

Potencjał nowoczesnych technologii i sztucznej inteligencji

Według prof. Marka Gierlotki, w Polsce istnieją solidne podstawy techniczne do tworzenia sprawnych systemów informatycznych, jednak ich potencjał nie jest w pełni wykorzystywany w ochronie zdrowia. „Dysponujemy ogromną bazą danych medycznych, ale w praktyce lekarze nie mają łatwego dostępu do pełnej informacji o pacjencie. Integracja takich systemów, jak IKP, mogłaby znacząco poprawić bezpieczeństwo terapii i ułatwić monitorowanie adherencji” — zaznaczył.

Sztuczna inteligencja może zrewolucjonizować diagnostykę obrazową i ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego. „Algorytmy AI pozwalają szybciej identyfikować pacjentów zagrożonych incydentami sercowo-naczyniowymi, a wczesne rozpoznanie oznacza lepsze wyniki leczenia. Warunkiem jest jednak wsparcie ze strony systemu ochrony zdrowia i odpowiednie finansowanie” — wskazał prof. Maciej Banach.

W kardiologii interwencyjnej sztuczna inteligencja jest już integralną częścią procesów diagnostycznych. „Systemy oparte na AI ułatwiają rozpoznawanie niestabilnych blaszek miażdżycowych i mogą w przyszłości stanowić standard w ocenie zmian wieńcowych” — dodał dr hab. Michał Hawranek.

Permanenna edukacja pacjentów

Integralnym elementem terapii chorób sercowo-naczyniowych

jest edukacja pacjentów. „Chorzy często traktują rozpoczęcie leczenia farmakologicznego jako porażkę, tymczasem farmakoterapia i zmiana stylu życia powinny być prowadzone równolegle. Edukacja musi dotyczyć zarówno zasad zdrowego odżywiania, jak i świadomości znaczenia regularności leczenia” — wskazała dr hab. Joanna Popiołek-Kalisz.

Jej zdaniem, w przyszłości algorytmy wykorzystujące dane z urządzeń mobilnych (monitorowanie aktywności fizycznej, snu, odżywiania), mogą stanowić ważne narzędzie w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego i personalizacji zaleceń.

Uwzględnienie wpływu stanu zapalnego i otyłości

Zdaniem prof. Macieja Banacha, współczesna kardiologia musi uwzględniać szerokie spektrum czynników ryzyka, w tym proces zapalny i otyłość. „Nie możemy być LDL-centryczni — leczenie musi obejmować wszystkie czynniki ryzyka, które wspólnie determinują ryzyko rezydualne” — zaznaczył.

Duże znaczenie mają nowe badania nad zależnością pomiędzy nasileniem reakcji zapalnej a występowaniem incydentów wieńcowych. „Przewlekły stan zapalny stanowi wspólny mianownik większości chorób układu sercowo-naczyniowego, również w populacjach pozbawionych klasycznych czynników ryzyka” — podkreślił dr hab. Michał Hawranek. Z kolei prof. Agata Bielecka-Dąbrowa zwróciła

uwagę na znaczenie leczenia otyłości w kontekście zaburzeń lipidowych, szczególnie u kobiet.

„Otyłość jest jednym z głównych determinantów chorób sercowo-naczyniowych. Współczesne leki związane z leczeniem choroby otyłościowej wykazują udowodniony wpływ na redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego, dlatego powinny być szerzej stosowane w praktyce klinicznej” — powiedział prof. Marek Gierlotka.

Potrzeba holistycznego spojrzenia na chorego

Eksperti uznali, że najnowsze wytyczne ESC wyznaczają kierunek ku bardziej zindywidualizowanej, kompleksowej opiece nad pacjentem z chorobami sercowo-naczyniowymi. Oznaczenie lipoproteiny(a), rozwój sztucznej inteligencji w diagnostyce oraz większy nacisk na edukację pacjentów i prewencję pierwotną mają kluczowe znaczenie dla poprawy wyników leczenia w Polsce.

Jak podkreślił prof. Maciej Banach: „Współczesna prewencja sercowo-naczyniowa wymaga spojrzenia holistycznego, a zatem nie tylko na poziom cholesterolu, ale na całokształt czynników ryzyka i potrzeb pacjenta”.

Oprac. Anna Rogala

Deбата pt. „Post ESC: zaburzenia lipidowe i kardiologia prewencyjna — wytyczne, pytania i odpowiedzi” została zorganizowana przez redakcję „Pulsu Medycyny” we współpracy z Polskim Towarzystwem Lipidologicznym oraz Koalicją Liga Walki z Cholesterolem.

KOMENTARZ

W leczeniu zaburzeń lipidowych kluczowa jest intensyfikacja terapii i preparaty złożone



Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego:

Podczas ostatniego kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ogłoszono aktualizację wytycznych dotyczących leczenia zaburzeń lipidowych. Choć dokument jest określany jedynie jako *update*, to niektóre zawarte w nim rekomendacje mają istotne znaczenie kliniczne. Najmocniej wyróżniewa zalecenie, by u chorych po zawale rozważyć natychmiastowe włączenie terapii skojarzonej: statyna z ezetymibem (poziom zaleceń IIa). W praktyce to zielone światło dla sięgania po preparaty złożone już na starcie leczenia.

OD LAT POWTARZAM, ŻE JEDNA TABLETKA (POLYPILL) TO NIE TYLKO WYGODA STOSOWANIA, ale przede wszystkim lepsza skuteczność i większa szansa na osiągnięcie docelowych

wartości LDL przy mniejszej liczbie działań niepożądanych oraz przerw w terapii. W polskich warunkach ma to dodatkowy walor: preparaty złożone są dostępne i nierzadko tańsze niż osobno stosowane leki.

PATRZĄC SZERZEJ, TO TAKŻE ODPOWIEDŹ NA NARASTAJĄCĄ POLIPRAGMATYZJĘ. Pacjenci kardiologiczni często łykają po kilkanaście tabletek dziennie. Uproszczenie schematów dzięki lekom złożonym realnie poprawia adherencję i wyniki leczenia. W prewencji wtórnej to oczywistość, ale coraz częściej widzę uzasadnienie podobnego podejścia również w prewencji pierwotnej u osób z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym.

KIERUNEK JEST JASNY: INTENSYWNIJ, ALE PROŚCIEJ. Już dziś rozważam — i widzę takie dyskusje w środowisku — włączanie terapii potrójnej, a nawet poczwórnej zaraz po zawale serca: statyna + ezetymib + inhibitor PCSK9 jako konfiguracja, która pozwala szybciej osiągnąć cel i skuteczniej stabilizować oraz redukować blaszkę miażdżycową.

NA HORYZONCIE POJAWIAJĄ SIĘ TEŻ NOWE MOŻLIWOŚCI FARMAKOLOGICZNE. Obicetrapib — inhibitor CETP zapowiada się obiecująco: w jednej terapii potrafi istotnie obniżyć LDL (ok. 40 proc.), redukować stężenie lipoproteiny(a) i jednocześnie zmniejszać ryzyko rozwoju cukrzycy. Jeden lek, trzy problemy mniej — jeśli te wyniki przełożą się na twarde punkty końcowe, będziemy mieć prawdziwy *game changer* w lipidologii.

CHOĆ OBECNA AKTUALIZACJA WYTYCZNYCH ESC KONCENTRUJE SIĘ NA CHORYCH PO ZAWALE, NIE WIDZĘ POWODU, BY NA TYM POPRZESTAĆ. Mamy wystarczające dane, aby intensywną terapię skojarzoną traktować jako standard nie tylko po incydencie sercowo-naczyniowym, ale także u pacjentów z dopiero rozpoznaną chorobą s-n oraz w prewencji pierwotnej u osób z grup wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka. Tego spodziewam się w kolejnych wytycznych — i tego oczekują pacjenci, dla których liczy się skuteczność, prostota i konsekwencja leczenia.

Oprac. Katarzyna Matusiewicz

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

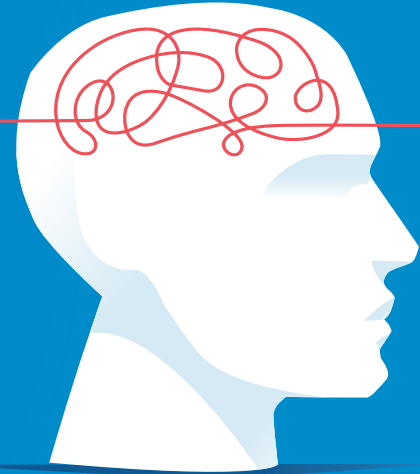


psychiatria

25 lat



Uzależnienie to choroba mózgu, a nie słaba wola



Polacy piją coraz więcej, a alkohol w ogromnym stopniu wpływa na zdrowie somatyczne, psychiczne, ale też relacje społeczne. Prof. Marcin Wojnar przestrzega: najgroźniejsze nie jest samo uzależnienie, ale ryzykowne i szkodliwe picie, które dotyczy milio-nów Polaków. „Alkohol szkodzi każdemu narządowi, zwiększa ryzyko nie tylko nowotworów, ale też depresji i samobójstw. Nie ist-nieje bezpieczna dawka” — podkreśla ekspert.

Według szacunków, przecięt-ny Polak wypija rocznie od 9 do 10 litrów czystego etanolu. Do tej wartości należy dodać 10-20 proc. alkoholu niere-jestrowanego, co daje wynik 11-12 litrów na osobę.

„To nie oznacza 10 litrów piwa rocznie, lecz 10 litrów stuprocen-towego etanolu — podkreśla prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. — Wbrew pozorom, Polska wcale nie należy do liderów w ilości wypijanego alkoholu w Europie. Jesteśmy w środku stawki. W więk-szości krajów na zachód od Odry pije się więcej, podobnie jak w pań-stwach bałtyckich — na Litwie, Łotwie, w Estonii”.

Ciekawym przykładem są narody południa Europy. „Włosi, choć ste-reotypowo kojarzeni z codziennym piciem wina, piją obiektywnie mało — dwukrotnie mniej niż Hiszpanie czy Portugalczycy” — dodaje psy-chiatra. I zaznacza, że w porówna-niu z latami 90. spożycie alkoholu w Polsce wzrosło o ponad połowę, ale od kilkunastu lat utrzymuje się na stabilnym poziomie.

Nie ilość, lecz sposób picia ma znaczenie

Kluczowe pytanie brzmi: jak pije-my? „Istotne jest nie to, ile alko-holu wypija rocznie statystyczny mieszkaniec, ale w jaki sposób to robi: przy jakich okazjach, jak czę-sto, w jakich dawkach” — tłumaczy prof. Wojnar.

W krajach śródziemnomor-skich, takich jak Portugalia, Hiszpania czy Włochy, picie codzienne, ale umiarkowane i zawsze do posiłku, jest normą. „W Polsce codziennie pije zale-dwie kilka procent dorosłych. Moglibyśmy uznać to za pozy-tyw, ale to nie zmienia faktu, że najgroźniejszy jest model *binge drinking* — epizody jednorazo-wego spożywania dużych ilości alkoholu, intensywnego upijania

się, nawet jeśli zdarzają się raz w tygodniu” — ostrzega specja-lista.

Druga różnica to kultura łączenia alkoholu z jedzeniem. „Większość mieszkańców kra-jów śródziemnomorskich pije do posiłku, co zmienia metabolizm alkoholu. Polacy częściej sięgają po trunki w oderwaniu od jedzenia, co zwiększa ich szkodliwość” — mówi prof. Wojnar.

Skala problemu w Polsce

Według szacunków epidemiolo-gicznych:

- ok. 7,3 proc. (2-3 mln) Polaków pije szkodliwie, czyli w nadmiarze, ponad normy WHO;
 - ok. 1,9 proc. (600 tys.) Polaków jest uzależnionych, z czego ok. 220 tys. korzysta z leczenia;
 - ok. 8 proc. społeczeństwa w ogóle nie sięga po alkohol.
- „Wbrew temu, co się uważa, największym problemem nie są osoby uzależnione, których jest stosunkowo niewiele, ale pijące szkodliwie. To one ponoszą naj-więcej konsekwencji zdrowot-nych i społecznych” — podkre-śla ekspert.

Picie ryzykowne i szkodliwe — czym się różnią?

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) oraz towarzystwa psychia-tryczne wyodrębniają trzy katego-rie spożywania alkoholu:

- **Picie ryzykowne** — ilość alko-holu lub okoliczności jego spoży-wania, które zwiększają ryzyko szkód zdrowotnych i społecznych. „To może być nawet niewielka ilość, jeśli ktoś wsiada za kie-rownicę, obsługuje urządzenie mechaniczne czy wykonuje pracę na wysokościach” — zaznacza prof. Wojnar.
- **Picie szkodliwe** — gdy pojawiły się już konsekwencje: zdrowotne (np. marskość wątroby), psychiczne, społeczne (utrata pracy, rozpad rodziny), prawne (odebrane prawo jazdy, pobyt w izbie wytrzeźwień).



„Nie ma miejsca w ciele, do którego alkohol by nie dotarł. To czynnik ryzyka chorób układu krążenia, układu nerwowego, układu odpornościowego, licznych nowotworów, w tym raka wątroby, jelita grubego i odbytu, raka jamy ustnej, gardła, krtani i przełyku u kobiet” — wylicza psychiatra.

Badania z Niemiec pokazały, że wzrost spożycia piwa i wódki przez młode kobiety przełożył się po deka-dzie na eksplozję zachorowań na raka piersi.

Lista szkód psychicznych jest rów-nie długa. „Alkohol zwiększa ryzyko depresji, zaburzeń lękowych, otepie-nia. Jest jednym z głównych czynni-ków ryzyka samobójstw — zarówno prób, jak i dokonanych” — podkre-śla profesor.

Sygnaly ostrzegawcze

Prof. Marcin Wojnar wymienia kon-kretne zachowania pijących, które

Rozsądny limit?

Nie ma bezpiecznej dawki

Jedna porcja standardowa to 10 g

czystego alkoholu, czyli:

- 200 ml piwa,
- 25 ml wódki, ginu, koniaku, whisky,
- 100 ml wina.

„Mężczyzna może wypić 4 stan-dardowe porcje dziennie, kobie-ta — 2. I to przez nie więcej niż pięć dni w tygodniu. Dwa dni w tygodniu muszą być bez alkoholu. Przekroczenie tych granic oznacza picie ryzykowne” — tłumaczy pro-fesor.

Jednocześnie WHO od 2022 r. jasno stwierdza: Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu. Każda ilość niesie ryzyko. Nawet umiarkowane picie może prowadzić do szkód zdrowot-nych i uzależnienia.

Nie tylko marskość wątroby

Regularne spożywanie alkoholu, zwłaszcza większych jego ilości, przynosi określone konsekwencje dla zdrowia somatycznego i psy-chicznego. Im więcej lat człowiek pije, tym ma większą szansę rozwinąć określone zaburzenia. Alkohol uszkadza wszystkie układy i narządy. „Nie ma miejsca w ciele, do którego by nie dotarł. To czynnik

ryzyka chorób układu krążenia, układu nerwowego, układu odpor-nościowego, licznych nowotworów, w tym raka wątroby, jelita grubego i odbytu, raka jamy ustnej, gardła, krtani i przełyku czy raka piersi u kobiet” — wylicza psychiatra.

Badania z Niemiec pokazały, że wzrost spożycia piwa i wódki przez młode kobiety przełożył się po deka-dzie na eksplozję zachorowań na raka piersi.

Lista szkód psychicznych jest rów-nie długa. „Alkohol zwiększa ryzyko depresji, zaburzeń lękowych, otepie-nia. Jest jednym z głównych czynni-ków ryzyka samobójstw — zarówno prób, jak i dokonanych” — podkre-śla profesor.

Sygnaly ostrzegawcze

Prof. Marcin Wojnar wymienia kon-kretne zachowania pijących, które

powinny „zapalić czerwoną lampkę”, ponieważ zanim człowiek się uzależ-ni, bardzo często pojawiają się okre-słone sygnaly ostrzegawcze. Są to:

- picie, pomimo szkód, jakie powo-duje;
 - jednorazowe wypijanie większych ilości płynów zawierających powy-żej 100 g alkoholu (5 dużych piw, litr wina, ćwierć litra wódki);
 - regularne codzienne wypijanie powyżej 20 g alkoholu (2 duże piwa, 2 lampki wina, kieliszek wódki);
 - „klinowanie”, czyli używanie alko-holu do usuwania przykrych skutków poprzedniego picia, a więc sięganie po alkohol z samego rana po inten-sywnym piciu wczoraj;
 - sięganie po alkohol w samotności oraz w sytuacjach, gdy ktoś odczu-wa zmęczenie, smutek, dolegliwo-ści fizyczne;
 - zaniebdywanie obowiązków i zadań z powodu picia;
 - utraty pamięci („urywanie się filmu”) z powodu picia;
 - picie w celu zagłuszenia poczucia winy i wyrzutów sumienia z powo-du czynów popełnionych pod wpły-wem alkoholu;
 - siadanie za kierownicę po alkoholu;
 - reagowanie napięciem i rozdrażnie-niem w sytuacjach utrudniających kontakt z alkoholem lub zaprzeca-nie problemowi wobec postulatów o ograniczenia picia;
 - otrzymywanie od innych komuni-katów sugerujących ograniczenie lub zaprzestanie picia.
- „To sygnaly, że to nie człowiek kontroluje alkohol, lecz alkohol zaczyna kontrolować człowieka” — mówi psychiatra.

Czy to już nałóg?

U niektórych osób po pewnym okresie regularnego spożywania alkoholu w dużych ilościach pojawia się uzależnienie. „Występuje szereg bardzo precyzyjnie opisanych obja-wów, które trzeba stwierdzić, żeby rozpoznać uzależnienie” — zaznacza prof. Wojnar.

Według międzynarodowej kla-syfikacji, w czasie ostatniego roku muszą wystąpić przynajmniej 3 z poniższych zjawisk:

- silna potrzeba („głód”) picia albo kompulsywne picie;
- trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem, polegające na upośledzeniu: kon-trolowania rozpoczęcia picia (np.

powstrzymania się od picia przed południem), długości trwania picia (np. ograniczenia picia do jednego dnia), ilości wypijanego alkoholu (konieczność picia „do dna butelki”).

- objawy abstynencyjne spowo-dowane przerwaniem picia lub zredukowaniem dawki alkoholu, przejawiające się — poza cha-rakterystycznym zespołem abs-tynencyjnym — piciem alkoholu lub przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu (np. benzodiazepiny, barbiturany) z zamiarem złagodzenia lub unik-nienia objawów abstynencyjnych;
- występowanie tolerancji — potrze-ba większych dawek do wywołania efektu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami. „Są one nie-raz tak duże, że mogłyby spowo-dować śmierć osoby nieuzależnionej” — podkreśla prof. Wojnar.
- postępujące zaniebdywanie alterna-tywnych przyjemności lub zaintere-sowań z powodu picia, zwiększanie ilości czasu potrzebnego na zdo-bycie alkoholu lub powrót do nor-my po piciu;
- picie alkoholu, pomimo wiedzy o jego szkodliwości.

Czynnik dominujący

Uzależnienie nie jest kwestią słabej woli. „To choroba mózgu, zwią-zana z rozregulowaniem układu nagrody. Alkohol wywołuje wyrzut dopaminy — neuroprzekaźnika odpowiedzialnego za poczucie przyjemności — znacznie silniej-szy niż naturalne bodźce. Dlatego człowiek traci kontrolę nad piciem” — wyjaśnia psychiatra.

Dlatego jednak nie każdy pijący duże ilości alkoholu staje się alkoholikiem? Uzależnienie jest uwarunkowane czynnikami genetycznymi, psychologicznymi, społecznymi, kulturowymi i duchtowymi. Na jego rozwój i przebieg aż w 56 proc. wpływają czynniki genetyczne.

„Predyspozycje dziedziczne są często po linii męskiej. To nie jeden gen, lecz cała konstelacja wariantów genetycznych, które w połącze-niu z czynnikami środowiskowymi zwiększają ryzyko uzależnienia. Jednak geny nie przesądzają — odpowiednie warunki mogą chronić nawet osoby obciążone” — tłumaczy psychiatra.

Nowy obraz alkoholika

Myśląc o alkoholiku, większość osób ma przed oczami osobę z marginesu społecznego — zanie-dbaną, niepracującą, nieposia-dającą rodziny. Okazuje się, że obraz ten jest mylny. „Coraz częściej mamy do czynienia z tzw. wysokofunkcjonującymi alko-holikami — biznesmenami, praw-nikami, ludźmi sukcesu, którzy piją w ukryciu. Obecnie stanowią oni już 1/5 osób uzależnionych od alkoholu. Mimo że piją nadmier-nie, to doskonale maskują pro-blem, a przy tym znakomicie radzą sobie w pracy, utrzymują dobre relacje z rodziną i znajomymi. Na zewnątrz wydają się świetnie funkcjonować, ale wewnątrz alkohol przejmując nad nimi kon-trolę. Wówczas często korzystają z pomocy bliskich, by ukrywać wpadki” — mówi prof. Wojnar.

Z czasem jednak pojawiają się lapsusy, problemy z wywiązywa-niem się ze zobowiązań, problemy w relacjach i pogarszający się stan psychiczny. „Wtedy alkohol staje się „lekarstwem” na własne cierpienie, co napędza błędne koło” — dodaje.

10 cech wyróżniających wysokofunkcjonującego alkoholika

- 1) Zaprzeczanie problemowi
- 2) Picie w samotności
- 3) Epizody intensywnego picia („zalewanie się”)
- 4) Picie każdego wieczoru/każdej nocy
- 5) Picie „podtrzymujące” (utrzy-mywanie poziomu alkoholu we krwi)
- 6) Silna potrzeba uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich z alkoholem
- 7) Unikanie publicznego picia alkoholu
- 8) Żartowanie na temat alkoholu
- 9) Używanie alkoholu do radzenia sobie z problemami
- 10) Wysoka tolerancja na alkohol

Kobiety bardziej narażone na skutki

Organizm kobiety reaguje na alko-hol inaczej niż mężczyzny. „Przy tej samej dawce osiąga dwukrot-nie wyższe stężenie alkoholu we krwi. Alkohol szybciej i łatwiej się wchłania oraz dłużej utrzymuje, a jego toksyczność dla narząd-ów wewnętrznych jest większa. Dlatego kobiety szybciej rozwijają

marskość wątroby, a także częściej i szybciej umierają z jej powodu” — podkreśla prof. Wojnar.

Szczególnie niepokojący jest fakt, że młode dziewczyny piją dziś tyle samo, co chłopcy. „Za 10-20 lat zobaczymy dramatyczny wzrost zachorowań na raka piersi i inne konsekwencje zdrowotne picia alkoholu przez kobiety” — ostrze-ga ekspert.

Coraz wcześniejszy start

Najbardziej alarmujące są dane o młodziży. „W tej populacji 33 proc. osób jest zagrożonych. Co więcej, inicjacja alkoholowa w Polsce przypada średnio na 11-12. rok życia, ale często zaczyna się już w wieku 9-10 lat. To są jeszcze dzieci. One zwykle najpierw sięgają po piwo, ale z czasem również po mocniejsze trunki. Co więcej, w tej grupie różnice między płciami zani-kają” — mówi psychiatra.

Ekspert podkreśla, że polityka państwa idzie w złym kierunku. „Zamiast opóźniać wiek inicjacji, umożliwiamy dzieciom i nasto-latkom łatwy dostęp do alkoholu. Tylko ok. 19 proc. 15- i 16-latków nigdy nie piło”.

Jak ograniczyć szkody?

Prof. Wojnar wskazuje konkret-ne rozwiązania:

- nocna prohibicja — stosowana z powodzeniem w wielu krajach,
- zwiększanie akcyzy — co realnie zmniejsza konsumpcję,
- polityka zdrowia publicznego — która może poprawić kondycję całej populacji.

„Takie działania, wprowadzone na poziomie politycznym, przekła-dają się bezpośrednio na zdrowie społeczeństwa” — podkreśla.

Podsumowując, prof. Wojnar stwierdza jednoznacznie: „Jeśli miałbym doradzić jedno, to lepiej nie pić w ogóle. Nawet czerwone wino, wbrew popularnym opiniom, nie chroni zdrowia. Każda ilość alkoholu niesie ryzyko”.

Katarzyna Matusiewicz

Artykuł powstał na podstawie wykładu prof. Marcina Wojnara pt. „Wpływ alkoholu na zachowanie człowieka i zdrowie psychiczne”, wygłoszonego podczas XXIV Ogólnopolskiej Konferencji. Polka w Europie. Profilaktyka, diagnostyka, leczenie — medycyna wobec wyzwań przyszłości” (19 września, Warszawa).

Zaburzenia depresyjne — kryzys czy „koniec świata”?

„Ważne jest, aby przed rozpoczęciem leczenia zaburzeń depresyjnych ocenić strukturę osobowości pacjenta. Są osoby, które — z różnych względów — odbierają rzeczywistość jako zagrożenie. Z kolei długotrwały lęk może powodować zmiany biologiczne w organizmie, w tym w funkcjonowaniu układu immunologicznego, nerwowego czy hormonalnego, co po wielu tygodniach lub miesiącach może doprowadzić do indukcji epizodu depresyjnego. U takich osób psychoterapia sprawia, że nie wpadają w pułapkę myślenia „rzeczywistość to zagrożenie”, co może zapobiec u nich kolejnym epizodom depresyjnym” — mówi prof. Piotr Gałęcki.

Jak definiuje się zaburzenia depresyjne?

Zaburzenia depresyjne to grupa jednostek chorobowych, których dominującym objawem jest zespół depresyjny. Należą one do większego kręgu zaburzeń, zwanych afektywnymi. W grupie zaburzeń depresyjnych występują takie jednostki chorobowe, jak pojedynczy epizod depresyjny (pierwszy w życiu), zaburzenia depresyjne nawracające (drugi i kolejne epizody) oraz dystymia. Natomiast zaburzenia afektywne są rozszerzone jeszcze o chorobę afektywną dwubiegunową i cyklotymię.

Jakie objawy świadczą o depresji?

Pierwszy epizod depresyjny często może pozostać niezdiagnozowany przez dłuższy czas — zwykle pacjenci zgłaszają się do lekarza po kilku miesiącach, a czasami nawet po roku czy dwóch latach trwania choroby. Kolejne epizody są rozpoznawane o wiele szybciej, ponieważ pacjenci są bardziej świadomi i już wiedzą, że zaczyna się to samo. Co ciekawe, badania wskazują, że jeżeli u kogoś pojawi się drugi epizod depresyjny, to najprawdopodobniej taka osoba będzie w życiu cierpiała na 3 do 5 epizodów depresyjnych.

Kryteria rozpoznania pojedynczego epizodu depresyjnego, jak i epizodu depresyjnego w przebiegu zaburzeń nawracających, są takie same. Do typowych objawów należą: obniżony nastrój, anhedonia, ciągłe zmęczenie, pesymistyczne myśli, zaburzenia snu i apetytu, problemy z pamięcią i koncentracją, spadek libido. Musi też zostać spełnione kryterium czasowe — co najmniej dwóch tygodni, kiedy przez większość dni i godzin każdego dnia występują wymienione objawy. Z kolei nasilenie tych objawów określa ciężkość epizodu — od łagodnego, poprzez umiarkowany, do ciężkiego.

W przypadku pierwszego epizodu depresyjnego chory może długo zwlekać z udaniem się do specjalisty. Wiele osób myśli, że objawy same miną. Jakie leczenie stosuje się po postawieniu diagnozy?

Przy pierwszym epizodzie, zwłaszcza o charakterze łagodnym, eksperci są zgodni, że wybór leczenia należy do pacjenta. Można rozpocząć wyłącznie od psychoterapii albo dodać wsparcie farmakologiczne — i żadna z tych dróg nie będzie błędem. I rzeczywistość, w mniej nasilonych zaburzeniach depresyjnych, zwłaszcza u osób młodych i zdrowych somatycznie, psychoterapia może być wystarczająca.

A kiedy sama psychoterapia nie wystarczy?

W sytuacji, gdy łagodny epizod depresyjny występuje u pacjenta z chorobami współistniejącymi, m.in. przy niedoczynności tarczycy (np. chorobie Hashimoto), reumatoidalnym zapaleniu stawów, cukrzycy z niestabilną glikemią czy u kobiet w okresie



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki jest specjalistą w dziedzinie psychiatrii i seksuologii, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przewodniczącym Rady ds. Zdrowia Psychicznego i konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii (od 2014 roku).

okołomenopauzalnym — wtedy od razu zaleca się łączenie psychoterapii z farmakoterapią. Również w przypadku drugiego epizodu depresji, nawet o łagodnym nasileniu, powinna być wdrożona farmakoterapia. Zawsze optymalną formą leczenia depresji jest połączenie farmakoterapii z psychoterapią. Jednocześnie moje doświadczenia kliniczne wskazują, że psychoterapia ma znacznie większe znaczenie profilaktyczne, czyli w zapobieganiu kolejnemu epizodowi depresji, niż w leczeniu danego epizodu depresyjnego.

Ważne jest, aby przed rozpoczęciem leczenia ocenić strukturę osobowości pacjenta. Oczywiście, nie ma jednej, dwóch czy trzech cech osobowości, które sprawiają, że konkretna osoba odbiera rzeczywistość jako zagrożenie, chociaż obiektywnie nie zło się nie dzieje. Dla przykładu: wiadomość, że w jakimś oddalonym kraju w supermarkecie wybuchła bomba może u kogoś spowodować wystąpienie szeregu objawów vegetatywnych, np. kołatania serca. Osoba ta będzie nieustannie martwić się o rodzinę, przyjaciół czy swoją pracę. Z kolei długotrwały lęk może powodować zmiany biologiczne w organizmie, w tym w funkcjonowaniu układu immunologicznego, nerwowego czy hormonalnego, co po wielu tygodniach lub miesiącach może doprowadzić do indukcji epizodu depresyjnego.

Jeżeli lekarz po wykonaniu badania psychologicznego uzna, że w strukturze osobowości pacjenta istnieją cechy wskazujące na ryzyko nawrotu epizodu depresyjnego, powinien zalecić psychoterapię. U takich osób psychoterapia sprawia, że nie wpadają w pułapkę myślenia „rzeczywistość to zagrożenie”,

co może zapobiec u nich kolejnym epizodom depresyjnym. Dodam, że struktury osobowości są bardzo skomplikowane — zwykle kształtują się w okresie wczesnego dzieciństwa. Dla jednych osób — nawet w bardzo podobnej sytuacji życiowej — strata pracy, niepowodzenie finansowe czy rozwód będą początkiem czegoś nowego, a dla innych „końcem świata”, który wywoła epizod depresyjny.

Są sytuacje, gdy psychoterapia nie jest wskazana?

Należy tutaj rozróżnić wsparcie psychologiczne od psychoterapii. Gdy pacjent jest w silnym kryzysie, pojawiają się myśli i tendencje samobójcze, to mówimy raczej o interwencji terapeutycznej. Do psychoterapii ważna jest gotowość i motywacja. Oczywiście, możliwe, że w procesie interwencji psychologicznej i leczenia psychiatrycznego będą wskazania do podjęcia psychoterapii w związku z trwale utrzymującymi się wzorcami zachowania. Jednak na etapie kryzysu ważne jest danie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa, możliwości ewakuacji trudnych myśli i poszukiwania zasobów, także do ewentualnej pracy terapeutycznej. Z tego względu psychoterapia zalecana jest osobom z najwyżej umiarkowanym epizodem depresyjnym. Tak jak wspomniałem, nie wyklucza to jednak wsparcia psychologicznego dla osób z depresją w każdym stopniu nasilenia.

Czy zaburzenia depresyjne wciąż stygmatyzują?

W starszym pokoleniu — tak, zwłaszcza mężczyzn. Wstydzą się oni swojej słabości, rzadko korzystają z pomocy psychiatry czy psychoterapeuty. Kobiety podchodzą do swoich emocji bardziej zadaniowo: „coś się dzieje niepokojącego, więc powinnam to sprawdzić”. Najbardziej pocieszający jest fakt, że w młodym pokoleniu istnieje wręcz afirmacja dobrostanu psychicznego, większa nawet niż sprawności fizycznej. Młodzi chętnie mówią o swoich problemach. Zdarza się nawet, że po rozmowie z młodym człowiekiem, który zgłosił się na wizytę, nie jestem w stanie stwierdzić żadnego zaburzenia psychicznego, co kiedyś się praktycznie nie zdarzało. Oni po prostu chcą porozmawiać, poradzić się.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Do typowych objawów epizodu depresyjnego należą: obniżony nastrój, anhedonia, ciągłe zmęczenie, pesymistyczne myśli, zaburzenia snu i apetytu, problemy z pamięcią i koncentracją, spadek libido.

reklama

Kampania przeciw stygmatyzacji osób z chorobami mózgu



WYPROSTUJ SPOJRZENIE

harmoniamentis.pl

Mecenas kampanii:



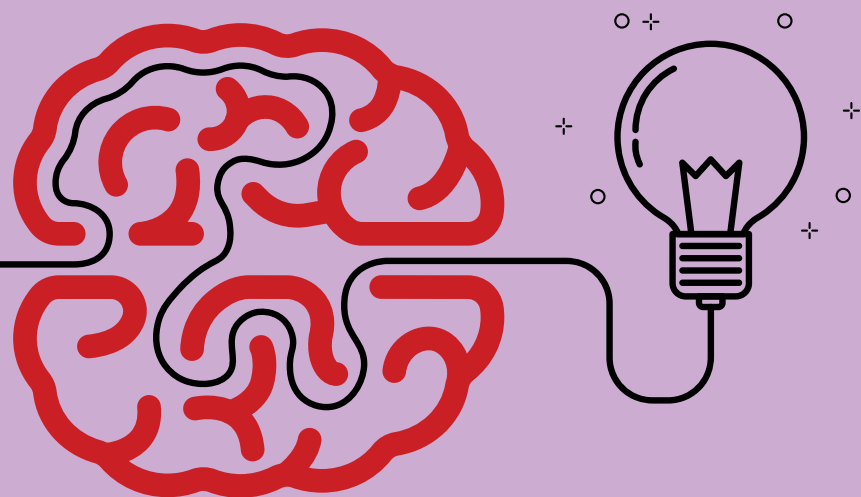
Inicjatorzy kampanii:



Zrozumieć mózg, zobaczyć człowieka i porzucić szkodliwe stereotypy



Pomimo gigantycznego postępu w diagnostyce i terapii takich chorób mózgu, jak padaczka, depresja czy schizofrenia, chorzy wciąż są silnie stygmatyzowani. Strach, niewiedza i archaiczne uprzedzenia nadal wpływają na postawy społeczne, mimo że nowoczesne metody leczenia pozwalają znaczącej grupie chorych na osiągnięcie dużej poprawy, powrót do zdrowia i normalne funkcjonowanie.



Choroby mózgu dotykają niemałą część naszego społeczeństwa. Szacuje się, że na depresję choruje w Polsce ok. 1,2 mln osób, na schizofrenię — 385 tys., a na padaczkę — ok. 400 tys.* Niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca liczba problemów psychicznych wśród dzieci i młodzieży. W latach 2013-2021 liczba niepełnoletnich pacjentów, leczących się na zaburzenia lękowe i depresyjne, wzrosła aż o 120 proc.

Zmiana w społecznym nastawieniu
Prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek, kierująca Katedrą Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, podkreśla, że w ostatnich dekadach diametralnie zmieniły się możliwości leczenia i podejście do chorych psychicznie.

„Pacjenci z chorobami psychicznymi przez większość historii medycyny byli traktowani gorzej niż osoby trędowate, byli stygmatyzowani jako opętani lub pod działaniem złego. Takie podejście wynikało oczywiście z lęku oraz niezrozumienia, czym są choroby psychiczne” — tłumaczy prof. Dudek. Dla chorych takie napiętnowanie było wyrokiem, ponieważ oznaczało życie w izolacji, często w warunkach urągających ludzkiej godności, w przytułkach.

Przełom nastąpił w latach 50. XX wieku, wraz z pojawieniem się pierwszych leków przeciwpsychotycznych, takich jak chlorpromazyna, a później węglan litu w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Choć środki te nie były doskonałe, pozwoliły opanować najostrejsze objawy i umożliwiły chorym wyjście ze szpitali. To zainicjowało rozwój pozafarmakologicznych form opieki, rehabilitacji i psychoterapii.

„Postęp jest kolosalny. Mówimy teraz, że choroba psychiczna to jest pewien kryzys, z którym można sobie poradzić. Z taką chorobą można żyć, traktując ją jak każde inne schorzenie przewlekłe. Pacjent z rozpoznaniem choroby psychicznej absolutnie może być pełnowartościowym członkiem społeczeństwa, realizującym swoje marzenia i aspiracje” — podkreśla prof. Dudek.



dr hab. Magdalena Bosak

„Postęp diagnostyczny idzie w parze z terapeutycznym. Dostępnych jest ponad 30 leków przeciwpadaczkowych, dostosowanych do różnych zespołów i typów napadów. Coraz częściej pojawia się też terapia genetyczna i tzw. medycyna precyzyjna, pozwalająca na dobór najskuteczniejszej metody leczenia dla każdego pacjenta indywidualnie.

Nie chcemy „takiego” kolegi w pracy, sąsiada, zięcia

O tym, jak silne jest nadal w społeczeństwie stereotypowe myślenie o osobach z chorobami mózgu, mówią jednak dane statystyczne — niemal co piąta osoba deklaruje niechęć do chorujących. Co więcej, stygmatyzacja przekłada się na konkretne sfery życia i relacji: spośród badanych 77 proc. nie chce, by taki chory został ich szefem, 81 proc. — ich zięciem, 56 proc. — kolegą z pracy, a 53 proc. — sąsiadem*. Tego typu postawy utrudniają chorym powrót do normalnego życia i w pełni wartościowe funkcjonowanie w społeczeństwie.



prof. Dominika Dudek

„Choroba psychiczna to jest pewien kryzys, z którym można sobie poradzić. Z taką chorobą można żyć, traktując ją jak każde inne schorzenie przewlekłe. Pacjent z rozpoznaniem choroby psychicznej absolutnie może być pełnowartościowym członkiem społeczeństwa, realizującym swoje marzenia i aspiracje.

Glównymi przyczynami stygmatyzacji, zdaniem prof. Dudek, są lęk i brak rzetelnej wiedzy. Przysnaje, że w przypadku ostrej psychozy może budzić lęk pewna nieprzewidywalność, gwałtowność zachowań i niezrozumiałość wypowiedzi pacjenta. „Dziś jednak z ostrymi objawami psychicznymi potrafi my bardzo skutecznie sobie radzić za pomocą nowoczesnych leków. Do lamusa odchodzi coś, co również było stygmatyzujące, tj. kaftany bezpieczeństwa. Nie ma potrzeby stosowania tego typu środków” — mówi specjalistka psychiatrii.

Dodaje, że chorzy psychicznie mogą stanowić zagrożenie przede wszystkim dla siebie, podejmując zachowania autoagresywne. „Większy problem stanowi przywrócenie tych pacjentów do normalnego życia, przywrócenie im motywacji, chęci działania” — wyjaśnia.

Revolucja w neurologii zmienia życie chorych na padaczkę
Niebawym postępn dokonał się również w diagnostyce neurologicznej. „Kiedys neurolog miał w ręce tylko młotek. Potem pojawiła się tomografia komputerowa, a w tej chwili mamy rezonans magnetyczny o rozdzielczości, która jest w stanie zobrazować nasz mózg tak dokładnie, jakbyśmy go oglądali pod mikroskopem. Do tego dochodzi

diagnostyka genetyczna. Odkryto już kilkaset genów odpowiedzialnych za występowanie padaczki, a nowe są identyfikowane każdego miesiąca” — relacjonuje dr hab. n. med. Magdalena Bosak z Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie.

Ekspertka zaznacza, że postępn diagnostyczny w neurologii idzie w parze z terapeutycznym. „Dostępnych jest ponad 30 leków przeciwpadaczkowych, dostosowanych do różnych zespołów i typów napadów. Coraz częściej pojawia się też terapia genetyczna i tzw. medycyna precyzyjna, pozwalająca na dobór najskuteczniejszej metody leczenia dla każdego pacjenta indywidualnie” — dodaje.

Rozwój metod neuroobrazowania poszerzył możliwości leczenia chirurgicznego padaczki. „Jeśli znajdziemy przyczynę strukturalną uszkodzenia mózgu, taką jak dysplazja korowa czy stwardnienie hipokampa i usuniemy ją chirurgicznie, pacjent jest wyleczony” — podkreśla neurologka.

Jak funkcjonują pacjenci?
Choć leczenie chorób mózgu trwa z reguły przez wiele lat, to rokowanie jest często bardziej optymistyczne, niż się powszechnie uważa.

W przypadku padaczki właściwie zastosowana farmakoterapia sprawia, że ok. 70 proc. pacjentów nie ma napadów. Kobiety chore na padaczkę mogą przechodzić prawidłową ciążę i rodzić zdrowe dzieci, a choroba jest dziedziczona niezwykle rzadko.

Jak podkreśla dr hab. Magdalena Bosak, znakomita większość osób z padaczką normalnie funkcjonuje w społeczeństwie. „Mimo to wciąż napotykają sztuczne ograniczenia i trudności w znalezieniu pracy, jeśli przynajmniej się do choroby” — ubolewa.

W schizofrenii rokowanie co do jakości życia z chorobą bywa zróżnicowane:

- 1/3 pacjentów żyje normalnie, pracuje i osiąga pełną samodzielność.
- 1/3 pacjentów funkcjonuje gorzej, choć może być samodzielna.
- 1/3 pacjentów cierpi na chroniczną postać choroby i wymaga stałego wsparcia, najczęściej ze strony rodziny.

Ważna psychoedukacja rodziny i wsparcie społeczne

Bliscy pacjentów z chorobami również często czują się stygmatyzowani. Choroba bliskiej osoby, np. rodzica, bywa szczególnie trudna dla dzieci. Dlatego w procesie leczenia

kluczowa jest praca z rodzinami i objęcie ich psychoedukacją — również po to, by bliscy wiedzieli, jak wspierać chorego. „Rolą lekarza jest rozmowa i pomoc rodzinie w wyważeniu momentu, kiedy należy przejąć rolę opiekunczą, a kiedy wspierać chorego w wychodzeniu z choroby i renegecjuować jego pozycję w rodzinie” — zwraca uwagę prof. Dominika Dudek.

Postuluje, by pacjenci mieli możliwość powrotu do pracy lub znalezienia jej w warunkach chronionych, gdzie wymagania pracodawcy są dostosowane do możliwości osoby chorej.

„Pacjenci z padaczką mogą wykonywać większość zawodów — 70 proc. chorych nie ma napadów. Nakładane są bardzo sztuczne ograniczenia, tymczasem każdy może być informatykiem, inżynierem, prawnikiem, nauczycielem, szczególnie jeśli padaczka jest dobrze kontrolowana. Jednak jest bardzo trudno znaleźć pracę, jeśli pacjent przynajmniej się, że choruje na padaczkę — nawet bez napadów” — przysnaje dr hab. Magdalena Bosak.

Niezwykle ważna w procesie leczenia chorób mózgu jest relacja pacjent-lekarz. „Często towarzyszy mi pacjentowi przez wiele lat życia. Oczywiście to lekarz jest ekspertem,

specjalistą, ale pacjent najlepiej zna swoje życie, swój organizm, swoje objawy uboczne, wie, co dla niego jest dyskomfortem” — zaznacza prof. Dominika Dudek.

Specjalista mniej dostępny niż farmakoterapia

W Polsce dostępność do nowoczesnych terapii w przypadku chorób mózgu, w tym padaczki i chorób psychicznych, jest na ogół dobra. „Większość leków stosowanych w padaczce jest dostępna w Polsce i refundowana” — stwierdza dr hab. Magdalena Bosak.

Prof. Dudek dodaje, że w psychiatrii zdecydowana większość nowoczesnych leków jest refundowana, w przypadku depresji lekooportniej realizowany jest program lekowy.

Jednak polski system ochrony zdrowia ma wciąż zaległości w zakresie szybkiego dostępu do specjalisty i psychoterapii. Kuleje rozwijanie pozafarmakologicznych i pozaszpitalnych metod leczenia. Prof. Dominika Dudek zwraca uwagę, że w psychiatrii czas hospitalizacji w Polsce jest wciąż znacznie dłuższy niż w innych krajach europejskich, a pacjenta łatwiej skierować „gdzieś dalej”, zamiast objąć go wsparciem w jego środowisku.

Anna Gumułka



Dane pochodzą z „Raportu z badania stygmatyzacji chorych z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego”.

FOT. ANDRZEJCZAK

Schizofrenia to nie wyrok

„Rozpoczęcie skutecznego leczenia chorego na schizofrenię w ciągu pierwszych 1-3 lat pozwala na pełne ustąpienie objawów i prowadzenie normalnego życia. To pokazuje, że schizofrenia nie musi odbierać pacjentom szansy na normalne funkcjonowanie. Wszystko zależy od tego, czy chory otrzyma odpowiednią pomoc w odpowiednim momencie” — podkreśla prof. Marek Krzystanek, psychiatra.

Jak dziś definiujemy schizofrenię i jakie są jej główne przyczyny?

Schizofrenia to choroba psychiczna, która w momencie zaostrzeń objawia się najczęściej występowaniem halucynacji i urojeń. Istotą choroby są zaburzenia przetwarzania informacji w przebadanym mózgu. Nadal uważamy, że do powstania schizofrenii konieczne jest połączenie biologicznej podatności na chorobę oraz wpływu środowiska, który polega właśnie na nadmiernej liczbie bodźców czy stresorów.

Przykładem może być jedna z moich pacjentek, która jest świetnie leczona i od wielu lat nie ma żadnych objawów choroby, ale kiedy jest na koncercie muzyki heavymetalowej zaczyna mieć halucynacje słuchowe, które ustają po 1-2 godzinach po koncercie. Jest do tego przyzwyczajona, a gdy chce temu zapobiec, zażywa przed koncertem dodatkową tabletkę leku uspokajającego i wtedy objawy nie występują. Najczęściej jednak jej nie bierze, żeby nie przytępiać sobie odbioru ulubionej muzyki. Przykład ten pokazuje, że schizofrenię da się skutecznie leczyć i można z nią normalnie żyć.

Jakie jest ryzyko zachorowania na schizofrenię?

Ocenia się, że wynosi ono ok. 1 proc. w ciągu całego życia. Najczęściej zachorowanie następuje w okresie zakończenia dojrzewania mózgu, czyli ok. 20. roku życia. W tym czasie kończy się zjawisko prunningu, tj. usuwania nieużywanych synaps z pierwotnej matrycy mózgu, z którą się rodzimy. Prawdopodobnie odsłania to tę słabość w połączeniach synaptycznych i w przetwarzaniu informacji, o której wspominałem, i osoba z biologiczną podatnością na zachorowanie może zacząć mieć objawy.

W tym kontekście niebezpieczne jest używanie substancji psychoaktywnych, takich jak marihuana. Obliczono, że palenie marihuany zwiększa ryzyko zachorowania na schizofrenię o 10 proc. Jeszcze niebezpieczniejsze są substancje halucynogenne, np. psylocybina, która na kilka godzin może wywołać objawy takie jak w schizofrenii nawet u zdrowego człowieka. Rejestrowanie halucynogenów czy marihuany jako leków, które zawisło nad współczesną psychiatrią, niesie zagrożenie dla ludzi, którzy nie wiedzą, że noszą w sobie podatność na zachorowanie na schizofrenię czy chorobę dwubiegunową, a mogą aktywować ją niechcący przez zażycie narkotyku.

Ile osób w Polsce choruje na schizofrenię?

Jest to populacja 300-400 tys. osób, czyli dużo. I dlatego leczenie tej choroby powinno być jednym z priorytetowych umiejętności każdego psychiatry. Istnieje również potrzeba rozwijania psychiatrii środowiskowej i uczenia pacjentów, w jaki sposób mogą żyć ze swoją chorobą.

Jakie są najczęstsze objawy schizofrenii i na co powinni zwracać uwagę lekarze pierwszego kontaktu oraz rodziny pacjentów?

Charakterystyczne objawy to wrażenie, że ktoś mną kieruje lub steruje, wpływa na mnie za pomocą fizycznych albo magicznych sił. Ten ktoś każe mi myśleć jego myślami lub robić to, co on każe. To także wrażenie, że ludzie znają moje myśli, nasyłają mi je lub wykradają je z głowy albo też słyszenie głosów



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Marek Krzystanek jest specjalistą w dziedzinie psychiatrii, seksuologii, psychoterapii poznawczo-behawioralnej, kierownikiem Katedry i Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Wydziału Nauk Medycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

mówiących o mnie lub dyskutujących o mnie między sobą.

Osoba w stanie zaostrzenia choroby wierzy w prawdziwość tych doznań, czyli jest bezkrytyczna. Zwykle to inna osoba przyprowadza chorego do lekarza i to ona opowie o jego objawach. Dla osoby z zaostrzeniem schizofrenii jej objawy nie są chorobą, tylko wszystkim dzieje się naprawdę. Stąd tak ważne jest przewlekłe leczenie schizofrenii, czyli zażywanie na stałe leku przeciwpsychotycznego, który ma zapobiec zaostrzeniom oraz wczesna interwencja, tj. leczenie już pierwszych objawów choroby.

Na ile istotne znaczenie w rozwoju schizofrenii mają czynniki genetyczne, a na ile środowiskowe?

Większą wagę mają czynniki genetyczne. Oceniamy, że w 80 proc. stanowią one przyczyny choroby, reszta to stresory i czynniki środowiskowe, takie jak np. palenie marihuany. Schizofrenia nie jest chorobą genetyczną. Podatność genetyczna stanowi połączenie działania kilkuset słabszych odmian genów, które warunkują rozwój ośrodkowego układu nerwowego. Podatność genetyczna w schizofrenii ma podobny charakter jak podatność na nadciśnienie czy otyłość. Każde z tych schorzeń zależy od innych genów, ale żeby powstała choroba u danej osoby, musi się ich spotkać wiele na raz.

Jak zmienia się obraz kliniczny schizofrenii w zależności od wieku pacjenta?

Schizofrenia praktycznie nie zaczyna się po 45. roku życia. Najgorszy przebieg ma we wczesnym

wieku. W późniejszym czasie, gdy struktura mózgu i konstrukcja osobowości są bardziej utrwalone, choroba ma zwykle łagodniejszy przebieg. Bez względu na wiek chorego, rozpoczęcie skutecznego leczenia w ciągu pierwszych 1-3 lat pozwala na pełne ustąpienie objawów i prowadzenie normalnego życia.

W jaki sposób schizofrenia wpływa na codzienne funkcjonowanie pacjentów i jakie znaczenie ma wsparcie ze strony rodziny oraz otoczenia społecznego?

Jak każda choroba, schizofrenia wpływa nie tylko na życie osoby chorej, ale również na otoczenie. Rodzina musi wiedzieć, co robić. Kiedy zauważy pierwsze objawy, należy jak najwcześniej skontaktować się z psychiatrą, żeby zapobiec nawrotowi. Jeżeli leczenie jest skuteczne, schizofrenia nie wpływa na nic. Jakby jej nie było. A wsparcie rodziny czy otoczenia przyda się każdemu, nie tylko chorym na schizofrenię.

Jakie wyzwania stoją przed lekarzami w zakresie współpracy z pacjentami, którzy często mają ograniczoną świadomość swojej choroby?

Pacjenci nie mają krytycyzmu i w tym sensie nie są w pełni świadomi objawów choroby. W sytuacji pełnego bezkrytycyzmu, gdy urojeń czy halucynacji mogą zmieniać zachowanie i zagrażać pacjentowi albo otoczeniu, prawo pozwala lekarzowi skierować taką osobę na leczenie na oddziale zamkniętym, bez jej zgody. Lekarz musi napisać wtedy skierowanie do szpitala. Zwykle należy tu polegać na współpracy z rodziną pacjenta lub opiekunem i z nim ustalić strategię działania.

Jaką rolę w leczeniu pacjentów odgrywają psychoterapia, terapia zajęciowa i psychoedukacja?

Są niezbędne do psychorehabilitacji pacjentów, czyli do poprawy ich funkcjonowania po ostrym epizodzie choroby. Pozwalają poprawić kompetencje społeczne, radzenie sobie z codziennymi wyzwaniami, poprawić funkcje poznawcze, trenować aktywność. Wszystko po to, żeby wrócić do optymalnej formy, by móc — i to jest nasz główny cel — po leczeniu wrócić do pracy albo do nauki. Czasem wymaga to wielomiesięcznych oddziaływań.

Jak wygląda sytuacja systemowa w Polsce — czy dostęp do diagnostyki i opieki psychologicznej dla chorych jest wystarczający?

Psycholog odgrywa niezbędną rolę w kompleksowej opiece nad pacjentami, ale istotniejsza w leczeniu schizofrenii jest opieka psychiatryczna. Myślę, że psychiatria jest obecnie bardzo potrzebną specjalizacją. Sam staram się przyciągać do niej młodych lekarzy jako do dziedziny atrakcyjnej zarówno klinicznie, naukowo, jak i komercyjnie.

Współczesna psychiatria to oprócz przepisywania leków coraz bardziej również dawanie ludziom zaleceń, w jaki sposób mają obsługiwać swój mózg i całe ciało, żeby osiągać sukces życiowy. Taką umiejętność pielęgnowania swojego zdrowia psychicznego nazywam kosmologią psychiatryczną i uczę jej studentów oraz lekarzy, a także piszę o niej w swoich książkach.

Rozmawiała Anna Rogala



**ZAUFANY
PORTAL TYLKO
DLA LEKARZY**

Rozwiązuj problemy
kliniczne i zawodowe

Dołącz do **90 000**
zarejestrowanych lekarzy!

Konsylium24.pl



**NAJWIĘKSZY
PORTAL LEKARSKI
W POLSCE**

- ✓ Materiały edukacyjne tworzone przez ekspertów
- ✓ Bezpłatna nauka do LEK, L-DEK, PES
- ✓ Największa w Polsce baza ofert pracy dla lekarzy
- ✓ Webinary medyczne

Kompendium24.pl



BONNIER
Healthcare Polska

Lekceważone ryzyko paracetamolu

Łatwo dostępny, tani, reklamowany jako bezpieczny. To sprawia, że jego stosowanie często wiąże się z błędami terapeutycznymi. Jednocześnie to właśnie po ten lek często sięgają młodzi ludzie w próbach samobójczych. Co więcej, objawy uszkodzenia wątroby pojawiają się dopiero po kilku dniach, co usypia czujność pacjentów i lekarzy. Z tego względu tak ważne jest czytanie ulotek i przyjmowanie leku tylko zgodnie z zaleceniami. O prawdziwym obliczu paracetamolu rozmawiamy z toksykologiem klinicznym dr. Erykiem Matuszkiewiczem.

W ostatnich latach ukazało się wiele publikacji podważających bezpieczeństwo stosowania paracetamolu — nie tylko w kontekście hepatotoksyczności, ale także możliwości wystąpienia takich zaburzeń rozwojowych u dzieci, jak ADHD czy autyzm. Jak pan ocenia wiarygodność tych doniesień?

Trudno mi w nie uwierzyć. Mechanizm działania paracetamolu i jego metabolitów nie wskazuje na właściwości neurotoksyczne, które mogłyby wpływać na rozwój ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Toksyczność paracetamolu jest dobrze poznana i ogranicza się głównie do wątroby oraz — w mniejszym stopniu — nerek. Potwierdzają to wieloletnie obserwacje kliniczne. W praktyce, nawet przy nadużywaniu paracetamolu, nie obserwujemy objawów ze strony OUN. Oczywiście, w przypadku ciężkich zatruć mogą wystąpić zaburzenia świadomości czy niedotlenienie mózgu, ale są one wtórne do niewydolności wielonarządowej, a nie wynikają z neurotoksycznego działania tego leku.

Przypomnijmy, jaka jest bezpieczna dobową dawką paracetamolu.

U dorosłych wynosi ona 4 gramy na dobę. Przy takiej dawce, nawet stosowanej przez kilka dni z rzędu, nie obserwujemy objawów uszkodzenia wątroby ani nerek. Ryzyko toksyczności pojawia się dopiero po jej przekroczeniu.

Czy w związku z tym doniesienia, np. o zwiększonym ryzyku autyzmu czy ADHD u dzieci matek stosujących w ciąży paracetamol, powinniśmy traktować jako „demonizację”, czy raczej próbę zrewidowania wizerunku tego leku jako całkowicie bezpiecznego?

Nie nazwałbym tego demonizacją. Problem rzeczywiście istnieje, ale gdzie indziej — chodzi o bardzo łatwy dostęp do paracetamolu. W Polsce mamy ponad 60 preparatów OTC (czyli sprzedawanych bez recepty) z zawartością paracetamolu w różnych dawkach i kombinacjach, również z innymi lekami. W USA są dostępne nawet opakowania po 100 tabletek. Taka skala sprzedaży sugeruje pacjentom, że lek jest zupełnie niegroźny i można go stosować bez ograniczeń, co oczywiście jest błędem.

Trzeba mocno podkreślić: przy dawce do 4 gramów na dobę paracetamol jest bezpieczny, ale powyżej tego progu ryzyko jego toksyczności staje się realne. Dlatego należałoby zmniejszyć wielkość opakowań i przypominać pacjentom, że nie mogą samodzielnie, bez kontroli lekarza, sięgać po ten lek w dowolnych ilościach i przez dowolny czas.

O KIM MOWA

Dr n. med. Eryk Matuszkiewicz jest specjalistą chorób wewnętrznych i toksykologią kliniczną z Katedry i Zakładu Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie toksykologii klinicznej dla województwa lubuskiego.



FOT. KATARZYNA MATUSEWICZ

Wspomniał pan o toksyczności paracetamolu wobec wątroby i nerek. Jakże mechanizmy odpowiadają za te działania niepożądane i jaka jest różnica między dawką terapeutyczną a toksyczną?

Toksyczność paracetamolu wynika z powstawania jego niebezpiecznego metabolitu — N-acetylo-p-benzochinonoininy (NAPQI). W prawidłowych dawkach organizm potrafi go unieszkodliwić dzięki naturalnym mechanizmom detoksykacji, przede wszystkim poprzez glutation. Problem zaczyna się w momencie, gdy pacjent przekroczy dawkę terapeutyczną, np. przyjmie dwa razy więcej niż maksymalna zalecana ilość. Wówczas dochodzi do wyczerpania rezerw glutationu i w organizmie zaczyna kumulować się NAPQI, prowadząc do uszkodzenia hepatocytów oraz komórek nerek.

To zjawisko dotyczy wszystkich pacjentów, niezależnie od wieku czy płci, choć szczególnie narażone są osoby z chorobami wątroby, przewlekłe nadużywające alkoholu czy niedożywione. Niewielki margines między dawką bezpieczną a toksyczną sprawia, że paracetamol jest lekiem wymagającym szczególnej ostrożności.

Czy w przypadku zatrucia paracetamolem dysponujemy skutecznym antidotum?

Tak, i to jest dobra wiadomość. Standardem jest stosowanie N-acetylcysteiny (NAC), która neutralizuje NAPQI i zapobiega jego toksycznemu działaniu. Schemat postępowania w zatruciu paracetamolem należy do najlepiej opisanych i sprawdzonych w toksykologii — mamy jasne kryteria rozpoczęcia leczenia, określone dawki oraz drogę podania. Co więcej,

N-acetylcysteina jest lekiem dobrze tolerowanym przez pacjentów, a wczesne wdrożenie terapii pozwala uniknąć ciężkich uszkodzeń wątroby.

Problemem pozostaje jednak fakt, że pacjenci często nieświadomie przyjmują paracetamol w nadmiarze, stosując jednocześnie kilka różnych preparatów o odmiennych nazwach handlowych, które zawierają tę samą substancję czynną. W efekcie łatwo o przekroczenie dawki toksycznej, zwłaszcza że paracetamol bywa postrzegany jako lek całkowicie bezpieczny i używany jest także poza wskazaniami medycznymi.

Powiedział pan o ryzyku przyjmowania kilku różnych preparatów zawierających paracetamol. A jakie inne interakcje lekowe mogą pojawić się przy jego stosowaniu?

Największe zagrożenie wynika z łączenia paracetamolu z alkoholem — to zdecydowanie zwiększa ryzyko uszkodzenia wątroby i może doprowadzić do ostrej niewydolności tego narządu. Bardzo ważne jest też, by pacjenci nie nadużywali preparatów złożonych, w których paracetamol występuje razem z kofeiną czy kwasem acetylosalicylowym. Kofeina rzeczywiście może nasilać działanie przeciwbólowe, ale jednocześnie zwiększa ryzyko działań niepożądanych przy przedawkowaniu.

Ostrożności wymaga też łączenie paracetamolu z innymi niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi — wtedy częściej pojawiają się działania niepożądane ze strony przewodu pokarmowego, przede wszystkim podrażnienie błony śluzowej żołądka.

Podsumowując: choć paracetamol jest uważany za lek bezpieczny, jego stosowanie w kombinacjach z innymi preparatami — zwłaszcza bez kontroli dawkowania — może istotnie zwiększyć ryzyko powikłań. Dlatego kluczowe jest, by pacjenci czytali ulotki i mieli świadomość, że pod różnymi nazwami handlowymi często kryje się ta sama substancja czynna.

Jak często pacjenci trafiają do oddziałów toksykologicznych z powodu zatrucia paracetamolem — czy to w wyniku błędów terapeutycznych, czy świadomego przedawkowania, np. podczas próby samobójczej?

Niestety, zdarza się to bardzo często, zwłaszcza wśród młodych dorosłych. Sięgają oni po paracetamol w celach samobójczych. Często też popełniają błędy terapeutyczne. Na tę sytuację wpływają dwa czynniki. Po pierwsze, łatwa możliwość zakupu dużych opakowań, nawet po 50 tabletek, co sprawia, że lek staje się prostym „narzędziem” do przedawkowania. Po drugie, pacjenci lekceważą jego potencjalne zagrożenia. Skoro paracetamol jest powszechnie znany jako lek przeciwbólowy i przeciwręczkowy, wielu uważa go za całkowicie nieszkodliwy.

Dodatkowym problemem jest przebieg kliniczny zatrucia. Objawy uszkodzenia wątroby pojawiają się dopiero po 2-3 dobach, a w pierwszych godzinach chory często czuje się zupełnie dobrze. To stwarza złudne poczucie bezpieczeństwa i opóźnia zgłoszenie się po pomoc medyczną. Niestety, właśnie to „niedocenianie przeciwnika” sprawia, że zatrucia paracetamolem są tak częstym wyzwaniem w toksykologii klinicznej.

Podsumowując, czy paracetamol wciąż zasługuje na miano najbezpieczniejszego leku przeciwbólowego i przeciwręczkowego, stosowanego także u dzieci? Czy to raczej mīt, z którym powinniśmy walczyć?

Moim zdaniem, paracetamol wciąż pozostaje jednym z najbezpieczniejszych leków przeciwbólowych i przeciwręczkowych. Nie powinniśmy wyłączać dziecka z kąpielą i podawać roli tego leku tylko dlatego, że istnieje ryzyko toksyczności. Kluczowe jest właściwe stosowanie, zgodne z zaleceniami.

Oczywiście, są wyjątki. Zdarzają się reakcje alergiczne czy nietolerancje, choć należą one do rzadkości. Ostrożność należy zachować również u osób z niewydolnością wątroby — w ich przypadku paracetamol nie jest lekiem pierwszego wyboru. Jednak dla większości pacjentów, w tym dla dzieci, przy stosowaniu zgodnym z wytycznymi, paracetamol jest lekiem skutecznym i bezpiecznym.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

25 lat



Dziedziczne żylaki powróżka nasiennego

„Najważniejszą konsekwencją żylaków powróżka nasiennego jest pogorszenie jakości nasienia i niepłodność. Szacuje się, że ok. 20 proc. mężczyzn z żylakami powróżka będzie miało problemy z poczęciem dziecka. Innych poważnych powikłań, poza możliwym dokuczliwym bólem, praktycznie nie obserwujemy” — mówi urolog dr hab. Piotr Bryniarski. Specjalista tłumaczy też, jak przebiega rozpoznanie, kiedy konieczne jest leczenie operacyjne i dlaczego nie każdy pacjent z żylakami powinien przejść zabieg.

Czym są żylaki powróżka nasiennego i jak często spotyka się je w praktyce urologicznej?

Żylaki powróżka nasiennego są dość częstym zjawiskiem, ale nie jest to choroba izolowana, dotycząca wyłącznie moszny. Najczęściej jest to przejaw ogólnoustrojowego osłabienia tkanki łącznej budującej naczynia żyłne. U osób z taką skłonnością dochodzi do poszerzenia żył w różnych miejscach organizmu. Pacjent z żylakami powróżka nasiennego może mieć także żylaki kończyn dolnych czy hemoroidy. To wszystko jest jeden i ten sam problem — słaba tkanka łączna i niewydolne zastawki w naczyniach żylnych.

W przypadku powróżka nasiennego mówimy o poszerzonych żyłach, które odprowadzają krew z jąder do krążenia centralnego. Jeśli zastawki nie pracują prawidłowo, krew cofa się, wzrasta ciśnienie w naczyniach i dochodzi do ich poszerzenia.

Jakie objawy mogą świadczyć o żylakach powróżka nasiennego i co powinno skłonić mężczyznę do wizyty u urologa?

Najczęstszym objawem jest ból jądra, zwykle po lewej stronie, co wynika z różnic anatomicznych w żylnym odpływie krwi z lewej i prawej strony. Pacjenci opisują go jako ból tępy, ciągnący, nasilający się w pozycji stojącej czy po wysiłku fizycznym. Poza tym często zgłaszają uczucie ciężaru czy rozpięcia w mosznie. Może też występować asymetria w wielkości jąder czy widoczne poszerzenie, kręte żyły — taka sytuacja również powinna skłonić do wizyty u lekarza, nawet jeżeli nie występują dolegliwości bólowe. Zdarza się jednak, że żylaki przez lata nie dają żadnych objawów.

Czy możemy mówić o jakichś grupach ryzyka predysponowanych do występowania tej dolegliwości?

Choroba często ma charakter rodzinny. Jeśli ojciec czy dziadek mieli żylaki — czy to kończyny, czy powróżka — ryzyko u potomków jest większe. Z tego względu zawsze podczas wywiadu lekarskiego pytamy o obecność chorób żylnych w rodzinie. Poza tym warto wspomnieć, że rozwojowi żylaków powróżka nasiennego sprzyja otyłość i siedzący tryb życia, co prowadzi do wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej i utrudnia prawidłowy odpływ krwi żyłnej z jąder. U mężczyzn z nadmierną masą ciała częściej dochodzi do zastojów krwi w naczyniach i ich poszerzenia. Wysokie ciśnienie wewnątrzbrzuszne osłabia także mechanizmy zastawkowe żył. W efekcie u tych pacjentów żylaki mogą rozwijać się szybciej i mieć bardziej nasilony przebieg.

W jakim wieku zwykle diagnozuje się żylaki powróżka nasiennego?

Wyróżniamy dwie główne grupy wiekowe pacjentów, u których rozpoznaje się ten problem. Pierwsza



FOT. MATEUSZ

O KIM MOWA

Dr hab. n. med. Piotr Bryniarski, prof. SUM, jest specjalistą urologiem. Kieruje Kliniką Urologii Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Jest też ordynatorem Oddziału Urologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Stanisława Szyszko w Zabrzu.

to młodzi mężczyźni, często chłopcy w okresie dojrzewania, którzy zgłaszają się z dolegliwościami bólowymi. Dotyczy to zwłaszcza wysokich, szybko rosnących nastolatków, u których powróżki nasienne są długie i żyły łatwiej ulegają poszerzeniu. U nich choroba może prowadzić nawet do zaburzenia rozwoju jądra, przez co pozostaje ono mniejsze niż u rówieśników.

Druga grupa pacjentów to mężczyźni bezobjawowi, którzy chcą powiększyć rodzinę i po nieudanych próbach osiągnięcia ciąży u partnerki rozpoczynają diagnostykę w kierunku niepłodności. Należy bowiem dodać, że żylaki powróżka nasiennego mogą wpływać negatywnie na jakość nasienia, co jest jedną z najczęstszych męskich przyczyn niepłodności.

Jakie badania są kluczowe w postawieniu rozpoznania?

Mamy trzy podstawowe narzędzia diagnostyczne: badanie fizykalne, USG moszny i badanie nasienia (spermogram). U wielu pacjentów już badanie palpacyjne pozwala ocenić stopień poszerzenia żył. Dzięki badaniu USG możemy potwierdzić diagnozę, a także ocenić morfologię jąder i najądrza. Z kolei spermogram daje informację o jakości nasienia. Normy WHO określają takie parametry, jak liczba, koncentracja, ruchliwość i prawidłowa budowa plemników. Jeśli te wartości są zaburzone u mężczyzn z żylakami, mamy mocny dowód, że to właśnie żylaki odpowiadają za niepłodność.

Czy żylaki powróżka nasiennego powodują konsekwencje zdrowotne u mężczyzn?

Najważniejszą konsekwencją jest pogorszenie jakości nasienia i niepłodność. Szacuje się, że ok. 20 proc. mężczyzn z żylakami będzie miało problemy z poczęciem dziecka. Nie oznacza to, że każdy pacjent z żylakami powróżka stanie się niepłodny, ale ryzyko jest wyraźnie zwiększone. Innych poważnych powikłań, poza możliwym dokuczliwym bólem, praktycznie nie obserwujemy.

W przypadku żylaków powróżka dostępne jest leczenie chirurgiczne. Czy każdy pacjent po postawieniu takiego rozpoznania powinien być operowany?

Absolutnie nie. Sama obecność żylaków nie jest wskazaniem do leczenia. Operujemy tylko wtedy, gdy pacjent ma objawy: nasilony ból lub niepłodność. Każdy zabieg, nawet mały, jest bowiem związany z ryzykiem. Dlatego decyzję o zabiegu podejmujemy tylko wówczas, gdy spodziewane korzyści przewyższają potencjalne powikłania.

Jakie metody leczenia stosowane są najczęściej?

Leczeniem z wyboru jest zabieg chirurgiczny — warikelektomia. Polega on na przecięciu i podwiązaniu poszerzonych żył jądrowych tak, by odpływ krwi odbywał się drogami alternatywnymi.

Najczęściej stosujemy metodę mikrochirurgiczną. Zabieg wykonuje się z niewielkiego, dwucentymetrowego cięcia pod kanałem pachwinowym. Powróżek nasienny wyciągamy na zewnątrz, a następnie pod mikroskopem operacyjnym podwiązujemy wszystkie poszerzone żyły, zachowując tętnicę i naczynia chłonne. Dzięki temu minimalizujemy ryzyko powikłań, zwłaszcza powstawanie wodniaka jądra, który był częstym powikłaniem w przypadku starszych metod.

Istnieją także inne techniki, np. laparoscopia — skuteczna, ale bardziej inwazyjna — oraz skleroterapia, czyli zamykanie żył za pomocą substancji chemicznych. Zarówno w Polsce, jak i na świecie stosuje się je dziś rzadziej, głównie z powodu większego ryzyka powikłań i nawrotów.

Czy po zabiegu poprawiają się parametry nasienia?

Tak, i to jest najważniejszy efekt operacji. Parametry nasienia ulegają poprawie, a co szczególnie istotne — w ponad 30 proc. przypadków u par, które miały problem z poczęciem, udaje się uzyskać ciążę naturalną. Najlepsze efekty obserwujemy w pierwszych miesiącach po operacji, dlatego zalecamy, aby w tym okresie para starała się szczególnie intensywnie o dziecko. Po zabiegu zwykle ustępują też dolegliwości bólowe — pacjenci zgłaszają znaczną poprawę już po kilku miesiącach.

Wspomniał pan, że żylaki powróżka nasiennego nie są problemem wyizolowanym. Czy w związku z tym można zapobiec ich powstawaniu poprzez działania ogólnoustrojowe?

Niestety nie. To choroba tkanki łącznej, na którą nie mamy wpływu. Możemy jedynie zalecać zdrowy tryb życia: utrzymanie prawidłowej masy ciała, regularną aktywność fizyczną, rezygnację z palenia czy nadmiernego spożywania alkoholu. Wszystko to poprawia ogólną jakość nasienia, chociaż jedynie w minimalnym stopniu chroni przed samym powstawaniem żylaków.

Wielu, zwłaszcza młodych mężczyzn po otrzymaniu diagnozy zastanawia się, czy powinno wprowadzić jakieś ograniczenia w swoim stylu życia, np. te dotyczące aktywności fizycznej.

Pacjent z żylakami powróżka nasiennego nie tylko nie musi, ale wręcz nie powinien rezygnować z aktywności fizycznej, ponieważ regularny wysiłek wspiera prawidłowe krążenie i ogólną kondycję organizmu. Nie powoduje przy tym pogorszenia choroby ani nie zwiększa ryzyka powikłań, chociaż u niektórych mężczyzn intensywnie ćwiczenia siłowe czy dźwiganie dużych ciężarów mogą nasilać uczucie dyskomfortu lub ból w mosznie. Warto wówczas skonsultować się z urologiem.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Szybka interwencja ratuje mózg

„Czas jest kluczowy — im szybciej rozpoczniemy leczenie, tym większa szansa na uratowanie tzw. strefy półcienia (obszaru względnego, odwracalnego niedokrwienia) i ograniczenie skutków udaru. Każde opóźnienie przekłada się na utratę kolejnych milionów neuronów” — mówi prof. Jarosław Sławek, neurolog.

Jakie są najczęstsze przyczyny udaru niedokrwinnego w populacji ogólnej?

Udar ma etiologię wieloczynnikową, ale najczęściej jego przyczyną jest albo miażdżyca naczyń krwionośnych, albo zatorowość sercowopochodna. Z kolei najważniejszymi czynnikami ryzyka miażdżycy są: nadciśnienie tętnicze (w Polsce, niestety, lekceważone i źle leczone przez pacjentów, nieprzysługujących wagi do objawu, który „nie boli”, nie kontrolują ciśnienia regularnie), cukrzyca, podwyższone stężenie cholesterolu, zwłaszcza jego frakcji LDL, palenie papierosów, nadmiar alkoholu, otyłość, zła dieta i stres.

Coraz więcej też się mówi o udarach mózgu wyprzedzających ujawnienie się choroby nowotworowej lub jej towarzyszących, głównie na skutek zaburzeń krzepliwości krwi, jakie wywołuje nowotwór. Czynników ryzyka udaru niedokrwinnego jest kilkadziesiąt, choć nie wszystkie mają taką samą wagę. One jednak sumują się i wiele małych czynników składa się na wspólny efekt w postaci udaru.

Jeśli natomiast chodzi o zaburzenia pracy serca, to najczęstszą przyczyną udaru jest migotanie przedsionków. Udar może być także powikłaniem zawału serca, wady zastawkowej czy kardiomiopatii (np. po przebytym zapaleniu mięśnia sercowego jako powikłaniu infekcji grypowej — dlatego szczepmy się!).

Udar mózgu dotyczy jednak aż 15 proc. osób poniżej 45. roku życia, a w tej grupie czynniki ryzyka mogą być inne. Poszukujemy u nich przetrwałego otworu owalnego w sercu, rozwarstwienia tętnic (np. po urazie głowy, zryt), genetycznie uwarunkowanych stanów nadkrzepliwości krwi czy wpływu hormonów — w okresie po ciąży czy w czasie stosowania leków hormonalnych (np. w etiologii krzepięcy zatok i naczyń żylnych mózgowia).

To wszystko dotyczy udarów niedokrwiniennych, ale 15 proc. udarów to krwotoki. Pęknięcie naczynia, np. w wyniku wysokiego ciśnienia krwi, jest powodem wynaczenia krwi do mózgu, często z fatalnym skutkiem i gorszym rokowaniem, także co do przeżycia. Jeszcze inną kategorią są krwotoki podopajczynnowe z pękniętego tętniaka mózgu. Dlatego nigdy nie lekceważmy nagłego, od początku maksymalnie silnego bólu głowy.

Jakie objawy kliniczne wskazują, że pacjent może mieć udar niedokrwinienny?

Uszkodzenie mózgu daje wielokierne objawy, zależnie od tego, która jego część jest uszkodzona. Jeśli w obszarze niedokrwienia czy krwotoku znajdują się drogi odpowiedzialne za ruch (włókna idące do rdzenia kręgowego do mięśni), to objawem będzie osłabienie siły mięśniowej, czyli niedowład, zlokalizowany zwykle połówco. To rzeczywiście częsty objaw udaru.

Jeżeli uszkodzone są drogi czuciowe, to u chorego wystąpią tylko zaburzenia czucia (drętwienie albo ubytek czucia) po jednej stronie ciała. Jeśli uszkodzeniu ulegnie pień mózgu, pojawią się także: ostre zachwiania równowagi, zawroty głowy, wymioty, podwójne widzenie czy niewyraźna mowa (dysartria). Gdy zajęty przez udar zostanie ośrodek mowy w lewej półkuli, skutkiem tego będzie afazja — zaburzenie polegające na trudnościach w rozumieniu mowy innych osób lub niemożności zbudowania prawidłowych wyrazów czy zdań.

Częstym powodem opóźnień w zgłoszeniu się do szpitala jest udar płatów potylicznych, dający zaburzenia widzenia, które składają chorego najpierw do pójścia do okulisty. Także źródłem częstych pomyłek i opóźnień w szukaniu pomocy są zawroty głowy, przypisywane zaburzeniom błędnika.

Dlaczego czas odgrywa kluczową rolę w diagnostyce udaru niedokrwinnego?

Czas jest kluczowy, bo każda minuta oznacza obumieranie neuronów (czyli komórek nerwowych)

O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek jest specjalistą w dziedzinie neurologii, kierownikiem Kliniki Neurologii, Chorób Neurozwyrodnieniowych i Neuroimmunologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz kierownikiem Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego w Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku. Pełni funkcję sekretarza zarządu International Association of Parkinsonism & Related Disorders (IAPRD) oraz wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w kadencji 2024-2027.



w miejscu niedokrwienia. Obszar niedokrwienia ma część środkową, gdzie jest ono największe, niekiedy nieodwracalne (strefa martwicy), ale wokół jest strefa tzw. niedokrwienia względnego (półcienia, inaczej penumbry), którą możemy jeszcze uratować.

Im większy obszar niedokrwienia, tym większe skutki, jakie udar pozostawi w postaci niedowładu, zaburzeń mowy lub widzenia czy wszystkich tych skutków jednocześnie. Szybkie działanie to także mniejsze ryzyko rozwoju takich następstw udaru, jak: depresja, zaburzenia poznawcze, spastyczność czy padaczka poudarowa.

Z jakimi innymi stanami nagłymi należy różnicować udar i jak to wygląda w praktyce klinicznej?

Niewiele chorób jest przyczyną pojawienia się tak ostrych objawów, jak w udarze mózgu. Występują one przy pierwszym rzucie stwardnienia rozsianego (głównie młode osoby w 20.-30. roku życia), także jako objawy aury migrenowej (też zwykle młodzi ludzie) czy w przypadku krwiaka przymózgowego pourazowego (zazwyczaj częściej u osób starszych). Objawy udaru mogą być także skutkiem niedocukrzenia, np. po podaniu insuliny, ale bez posiłku u chorego na cukrzycę. Niekiedy po napadzie padaczkowym pozostaje również niedowład połowicy (jako wyraz depolaryzacji — elektrycznego i energetycznego „wyczerpania” neuronów), który mija w ciągu kilkunastu godzin.

Jakie są najczęstsze błędy diagnostyczne w rozpoznawaniu udaru?

To m.in. lekceważenie takich objawów, jak drętwienia ręki („źle spałem”), zaburzenia widzenia („muszę iść do okulisty”), zawroty głowy („to mój błędnik źle działa”), ostry ból głowy („a to migrena”). Nagły, ostry ból głowy może być objawem wspomnianej wcześniej szczególnej formy udaru krwotocznego, jaką jest krwotok podopajczynnowy z pękniętego tętniaka mózgu. Błędem jest zwlekanie z wezwaniem pomocy, czekanie na wizytę u lekarza POZ czy robienie badań na własną rękę. Błędy mogą wynikać z braku umiejętności dostrzeżenia subtelnych objawów udaru, jak np. obniżenie kąłka ust po jednej stronie twarzy czy trudności z wysławianiem się.

Nie wolno lekceważyć także objawów, które po kilkudziesięciu minutach czy np. 2-3 godzinach samistnie ustąpiły. Taki stan określamy jako przejściowy atak niedokrwinienny (ang. *transient ischemic attack*, TIA), który jest często zapowiedzią dokonanego, pełnego udaru mózgu w kolejnych dniach.

Jak wygląda aktualny standard postępowania w ostrej fazie udaru niedokrwinnego?

Standardem jest dzisiaj wykonywanie zabiegów trombolizy dożylniej, tj. farmakologicznego „rozpuszczania” skrzepiny w zamkniętym naczyniu krwionośnym. Podaje się takie leki, jak alteplaza czy nownoszy z tej grupy — tenekteplaza w tzw. oknie czasowym 4,5 godziny od pierwszych objawów udaru. Znow widzimy, dlaczego czas jest tak ważny, bo nie mamy go za wiele na skuteczne działania. Ważne jest także, abyśmy byli w stanie ustalić czas zachorowania (kiedy ostatni raz widziano pacjenta bez objawów) i zdołali jak najszybciej dotrzeć do szpitala z oddziałem udarowym.

Jeśli tromboliza nie działa albo chory ma do niej przeciwwskazania, wykonujemy trombektomię mechaniczną, czyli mechaniczne usunięcie skrzepiny za pomocą specjalnego cewnika wprowadzanego do naczynia krwionośnego w mózgu. Ten zabieg możemy wykonać w oknie czasowym do 6 godzin, ale dzięki nowym technikom obrazowania ten czas może być w niektórych sytuacjach wydłużony. Musimy jednak mieć dostęp do tych urządzeń (np. do całodobowo dostępnego rezonansu magnetycznego).

Którzy pacjenci kwalifikują się do leczenia trombolitycznego i jakie są główne do niego przeciwwskazania?

Jak wspomniałem, kwalifikują się go tego leczenia chorzy, którzy szybko zgłoszą się do szpitala (powtarzam: nie lekceważmy objawów udaru!). Warunkiem jest także nieprzyjmowanie leków przeciwkrzepiliwych w ostatnich godzinach/dniach oraz brak innych zaburzeń krzepnięcia. Ponadto: brak w wywiadzie niedawno przebytego dużego zabiegu chirurgicznego, brak choroby nowotworowej z ogniskami w narządach, w których krwawienie może być śmiertelne, brak krwawienia w badaniu tomografii komputerowej, wykonywanym przy przyjęciu do szpitala.

Jeśli chory ma zbyt wysokie ciśnienie, to najpierw trzeba je wyrównać, podobnie należy postąpić ze zbyt wysokim poziomem cukru we krwi. Przeciwwskazaniem może być też zbyt mała liczba płytek krwi (usposabia to do krwotoku). Również podejrzenie pęknięcia tętniaka — od początku bardzo silny ból głowy — może powodować odstąpienie od leczenia.

Zawsze trzeba dokładnie rozważyć argumenty za i przeciw, aby nie spowodować krwawienia. W sytuacji, gdy pacjent przyjmował leki przeciwkrzepiwe, można natomiast wykonać trombektomię mechaniczną z pominięciem trombolizy, o ile w badaniu naczyniowym tomografii komputerowej znajdziemy zamknięte duże naczynie krwionośne.

Jakie znaczenie ma wcześnie wdrożenie leczenia przeciwfibrinolitycznego i przeciwkrzepiliwego?

Ogromne, bo zapobiega nawrotom udaru. Tu znowu pojawia się czynnik czasu. Jeśli u chorego z objawami udaru, które do 24 godzin się wycofały (np. wspomniany przemijający atak niedokrwinienny), nastąpi szybko wykrycie migotania przedsionków i wdrożenie leczenia przeciwkrzepiliwego, to może uchronić go przed „pełnym” udarem mózgu. Podobnie z krytycznym zwichnięciem tętnic szyjnych, w sytuacji TIA można je w trybie pilnym udrożnić lub wstawiać do nich stenty i zapobiec udarowi. W innych sytuacjach wprowadzamy profilaktyczne leczenie przeciwfibrinolityczne za pomocą kwasu acetylosalicylowego

lub kłopotogrełu, niekiedy krótkoterminowo stosujemy te leki jednocześnie.

W ostatnich latach coraz częściej mówi się o nowych opcjach w trombolizie dożylniej. Czym różni się mechanizm działania tenekteplazy od alteplazy?

Tenekteplaza działa szybciej, można ją podać w jednym wstrzyknięciu dożylnym, tzw. bolusie, który trwa 5-10 sekund. Alteplazę natomiast trzeba podawać w godzinny wlew dożylny, poprzedzony bolusem, w którym podajemy 10 proc. dawki całkowitej, co wydłuża czas do efektywnego jej zadziałania.

W ostatnich miesiącach ukazały się nowe wytyczne Sekcji Schorzeń Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (dostępne w serwisie PTN www.neuroedu.pl), które wskazują na identyczny mechanizm działania tenekteplazy i alteplazy, ale wyższą efektywność i bezpieczeństwo tenekteplazy w oknie terapeutycznym <4,5 h. Eksperti Sekcji Schorzeń Naczyniowych PTN sugerują jednak, by w odniesieniu do tenekteplazy stosować kryteria wyłączające z leczenia, przyjęte dla alteplazy.

W jednym z ostatnich tegorocznych wydań czasopisma „European Journal of Medical Research” autorzy dokonali systematycznego przeglądu i metaanalizy badań porównujących alteplazę i tenekteplazę. Analiza dotyczyła ponad 9 tys. chorych, z czego połowa była leczona tenekteplazą. W przypadku tej ostatniej wskazano na lepsze efekty funkcjonalne, przy podobnym profilu bezpieczeństwa w zakresie ryzyka zgonu.

Jakie korzyści terapeutyczne i praktyczne wynikają z możliwości podania leku w postaci bolusu w porównaniu z klasyczną infuzją dożylną?

Znowu ważne są: szybkość działania leku i w związku z tym efektu klinicznego oraz szybka decyzja, czy wystarczą tromboliza, czy też trzeba mobilizować zespół do wykonania zabiegu trombektomii.

Na pewno rejestry z badań otwartych (tenekteplaza jest teraz szeroko stosowana, także w polskich ośrodkach i preferowana jako pierwszy wybór) przyniosą nam wkrótce odpowiedzi na pytania o przewagę tego leku nad dotychczas stosowaną alteplazą. Jest to szczególnie ważne w aspekcie skuteczności działania i możliwości zmniejszenia odsetka chorych kierowanych dalej do zabiegu trombektomii mechanicznej.

Jak obecnie wygląda postępowanie w leczeniu ostrej fazy udaru niedokrwinnego i jakie znaczenie w tym kontekście mają nowe leki?

Leki do stosowania w ostrej fazie udaru stają się coraz bardziej skuteczne i bezpieczne, ale muszą znaleźć miejsce w swoim okienku czasowym, bowiem nie przywrócą życia tkance mózgowej, która uległa martwicy. Zatem znowu czas jest krytyczny, a także nowe techniki obrazowania (np. badanie perfuzyjne, skalowanie czynników ryzyka powikłań i skuteczności terapii za pomocą metod neuroobrazowych, pewnie wkrótce też z użyciem AI).

Za pomocą leków staramy się też odwrócić skutki obumierania, spowolnić ten proces. Wiele leków tzw. neuroprotektynnych nie sprawdziło się, ale kolejne są ciągle w próbach. Bardzo obiecujące są badania (także polskich badaczy z Warszawy i Poznania) nad znaną od lat cerebrolizyną.

W dalszej kolejności istotna jest również rehabilitacja, do której ciągle mamy ograniczony dostęp. Ważny jest czas jej podjęcia, podobnie jak czas zastosowania iniekcji toksyną botulinową w zwalczaniu spastyczności poudarowej — im wcześniej, tym lepsze wyniki.

A na końcu wszystkie te drogie terapie można ograniczyć, jeśli zainwestujemy w działania profilaktyczne. Chodzi o skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego, zrzucenie zbędnych kilogramów, ruch, zrzucenie palenia, ograniczenie spożywania alkoholu, leczenie hipercholesterolemii, cukrzycy, przyjmowanie leków przeciwkrzepiliwych w migotaniu przedsionków, bo to najlepsze, co możemy dla siebie zrobić. Wszystkie nowe leki witamy z nadzieją, ale jak to w życiu i badaniach klinicznych bywa, nie są one jednakowo i zawsze tak samo skuteczne u wszystkich chorych. Lepiej i taniej zapobiegać niż leczyć!

Rozmawiała Anna Rogala

Zagrożeni 30-latkowie bez klasycznych czynników ryzyka udaru

W ostatnich latach lekarze obserwują niepokojący trend wzrostu liczby przypadków udaru mózgu wśród młodych, aktywnych zawodowo dorosłych, prowadzących na pozór zdrowy tryb życia. W ocenie neurolożki prof. Anetty Lasek-Bal: „granica wieku wystąpienia pierwszego w życiu udaru mózgu systematycznie się obniża, a przyczyn należy upatrywać w stylu życia i niedostatecznej profilaktyce”. Światowy Dzień Udaru Mózgu, obchodzony 29 października, to okazja, by przypomnieć, że wczesna profilaktyka oraz szybka reakcja w momencie zdarzenia mogą uratować życie.

W ciągu ostatnich dwóch dekad średni wiek pacjenta, u którego wystąpił pierwszy udar mózgu, wyraźnie się obniżył. „Nie mamy jednej, spójnej definicji pojęcia „młody dorosły z udarem mózgu”, jednak najczęściej przyjmuje się, że są to pacjenci poniżej 50. roku życia” — wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Anetta Lasek-Bal, neurolożka kierująca Oddziałem Neurologii z Pododdziałem Udarowym Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. L. Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ordynatorka Oddziału Neurologii Szpitala Wojewódzkiego w Tychach.



prof. Anetta Lasek-Bal

„W całej populacji pacjentów z udarem mózgu, osoby doświadczające choroby przed 50. r.ż. stanowią obecnie kilkanaście procent, co jest zjawiskiem niepokojącym” — alarmuje specjalistka. Jej zdaniem, przyczyną udaru mózgu osób w wieku 30-40 lat są podobne, ale częściej związane ze stylem życia niż z chorobami przewlekłymi.

„Czynniki ryzyka u młodych ludzi wynikają przede wszystkim z naszych codziennych wyborów: braku aktywności ruchowej, złych nawyków żywieniowych, zarządzania snem, nieprawidłowej masy ciała, stresu, nadużywania alkoholu czy stosowania środków psychoaktywnych. To złożony problem społeczny, który wymaga działań na wielu poziomach — od edukacji po skuteczną profilaktykę. Niestety, nadal obserwujemy wzrost używania psychostymulantów, które mogą prowadzić zarówno do udaru niedokrwinnego, jak i krwotocznego” — tłumaczy prof. Anetta Lasek-Bal.

Problem zdrowotny i społeczny

Udar mózgu pozostaje jedną z głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności w Polsce. Co roku rozpoznaje się 70-80 tys. nowych jego przypadków.

„Dla wielu pacjentów udar mózgu jest chorobą śmiertelną, a połowa tych, którzy przeżyją pierwszy rok, zmaga się z trwałym deficytem ruchowym i/lub poznawczym. Trzeba pamiętać, że udar to nie tylko incydent naczyniowy, ale też początek długiej drogi leczenia, rehabilitacji i często ograniczenia samodzielności” — zaznacza neurolożka.

Konsekwencje udaru nie kończą się na ostrym epizodzie. Udar może prowadzić nie tylko do trwałego deficytu ruchowego, ale i ośpienia, depresji czy padaczki poudarowej, które wymagają dalszej opieki. Leczenie i rehabilitacja to ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia — zarówno organizacyjne, jak i ekonomiczne.

Błędna ocena i lekceważenie objawów

Objawy udaru mózgu są w dużej mierze identyczne u osób młodych i starszych. O przebiegu choroby decyduje bowiem lokalizacja uszkodzenia w mózgu. „Jeżeli dojdzie do zamknięcia lub pęknięcia tętnicy, skutkiem jest odpowiednio niedokrwienie

W jego przebiegu dochodzi do uszkodzenia ścian naczyń mózgowych, co może prowadzić do ich pęknięcia lub zamknięcia” — mówi neurolożka.

Wymienione choroby należą do grupy czynników modyfikowalnych, co oznacza, że właściwe leczenie i zmiana stylu życia mogą zmniejszyć ryzyko udaru. Zdaniem prof. Anetty Lasek-Bal: „profilaktyka pierwotna udaru mózgu powinna zaczynać się dużo wcześniej, zanim pojawią się pierwsze objawy innych chorób sercowo-naczyniowych”.

Czas rehabilitacji i opieki interdyscyplinarnej

Po przebyciu udaru kluczową rolę odgrywa rehabilitacja, która powinna być rozpoczęta jak najwcześniej. „Pacjenci po leczeniu ostrej fazy udaru wymagają rehabilitacji funkcji ruchowych, często także mowy oraz poznawczych. Niestety, liczba wyspecjalizowanych ośrodków wciąż jest niewystarczająca, co wydłuża czas oczekiwania na przyjęcie” — wskazuje prof. Anetta Lasek-Bal.

W procesie leczenia i rekonwalescencji niezbędne jest wsparcie zespołu interdyscyplinarnego: neurologa, logopedy, psychologa, pielęgniarki, rehabilitanta oraz specjalistów zajmujących się chorobami współistniejącymi — kardiologa czy diabetologa. „Bardzo ważną jest też rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który prowadzi pacjenta w przewlekłej fazie choroby i koordynuje dalsze leczenie” — dodaje ekspertka.

Profilaktyka to inwestycja w zdrowie

Prof. Anetta Lasek-Bal przypomina, że aż 90 proc. przyczyn udarów niedokrwiniennych należy do czynników modyfikowalnych. „To bardzo dobra wiadomość, bo oznacza, że mamy realny wpływ na ryzyko choroby. Utrzymanie prawidłowej masy ciała, stosowanie diety śródziemnomorskiej, regularna aktywność fizyczna, kontrola ciśnienia tętniczego i unikanie używek to proste działania, które zmniejszają zagrożenie udarem mózgu” — podkreśla.

U osób, które przeżyły udar, kluczową jest profilaktyka wtórna, obejmująca leczenie przeciwnakrzepowe, stosowanie statyn lub innych środków obniżających stężenie lipidów, oraz kontrolę chorób towarzyszących. „To właśnie konsekwencja w leczeniu i systematyczne monitorowanie stanu zdrowia decydują o tym, czy uda się zapobiec kolejnemu incydentowi” — dodaje specjalistka. Neurologi nie mają wątpliwości: profilaktyka i edukacja zdrowotna to klucz do zahamowania rosnącej liczby udarów wśród młodych. Jak podsumowuje prof. Anetta Lasek-Bal: „Udar mózgu nie zna wieku, ale świadomość czynników ryzyka, regularne badania i odpowiedzialny styl życia pozwalają znacząco zmniejszyć prawdopodobieństwo jego wystąpienia. To inwestycja w przyszłość, na którą stać każdego z nas”.

Dodatkowe obciążenie: choroby cywilizacyjne

Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i otyłość, uznawane za choroby cywilizacyjne, coraz częściej występują również u młodych dorosłych. „Wskazuje się, że to właśnie nadciśnienie tętnicze, cukrzyca odgrywają coraz większą rolę w rozwoju udarów.

Anna Rogala

Magnez — pierwiastek szczególnie ważny w kardiologii i diabetologii

„Hipomagnezemia ma wpływ na patofizjologię niewydolności serca i może potencjalnie zwiększać ryzyko jej rozwoju i progresji. Niedobór magnezu w organizmie pogarsza także kontrolę glikemii i sprzyja rozwojowi powikłań cukrzycowych” — wskazuje dr hab. n. med. Marcin Barylski, prof. UM w Łodzi.

Jakie są główne mechanizmy biologiczne, dzięki którym magnez wpływa na funkcjonowanie układu krążenia? Czy niedobór tego pierwiastka można uznać za niezależny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, takich jak nadciśnienie tętnicze, arytmie czy choroba wieńcowa?

Chociaż niedobór magnezu nadal nie jest ujęty w wytycznych kardiologicznych jako czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (s-n), doskonale wiemy, że może on mieć niebagatelny wpływ na niektóre choroby układu krążenia. Jako naturalny antagonistą wapnia, magnez oddziałuje na napięcie mięśniówki naczyni, powodując ich rozszerzanie.

Niedobór magnezu zwiększa syntezę aldosteronu oraz produkcję tromboksanu i prostaglandyn, zwiększających naczyń krwionośną, a także hamuje uwalnianie tlenu azotu ze śródbłonia. Wpływa również na potencjały czynnościowe poprzez kanały jonowe i tym samym odgrywa kluczową rolę w patogenezie arytmi. Zapewnia też potencjalną ochronę komórkową podczas niedokrwienia mięśnia sercowego. Czyni to poprzez redukcję przeciążenia wapniem wewnątrzkomórkowym, oszczędzanie komórkowego ATP, zmniejszenie zużycia tlenu przez mięsień sercowy oraz ochronę tego mięśnia przed uszkodzeniem w przebiegu stresu oksydacyjnego. Sugeruje się, że hipomagnezemia ma wpływ na patofizjologię niewydolności serca i może potencjalnie zwiększać ryzyko jej rozwoju oraz progresji.

Czy magnez odgrywa również ważną rolę w regulacji gospodarki węglowodanowej i insulinooporności?

Jak najbardziej. Magnez odgrywa kluczową rolę w metabolizmie glukozy i insuliny, głównie poprzez wpływ na aktywność kinazy tyrozynowej receptora insuliny, a także białka transportującego glukozę 4. Tym samym bezpośrednio uczestniczy w regulacji translokacji glukozy do komórki.

Wykazano, że niedobór magnezu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju retinopatii, nefropatii, neuropatii cukrzycowej oraz niedostateczną kontrolą glikemii. Klinicznymi konsekwencjami niedoboru magnezu u pacjentów z cukrzycą typu 2 może być narastająca insulinooporność i związana z tym zmniejszona utylizacja glukozy. Inną teorią opisującą związek niedoboru magnezu ze zwiększoną insulinoopornością jest występowanie stresu oksydacyjnego lub zapalenia.

W jakim stopniu zatem niedobór magnezu koreluje z rozwojem cukrzycy typu 2, a w jaki z jej powikłaniami naczyniowymi?

Wyniki badań epidemiologicznych potwierdziły dużą częstość występowania hipomagnezemu u osób z cukrzycą, szczególnie w przypadku złej kontroli glikemii oraz towarzyszących powikłań mikro- i makronaczyniowych. W dwóch dużych metaanalizach wykazano istotną statystycznie ujemną korelację między wysokim spożyciem magnezu a ryzykiem rozwoju zespołu metabolicznego i cukrzycy typu 2.

Hipomagnezemia była też niezależnym czynnikiem, mogącym powodować upośledzoną tolerancję glukozy. W jednym z badań wykazano zwiększone o 55 proc. ryzyko pojawienia się cukrzycy w przypadkach niskiego stężenia magnezu w surowicy. W innym badaniu, obejmującym ponad 39 tys. kobiet, stwierdzono, że wyższe



Foto: P. Kozłowski

O KIM MOWA

Dr hab. n. med. Marcin Barylski, prof. UM w Łodzi, FESC, FPCS, jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii, kierownikiem Pracowni Kardiometrii w Klinice Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Łagodna hipomagnezemia przebiega zwykle bezobjawowo, ale głębszy deficyt tego pierwiastka może objawiać się jako stałe osłabienie, łatwe męczenie się, zaburzenia koncentracji i uwagi, większa podatność na infekcje i/lub stres, drżenia i mrowienia rąk, powiek i warg, nadpobudliwość psychoruchową, uczucie niepokoju, kołatania serca czy napady tężyzkowe.

spożycie magnezu było związane ze zmniejszonym ryzykiem cukrzycy typu 2. Inna metaanaliza, obejmująca 40 prospektywnych badań kohortowych i łącznie ponad 1 milion uczestników, wykazała, że dodatkowe 100 mg dziennie magnezu może zmniejszyć ryzyko cukrzycy typu 2 o 19 proc.

W wielu badaniach klinicznych udowodniono, że doustna suplementacja magnezu zmniejsza stężenie glukozy na czczo, hemoglobiny glikowanej oraz wskaźnik insulinooporności HOMA-IR, co poprawia kontrolę metaboliczną u pacjentów z cukrzycą typu 2. Szczególnym przypadkiem, w którym powinno się rozważyć suplementację magnezu, jest farmakoterapia metforminą, ponieważ jej stosowanie wiąże się z niższymi stężeniami magnezu w osoczu.

Jakie czynniki zwiększają zapotrzebowanie na magnez lub powodują jego wypłukiwanie z organizmu?

Problem niedoboru magnezu nasila się, gdy zapotrzebowanie na ten pierwiastek jest zwiększone, co dotyczy szczególnie dzieci w okresie intensywnego wzrostu, kobiet w ciąży i w okresie laktacji, osób poddanych przewlekłemu działaniu stresu lub uprawiających wyczynowo sport. Do niedoboru magnezu dochodzi również u kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne lub hormonalną terapię zastępczą, u pacjentów leczonych antybiotykami, cytostatykami, lekami immunosupresyjnymi, uspokajającymi, nasennymi oraz psychotropowymi, a także u osób z cukrzycą, nadczynnością tarczycy lub nadnerczy oraz nadużywających alkoholu. Należy również pamiętać, że stosowanie diuretyków lub leków przeczyszczających nasila wydalanie magnezu, a inhibitorów pompy protonowej może zmniejszać przyswajalność magnezu z przewodu pokarmowego.

Jakie są objawy niedoboru magnezu?
Objawy niedoboru magnezu są różnorodne, często niecharakterystyczne, i dotyczą wielu układów. Łagodna hipomagnezemia przebiega zwykle bezobjawowo, ale głębszy deficyt tego pierwiastka może objawiać się jako stałe osłabienie, łatwe męczenie się, zaburzenia koncentracji i uwagi, większa podatność na infekcje i/lub stres, drżenia i mrowienia rąk, powiek i warg, nadpobudliwość psychoruchową, uczucie niepokoju, kołatania serca czy napady tężyzkowe.

Co więcej, objawy niedoboru magnezu mogą wystąpić także przy prawidłowej lub nawet podwyższonej jego ilości w organizmie, co wynika z możliwości przesunięcia puli magnezu z i do komórek oraz kości. Rutynowa ocena poziomu magnezemii ma zatem małą wartość diagnostyczną, bowiem prawidłowe stężenie magnezu we krwi nie wyklucza niedoborów tkankowych tego pierwiastka i nie powinno skutkować opóźnieniem decyzji o włączeniu preparatów magnezowych do leczenia bądź suplementacji.

Czy są jakiegokolwiek konsekwencje nadmiaru magnezu w organizmie?

Chociaż największym problemem jest niedobór tego pierwiastka, to niekontrolowane jego przyjmowanie może mieć też pewne negatywne skutki. Wysokie dawki soli magnezu działają przeczyszczająco, a przewlekła nadmierna podaż może powodować odwodnienie, trudności w oddychaniu, zaburzenia widzenia i mowy, zaburzenia snu czy osłabienie mięśniowe, a także zmiany

w zapisie EKG, choć objawy te były obserwowane głównie u osób, którym podawano magnez dożylnie.

Jakie produkty są bogate w magnez?
To przede wszystkim produkty zbożowe (otręby, kasza gryczana, pieczywo pełnoziarniste), nasiona roślin oleistych i strączkowych (pestki słonecznika i dyni, fasola, grosek, soja), orzechy, kakao, gorzka czekolada, a także ryby, ziemniaki, banany, niektóre warzywa (głównie zielone, np. liście szpinaku) oraz woda pitna (szczególnie twarda).

Należy jednak zaznaczyć, że w ostatnich kilkudziesięciu latach zawartość magnezu w pożywieniu dramatycznie spadła. Jest to związane ze wzrostem spożycia żywności przetworzonej oraz sposobami uprawy roślin, które prowadzą do zmniejszenia ilości magnezu w glebie, a co za tym idzie — w końcowych produktach spożywczych. Konsekwencją tego jest zbyt mała podaż magnezu — szacuje się, że problem ten może dotyczyć w Polsce nawet 90 proc. mężczyzn i 70 proc. kobiet.

Jakie są aktualne zalecenia dotyczące dziennego spożycia magnezu w populacji ogólnej oraz u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i cukrzycą?

Dobowe zapotrzebowanie na magnez zależy od wieku, płci i aktualnego stanu organizmu. W znowelizowanych w 2017 r. normach Instytutu Żywności i Żywienia poziom zalecanego spożycia magnezu w diecie określono na 320 mg Mg2+ dla kobiet oraz 420 mg Mg2+ dla mężczyzn powyżej 18 r.ż. Zgodnie z wytycznymi Association for Magnesium Research, pacjenci z cukrzycą odnoszą korzyści z suplementacji magnezu w dawce 240–480 mg/dobę.

Na ile istotne są różnice w biodostępności magnezu w zależności od formy chemicznej preparatu i jakie ma to znaczenie kliniczne dla skuteczności suplementacji?

Na rynku dostępnych jest wiele preparatów zawierających różne związki magnezu. Najistotniejszym kryterium wartościującym te preparaty jest rodzaj soli i wynikająca z tego zróżnicowana przyswajalność jonów Mg2+, na którą składa się z kolei rozpuszczalność w treści pokarmowej oraz sprawność transportu przez barierę jelitową. Wszystkie nieorganiczne sole magnezu (np. tlenek, chlorek, węglan) są słabo przyswajalne (na poziomie 4–30 proc.), dlatego nie zaleca się ich w suplementacji.

Optymalnym wyborem powinny być związki organiczne (cytrynian, mleczan, asparaginian), które są najbardziej podobne do związków magnezu występujących w pożywieniu, a ich wchłanianie dochodzi do 90 proc. w przypadku cytrynianu magnezu. Wchłanianiu magnezu sprzyja witamina B6. Zwiększa ona jego wchłanianie z przewodu pokarmowego o 20–40 proc., ułatwia transport do komórek oraz utrzymuje jego wewnątrzkomórkowe zapasy na właściwym poziomie. Zalecany stosunek witaminy B6 do magnezu wynosi 1:10.

Warto zaznaczyć, że preparat magnezu należy przyjmować z posiłkiem, popijając dużą ilością wody i w dawkach podzielonych. Zalecane są przede wszystkim preparaty zarejestrowane jako produkty lecznicze — z uwagi na fakt, że znana jest w ich przypadku biodostępność, co pozwala na jednoznaczne określenie przyjętej dawki magnezu.

Rozmawiała Anna Rogala

Materiał partnera

PPK to nie koszt, to zysk

„Każda złotówka w PPK uruchamia dodatkowe pieniądze od pracodawcy i państwa. To jedyny taki program, w którym zyskuje się już na starcie” — podkreśla **Julia Dyduch**, dyrektor ds. Programów Emerytalnych w TFI PZU SA. Ekspertka wyjaśnia, dlaczego coraz więcej **pracowników ochrony zdrowia** wraca do Pracowniczych Planów Kapitałowych i traktuje je jako realny sposób budowania prywatnych oszczędności.



Zacznijmy od podstaw. Pracowniczy Plan Kapitałowy (PPK) to program, o którym wiele osób słyszało, ale nie wszyscy wiedzą, od kiedy i w jaki sposób objąć pracowników ochrony zdrowia. Kiedy pielęgniarki, lekarze, ratownicy medyczni czy pracownicy administracji szpitalnej zyskali możliwość oszczędzania w ramach PPK?
Branża ochrony zdrowia została objęta PPK od 1 stycznia 2021 r. To wtedy jednostki samorządowe — a więc również szpitale, przychodnie i inne publiczne placówki medyczne — musiały wdrożyć program. W praktyce oznaczało to, że setki tysięcy pracowników medycznych otrzymało możliwość korzystania z dodatkowej formy oszczędzania. Warto podkreślić, że PPK nie zastępuje systemu emerytalnego, ale go uzupełnia. To dodatkowe, prywatne pieniądze, które można wykorzystać w przyszłości — a w razie potrzeby nawet wcześniej.

PPK obejmuje każdą ozusowaną umowę: etat, kontrakt, zlecenie

Kto może być uczestnikiem PPK? W szpitalach są osoby zatrudnione na bardzo różnych zasadach — od etatów, przez kontrakty, po umowy zlecenia. Tu warto od razu rozwiać wątpliwości. Uczestnikiem PPK może zostać każda osoba, która jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie lub innej umowy, od której odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne — tzw. ozusowanej umowy.

To oznacza, że nie ma znaczenia, czy ktoś jest lekarzem na kontrakcie, pielęgniarką na pełnym etacie czy ratownikiem medycznym na umowie zleceniu. Jeśli od jego wynagrodzenia są odprowadzane składki do ZUS — może być uczestnikiem PPK. To szczególnie istotne w ochronie zdrowia, w której wiele osób łączy kilka form zatrudnienia jednocześnie.

Zaufanie do PPK rośnie — coraz więcej osób wraca do programu

W okresie wdrożenia PPK sporo mówiło się o tym, że pracownicy rezygnują z uczestnictwa. Czy po czterech latach rzeczywiście widać, że zaufanie wzrosło, a PPK się przyjęło?

To prawda, że początkowo wiele osób podchodziło do PPK z dużą rezerwą. Nie tylko w branży medycznej. Widzimy, że potrzebny był czas na to, aby obiekty, które pojawiły się na początku, stały się bezpodstawne. Dziś obserwujemy stabilny wzrost zaufania. Coraz więcej osób docenia, że pieniądze z PPK pochodzą aż z trzech źródeł, z czego tylko jedno źródło to wpłaty pracownika, a pozostałe dwa to dopłaty pracodawcy i państwa. Widzimy też, że coraz częściej osoby, które w 2021 r. złożyły rezygnację z PPK, teraz wracają.

Najczęstsze obawy i mity o PPK kontra fakty

Mimo to w środowisku medycznym wciąż pojawia się sporo obaw. Na forach pielęgniarek czy w grupach ratowników medycznych można przeczytać, że PPK to „koszt”, że „państwo i tak przejmie

pieniądzę” albo że „nie da się wrócić, jeśli ktoś zrezygnował”. Jak pani reaguje na takie opinie?
To bardzo charakterystyczne mity. Pierwszy z nich twierdzi, że PPK to koszt. Tymczasem jest dokładnie odwrotnie, bo koszt, który ponosi uczestnik, to wpłata odprowadzana z jego wynagrodzenia, a przecież do tego prawie drugie tyle dopłaca pracodawca. Są też dwie dopłaty od państwa — powołna i roczna.

Drugi mit mówi, że państwo „przejmie” te środki. A przecież PPK to prywatne oszczędności, zapisane na indywidualnym rachunku uczestnika i to on decyduje, co z nimi zrobić. Państwo nie ma prawa ich przejąć czy też nimi zarządzać. Bezpodstawne i szkolidne są często przytaczane analogie do OFE.

Trzeci mit sugeruje, że jak się raz zrezygnuje, to już nie można wrócić do PPK. Nieprawda. Do PPK można zapisać się ponownie w każdej chwili. Wystarczy złożyć prosty wniosek do działu kadr. Od następnego miesiąca znów naliczane są wpłaty, razem z dopłatami od pracodawcy i państwa. Nie ukrywam, że obserwujemy coraz większą liczbę złożonych wniosków o przystąpienie do PPK, co nas bardzo cieszy.

Ile można zyskać? Konkretny przykład

Zatrzymajmy się przy liczbach. Jak to wygląda w praktyce — ile można zyskać po kilku latach oszczędzania?

Posłużę się realnym przykładem uczestniczki z branży medycznej, która oszczędza w PPK od maja 2021 r. do dziś. Przez cztery lata na dzień 30 września z jej wynagrodzenia wpłynęło na PPK ok. 15 tys. zł (2 proc. wynagrodzenia miesięcznie). Pracodawca, realizując wpłatę 1,5 proc. wynagrodzenia, wpłacił łącznie ponad 11 tys. zł. Do tego ponad 1 tys. zł otrzymała z dopłat od państwa. Środki są inwestowane, a sam zysk z inwestycji w tym okresie wyniósł ponad 8 tys. zł. Reasumując, przy wpłacie ok. 15 tys. zł zrealizowanych po stronie pracownika, na koncie PPK uzbierała się kwota ponad 36 tys. zł.

To tylko jeden z przykładów, ale co ważne — nie jest to symulacja, a realny rachunek osoby oszczędzającej w PPK, prowadzony przez TFI PZU SA.

Bezpieczne inwestowanie i kontrola nad własnymi pieniędzmi

Słowo „inwestycje” często budzi obawy, szczególnie u osób, które mają w pamięci różne kryzysy gospodarcze. Jak wytłumaczyć pracownikowi szpitala, że jego pieniądze w PPK są bezpieczne?
W PPK środki są lokowane w funduszach zdefiniowanej daty. Strategia inwestycyjna jest dopasowana do wieku uczestnika. Osoby młodsze mają większy udział akcji, co daje szansę na wyższe zyski, a osoby starsze — większy udział obligacji i aktywów o niskim ryzyku inwestycyjnym, które stabilizują wartość rachunku. Mechanizm został tak zaprojektowany, aby zmniejszać ryzyko, im bliżej do wieku 60 lat.

Najważniejsze jednak, że środki są prywatne i dostępne. Uczestnik może je w każdej chwili wypłacić,

choć przed 60. rokiem życia wiąże się to z pomniejszeniem części dopłat. Ale świadomość, że pieniądze są do dyspozycji, daje poczucie bezpieczeństwa.

Dlaczego warto oszczędzać już na początku kariery

A co z młodymi osobami, wchodzącymi dopiero do zawodu? Pielęgniarka czy ratownik medyczny rozpoczynający pracę często myślą o wydatkach bieżących, a nie o emeryturze. Jak ich przekonać, że warto odkładać nawet te niewielkie kwoty?

To naturalne, że młode osoby skupiają się głównie na bieżących potrzebach. Ale właśnie na początku kariery warto pomyśleć o przyszłości. Nawet przy niewielkiej składce ze strony pracownika, mechanizm PPK działa pełną mocą — pracodawca i państwo dokładają swoje części w ustalonej wysokości. Dzięki temu oszczędności rosną szybciej, niż można się spodziewać. A czas jest tu kluczowym sprzymierzeńcem — im wcześniej zaczniemy, tym dłużej środki będą pracować i pomnażać się dzięki inwestycjom.

Jak ponownie przystąpić do PPK: krok po kroku

Co należy zrobić, aby ponownie dołączyć do PPK? Jak przylegać ta procedura krok po kroku?
Powrót do oszczędzania w PPK jest bardzo prosty. Wystarczy udać się do działu kadr i złożyć deklarację przystąpienia do PPK. To jeden krótki formularz. Kadry przekazują informację do instytucji finansowej, a od kolejnej wypłaty wynagrodzenia naliczane są wpłaty. Nie ma żadnych dodatkowych warunków, w każdej chwili można wrócić do PPK i zacząć oszczędzać.

Wszystkie wpłaty i wyniki są widoczne 24/7 online

Na koniec zapytam o przejrzystość i dostęp do informacji. Jak pracownik z branży medycznej może na bieżąco sprawdzić, ile zgromadził i jak rosną jego oszczędności?

Każdy uczestnik ma dostęp do serwisu internetowego inPZU. Można tam sprawdzić stan rachunku, historię wpłat — zarówno własnych, jak i pracodawcy oraz państwa — a także wyniki inwestycji. To daje pełną kontrolę i przejrzystość. Wiele pracowników medycznych podkreśla, że dopiero widząc realne liczby w inPZU zrozumieli, jak szybko rosną ich oszczędności.

Jak, jednym zdaniem, przekonaby pani niezdecydowanych?
Powiem krótko: PPK to nie koszt, to zysk. Każda złotówka uruchamia dodatkowe pieniądze od pracodawcy i państwa. To jedyny taki program, w którym zyskuje się już na starcie.

Publikowany materiał jest drugą z czterech rozmów poświęconych tej tematyce.



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.

Granice ochrony personelu medycznego i praw pacjenta

Rosnąca liczba przypadków przemocy wobec lekarzy i ratowników medycznych sprawia, że coraz głośniej mówi się o potrzebie wprowadzenia rejestru agresywnych pacjentów. Zwolennicy takiego rozwiązania podkreślają konieczność ochrony personelu i zapewnienia bezpieczeństwa w placówkach, przeciwnicy — ryzyko stygmatyzacji i naruszenia praw pacjenta.

Akty agresji pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia są coraz częstsze. W styczniu w Siedlcach zginął ratownik medyczny ugodzony nożem przez pacjenta, któremu udzielał pomocy z powodu urazu głowy. Pod koniec kwietnia w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie do gabinetu lekarza ortopedy, przyjmującego pacjentkę, wtargnął mężczyzna (ponoć niezadowolony ze swojego leczenia) i zadał medykowi kilkanaście ciosów nożem. W wyniku obrażeń lekarz zmarł.

Personel medyczny domaga się rejestru agresywnych pacjentów

Aby przeciwdziałać przypadkom takich zachowań wobec pracowników medycznych, pojawił się w tym środowisku pomysł wprowadzenia Rejestru Agresji w Ochronie Zdrowia. Nie jest to inicjatywa zupełnie nowa, bowiem od 2010 r. przez kilka lat samorząd lekarski i pielęgniarski prowadziły System Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia (MAWOZ), jednak służył on jedynie do wewnętrznych celów statystycznych.

Obecny postulat środowiska zakłada stworzenie rejestru pacjentów, którzy dopuścili się aktów agresji wobec personelu medycznego, zgłoszonych przełożonym, policji lub prokuraturze. Petycję w tej sprawie skierowała do Ministerstwa Zdrowia m.in. Fundacja Matki Lekarki, wskazując, że informacja o takim pacjencie powinna być widoczna w systemie ochrony zdrowia — analogicznie jak dane dotyczące izolacji lub kwarantanny — z zachowaniem obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych. Pomysłodawcy postulują opracowanie i wdrożenie procedury Medycznej Niebieskiej Karty, wzorowanej na funkcjonującej dotychczas Niebieskiej Karcie (procedurze przeciwdziałania przemocy domowej).

Wątpliwości prawne i etyczne

Pomysł stworzenia ogólnopolskiego rejestru agresywnych pacjentów jawi się jednak jako dość kontrowersyjny i wywołuje szereg wątpliwości, m.in. z perspektywy oceny prawnej. Stawiane są liczne pytania, np.: na jakiej podstawie odbywałoby się wpisywanie pacjentów do tego rejestru? W jaki sposób należałoby usystematyzować dokumenty stanowiące podstawę takiego wpisu? Czy wystarcza-



jące byłoby oświadczenie personelu (które jest kwestią subiektywną), czy też rejestrowane byłyby osoby np. skazane prawomocnym wyrokiem, co dodatkowo wskazuje na wydłużenie samej procedury wpisu. W tym zakresie problem może stanowić także określenie kryteriów wpisu do rejestru.

Kolejne zagadnienie do rozważenia: kto decydowałby o umieszczeniu nazwiska konkretnej osoby w rejestrze, w jakim trybie odbywałby się wpis? Ponadto: czy tego typu rejestr byłby prowadzony jako rejestr publiczny, czy też dostęp do niego miałby ograniczony krąg podmiotów? Jest to istotne, ponieważ odnotowanie nazwiska pacjenta w takiej kartotece bezsprzecznie wiąże się ze swego rodzaju formą napiętnowania. Jeżeli ów rejestr miałby powstać, należałoby szczegółowo usystematyzować ścieżkę wpisywania, a co za tym idzie ewentualną procedurę kwestionowania decyzji o wpisie oraz określić właściwy do tego podmiot.

Nie mniej ważnym problemem jest kwestia wpisywania do rejestru osób z chorobami psychicznymi i tego, czy nie będzie to stanowiło formy stygmatyzacji. Zachowania agresywne mogą niejednokrotnie wynikać ze stanu chorobowego pacjenta, występować niezależnie od jego woli.

Konsekwencje wpisu — pytania bez odpowiedzi

Oczywiście podstawową rzeczą przy tak ukierunkowanym rejestrze jest określenie, jakie zachowania pacjentów należy uznać za agresję wobec pracowników ochrony zdrowia, by jak najskuteczniej uniknąć arbitralności w zakresie kryteriów wpisu.

W końcu jedno z najistotniejszych ustaleń, tj. konsekwencje uzyskania wpisu konkretnego pacjenta do tego typu rejestru. Jakiego działania systemowe należałoby wobec niego podjąć? Czy musiałby się on poddać dodatkowej kontroli podczas zgłaszania się do placówek medycznych? Czy takiemu pacjentowi lekarz miałby prawo odmówić udzielenia pomocy? Powyższe kwestie wymagają rozpatrzenia.

Kwestia ujawnienia danych osobowych i tajemnicy lekarskiej

Jedną z największych wątpliwości z perspektywy oceny prawnej jest to, czy wprowadzenie rejestru pacjentów agresywnych nie naruszy obecnie obowiązujących praw pacjentów, jak prawo do ochrony danych osobowych czy zachowania tajemnicy informacji dotyczącej stanu zdrowia pacjenta.

Należałoby ponadto sprecyzować, kto będzie miał dostęp do informacji zawartych w rozważanym rejestrze, a także jak szczegółowe dane doty-

czące stanu zdrowia pacjenta zostaną w nim ujawnione. Powyższe dotyczy także lekarzy, przekazujących tego typu informacje, którzy są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej.

Ważne udokumentowanie zdarzenia

Niezależnie od przyczyny (czy to stan zdrowia psychicznego, uzależnienie, stres czy niecierpliwość pacjenta) — agresja wobec personelu medycznego nigdy nie jest usprawiedliwiona i podlega przepisom prawa karnego i cywilnego. Każdy przypadek agresji, nawet jeśli nie zakończył się fizycznym atakiem, powinien być udokumentowany zgodnie z procedurami placówki. To ważne zarówno dla ochrony personelu, jak i dla diagnostyki pacjenta.

Kwestie postępowania pacjenta, opis tego, w jakim stanie trafił do placówki medycznej, jak się zachowywał, co mówił powinno znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. W przypadku agresji, w szczególności fizycznej lub groźby jej użycia, należy wezwać policję, a także pracownika ochrony placówki.

Funkcjonariusz publiczny pod szczególną ochroną prawa

Jak wynika bowiem z treści art. 44 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza den-

tysty (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287): lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także lekarzowi, który wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie — przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu.

Oznacza to szczególną ochronę prawną, zwłaszcza jeśli agresja nastąpiła w trakcie lub w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych (np. podczas dyżuru w szpitalu, izbie przyjęć, karetki).

Mając na względzie treść obowiązujących przepisów, wskazać także należy, iż personel medyczny ma prawo do obrony koniecznej, czyli odpierania bezpośredniego, bezprawnego zamachu na swoje zdrowie lub życie. Obrona musi być proporcjonalna do zagrożenia i nie może przekraczać granic koniecznych do odparcia ataku.

Marcin Andrzejewicz