

Diagnoza stanu
polskiej onkologii



Nowe aplikacje
w kardiologii

TYGODNIK LISICKIEGO

MARZEC 2020

DO SZÓSTE WYDANIE SPECJALNE RZECZY o zdrowiu

**WICEMINISTER
MACIEJ MIŁKOWSKI:**
JAK NEGOCJOWAĆ CENY
LEKÓW?



Szczepionka
czy lek na koronawirusa
SARS-CoV-2

WIZJONERZY ZDROWIA 2020

- nauka
- system ochrony zdrowia
- leki
- etyka w medycynie



PARTNER HONOROWY WYDANIA



AGENCJA
BADAŃ
MEDYCZNYCH



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wzwyższego

17,49



NAGRODA NOBLA ZA IMMUNOTERAPIĘ W ONKOLOGII POTWIERDZENIEM PRZEŁOMU W LECZENIU NOWOTWORÓW

James P. Allison i Tasuku Honjo

zostali docenieni za

ODKRYCIE TERAPII PRZECIWNOWOTWOROWEJ

poprzez hamowanie negatywnej
regulacji immunologicznej



James P. Allison

dyrektor oddziału immunoterapii
w MD Anderson Cancer Center.

Opracował przeciwciało anti-CTLA-4.



Tasuku Honjo

immunolog z Uniwersytetu
w Kioto.

Odkrył funkcję receptora PD-1.



PAWEŁ LISICKI

W RZECZY SAMEJ

Zwycięskie wizje

Nigdy jeszcze chyba aż tak bardzo nie było widać, jakie znaczenie, polityczne i społeczne, ma medycyna. Epidemia koronawirusa sprawiła, że niemal cała uwaga opinii publicznej, nie tylko w Polsce oczywiście, skierowana jest na służbę zdrowia.

W Polsce z kolei, jeszcze zanim na dobre pojawiło się zagrożenie zarazą, sprawą zdrowia postanowiła zająć się, w specyficzny sposób, opozycja. Próbowiła ona pokazać, że wspierając media publiczne, rząd odbiera pieniądze chorym na raka. Nagle okazało się, że w samym środku politycznego sporu znalazła się polska onkologia. Na szczęście awantura skończyła się na tym, że prezydent Andrzej Duda, ogłaszając wsparcie dla mediów publicznych, zapowiedział też przeznaczenie ok. 3 mln zł na walkę z rakiem i rozwój medycyny. A przecież ani zagrożenie epidemią koronawirusa, ani wyzwania onkologii nie są wszystkim.

Słusznie zauważył minister Łukasz Szumowski, że „pierwszym zabójcą Polaków są choroby sercowo-naczyniowe. Sieć leczenia zawału serca jest w Polsce doskonała, jedna z najlepszych na świecie”. I pokazał, w jaki sposób można z tym skutecznie się zmagać: „Wprowadziliśmy KOS-zawał [pilotażowo, nie na obszarze całego kraju – przyp. red.]. Okazuje się,

że roczna śmiertelność przy czysto administracyjnych działaniach, czyli utrzymaniu pacjenta pod opieką kardiologa i rehabilitacji kardiologicznej, spadła o 30 proc.”.

Wszystko to wskazuje, jak bardzo ważną rzeczą jest nie tylko reagowanie na nagłe zagrożenia, lecz także zdolność budowania projektów. Umiejętność wybiegania ku przyszłości. To właśnie, co od lat promuje tygodnik „Do Rzeczy”, pisząc o potrzebie prawdziwych wizjonerów zdrowia i doceniając tych, którzy w swoich dziedzinach taką rolę odgrywają. Widać to na każdym kroku. „Starliśmy się podchodzić szeroko do wielu różnych terapii, zarówno w ramach programów lekowych szpitalnych, jak i rynku aptecznego” – mówi z kolei w naszym dodatku wiceminister zdrowia, Maciej Miłkowski. I dodaje: „Przykładem są nowe terapie w cukrzycy (insuliny, a przede wszystkim flozyny i leki inkretynowe) – już dziś korzysta z nich duża grupa pacjentów. W ciągu pierwszych dwóch miesięcy refundacji flozyn leczenie nimi rozpoczęło 25 tys. chorych. Będziemy oceniali 2020 r. pod kątem efektów stosowania flozyn u chorych na cukrzycę. Mamy nadzieję, że być może już pod koniec roku będą widoczne efekty w postaci zmniejszenia liczby powikłań sercowo-naczyniowych. W badaniach klinicznych były one widoczne bardzo szybko,

mam nadzieję, że będą one też widoczne u naszych pacjentów. W hematologii w 2019 r. dokonano się wręcz rewolucja, jeśli chodzi o dostępność nowych terapii. Populacja osób leczonych rośnie, pacjenci są dłużej leczeni, leczenie przynosi lepsze wyniki kliniczne. Dochodzą kolejni chorzy, dlatego istotnie rosną koszty. Bardzo cieszę się z tych terapii, które udało się wprowadzić”.

To konkretna pomoc, z której już mogą korzystać polscy pacjenci. Myśląc jednak o wizjonerach, warto zawsze zastanowić się nad tym, co jeszcze może się zdarzyć. W jaki sposób medycyna będzie mogła pomóc chorym w przyszłości. Co będzie dla jej rozwoju najważniejsze? Opisuje to Jacek Przybylski w tekście, którego tytuł mówi sam za siebie – „Nowa era w medycynie”. Píše: „W 2020 r. pierwszy raz w historii sztuczna inteligencja pomogła ludziom w odkryciu nowego antybiotyku. Medycynę coraz mocniej zmieniają również roboty-chirurdzy, wirtualna rzeczywistość, możliwość »drukowania« organów oraz coraz mniejsze implanty”.

Tak, zmiany następują tak szybko, że czasem trudno za nimi nadążyć. „Do Rzeczy” im patronuje i wspiera te wszystkie działania, które przyczyniają się do polepszenia dobra pacjentów. W takim też celu wydajemy obecny dodatek. ©



REDAKCJA:
Redaktor naczelny: Paweł Lisicki
Z ZESPOŁEM:
Redakcja: Jacek Przybylski, Radosław Wojtas
Redaktor prowadząca: Katarzyna Pinkosz

Dyrektor projektu: Mariola Wiercińska,
m.wiercinska@pmpg.pl, tel. 500 112 406
Key Account Manager:
Danuta Szyszeń-Lasocka, d.lasocka@pmpg.pl,
tel. 515 259 368

Studio graficzne:
Wojciech Niedziółko (szef studia),
Anna Sobieska-Wójtowicz,
Jakub Tański

Fotoedycja:
Edyta Bortnowska, Przemysław Traczyk
Korekta:
Jadwiga Marculewicz-Olaś, Anna Zalewska
Okładka: Adobe Stock

PARTNER STRATEGICZNY



PARTNERZY



SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

5 NIE MA ZAGROŻENIA BRAKIEM LEKÓW

Wiceminister Maciej Miłkowski zdradza plany ministerstwa

7 CO NAS CZEKA W 2020?

Czy COVID-19 zmieni tegoroczne plany?

9 NOWA ERA W MEDYCYNIE

Technologie rodem ze science fiction już ratują życie

12 NIE MAMY „CHOREJ” SŁUŻBY ZDROWIA

– przekonuje prof. Henryk Skarżyński

14 CYFRYZACJA ZDROWIA BĘDZIE SIĘ POGŁĘBIAĆ

Julita Czyżewska, prezes Zarządu PZU Zdrowie, nie tylko o AI i telemedycynie

FARMACJA

16 WIOSNA W DIABETOLOGII

Katarzyna Kacperska, dyrektor generalna Novo Nordisk Pharma, o zmianach w leczeniu cukrzycy i kampanii Cities Changing Diabetes

18 TAKEDA KAŻDEGO DNIA Z PASJĄ NIESIE PACJENTOM NADZIEJĘ

Nienke Feenstra, dyrektor generalna Takeda Pharma, o inwestycjach w Polsce i na świecie

20 JESTEŚMY KLUCZOWYM PODMIOTEM W POLSKIM SYSTEMIE INNOWACJI

Jarosław Oleszczuk, prezes zarządu AstraZeneca, o zaangażowaniu firmy w Polsce

22 POLSKA TO KRAJ WIELKICH MOŻLIWOŚCI!

Krzysztof Kępiński, członek zarządu GSK o planach na rozwój w Polsce i konieczności szczepień

24 AKADEMIA INNOWACJI

Akademia Efektywnych Badań Przedklinicznych PACTT-Pfizer

ONKOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA

26 JAKI JEST STAN POLSKIEJ ONKOLOGII?

Diagnoza: jak wygląda profilaktyka i leczenie

28 SZYBKI I AGRESYWNY

Taki jest drobnokomórkowy rak płuca

30 LECZENIE INTELIGENTNE

Prof. Wojciech Młynarski: Szanse dla chorych na białaczkę i małopłytkowość

32 CAR-T, CZYLI 14 ML ŻYCIA

Prof. Krzysztof Kałwak: Najnowocześniejsza technologia w onkologii

34 CHŁONIAK, KTÓRY ZAŁAZŁ ZA SKÓRĘ

Dr n. med. Agnieszka Giza o nowoczesnej diagnostyce i leczeniu

36 POTRZEBNY JEST SZERSZY DOSTĘP DO LECZENIA

– W leczeniu szpiczaka dokonana się rewolucja – mówi prof. Iwona Hus

KARDIOLOGIA

38 NOWE TECHNOLOGIE ZMIENIAJĄ KARDIOLOGIĘ

Prof. Marcin Grabowski o lekach, telemedycynie i miniaturowych urządzeniach wszczepialnych

DIABETOLOGIA

40 POTRZEBNA NARODOWA STRATEGIA DIABETOLOGICZNA?

Prof. Leszek Czupryniak o podatku cukrowym i zapobieganiu cukrzycy

42 INSULINA DOPASOWANA DO CHOREGO

Jak zmieniła życie chorych – mówi prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz

OKULISTYKA

44 JAK LEPIEJ LECZYĆ ZAĆMĘ

Prof. Jacek Szaflik: Potrzebne lepsze finansowanie operacji zaćmy

CHOROBY RZADKIE

46 CHOROBA RODZINY

Amyloidoza transtyretynowa

48 CHOROBA, KTÓRA CHWYTA ZA GARDŁO

Dr n. med. Agnieszka Giza: Obrzęk naczynioruchowy może być groźny

WYZWANIA XXI W.

50 SARS-COV-2 CAŁY CZAS MUTUJE

Dr n. med. Paweł Grzesiowski o epidemii koronawirusa

52 OD CHORYCH MOŻEMY SIĘ WIELE NAUCZYĆ

– Za mało jest dziś przywoływania lekarzy Judymów – mówi prof. Stanisław Dziekoński, rektor UKSW

**Z wiceministrem zdrowia
Maciejem Miłkowskim**

rozmawia Katarzyna Pinkosz

KATARZYNA PINKOSZ: W związku z epidemią koronawirusa coraz częściej pojawiają się głosy, że może dojść do poważnego kryzysu lekowego. Czy jest ryzyko, że zabraknie nam leków? Myślę zarówno o lekach stosowanych powszechnie, np. w nadciśnieniu, cukrzycy, astmie oskrzelowej, jak i o lekach stosowanych w ramach programów lekowych.

MACIEJ MIŁKOWSKI: Pracownicy Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych i Wyrobów Biobójczych, a także Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej monitorują sytuację związaną z dostępnością leków zarówno w Europie, jak i na świecie. W przypadku zaistniałej ewentualnej możliwości braku leków minister zdrowia podejmie odpowiednie działania w sprawie. URPL jest w stałym kontakcie z Europejską Agencją Leków, która również monitoruje sytuację z dostępnością leków w Europie. Obecnie informacje, które otrzymujemy z Chin i Indii, nie wskazują na brak dostępności produktów leczniczych tam produkowanych.

Czy dziś istnieje ryzyko pojawienia się braku leków?

Nie mamy obecnie problemów z bieżącą dostawą leków na terenie Polski.

Jak powinni zachowywać się pacjenci, którzy na stałe przyjmują leki, np. w przypadku nadciśnienia, cukrzycy, chorób tarczycy? Wskazane byłoby kupienie leków na zapas, np. na pół roku, by zabezpieczyć się przed sytuacją pustych półek w aptekach i hurtowniach?

Nie ma żadnego sensu robić zapasy leków. Chciałbym uspokoić pacjentów, że obecnie nie ma zagrożenia związanego z brakiem dostępności leków. Raz jeszcze chciałbym powtórzyć: na dziś nie mamy problemów z dostawami leków.

W ubiegłym roku mieliśmy jednak kilkakrotnie do czynienia z kryzysami lekowymi, kiedy w aptekach brakowało leków na choroby powszechne, stosowanych przez miliony osób. Obecna sytuacja spowodowana epidemią koronawirusa sprawia, że problem może być znacznie poważniejszy. Często pada postulat wsparcia polskich producentów w produkowaniu w Polsce leków, a także API, czyli substancji czynnych. Czy planuje się takie rozwiązania?



Nie ma zagrożenia brakiem leków

Rozmawiamy z producentami na temat zwiększenia produkcji leków, które importujemy, szczególnie w imporcie docelowym, rozmawiamy też na temat produkowania w Polsce substancji czynnych. Jest wiele polskich firm, z którymi współpracujemy. Nie tak dawno rząd zdecydował o przeznaczeniu dodatkowych pieniędzy dla Polfy Tarchomin. Coraz częściej pojawia się kwestia dostępności

leków, na pewno musimy na tę sprawę zwracać coraz większą uwagę. Chcielibyśmy mieć zabezpieczenie podstawowych leków, w tym chemioterapeutyków.

Czy pana zdaniem powinien być wprowadzony RTR? Firmy produkujące w Polsce powinny mieć preferencje refundacyjne?

Zastanawiamy się, jakie mechanizmy wprowadzić, by firmy były jeszcze bar-

dziej skłonne do produkowania w Polsce zarówno leków, jak i substancji czynnych. Jeśli chodzi o preferencje refundacyjne, to cały czas one istnieją. Podczas negocjacji komisja ekonomiczna inaczej patrzy na firmy, które produkują w Polsce leki. Chcemy te firmy wspierać. Jednocześnie jednak nie możemy nie wpuszczać na listy refundacyjne leków producentów, którzy nie produkują leków w Polsce.

Chcielibyśmy oczywiście, by w Polsce powstawały również produkty innowacyjne, tak jak w innych krajach.

Często podkreśla pan, że refundujemy leki bardzo drogie, a tymczasem, gdyby poprawić profilaktykę i wykrywalność, efekty byłyby znacznie lepsze. Jak można to zmienić?

Do każdej dziedziny trzeba podchodzić indywidualnie, jednak najważniejsza jest czujność lekarzy POZ i kierowanie pacjentów na badania profilaktyczne. Wciąż jest zbyt długi okres pomiędzy podejrzeniem a rozpoznaniem i rozpoczęciem leczenia. Lekarze powinni mieć otwarte podejście do pacjenta. Zbyt często słyszy on od lekarza uspokojenie: „Nic pani/panu nie jest”. Najważniejsze jest, żeby pacjent był jak najszybciej zdiagnozowany i leczony. Przykładem są nowotwory: w niektórych POZ wczesna wykrywalność nowotworów jest bardzo dobra, w innych słaba. Czujność lekarza POZ to jedna z najistotniejszych rzeczy.

Zastanawiamy się, jakie mechanizmy wprowadzić, by firmy były jeszcze bardziej skłonne do produkowania w Polsce zarówno leków, jak i substancji czynnych. Chcemy te firmy wspierać. Nie możemy jednak nie wpuszczać na listy refundacyjne leków producentów, którzy nie produkują w Polsce

Jest pan bardzo chwalony za sukcesy negocjacyjne, a przede wszystkim za bardzo szerokie, kompleksowe podejście do leków, które wchodziły do refundacji. Na listach refundacyjnych, w których układaniu brał pan udział, pojawiły się nowe terapie, m.in. w onkologii, hematologii, cukrzycy, psychiatrii, SM, chorobach rzadkich. Te ogromne sukcesy 2019 i początku 2020 r. podkreślają zarówno eksperci, jak i organizacje pacjentów. Z których decyzji refundacyjnych jest pan najbardziej zadowolony?

Staraliśmy się podchodzić szeroko do wielu różnych terapii, zarówno w ramach programów lekowych szpitalnych, jak i rynku aptecznego. Przykładem są nowe terapie w cukrzycy (insuliny, a przede wszystkim floszyny i leki inkretynowe) – już dziś korzysta z nich duża grupa pacjentów. W ciągu pierwszych dwóch miesięcy refundacji floszyn leczenie nimi rozpoczęło 25 tys. chorych. Będziemy oceniali 2020 r. pod kątem efektów stosowania floszyn u chorych na cukrzycę. Mamy nadzieję,

że być może już pod koniec roku będą widoczne efekty w postaci zmniejszenia liczby powikłań sercowo-naczyniowych. W badaniach klinicznych były one widoczne bardzo szybko, mam nadzieję, że będą one też widoczne u naszych pacjentów.

W hematologii w 2019 r. dokonała się wręcz rewolucja, jeśli chodzi o dostępność nowych terapii. Populacja osób leczonych rośnie, pacjenci są dłużej leczeni, leczenie przynosi lepsze wyniki kliniczne. Dochodzą kolejni chorzy, dlatego istotnie rosną koszty. Bardzo cieszę się z tych terapii, które udało się wprowadzić.

Z innych decyzji refundacyjnych 2019 r. warto podkreślić nowe terapie w raku piersi, zarówno zaawansowanym, jak i miejscowym, gdzie pojawiła się nowa opcja w leczeniu przedoperacyjnym dająca szansę na wyleczenie. Cały czas analizujemy, jak jeszcze można by zmienić schematy leczenia, żeby osiągnąć lepsze efekty kliniczne. Cieszę się również bardzo z decyzji do-

tyczących psychiatrii oraz osteoporozy. Myślę, że udało się dwukrotnie poszerzyć liczbę chorych na osteoporozę leczonych bardzo nowoczesnym lekiem. Oczywiście jest jeszcze wiele innych dziedzin, które udało się w 2019 r. poprawić – można tu wymienić rozszerzenie programu leczenia stwardnienia rozsianego, choroby Leśniowskiego-Crohna czy reumatoidalnego zapalenia stawów.

Co jest dla pana najtrudniejsze przy podejmowaniu decyzji o refundacji leczenia?

Każda sytuacja jest inna, staramy się szukać najlepszych rozwiązań. Nie zawsze to się jednak udaje. Zdarza się, że grupa pacjentów, którzy mieliby stosować dany lek, jest duża, a ceny terapii wysokie, firma zaś nie jest w stanie odnieść się pozytywnie do naszych oczekiwań. Staramy się wówczas poszukiwać innych, alternatywnych rozwiązań, które nie były wcześniej praktykowane

i które mogły doprowadzić do sukcesu. Często to się udawało – dzięki innemu podejściu, wspólnym rozmowom z całą grupą producentów produkujących leki w danym wskazaniu. Chciałbym zaznaczyć, że współpraca z firmami farmaceutycznymi układa się coraz lepiej, co bardzo cieszy. Nadal jednak zdarza się, że firmy nie chcą, by do programu lekowego wszedł nowy producent.

Ogromnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia są choroby rzadkie. Jak widziałby pan sposób finansowania terapii w chorobach rzadkich? Często to leczenie jest bardzo kosztowne, jednak dla osób np. z mukowiscydozą czy dystrofią mięśniową Duchenne'a bardzo wiele znaczy lek, który może opóźnić postępowanie choroby.

Na pewno ważna jest strategia dla chorób rzadkich. Nie wszyscy pacjenci z chorobami rzadkimi mogą powiedzieć, że mają najlepszy standard w zakresie podstawowym: opieki medycznej, rehabilitacji. Tutaj jest bardzo dużo do zrobienia. Nie możemy zaczynać od bardzo drogiego leczenia, które daje szansę na poprawę zaledwie kilku procentom pacjentów, jeśli nie mamy dla wszystkich zapewnionych tych podstaw. Nie dotyczy to tylko chorób rzadkich. Przykład stopy cukrzycowej – można amputować nogę, można stosować bardzo drogie opatrunki, jednak dużo lepsze efekty będą wówczas, jeśli wcześniejsze leczenie cukrzycy będzie takie, by zapobiec pojawieniu się zespołu stopy cukrzycowej.

Zdarza się, że firmy wcale nie wyprodukowały drogich leków, tylko kupiły je od różnych instytucji lub wykonały dzięki projektom rządowym, a tak wysokie ceny terapii nie są uzasadnione. Będziemy analizowali nowe wnioski dotyczące terapii w chorobach rzadkich. Wiele nowych leków udało się udostępnić, choćby w SMA (rdzeniowym zaniku mięśni). Być może jednak z refundacją niektórych terapii będziemy musieli poczekać, jeśli nie mają jednoznacznych wyników badań ani nie znamy długofalowych skutków ich stosowania. Niektóre z tych leków zostały zarejestrowane przez EMA jedynie warunkowo, a firmy mają obowiązek nadal prowadzić badania. Wiele firm to robi, nadal prowadzi badania, ale jednocześnie żąda bardzo wysokich cen za terapie. Chcielibyśmy mieć pewność, że pieniądze, które mamy na leki dla pacjentów, wydajemy naprawdę dobrze.

Co nas czeka w 2020?

Łukasz Szumowski
minister zdrowia



Pierwszym zabójcą Polaków są choroby sercowo-naczyniowe. Sieć leczenia zawału serca jest w Polsce doskonała, jedna z najlepszych na świecie. Niestety, ten sukces nie przekładał się na śmiertelność długoterminową. W związku z tym zaproponowaliśmy pewne działania organizacyjne, które by poprawiły terapie pacjentów po tych kosztownych, bardzo skutecznych inwestycjach początkowych. Wprowadziliśmy KOS-zawał [pilotażowo, nie na obszarze całego kraju – przyp. red.]. Okazuje się, że roczna śmiertelność przy czysto administracyjnych działaniach, czyli utrzymaniu pacjenta pod opieką kardiologa i rehabilitacji kardiologicznej, spadła o 30 proc.

W obecnej kadencji czeka nas rozszerzenie tego programu właściwie jako obowiązującego standardu w całej Polsce. Musimy zmierzyć się z tym, z czym mierzyliśmy się w onkologii, czyli, mówiąc ogólnie, z narodowym programem zdrowego serca.

Pewnym wyzwaniem, które nas czeka, są transplantologia, krwiodawstwo i krwiolecznictwo. Możliwości techniczne transplantologii rosną, możliwości terapeutyczne farmakologii transplantacyjnej rosną. Ludzie po przeszczepie narządów żyją w społeczeństwie zupełnie dobrze i ich ograniczenia są minimalne. Czego brakuje? Niestety, brakuje nam dawców i tutaj też jest pole do wspólnej pracy oraz pewnego przekonania społeczeństwa, że to jest dar życia, który może uratować innym osobom zdrowie i życie. To aspekt edukacyjny, ale również mobilizujący, bo wiemy, że liczba pobrań w polskich ośrodkach zdrowia jest jeszcze zbyt niska.

Fragment wypowiedzi na Sejmowej Komisji Zdrowia, 8 stycznia 2020 r.

Sławomir Gadomski
wiceminister zdrowia



Można śmiało powiedzieć, że rok 2019 był w Ministerstwie Zdrowia „rokiem onkologii”, w którym rozpoczęliśmy realizację wielu projektów, które docelowo mają ograniczyć wskaźniki umieralności na choroby nowotworowe w Polsce. Zainicjowaliśmy i przygotowaliśmy Narodową Strategię Onkologiczną wyznaczającą kierunki zmian w onkologii na najbliższych 10 lat, która na początku 2020 r. została przyjęta przez Radę Ministrów.

Rok 2020 to „rok kontynuacji”. Rozpoczynamy realizację Narodowej Strategii Onkologicznej, w której 33 zadania dotyczą bezpośrednio 2020 r. Kontynuujemy projekty podnoszące standardy leczenia onkologicznego w Polsce, w szczególności wdrożenie modelu opieki koordynowanej dla kolejnych grup pacjentów, kolejne inwestycje w infrastrukturę w ośrodkach onkologicznych, wdrażanie standardów akredytacyjnych oraz kolejne programy lekowe. Czekamy na wyniki pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej rozszerzonego o ostatnie dwa województwa: podlaskie i pomorskie, które będą stanowiły podstawę w budowanym przez nas modelu opieki nad pacjentem onkologicznym. Zaczynają działać Breast Cancer Unity, czyli centra leczenia raka piersi. Niebawem pojawią się centra leczenia raka płuc i jelita grubego. W ramach programów wieloletnich rozpoczynamy realizację ponadregionalnych inwestycji infrastrukturalnych w onkologii, np. rewitalizację Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

Jednak przede wszystkim chciałbym, żeby rok 2020 był „rokiem profilaktyki”, w którym chcemy np. poprzez kampanie społeczne, zwiększenie aktywności

lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy nowe sposoby zapraszania Polaków zwiększyć zgłaszalność na badania profilaktyczne.

Józefa Szczurek-Żelazko
wiceminister zdrowia



Chcemy, by pierwsze ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psycho-terapeutycznej dla dzieci i młodzieży zaczęły działać w Polsce od kwietnia. Te placówki należące będą do pierwszego poziomu referencyjnego w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci. Docelowo ma być zakontraktowanych ponad 300 takich ośrodków w Polsce.

Planujemy, żeby docelowo w każdym powiecie lub w każdej grupie powiatów funkcjonował taki ośrodek pierwszego stopnia referencyjnego. Sieć ośrodków musi być dosyć gęsta, tak aby umożliwiała pracownikom ścisłą współpracę zwłaszcza z placówkami oświatowymi i opieki społecznej.

Głównym założeniem reformy psychiatrii dziecięcej jest stworzenie trzech poziomów opieki. W ośrodkach środowiskowej opieki psychologicznej i psycho-terapeutycznej dla dzieci i młodzieży świadczeń udzielać będą: psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi.

Działać będą także ośrodki drugiego poziomu, gdzie pracować będzie lekarz psychiatra, a pacjenci wymagający intensywnej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach poradni i oddziału dziennego. Taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów.

Wreszcie na trzecim, najwyższym poziomie referencyjności funkcjonować będą ośrodki wysokospecjalistycznej

całodobowej opieki psychiatrycznej, czyli szpitalne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży. W takich ośrodkach pomoc znajdują pacjenci wymagający najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowane w trybie nagłym. Konieczne jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek. W nich będą się także kształcili przyszli lekarze psychiatrzy i inni specjaliści systemu.

Zmienia się nie tylko model opieki nad pacjentem, lecz także sposób finansowania świadczeń. Placówki pierwszego poziomu będą finansowane ryczałtowo. Roczny koszt funkcjonowania poradni wynosi ok. 550 tys. zł. W związku z wprowadzanymi zmianami NFZ zaplanował na 2020 r. wzrost nakładów na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień o 8 proc., tj. o ponad 243 mln zł. Pieniądze te w całości zostaną przeznaczone na pierwszy poziom referencyjny w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Waldemar Kraska wiceminister zdrowia



My zawsze uspokajamy, ale jesteśmy przygotowani na ten najgorszy scenariusz, jaki może nam się w kraju ziścić. Widzieliśmy od kilkunastu tygodni, że epidemia koronawirusa, która początkowo ograniczała się tylko do Chin, niestety została zawleczona do Europy. Trzeba się liczyć z tym, że także tych przypadków u nas będzie zdecydowanie więcej niż w tej chwili. Dlatego te wszystkie działania, które w tej chwili podejmowaliśmy, podejmujemy teraz (specustawa, która wchodzi w życie), będą służyły temu, abyśmy byli gotowi na wypadek pojawienia się epidemii w Polsce.

Taki wirus, żeby żyć, potrzebuje organizmu żywego, czyli potrzebuje

człowieka lub zwierzęcia. Na przedmiotach martwych – różnie eksperci mówią – może ten wirus się utrzymywać kilka godzin, dlatego gdy wracamy z pracy, ze sklepu, pierwszą rzeczą powinno być mycie rąk. I to nie krótkie. Statystyki mówią, że myjemy tylko 5 sekund, a powinniśmy myć przynajmniej 30 sekund.

Mamy dane z Włoch, że wiele zakażeń było wskutek nieumiejętnego używania środków ochrony osobistej, czyli maseczek, kombinezonów. Trzeba też wiedzieć, jak tego sprzętu używać, taka typowa maseczka – jak ja to nazywam: chirurgiczna – mniej więcej wystarcza na ok. 20 minut, potem powinniśmy tę maseczkę wyrzucić.

W Internecie pojawiają się reklamy i takie „supersposoby”, jak możemy się wyleczyć z koronawirusa i jak możemy się ustrzec przed nim. Nie ma takich cudownych leków, nie ulegajmy tym informacjom. To jest naciąganie obywateli na coś, co właściwie się nie sprawdza, więc to jest kłamanie, kłamstwo powinno być karane – podsumował.

*Fragmety wypowiedzi w TVP Info,
8 marca 2020 r.*

Jarosław Pinkas główny inspektor sanitarny

Mogę zaręczyć, że jeżeli ktoś kiedyś będzie oceniał zaangażowanie państwa polskiego w zwalczanie koronawirusa, to z całą pewnością będziemy tymi, którzy będą tworzyć benchmark dla innych krajów. Tutaj nie musimy mieć nadziei, tu mamy pewność, dlatego że jest to kwestia wyłącznie determinacji, wiedzy, rzetelności i uczciwości lekarskiej, pracowników naukowych, którzy pracują dla mnie, uczciwości całego rządu.

Mamy laboratoria, mamy odpowiednią liczbę testów. To, że przylatują samolotami, to tylko dlatego, żeby zachować łańcuch chłodniczy, ale przecież żadnemu laboratorium w Polsce



nie zabrakło testów, nie było chwili przestoju. Uruchamiamy kolejne, mamy wybitnie wykształconych diagnostów laboratoryjnych, którzy posługują się takimi samymi metodami jak na całym świecie.

Nam się nic nie ma prawa wydawać. My mamy być pewni. I jesteśmy pewni. Pacjenci przeżyją dlatego, że mamy wybitnie wykształconych lekarzy, pielęgniarki, diagnostów laboratoryjnych.

Telewizja Polska do tej pory wypuściła 480 spotów, zasięg strony GIS jest monstrualnie wielki, ilość informacji, plakatów, wystąpień w mediach moich pracowników, myślę, że także lekarski spokój, którym emanujemy, rzetelność owocują tym, że my to wszystko przetrwamy i będziemy bezpieczni.

*Fragmety wystąpienia w Sejmie,
2 marca 2020 r.*

Radosław Sierpiński p.o. prezes Agencji Badań Medycznych



Rok 2020 w mojej ocenie powinien być okresem implementacji zmian w systemie ochrony zdrowia. Zmian, które zostały szeroko skonsultowane i wypracowane w latach ubiegłych. Zeszyły rok to rekomendacje „Debaty Wspólnie dla Zdrowia”, dynamiczny postęp cyfryzacji systemu, reforma psychiatrii, pilotaże KONS i trombektomii czy sieci onkologicznej i cancer planu aż do powołania ABM. Chciałbym, żeby te obszerne działania koncepcyjne przełożyły się na rozwiązania systemowe – lepszą dla pacjentów dostępność specjalistów, najnowszych technologii czy badań klinicznych. Niewątpliwie działania te powinny koncentrować się na potrzebie priorytetowej – onkologii. Wyrazny wzrost nakładów na ochronę zdrowia powinien przełożyć się na odczuwalną poprawę sytuacji osób najciężiej chorych. © (oprac. raw)

Nowa era w medycynie

Jacek Przybylski

W 2020 r. pierwszy raz w historii sztuczna inteligencja pomogła ludziom w odkryciu nowego antybiotyku. Medycynę coraz mocniej zmieniają również roboty-chirurdzy, wirtualna rzeczywistość, możliwość „drukowania” organów oraz coraz mniejsze implanty

AI dokonała analizy struktury 2,5 tys. leków i innych związków, aby znaleźć te, które mają najlepsze właściwości antybakteryjne. Według BBC dzięki sztucznej inteligencji cały proces tak zaawansowanej analizy zamiast w latach mógł być mierzony w dniach.

– To jeden z najsilniejszych antybiotyków, jaki dotychczas został odkryty. Chcieliśmy opracować platformę, która pozwoliłaby nam wykorzystać moc sztucznej inteligencji i zapoczątkować nową erę odkrywania antybiotyków – tłumaczył James Collins, bioinżynier z MIT. Naukownicy podkreślają, że wykorzystanie algorytmów AI może nie tylko przyspieszyć prace nad nowymi lekami, lecz także znacząco obniżyć koszty ich opracowywania.

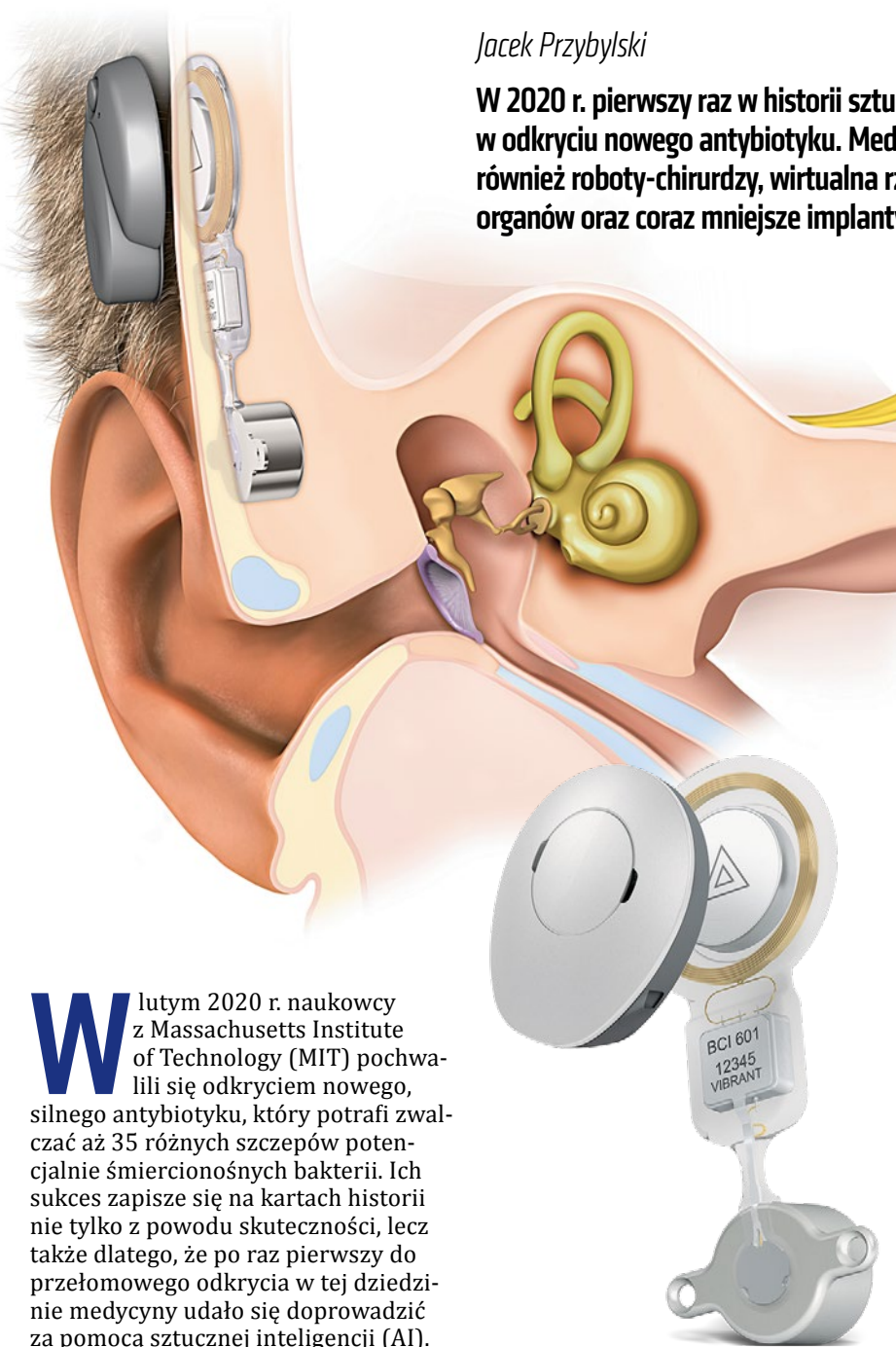
Sztuczna inteligencja – integrująca nowoczesne systemy komputerowe usprawniające diagnostykę i terapię różnorodnych schorzeń – może zwiększyć rozpoznawalność oraz skuteczność leczenia schorzeń wirusowych, chorób rzadkich, a także nowotworów. Badania pokazują, że algorytmy sztucznej inteligencji już potrafią na podstawie mammografii lepiej diagnozować raka piersi niż wielu radiologów. Opracowane przez iCAD rozwiązanie do cyfrowej tomografii piersi ogląda każdą warstwę tkanki, dzięki temu pozwala wykryć raka w bardzo wczesnym stadium.

Algorytmy AI mogą również ułatwić rozwiązanie codziennych problemów pacjentów i środowiska medycznego – wraz z nowymi technologiami prowadzą bowiem do szybkiego wdrażania do codziennego życia procedur telemedycyny, które przyspieszają proces

W lutym 2020 r. naukowcy z Massachusetts Institute of Technology (MIT) pochwalili się odkryciem nowego, silnego antybiotyku, który potrafi zwalczać aż 35 różnych szczepów potencjalnie śmiertelnych bakterii. Ich sukces zapisze się na kartach historii nie tylko z powodu skuteczności, lecz także dlatego, że po raz pierwszy do przełomowego odkrycia w tej dziedzinie medycyny udało się doprowadzić za pomocą sztucznej inteligencji (AI).

Potężny algorytm – stworzony w oparciu o architekturę ludzkiego mózgu – umożliwił błyskawiczną analizę ponad 100 mln związków chemicznych.

W lutym 2020 r. prof. Henryk Skarżyński z zespołem przeprowadził pierwszą w Polsce operację wszczepienia aktywnego implantu wykorzystującego kostne przewodnictwo dźwięku BONEBRIDGE BCI 602. FOT. MAT. PRAS.



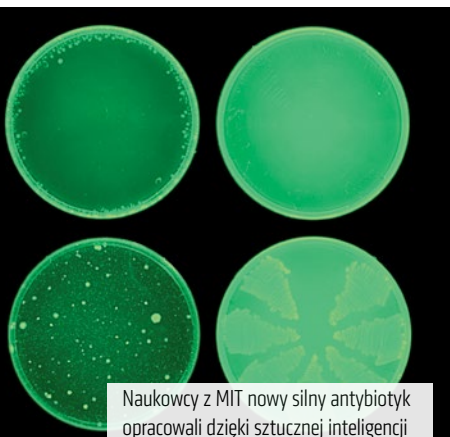


Opracowane przez iCAD rozwiązanie do cyfrowej tomosyntezy piersi ogląda każdą warstwę tkanki, dzięki czemu pozwala wykryć raka w bardzo wczesnym stadium

leczenia i powodują skrócenie kolejek do lekarzy.

SZTUCZNA INTELIGENCJA I ROBOTY ODCIĄŻĄ SPECJALISTÓW?

Połączenie technik rezonansu magnetycznego i coraz potężniejszych możliwości sztucznej inteligencji pozwala odciążać takich specjalistów jak ortopedzi czy radiolodzy. – Już dziś stworzyliśmy rozwiązanie do oceny ścięgna Achillesa, które wprowadza automatyzację, umożliwiającą tworzenie obiektywnych ocen radiologicznych na podstawie wykorzystania sztucznej inteligencji. To pierwsze tego typu rozwiązanie na świecie. Jesteśmy przekonani, że nasz projekt wyznaczy nowe kierunki rozwoju diagnostyki obrazowej w ortopedii i medycynie sportowej oraz usprawni czas, a także skuteczność stawianych diagnoz – tłumaczył na początku 2020 r.



Naukowcy z MIT nowy silny antybiotyk opracowali dzięki sztucznej inteligencji

Bartosz Borucki, kierownik laboratorium R&D na Uniwersytecie Warszawskim. Uszkodzenia ścięgna Achillesa należą do najczęstszych urazów ortopedycznych. Osiągnięcie naukowców z Uniwersytetu Warszawskiego ma doprowadzić do skrócenia obrazowania ścięgna rezonansem magnetycznym z blisko pół godziny do zaledwie kilku minut. Samo generowanie opisu ma być zaś tylko kwestią sekund. Projekt „Smarter Achilles MRI” ma wielkie



Roboty Da Vinci wchodzą powoli także do polskich szpitali

szanse, aby odnieść komercyjny sukces i usprawnić proces diagnostyki zarówno urazów ścięgna Achillesa, jak i np. urazów więzadeł w kolanie.

Firmy Intel i Siemens wykorzystują z kolei skanowanie z wykorzystaniem sztucznej inteligencji do ratowania życia pacjentów, umożliwiając specjalistom bezpieczne oglądanie większej liczby wyników rezonansu magnetycznego serca. Użycie modelu AI, skalowalnych procesorów firmy Intel oraz systemów Siemens Healthineers sprawia, że obrazy utworzone ze skanów rezonansu magnetycznego można analizować w czasie rzeczywistym, co istotnie przyspiesza proces diagnostyki przy zachowaniu ogromnej dokładności.

Sztuczna inteligencja znacząco ułatwia również badania oczu. AI należącego do Google DeepMind potrafi odczytywać skany optycznej koherentnej tomografii (OCT) siatkówki w 3D i diagnozować 50 różnych stanów okulistycznych z niemal 100-procentową skutecznością. Algorytmy Google potrafią też na podstawie zdjęć siatkówki oka wskazać osoby, u których mogą wystąpić choroby wieńcowe.

I chociaż dla niektórych wciąż brzmi to jak science fiction, to sztuczna inteligencja badała już oczy m.in. kilkuset pacjentów w Poznaniu. Innowacyjny „Skrining Retinopatii Cukrzycowej” – nadzorowany przez prof. Andrzeja Grzybowskiego – okazał się sukcesem. Jego wdrożenie na większą skalę może w przyszłości pomóc wielu osobom uratować wzrok, a jednocześnie odciążać lekarzy okulistów. Badania z użyciem innowacyjnej, opartej na sztucznej inteligencji platformy e-jaskra można też zrobić w Warszawie

– nowoczesny system opracowała grupa polskich naukowców kierowana przez prof. Jerzego Szaflika.

Najnowocześniejsze technologie są stosowane nie tylko w diagnostyce, lecz także – od ponad dwóch dekad – na blokach operacyjnych. Roboty chirurgiczne są wykorzystywane do niezwykle precyzyjnych i skomplikowanych procedur m.in. w chirurgii ogólnej, onkologicznej, urologii czy ginekologii, których przeprowadzenie w innym przypadku byłoby często o wiele trudniejsze lub wręcz niemożliwe. Zaletą chirurgii robotowej poza eliminacją naturalnego drżenia mięśni i poprawą pola widzenia jest również możliwość połączenia tej technologii np. z rozszerzoną rzeczywistością, która w czasie rzeczywistym dostarcza lekarzom cennych dodatkowych informacji o operowanym pacjencie.

I chociaż niektórzy twierdzą, że roboty chirurgiczne są przereklamowane, to robotyka chirurgiczna szybko się rozwija, szczególnie w Niemczech oraz we Włoszech. Roboty Da Vinci wchodzą powoli



Naukowcy z UW opracowali system, który pozwala na skrócenie obrazowania ścięgna rezonansem magnetycznym



W 2019 r. wprowadzenie na rynek nowego robota chirurgicznego Hugo zapowiedziała firma Medtronic

także do polskich szpitali (pierwszy z nich zaczął pracę nad Wisłą już w 2010 r.). Według danych firmy Synektik, dystrybutora tego systemu, w 2019 r. polscy lekarze przeprowadzili przy użyciu ośmiu robotów rekordową liczbę niemal 900 zabiegów. W Polsce wciąż jednak jeden robot chirurgiczny przypada na aż 6,5 mln mieszkańców, podczas gdy np. w USA wskaźnik ten wynosi jeden na 100 tys. Do rozwoju tej branży może przyczynić się rosnąca konkurencja: jesienią 2019 r. wprowadzenie na rynek swego robota chirurgicznego Hugo zapowiedziała firma Medtronic.

ORGANY Z DRUKARKI I NOWATORSKIE IMPLANTY

Rewolucję w transplantologii przyniosło również wykorzystanie przez bioinżynierów technologii druku trójwymiarowego, dzięki której naukowcy potrafią wydrukować dla pacjentów coraz więcej „części zamiennych”. Naukowcy z Wake Forest Institute for Regenerative Medicine w Karolinie Północnej już w 2016 r. wydrukowali gotowe do przeszczepu ucho, mięsień i kość, których struktura czy elementy systemu nerwowego i krwionośnego przypominały tkanki oraz narządy w ciele człowieka. W 2019 r. zespół prof. Tala Dvira z Uniwersytetu w Tel Awiwie pochwalił się, że pierwszy raz w historii udało się wydrukować całe serce z komórkami, naczyniami krwionośnymi oraz z przedsiódkami i komorami. Naukowcy od razu przystąpili do kolejnego etapu prac, czyli opracowania sposobu, aby „nauczyć” sztuczne serce właściwej pracy.

W 2019 r. naukowcy wydrukowali też pierwszy na świecie maleńki fragment płuca, który działa, czyli – upraszczając – potrafi zwyczajnie „oddychać”. Według szacunków naukowców dru-



W 2019 r. naukowcom udało się wydrukować serce z komórkami, naczyniami krwionośnymi oraz z przedsiódkami i komorami



Już w 2016 r. naukowcy wydrukowali gotowe do przeszczepu ucho

kowanie organów ma stać się normą w ciągu najbliższych 20 lat. Już dziś życie pacjentów zmieniają zaś coraz mniejsze implanty. 27 lutego 2020 r. prof. Henryk Skarżyński, wraz z zespołem, przeprowadził pierwszą w naszym kraju operację wszczepienia aktywnego implantu wykorzystującego kostne przewodnictwo dźwięku BONEBRIDGE BCI 602.

Przełomowy zabieg rozpoczął zupełnie nowy etap w leczeniu wad słuchu, które występują w obrębie

ucha zewnętrznego i środkowego. Nowy implant daje bowiem możliwość poprawy słuchu w wielu przypadkach, w tym u pacjentów, u których wcześniej podobne operacje kończyły się niepowodzeniem.

– To kolejny milowy krok w polskiej otolaryngologii. Cieszę się, że tę przełomową operację możemy wykonać w Światowym Centrum Słuchu. Tworząc centrum, chciałem, aby jego działalność kliniczna dawała wymierne korzyści polskim pacjentom, którzy mają dostęp – jako jedni z pierwszych w świecie – do najnowszych, najbardziej zaawansowanych technologii medycznych. Nie tylko zwiększa to możliwości terapeutyczne o kilkadziesiąt procent, lecz także upowszechnia współczesne światowe standardy medyczne. Pionierską operację wszczepienia pierwszego na świecie aktywnego implantu przezskórno na przewodnictwo kostne typu BONEBRIDGE przeprowadziłem w Kajetanach w grudniu 2012 r. Już wtedy był to doskonały dowód na to, że w Światowym Centrum Słuchu nieustannie wdrażamy najnowsze rozwiązania innowacyjne w nauce, edukacji i działalności klinicznej – powiedział prof. Henryk Skarżyński.

Jak działa system BONEBRIDGE BCI 602? Otóż wykorzystuje zjawisko przewodnictwa kostnego, które polega na przekazywaniu sygnału dźwiękowego przez kości czaszki bezpośrednio do ślimaka. Największą zaletą zastosowanego implantu jest niewielki rozmiar urządzenia. Dzięki niemu implant jest nie tylko wyjątkowo dyskretny, lecz także może być stosowany u tych pacjentów, u których z powodów anatomicznych (zbyt cienka kość, za mały wyrostek sutkowaty i inne wrodzone deformacje) nie jest możliwe wszczepienie standardowego urządzenia.



Z prof. Henrykiem Skarżyńskim, dyrektorem Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach

rozmawia Katarzyna Pinkosz

Nie mamy „chorej” służby zdrowia

KATARZYNA PINKOSZ: W Polsce żyjemy krócej niż w Europie Zachodniej, przestała również rosnąć długość życia, o czym była mowa m.in. podczas Kongresu Zdrowia Polaków 2019. Jak ten trend zmienić?

PROF. HENRYK SKARŻYŃSKI: To duże wyzwanie. Wszyscy chcemy, by u nas było tak samo lub nawet lepiej niż w najbogatszych krajach, gdzie system doskonalony jest kilkadziesiąt lat. Chcemy, by lekarz, pielęgniarka, diagnosta, ratownik medyczny, technik byli „z najwyższej półki”, dostępni w każdej chwili. Na pewno to jest bardzo

ważne i trzeba do tego dążyć. Ważna jest jednak też zmiana postawy pacjentów; chodzi o to, by zaczęli oni faktycznie dbać o swoje zdrowie. Są dawno opracowane zalecenia, oczywiste zasady, które znamy, ale niestety bardzo często je lekceważymy.

Wnioseków z kongresu jest wiele. Pierwszy, o którym wiedziałem, ale skali zjawiska nie byłem w stanie ocenić, to niewiarygodnie wiele osiągnięć w polskiej medycynie, wiele oryginalnych rozwiązań i praktycznych wdrożeń. Często zostały one osiągnięte w bardzo

skromnych warunkach, ale przy ogromnym zaangażowaniu wielu zespołów różnych specjalności. Cieszę się, że to wybrzmiało podczas kongresu, wiele prawdziwych sukcesów zostało przypomnianych lub po raz pierwszy pokazanych. Nie mamy bowiem „chorej” służby zdrowia. Nie jesteśmy jeszcze zamożnym krajem, a osiągamy wiele w różnych obszarach na poziomie europejskim czy światowym. To musi być znane, dostrzeżone i powinno dopingować innych do dalszego rozwoju.

Dzisiaj coraz więcej mówi się o telemedycynie, którą pan wykorzystuje od lat. W jaki sposób można ją stosować w diagnozowaniu i leczeniu wad słuchu?

Pierwsze telekonsultacje z wykorzystaniem Internetu przeprowadziłem w Polsce podczas badania uszu równo 20 lat temu. Następnie tworzyliśmy kolejne narzędzia do badań diagnostycznych wspólnie z prof. Andrzejem Czyżewskim i jego zespołem z Politechniki Gdańskiej. Za kolejne produkty telemedyczne „Słyszę”, „Widzę” i „Mówię”, jako najlepsze innowacyjne wynalazki europejskie, otrzymaliśmy liczne na-

grody od kolejnych prezydencji w Radzie UE we Frankfurcie, w Corku czy Sztokholmie oraz kilkadziesiąt medali i innych wyróżnień na najważniejszych salonach wynalazczości oraz postępu technologicznego w świecie. Potem przyszedł czas realizacji pierwszej na świecie Krajowej Sieci Teleaudiologii, za którą otrzymaliśmy Nagrodę XXI Wieku w Waszyngtonie w 2010 r. oraz Złoty Medal i Prix Galien w Monte Carlo w 2014 r.

Nasze kolejne programy telemedyczne miały związek m.in. z badaniem całej polskiej populacji wiejskiej pierwszoklasistów, zrealizowane były wspólnie z KRUS, z badaniami pierwszoklasistów we współpracy z władzami stolicy, a w ostatnich dwóch latach były to badania pierwszoklasistów na całym Mazowszu zrealizowane z samorządem marszałkowskim województwa. W badaniach wzięła udział wielka grupa badaczy z całej Polski, wiele działań koordynujących było dziełem prof. Krzysztofa Kochanka. Następnie nasze działania rozszerzyły się na kraje Europy Południowej i Europy Wschodniej, Azji Środkowej, Afryki i Ameryki Południowej. Te działania koordynuje mój syn, prof. Piotr H. Skarżyński.

Kolejne działania telemedyczne to zaproponowana przeze mnie Domowa Klinika Rehabilitacji, którą ciągle doskonalimy. Jest obecnie szansa, że większość zajęć rehabilitacyjnych realizowanych pod czujnym okiem naszych specjalistów pracujących w dwóch studiach telemedycznych w Światowym Centrum Słuchu można będzie prowadzić ze swoim dzieckiem w domu. Te usługi w zasadzie nie są finansowane przez NFZ w chwili obecnej, ale technologicznie i organizacyjnie jesteśmy już na nie gotowi. Gdyby nie te, wymienione jednym tchem, milowe kroki telemedycyny nie byłoby nas widać we współczesnym świecie jako ambasadorów polskiej nauki i medycyny. Dzięki telemedycynie badaniami przesiewowymi objęliśmy ok. 1,5 mln dzieci w Polsce, wiele dzieci w Europie, Azji, Afryce i Ameryce Południowej, a także osoby implantowane na trzech kontynentach. Bez telemedycyny takich badań nie można by było przeprowadzić.

Co szóste dziecko idące do szkoły nie słyszy dobrze. Skąd ten problem?

Wyniki są bardzo niepokojące. Różne uszkodzenia słuchu występują u 17–18 proc. dzieci rozpoczynających

naukę szkolną. To wręcz niewyobrażalna liczba w stosunku do ok. 1–2 promili noworodków z wadami słuchu. Problem wśród dzieci idących do szkoły jest różny. U części to wady wrodzone, które ujawniły się później niż po urodzeniu. Kolejna liczna grupa to następstwa infekcji górnych dróg oddechowych. Podczas praktycznie każdego przeziębienia występują zmiany obrzękowe, następnie wysiękowe, a później zarostowe w obrębie nosa i zatok obocznych oraz ucha środkowego. To ewidentnie odbija się na słuchu. Wcześniej rozpoznane następstwa infekcji można sprawnie i skutecznie leczyć. Zaniedbane wymagają bardziej skomplikowanego podejścia, leczenie trwa dłużej, często wiąże się z koniecznością przeprowadzania poważnych operacji.

Obecnie jest znacznie mniej niż przed laty uszkodzeń słuchu w wyniku otoksydacyjnej antybiotykoterapii – dzięki dostępowi do leków nowocześniejszych i nieuszkodzających komórek zmysłowych w uchu wewnętrznym, które kiedyś były podawane w sytuacjach ratowania życia, zwłaszcza u dzieci. Obserwujemy natomiast coraz więcej uszkodzeń słuchu na podłożu zaburzeń ośrodkowych, ogólnie mówiąc – mózgowych. Takie dzieci nie są głuche ani głęboko upośledzone, ale nie umieją się skupić, utrzymać uwagi słuchowej. To jest dla nich poważną przeszkodą w edukacji. Kolejny problem to obserwowane w coraz większym stopniu pohałasowane zaburzenia słuchu. Jest to spowodowane rozwojem współczesnej cywilizacji, a także hałasem środowiskowym, w szkole na przerwach, na ulicy i w domu, kiedy dziecko godzinami w słuchawkach słucha głośnej muzyki, odcięte od świata. Przeciwdziałanie nabytym uszkodzeniom słuchu wśród młodzieży staje się wyzwaniem społecznym.

Ubytki słuchu prowadzą do izolacji, szczególnie często ten problem występuje u osób starszych. Czy można temu zapobiec?

To prawda – uszkodzenia słuchu prowadzą do izolacji, do wycofywania się z życia społecznego, zawodowego. Postępująca wada słuchu nasila rozwój chorób na podłożu neurodegeneracyjnym, rozwija się depresja, pojawiają nawet myśli samobójcze. To wszystko jest bardzo niepokojące. Czy można temu zapobiec? Możliwości skutecznych terapii jest wiele. To z myślą o pokoleniu seniorów przeprowadziłem przed 17,

15 i 10 laty kolejne, pierwsze w świecie operacje z takim wykorzystaniem różnych implantów, by odzyskać słuch w uszkodzonej części ucha – do takich uszkodzeń dochodzi z czasem u każdego z nas – a jednocześnie zachować tę część słuchu, która jest sprawna. Służę temu moja metoda operacji tzw. częściowej głuchoty i uzyskanie słuchu elektryczno-naturalnego. Wskazania do zastosowania takich oryginalnych rozwiązań chirurgicznych są u dziesiątków milionów osób. Jednak do tego potrzebna jest świadomość, że taka pomoc jest możliwa, i to po raz pierwszy zaoferowana właśnie w Polsce. „Metoda Skarżyńskiego” została uznana za jeden z 34 polskich produktów promujących naszą naukę we współczesnym świecie przez Narodową Agencję Wymiany Akademickiej.

Światowe Centrum Słuchu jest obecnie światowym „sercem” leczenia osób z różnymi problemami związanymi ze słuchem.

Od otwarcia pierwszej części Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach w 2003 r. jesteśmy liderem światowej otologii, otochirurgii i audiologii, wykonujemy najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch. W ciągu ostatnich 10 lat jest to 15–18 tys. procedur otochirurgicznych rocznie. Dla porównania – w czołowych ośrodkach światowych ten wynik nie przekracza 2 tys. procedur.

Za nami stoją olbrzymie liczby, niewyobrażalne dla tysięcy specjalistów ze wszystkich kontynentów, którzy systematycznie biorą udział w organizowanych przez nas, jako lidera, specjalnych międzynarodowych warsztatach klinicznych. Podczas nich pokazujemy na żywo kilkadziesiąt operacji otochirurgicznych dziennie, głównie dotyczących wszczepiania różnych implantów słuchowych. W ramach globalnej światowej sieci telemedycznej „LION” pokazuję „na żywo” również inne operacje poprawiające słuch, oglądane na wielu kontynentach.

© Wszelkie prawa zastrzeżone

prof. Henryk Skarżyński – otolaryngolog, audiolog i foniatra, twórca i dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach, konsultant krajowy w dziedzinie otolaryngologii, współzałożyciel i członek Forum Słuchu powstałego przy Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie.

Z Julią Czyżewską,
prezes Zarządu PZU Zdrowie
rozmawia Jacek Przybylski



Cyfryzacja zdrowia będzie się pogłębiać

JACEK PRZYBYLSKI: PZU Zdrowie uruchomiło w tym roku pierwszą w Polsce Wirtualną Przychodnię. Co trzeba zrobić, aby bez wychodzenia z domu zasięgnąć porady lekarskiej?

JULIA CZYŻEWSKA: Wystarczy smartfon, tablet lub komputer. Wirtualna Przychodnia to portal, na którym pacjent może przejść pełen proces medyczny bez wychodzenia z domu. Aby z niej skorzystać, nie jest konieczne posiadanie pakietu medycznego. W ramach Wirtualnej Przychodni dostępna jest konsultacja u 23 specjalistów, także dziecięcych, otrzymanie zaleceń, skierowania oraz e-recepty, a także złożenie dyspozycji zamówienia leków do odbioru w wybranej aptece.

Czy taka telekonsultacja odbywa się przez telefon, czat, czy konieczne jest przeprowadzenie wideocztatu?

Pacjent sam wybiera dogodną dla siebie formę kontaktu z lekarzem. Wideoczat, do którego wystarczy aparat wbudowany w każde urządzenie mobilne, będzie z pewnością dobrym rozwiązaniem, gdy chcemy skonsultować z lekarzem na przykład zmiany skórne. Alternatywą jest dołączenie przed rozmową zdjęć i innej dokumentacji, które następnie można omówić w trakcie rozmowy telefonicznej lub czatu.

Jak długo trzeba czekać na zdalną poradę?

Czas oczekiwania na telekonsultację może wynieść do dwóch godzin, jednak dotychczasowa praktyka pokazuje, że średni czas oczekiwania wynosi 15 minut. Warto podkreślić, że telekonsultacje odbywają się także poza godzinami pracy placówek – wieczorem, w nocy oraz w weekendy i święta. Dzięki temu pacjent może w dowolnym momencie skontaktować się z lekarzem

i rozpocząć leczenie lub łagodzenie objawów od razu, nie czekając na wizytę w placówce. Otrzymane w trakcie telekonsultacji zalecenia są tak samo wiążące jak te otrzymane w trakcie wizyty stacjonarnej. Znowelizowana kilka lat temu ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawa o działalności leczniczej dopuszczają możliwość świadczenia usług zdrowotnych na odległość. Możliwe jest także wystawienie e-recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia popartej dokumentacją medyczną. Oczywiście nie wszystkie przypadki medyczne będą miały wskazanę do prowadzenia ich w formie telekonsultacji, jednak stanowi ona wygodne rozwiązanie dla dużej części pacjentów.

Jak chętnie Polacy korzystają z rozwiązań telemedycznych? Kto głównie „przychodzi” do Wirtualnej Przychodni PZU?

Obserwujemy szczególnie duże zainteresowanie rozwiązaniem wśród rodziców, ponieważ najczęściej wybieranym rodzajem konsultacji jest porada pediatryczna i internistyczna. To naturalne, że w tej grupie jest największe zapotrzebowanie na opiekę medyczną dostępną o każdej porze dnia i nocy. W przypadku pojawienia się niepokojących objawów u dziecka rodzic chce podjąć działania jak najszybciej. Innym popularnym rodzajem telekonsultacji są porady endokrynologiczna, ginekologiczna i dermatologiczna, które związane są często z interpretacją wyników badań oraz przedłużeniem recept na leki przyjmowane na stałe. Wyjaśnia to również fakt, że są to specjalizacje typowo „kobiece”, a kobiety wykazują większą świadomość zdrowotną i skłonność do dbania o zdrowie swoje i najbliższych. Jeśli chodzi o wiek naszych

pacjentów korzystających z telekonsultacji, to rozpiętość jest dosyć duża – niemal w równym stopniu korzystają z nich osoby od 20. do 50. roku życia, chociaż największą grupę stanowią 30-latkowie.

Czy telemedycyna może też ułatwić życie pacjentom z chorobami przewlekłymi?

Jak najbardziej. Telemedycyna to rozwiązanie, które wspiera proces leczenia i opieki nad pacjentami cierpiącymi na choroby przewlekłe, np. cukrzycę czy choroby układu krążenia, dlatego odnotowujemy zainteresowanie telekonsultacjami kardiologicznymi i diabetologicznymi. Pacjenci z jednej strony w wygodny sposób mogą uzyskiwać recepty i skierowania na badania kontrolne, a z drugiej – w razie nagłego pogorszenia samopoczucia czy zauważenia nieznanych objawów – szybko uzyskać pomoc lekarską, jeszcze przed dotarciem do placówki. Urządzenia telemedyczne monitorujące stan zdrowia pacjentów testowane są także przez szpitale, które wyposażają w nie pacjentów przy wypisie do domu. Kiedy samopoczucie pacjenta się pogarsza, samodzielnie wykonuje badanie za pomocą takiego urządzenia, następnie wynik automatycznie przesyłany jest do lekarza, który go interpretuje, po czym np. kontaktuje się z pacjentem i decyduje o dalszym postępowaniu lub nawet hospitalizacji. Za pomocą mobilnych urządzeń pomiarowych można zdalnie przysłać lekarzowi wyniki pomiarów ciśnienia, stężenia glukozy we krwi, natlenienia krwi czy nawet samodzielnie przeprowadzić proste badanie KTG lub EKG. Wyniki można skonsultować z lekarzem, wykorzystując telekonsultację.

Sztuczna inteligencja staje się coraz bardziej pomocna. Czy PZU Zdrowie również będzie chciało ją wykorzystywać w swojej działalności?

Coraz więcej technologii medycznych wykorzystuje sztuczną inteligencję. W ostatnich latach zostało opracowanych wiele algorytmów opartych na AI, które potrafią wykrywać zmiany chorobowe lepiej niż lekarze. Pod koniec 2018 r. na zawodach naukowych w Pekinie sztuczna inteligencja zwana BioMind pokonała lekarzy w diagnozowaniu chorób neurologicznych, wykazując o 20 proc. większą skuteczność. Naukowcy ze Stanford University stworzyli algorytm, który zaledwie w ciągu dwóch miesięcy nauczył się rozpoznawać kilkanaście chorób na podstawie zdjęć RTG, osiągając lepsze wyniki niż radiolodzy.

PZU Zdrowie wykorzystuje rozwiązania opierające się na sztucznej inteligencji w formie wstępnego wywiadu medycznego. Służy ono wsparciu pracy konsultantów naszej infolinii medycznej, którzy na podstawie wskazanych przez pacjenta objawów mogą trafniej pokierować pacjenta do właściwego specjalisty. Jest ono również dostępne dla pacjentów korzystających z portalu mojePZU do samodzielnego umawiania wizyt, gdzie przed wyborem specjalizacji lekarskiej mogą dokonać takiej analizy stanu zdrowia.

Jedną z innowacji wprowadzonych przez PZU Zdrowie są gabinety telemedyczne. Na czym polega ta usługa?

Jest to mobilny gabinet, w którym można samodzielnie wykonać badania za pomocą aparatury telemedycznej oraz przeprowadzić wideokonsultację z lekarzem. Diagnozowanie możliwe jest za pomocą urządzeń takich jak: stetoskop cyfrowy, EKG, pulsoksymetr, termometr, ciśnieniomierz, kamera do obrazowania gardła, ucha i skóry. Cały proces konsultacji wraz z badaniem zajmuje ok. 10-15 minut. Taki gabinet jest nowoczesną wersją tradycyjnych gabinetów przyzakładowych. Obserwujemy, że gabinet telemedyczny cieszy się zainteresowaniem wśród pracowników zwłaszcza w sezonie wzmożonych zachorowań. Mając taki gabinet „pod ręką”, mogą w przypadku złego samopoczucia od razu uzyskać poradę lekarską lub skierowanie na odkładane od dawna badania profilaktyczne bez konieczności umawiania wizyty i wychodzenia z pracy.

Wiele branż boryka się z niedoborem pracowników. W Polsce szczególnie brakuje lekarzy. W jaki sposób PZU Zdrowie radzi sobie z tym problemem?

Problem niedoboru kadr dotyczy sektora zarówno publicznego, jak i prywatnego. Powoduje go zwiększone zapotrzebowanie na usługi medyczne przy coraz bardziej niekorzystnych trendach demograficznych, które nie omijają także personelu medycznego. Nasi pacjenci nie odczuwają jednak tych braków. Aby sprostać temu wyzwaniu, prowadzimy aktywną politykę zatrudnienia, a PZU Zdrowie postrzegane jest na rynku jako atrakcyjny pracodawca. Stale rozwijamy naszą sieć medyczną własną i partnerską oraz prowadzimy regularnie różnego rodzaju rekrutacje dla personelu medycznego w całej Polsce. Dodatkowo wdrażamy oparte na nowych technologiach usprawnienia procesu leczenia, które sprawiają, że czas lekarzy jest efektywniej wykorzystywany.

Według danych PIU liczba Polaków z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym wciąż szybko rośnie i na koniec września 2019 r. wynosiła już ponad 2,8 mln. Czy ten rynek w Polsce ma perspektywy dalszego szybkiego wzrostu liczby ubezpieczonych oraz osiągniętych przychodów? I jak radzi sobie na nim PZU Zdrowie?

Obecnie PZU Zdrowie jest w czołówce prywatnych świadczeniodawców w Polsce, a osiągnęło tę pozycję zaledwie w ciągu kilku lat. Zgodnie z analizami branżowymi rynek opieki medycznej, po latach dynamicznego rozwoju, nadal ma przed sobą perspektywę systematycznego wzrostu. Wspomniane wcześniej zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne nie maleje. Ponadto benefit pozapłacowy w postaci pakietów medycznych stał się już powszechnie obowiązującym na rynku pracy standardem. To jeden z elementów konkurencji o pracownika. Widzimy, że finansowanie lub współfinansowanie prywatnej opieki medycznej przestaje być jedynie domeną dużych korporacji i coraz częściej interesują się nią także małe przedsiębiorstwa i mikroprzedsiębiorstwa.

PZU Zdrowie jest stosunkowo nowym operatorem na rynku prywatnych usług medycznych. Co wyróżnia kierowaną przez panią firmę od innych spółek działających na polskim rynku?

PZU Zdrowie od początku stawiało na dostępność opieki medycznej, stając się realną alternatywą dla dotychczasowej oferty prywatnej opieki medycznej. Postawiliśmy na to, co w badaniach oczekiwania polskich pacjentów okazało się kluczowe, czyli szybką konsultację lekarską – w formie tradycyjnej lub zdalnej. Nasza misja „Dbamy o Twoje zdrowie. W każdej chwili” wyraża się w wielu aspektach. Zbudowali-

śmy własną sieć medyczną, która liczy już 130 placówek medycznych PZU Zdrowie, i nadal ją rozwijamy. Dzięki własnym placówkom możemy wprowadzać i kontrolować najwyższe standardy obsługi pacjenta. Jednocześnie współpracujemy z szeroką siecią partnerską ponad 2 tys. placówek w 600 miastach. Jesteśmy świadczeniodawcą, który w ramach grupowej opieki medycznej gwarantuje terminy wizyt – maksymalnie dwa dni robocze do lekarza internisty i pięć dni do specjalisty. W praktyce wizyty umawiane są nawet szybciej. Jako pierwszy operator medyczny uruchomiliśmy także dla naszych pacjentów usługi telemedyczne, dzięki którym pacjenci mogą rozwiązać wiele problemów medycznych bez wychodzenia z domu. Wdrażamy także wygodne rozwiązania selfservice'owe dla pacjentów do zarządzania swoimi usługami medycznymi oraz dla pracodawców do zarządzania badaniami medycyny pracy.

Jak wyobraża sobie pani przyszłość medycyny i prywatnych usług medycznych za 5-10 lat?

Z pewnością pogłębiać się będą cyfryzacja zdrowia i upowszechnianie obecnie testowanych rozwiązań. Według raportu PwC dotyczącego przyszłości ochrony zdrowia w 2030 r. w najbliższych latach nastąpi wyraźne przesunięcie krajowych budżetów w kierunku e-zdrowia. Udział wydatków na zdrowie takich krajów jak Francja, Niemcy, Włochy, Hiszpania i Wielka Brytania wzrośnie in obszarze rozwiązań cyfrowych względem tradycyjnej opieki medycznej. Badania Business Insider na rynku amerykańskim pokazały, że już ponad 80 proc. osób jest chętnych, by nosić tzw. wearables, czyli „technologie ubieralne”. To wyraźny trend, który w połączeniu z coraz większymi możliwościami technologicznymi i obliczeniowymi doprowadzi do wykształcenia się nowej gałęzi usług wsparcia na niespotykanym dotąd poziomie. Pacjenci będą mogli otrzymać spersonalizowane rozwiązania zdrowotne zintegrowane z ich codziennym życiem, co mogą zapewnić chociażby wspomniane technologie ubieralne. Odpowiednie algorytmy i właściwa analiza pomogą zorganizować pozyskane dane i wykorzystać je w procesie leczenia.

Bardziej dostępne staną się także testy genetyczne. Po raz pierwszy sekwencjonowanie ludzkiego DNA zajęło 13 lat i kosztowało 1 mld dol., obecnie jest to koszt nawet kilkuset dolarów i trwa kilka godzin. Powszechne zastosowanie testów genetycznych przyczyni się do skuteczniejszego zapobiegania chorobom. © © Wszelkie prawa zastrzeżone

KATARZYNA PINKOSZ: Podatek cukrowy pomoże zahamować wzrost zachorowań na cukrzycę?

KATARZYNA KACPERSKA: Uważam, że decyzja o wprowadzeniu podatku cukrowego jest bardzo dobra. To jedno z narzędzi, które ma szansę zahamować rozwój otyłości, będącej ogromnym problemem zarówno w Polsce, jak i na świecie. Podobne działania zostały podjęte wcześniej w krajach skandynawskich, we Francji, w wielu stanach USA. Jest sporo doniesień wskazujących na to, że takie działania są jednymi z rozwiązań, które wpływają na zmianę zachowań ludzi.

NFZ szacuje, że 60 proc. Polaków ma nadwagę, a 25 proc. otyłość. Polska jest niechlubnym liderem, jeśli chodzi o wzrost otyłości u dzieci. To ogromny problem, który powoduje wzrost ryzyka zachorowania na cukrzycę, choroby kardiologiczne, problemy ze stawami, ale też obciążenia psychiczne. Otyłe dzieci to dzieci, które nie są zapraszane do zabaw i gier ruchowych, pojawia się kwestia wykluczenia. Liczę na to, że po wprowadzeniu podatku cukrowego rozpocznie się dyskusja nad kolejnymi rozwiązaniami, by systematycznie zmniejszał się problem otyłości. Podatek cukrowy ma szansę stać się narzędziem, dzięki któremu będą zmieniały się zachowania konsumentów. Z jednej strony ceny słodkich napojów powinny być wyższe, a z drugiej konieczne są działania edukacyjne, by konsumenci zdawali sobie sprawę, w jak wielu produktach znajduje się cukier. Dzięki temu ich wybory staną się bardziej świadome. Ważne jest też, by np. w szkołach, na stołówkach była dobra, zbilansowana dieta.

Niedawno w Polsce została zainaugurowana globalna kampania Cities Changing Diabetes, której jednym z inicjatorów jest Novo Nordisk. Na czym ta kampania polega i dlaczego obejmuje właśnie miasta?

Działania edukacyjne, które prowadzimy jako firma, są dla nas tak samo ważne jak dostarczanie innowacyjnych produktów leczniczych, zaspokajających potrzeby pacjentów. Prowadzimy wiele programów edukacyjno-diagnostycznych; obecnie naszym flagowym projektem jest Cities Changing Diabetes. Prowadzimy go w 25 miastach (na różnych kontynentach), bo to właśnie w miastach kumuluje się problem otyłości i cukrzycy. Dwie trzecie osób mających cukrzycę żyje w miastach. Powodów jest wiele, jeden z nich to na pewno łatwy dostęp do wysoko przetworzonej żywności oraz zmiana nawyków

Z Katarzyną Kacperską, dyrektorką generalną Novo Nordisk Pharma rozmawia Katarzyna Pinkosz

Wiosna w diabetologii

dotyczących stylu życia. Populacja miast się zwiększa, często wcześniej te osoby miały dostęp do świeżego jedzenia, a teraz są bardziej zabiegane, mają mniej czasu. Dlatego sięgają po produkty, które są pod ręką i są atrakcyjne cenowo. Często są to fast foody. Miasta to miejsca, gdzie kumuluje się problem otyłości, a jednocześnie możemy w nich zdefiniować największe problemy i zaangażować ludzi do ich rozwiązania. Działamy lokalnie, w konkretnych społecznościach. W każdym mieście nasze działania są nieco inne. Zawsze na początku definiujemy najważniejsze problemy w danej społeczności i szukamy rozwiązań.

Przykładowo, w Houston, pierwszym mieście włączonym do globalnego programu Cities Changing Diabetes, nasze działania zostały skoncentrowane na problematyce żywienia. Skoncentrowaliśmy się na miejscach, gdzie mieszkają ludzie o nieco niższych dochodach, którzy zwykle odżywiają się nie najlepiej. Powstają tam stołówki, do których lokalni dostawcy na korzystnych warunkach dostarczają warzywa; są tam również prowadzone warsztaty, jak przygotowywać zdrowe i smaczne posiłki.

Jest jeszcze za wcześnie, by powiedzieć, że dzięki tym działaniom już zmniejszyła się zachorowalność na cukrzycę. To trzeba rozpatrywać w aspekcie długoterminowym. Chcemy jednak na tyle zmniejszyć problem otyłości, by poziom nowych zachorowań na cukrzycę stanął w miejscu. Dzisiaj mamy wciąż dramatyczny wzrost.

Jesteśmy firmą, która nie tylko dostarcza innowacyjne leki, lecz także bierze odpowiedzialność za środowisko, w którym działamy. Programem Cities Changing Diabetes jest objętych ok. 150 mln osób na świecie, jego siłą jest różnorodność w poszczególnych krajach.

A jakie działania są planowane w Polsce?

W listopadzie 2019 r. nastąpiło oficjalne otwarcie programu w Polsce, z udziałem księżnej Danii, przedstawicieli polskiego i duńskiego ministerstwa zdrowia, przedstawicieli NFZ, Kancelarii Prezydenta i ekspertów skupionych wokół programu. Bardzo sprawnie działająca rada programowa ustaliła, że na początek skupimy się na działaniach w szkołach. Chcemy sprawdzić poziom świadomości



i nastawienie nauczycieli i uczniów do problemów otyłości i cukrzycy. Na podstawie tych badań będziemy mogli określić, na czym polega problem, i stwierdzić, co powinniśmy zrobić.

Cities Changing Diabetes nie jest jedynym programem, w którym dotykamy problemu otyłości. W 2019 r. ogłosiliśmy również partnerstwo z UNICEF, w tym przypadku również będziemy wprowadzać inicjatywy mające na celu przeciwdziałanie otyłości wśród dzieci.

Oprócz działalności edukacyjnej w Polsce bardzo sprawnie działa Centrum Badań Klinicznych Novo Nordisk. Jak centrum się rozwija?

Ubiegły rok był przełomowy: ponad dwukrotnie zwiększyliśmy liczbę pacjentów w badaniach klinicznych. W ubiegłym roku decyzją centrali zostało utworzone w Warszawie Centrum Rozwoju Badań Klinicznych (CDC Poland), które nadzoruje 16 krajów na świecie prowadzących badania kliniczne drugiej i trzeciej fazy w cukrzycy, otyłości, hemofilii oraz niealkoholowym stłuszczeniowym zapaleniu wątroby (NASH). Stanowi to drugie, co do wielkości, po USA centrum badań kli-

nicznych firmy Novo Nordisk na świecie. Naszym celem, który jest bliski osiągnięcia, jest to, aby w 2021 r. Polska nadzorowała badania u prawie 7 tys. aktywnych klinicznie pacjentów.

Firma podjęła też decyzję, by w Polsce ulokować centrum usług HR, wspierające pracowników. Będzie ono obsługiwać Europę Zachodnią, a w przyszłości również środkową Azję i Afrykę. Rozważane jest też stworzenie w Polsce centrum, które zajmowałoby się rekrutacją dla innych krajów. Nasi szefowie widzą Polskę jako bardzo ważne miejsce, jesteśmy postrzegani jako kraj, w którym warto inwestować m.in. ze względu na to, że są tu dobrze wykształceni pracownicy i stabilna sytuacja gospodarcza.

W ostatnim roku bardzo wiele się zmieniło, jeśli chodzi o refundację w cukrzycy. Jak ocenia pani te zmiany?

Były wręcz przełomowe, podjęto kompleksowe decyzje, z których bardzo się cieszymy; ogromne gratulacje za to dla Ministerstwa Zdrowia. Słyszę takie określenia jak „wiosna w diabetologii”. Polscy pacjenci mogą być leczeni podobnie jak w innych krajach europejskich. Jest dużo

radości zarówno wśród pacjentów, jak i diabetologów, choć na pewno dobrze by było, żeby leki z tych dwóch nowych klas – myślę o flozynach i analogach GLP-1 – były w przyszłości dostępne dla szerszej grupy pacjentów. Obecnie refundację otrzymali pacjenci, którzy najbardziej potrzebowali takich rozwiązań.

Jakie innowacje w leczeniu cukrzycy pojawią się w najbliższej przyszłości?

Zakończyliśmy właśnie drugą fazę badań klinicznych insuliny podawanej raz w tygodniu. Wyniki są bardzo pozytywne: mamy wskazanie, że jest to nie tylko wygoda dla pacjenta, lecz także lepsze wyrównanie cukrzycy. Widać to, jeśli chodzi o poziom hemoglobiny glikowanej: efekty były lepsze w przypadku insuliny podawanej raz w tygodniu niż w przypadku dotychczas stosowanych preparatów. Obecnie wchodzimy w trzecią fazę badań klinicznych, będą one prowadzone również w Polsce. Bardzo się z tego cieszymy.

Innym naszym projektem jest glucose sensitive insulin – insulina, która uwalnia się w organizmie tylko wtedy, gdy jest taka potrzeba. Dzięki temu w zasadzie zostaje wyeliminowane ryzyko hipoglikemii. Mam nadzieję, że wkrótce badania kliniczne tej insuliny będą prowadzone również w Polsce.

Trzecią naszą nowością jest doustnie podawany lek GLP-1, czyli doustna forma semaglutynu. To wyjątkowy produkt – białko podawane doustnie: tabletkę wystarczy przyjmować raz dziennie. Jesteśmy bardzo z niego dumni, to pierwsze tego typu rozwiązanie. Lek jest już dostępny w USA. W Europie mamy pozytywną rekomendację i myślę, że pozytywną decyzję Europejskiej Agencji Leków otrzymamy za kilka tygodni. Sądzę, że w ciągu dwóch lat wprowadzimy ten preparat w Polsce. Jak widać, w leczeniu cukrzycy ciągle robimy kroki do przodu. Jestem przekonana, że jeśli cukrzyca zostanie kiedyś wyleczona, to stanie się to dzięki naszej firmie.

Pracujemy także nad nowymi lekami na otyłość – są to zarówno projekty na bazie cząsteczki GLP-1, jak i działające w innych mechanizmach. Mamy ambicję dostarczenia rozwiązań, które będą również skuteczne jak operacje bariatryczne, czyli spowodują spadek masy ciała o 25 proc. To cel ambitny, ale realny, prowadzimy badania, które korelują różne mechanizmy działania leków, i mamy duże powody do optymizmu.



Rozmowa z Nienke Feenstra, dyrektor generalną Takeda Pharma

Takeda każdego dnia z pasją niesie pacjentom nadzieję

Minął rok od połączenia firm Takeda i Shire. Jak to zmieniło Takedę?

NIENKE FEENSTRA: Przyspieszyło to naszą transformację i pozwoliło nam stać się istotnym podmiotem specjalizującym się w chorobach rzadkich. Wzbogaciliśmy nasze portfolio o kilka dodatkowych terapii umacniając naszą pozycję w tym obszarze. Takeda rozwija się bardzo dynamicznie w Polsce, co widać wyraźnie w porównaniu z innymi krajami, w których działamy. Do tej pory nasze zaangażowanie koncentrowało się na tworzeniu przyjaznego ekosystemu opieki specjalistycznej nad pacjentami onkologicznymi i z nieswoistymi zapaleniami jelit. Po włączeniu do obszaru naszych działań specjalizacji związanych ze schorzeniami genetycznymi, immunologicznymi, hemofilią i wrodzonym obrzękiem naczynioruchowym oraz kompetencji osób z nimi związanymi od wielu lat, nasz rozwój uległ znacznemu przyspieszeniu.

Takeda to najstarsza firma farmaceutyczna na świecie. Jak odniosła tak wielki sukces?

Stały rozwój oraz liczne sukcesy, jakie za nami stoją wynikają z naszych wartości. Dobro pacjentów i poprawa jakości ich życia są zawsze w centrum wszystkiego, co robimy. Wiem, że te słowa powtarzają wszystkie firmy farmaceutyczne, ale warto zwrócić uwagę, że ta dewiza była i jest dla nas priorytetem w podejmowaniu kluczowych decyzji od samego początku powstania firmy.

Dla nas jest to główna zasada, która niezmiennie sprawdza się już od 238 lat. Założyciel naszej firmy, Chobei Takeda, pracował w Osace i zajmował się ziołami oraz przyprawami używanymi w tamtych czasach jako medykamenty. Prowadził sklep w dzielnicy, w której panowała bardzo duża konkurencja – większość kupców oferowała podobny asortyment. „Dodam

do mikstury nieco piasku, wymieszam i w ten sposób osiągnę nieco większe zyski” – myśleli niektórzy z jego konkurentów. Jednak Chobei postanowił, że nie będzie tak robił: „Kiedy ludzie decydują się na moje medykamenty, dostają to, czego oczekują. Nie ma tu miejsca na domieszki”. Sumiennność, uczciwość i rzetelność były naszymi kluczowymi wartościami od samego początku.

Zbudowanie zaufania zajęło sporo czasu. Nie byłoby to możliwe, bez wytrwałości, która jest naszą kolejną wartością. Chobei miał rację, ponieważ jego firma, działając przez wszystkie te lata w zgodzie z wyznawanymi wartościami, istnieje do dziś. Zasady te nie zmieniły się nawet w obliczu procesu przekształcania Takedy w globalną firmę biofarmaceutyczną. W 2014 r. nasz obecny prezes – pierwszy niebędący Japończykiem – Christophe Weber, przełożył te wartości na model decyzyjny PTRB (z ang. Patient, Trust, Reputation Business): Pacjent, Zaufanie, Reputacja, Biznes.

Za każdym razem, gdy podejmujemy decyzję, najpierw oceniamy, czy przyniesie ona wartość dodaną pacjentom, czy zbuduje zaufanie oraz czy wzmocni naszą reputację. Dopiero, gdy odpowiedzi na te pytania są twierdzące, wiemy, że jest to słuszny krok i dobry pomysł biznesowy. Brzmi prosto, ale podążanie za tym modelem decyzyjnym wymaga od nas dyscypliny. Za każdym razem, przed podejmowaniem strategicznych decyzji, zadajemy sobie te pytania, aby mieć pewność, że Takeda jest wierna swoim wartościom i deklaracjom wobec pacjentów. Daje nam to poczucie trwania w prowadzeniu odpowiedzialnego biznesu, który chcemy kontynuować w tym kształcie przez wiele lat.

Takeda jest nie tylko najstarszą, lecz także jedną z 10 największych firm farmaceutycznych na świecie. Czy obecność w wielu różnych krajach pozwala

dostrzec różnice w podejściu do opieki zdrowotnej i do samych pacjentów?

Z naszej perspektywy wejście do grona największych firm farmaceutycznych wiąże się z jeszcze większą odpowiedzialnością za stworzenie takiego środowiska biznesowego, w którym pacjenci zyskają pewność, że będą leczeni zgodnie ze standardami określonymi przez klinicystów, ale również, że zostaną zaspokojone ich potrzeby, które bywają niewidoczne dla systemu.

Naszym celem jest prowadzenie otwartego dialogu ze wszystkimi zainteresowanymi stronami, prowadzącego do zidentyfikowania potrzeb pacjentów, wskazania sposobów ich zaspokojenia oraz stworzenia rozwiązań zapewniających im możliwie jak najlepszą jakość życia. Mamy świadomość, że stając się tak dużą firmą będziemy bacznie obserwowani. Nasze działania będą miały wpływ nie tylko na naszą reputację, lecz także na postrzeganie całej branży farmaceutycznej. Tym bardziej będziemy wkładać jeszcze większe wysiłki w to, aby działać w oparciu o nasze fundamentalne wartości.

Jako jedna z największych firm farmaceutycznych, nie tylko w Polsce, ale również na świecie, chcemy być postrzegani, jako silny i rzetelny partner dla naszych zewnętrznych interesariuszy. Zależy nam na wypracowywaniu rozwiązań opartych na dialogu.

Poszukujemy najbardziej efektywnych sposobów pozyskiwania informacji od pacjentów. Sprawdzamy, co możemy zrobić, aby dane te docierały do lekarzy w celu poprawy opieki nad pacjentami i usprawnienia wspólnego podejmowania decyzji. Działamy tak, aby mieć pewność, że wyniki analiz z pozyskanych danych pozwolą na zawarcie porozumień opartych na ważnych dla nas wartościach.

Czasami polscy pacjenci obawiają się, że działająca na naszym rynku międzynarodowa firma może podchodzić do ich leczenia zupełnie inaczej niż do niemieckich lub brytyjskich pacjentów. Czy rzeczywiście tak jest?

Sposób działania Takeda wyklucza takie sytuacje. Osoby odpowiedzialne za działania Takedy w danym kraju, są uprawnione do podejmowania decyzji w oparciu o lokalną sytuację i z korzyścią dla kraju, w którym funkcjonują. Aby decyzje te były zrozumiałe dla wszystkich stron, stworzyliśmy mechanizm raportowania do dyrektora generalnego, w który zaangażowani są pracownicy wszystkich działów firmy.

Zespół ten ma pełny wgląd w sytuację w danym kraju i może podejmować decyzje, opierając się na najbardziej korzystnych dla danego rynku rozwiązaniach. Dlatego niezależnie od tego, czy jesteśmy w Niemczech, we Francji czy w Polsce – gdzie stoją przed nami nieco większe wyzwania związane z systemem opieki zdrowotnej – zawsze możemy podejmować decyzje najlepiej służące pacjentom i pracownikom służby zdrowia w danym kraju.

Polska jest dla Takeda ważnym rynkiem. Kiedy patrzymy na Polskę z perspektywy potrzeb medycznych, widzimy, że wielu pacjentów nie otrzymuje jeszcze leczenia zgodnego z medycznymi wytycznymi. Jesteśmy przekonani, że można to zmienić i chcemy być w tym procesie aktywni.

Mamy świadomość istnienia w tym obszarze ogromnych luk, dlatego nieustannie szukamy sposobów na to, aby to zmienić. Dzięki współpracy z klinicystami, pracownikami służby zdrowia i innymi partnerami, chcemy zapewnić wszystkim pacjentom opiekę zgodną z medycznymi wytycznymi, na którą czekają. Zrobimy wszystko, co w naszej mocy, aby tak się stało.

W jaki sposób Takeda chce zacząć działania na rzecz zaspokojenia rzeczywistych potrzeb pacjentów w naszym kraju?

Punktem wyjścia działań jest postawienie pacjenta i jego potrzeb w centrum zainteresowania wszystkich interesariuszy oraz prowadzenie otwartego dialogu. Tylko działając wspólnie, możemy dokładnie zdefiniować najpilniejsze potrzeby i stworzyć optymalne rozwiązania.

Sama regularnie odwiedzam szpitale w całej Polsce, aby zobaczyć, jakie są między nimi różnice, dowiedzieć się, jakie pytania najczęściej lekarze słyszą z ust pacjentów, jakie mają wyzwania i czego

oczekują dla swoich pacjentów oraz szpitali. Takie rozmowy pozwalają nam lepiej zrozumieć wzajemne potrzeby.

Głos naszych pacjentów jest dla nas niezwykle ważny. Nieustannie analizujemy postrzeganie Takeda i zastanawiamy się co jeszcze możemy zrobić, aby budować zrozumienie i przestrzeń na dialog. Jestem bardzo dumna z pracy dla firmy, która w ten sposób traktuje swoich pacjentów.

Premier Polski Mateusz Morawiecki odwiedził ostatnio Japonię. Czy bliższe stosunki między Japonią a Polską w jakikolwiek sposób pomagają Takeda?

Omówiliśmy nasze inwestycje z premierem Morawieckim w Japonii, ponieważ dla niego ważne jest, aby firmy inwestowały w Polsce i przez to również wpływały na sytuację gospodarczą kraju.

Takeda to bardzo duży japoński inwestor w Polsce. Łącznie zatrudniamy ponad tysiąc osób. Mamy nie tylko biuro w Warszawie, lecz także centrum kompetencyjne w Łodzi, które się rozwija i którego rozbudowana część zostanie oficjalnie otwarta w sierpniu 2020 r. Jest również zakład produkcyjny w Łyszkowicach.

Czy Takeda wykorzystuje AI i czy robi to także w Polsce? Czy polscy pacjenci odnoszą już jakieś korzyści z tego typu nowych technologii?

Przyglądamy się teraz temu zagadnieniu i rozważamy wiele aspektów z nim związanych, zarówno w wymiarze praktycznym, jak i etycznym, czyli co w tym zakresie możemy zrobić, a czego nie. To, co jest stałe w Takeda, to koncentracja na pacjencie oparta na wartościach. Elementy zmienne to zakres naszego portfolio. Przeszliśmy w tym aspekcie długą drogę przez ostatnich 238 lat. Jestem przekonana, że rozwiązania cyfrowe i wykorzystanie sztucznej inteligencji będą bardzo ważne w kontekście różnych aspektów życia pacjentów, od diagnozy do określenia optymalnego modelu leczenia. Takeda współpracuje w tej dziedzinie z wieloma partnerami na całym świecie.

Czy zatem uważa pani, że na przykład aplikacje, sztuczna inteligencja i inne technologie mogą wnieść istotną wartość dodaną do całościowego procesu leczenia pacjentów?

Jestem o tym przekonana. Pacjenci nadal mają wiele niezaspokojonych potrzeb, a kiedy zobaczą, w jaki sposób innowacje mogą pomóc im lepiej opanować objawy choroby, lepiej zrozumieć, co powoduje jej nawroty oraz to, jak technologia może ich wspierać i pomóc zarówno im, jak i lekarzom w podejmowaniu lepszych decyzji,

będą bardziej doceniać potencjał tego typu rozwiązań.

Punktem wyjścia musi być głos pacjentów. Zależy nam na tym, aby poznać ich rzeczywiste potrzeby i rozwijać metody oraz narzędzia nie tylko dla nich, lecz także razem z nimi. Jeśli ich głos zostanie uwzględniony w opracowywanych rozwiązaniach, to mamy znacznie większe szanse na zapewnienie skutecznych możliwości.

Technologia wpływa na nasze zachowanie w sposób, którego nawet nie jesteśmy w stanie sobie wyobrazić. Dla przykładu, jeszcze 10 lat temu obecne możliwości powszechnie dostępnych smartfonów uważane były za science fiction. I chociaż nie potrafię opisać, jak miałoby to wyglądać w odniesieniu do każdego wskazania terapeutycznego, to wiem, że to samo czeka nas w dziedzinie opieki zdrowotnej. Historia pokazuje, że technologia ma duży wpływ na to, co robimy i jak to robimy.

Jakie są plany na przyszłość Takeda w Polsce?

Chcemy wnieść wartość dodaną do życia pacjentów w zrównoważony sposób, oferując holistyczne podejście do każdej osoby chorej, wykraczające poza terapie, którymi dysponujemy. Czujemy odpowiedzialność za pacjentów w Polsce i chcemy mieć pewność, że otrzymują oni leczenie zgodne z wytycznymi medycznymi. Każdy członek zespołu Takeda, za sprawą swojej pracy, wpływa bezpośrednio lub pośrednio, na poprawę sytuacji pacjentów i będziemy to robić dalej, podkreślając znaczenie tych zmian za każdym razem, gdy uda nam się ich dokonać.

Ideę tę włączyliśmy nawet do aranżacji naszego nowego biura. Każda wartość dodana do życia pacjentów, którą uda nam się zaimplementować ma swój wyraz w postaci symbolicznego ptaka origami, który jest następnie umieszczany na drzewie znajdującym się przy wejściu głównym do naszego biura. Wszystkie te symboliczne elementy tworzą razem drzewo kwitnącej wiśni kojarzące się z naszym japońskim dziedzictwem. Podczas oficjalnego otwarcia nowego biura zapisaliśmy na ptakach origami życzenia dla polskich pacjentów. Czuję się wzruszona i zainspirowana, widząc zaangażowanie na twarzech wszystkich pracowników. Jest to zapowiedź ogromnej pracy, która stoi przed nami, wartości, którym nadal chcemy być wierni, jak i pasji, z którą będziemy to robić.

W styczniu tego roku prezes AstraZeneca Leif Johansson podczas forum ekonomicznego w Davos spotkał się z premierem Mateuszem Morawieckim i zadeklarował, że zainwestuje w Polsce 1,5 mld zł. Na jakie inwestycje planują państwo przeznaczyć te środki?

JAREK OLESZCZUK: W ciągu najbliższych pięciu lat 1,5 mld zł zostanie w większości przeznaczona na inwestycje napędzające dalszy rozwój globalnego centrum badawczo-rozwojowego w Warszawie. Te inwestycje będą kreować lokalny ekosystem innowacji w polskiej branży biotechnologicznej, stymulując rozwój całego sektora life science w Polsce. Większość środków zostanie zainwestowana w wynagrodzenia wysokiej klasy specjalistów i naukowców. Jest to nowy typ inwestycji – „inwestycja przyszłości”, w której kluczową wartością jest wysoko wykwalifikowana kadra badaczy o unikalnych kompetencjach. Warszawskie Centrum B+R w Polsce umożliwi polskim specjalistom dostęp do najwyższego poziomu wiedzy oraz zdobywanie takich kwalifikacji, których rezultatem jest opracowywanie innowacyjnych leków i terapii ratujących zdrowie oraz życie pacjentów na całym świecie, także w Polsce.

AstraZeneca inwestuje w Polsce już od trzech dekad. W 2011 r. powstało w Warszawie globalne centrum badawczo-rozwojowe koncernu. Ile osób już zatrudnia i jak dużą rolę odgrywa w porównaniu z podobnymi centrami B+R koncernu?

AstraZeneca od początku swojego istnienia nieustannie kładzie nacisk na rozwój prowadzonej działalności. Kluczowe znaczenie w tym obszarze ma działalność badawczo-rozwojowa, ponieważ to badania kliniczne są niezbędnym i jednym z najistotniejszych filarów innowacyjności. Strategicznym momentem w rozwoju działalności badawczo-rozwojowej w spółce było utworzenie w 2011 r. w Warszawie globalnego Centrum Operacyjnego Badań Klinicznych. Centrum zostało utworzone jako pierwsze w tej części Europy i obecnie jest jednym z sześciu tego typu miejsc prowadzonych przez AstraZeneca na całym świecie.

Polska to dziś doskonałe miejsce do prowadzenia biznesu, dlatego AstraZeneca inwestuje w ośrodek warszawski. Działalność warszawskiego centrum badawczego będzie stale rozwijana, co oznacza, że już nie 50 proc. projektów badawczych będzie realizowanych z udziałem polskiego oddziału, ale aż 65 proc. wszystkich tego typu prac prowadzonych na całym świecie.



W kolejnych latach firma planuje zwiększyć zatrudnienie, z obecnych 1,7 tys. do 2,5 tys., z czego większość w obszarze B+R. Tym samym liczba pracowników AstraZeneca od roku 2016 wzrosła czterokrotnie, tworząc z AstraZeneca największego niepublicznego pracodawcę dla osób z doktoratami w dyscyplinach life sciences (ponad 100 doktorów).

Czy polski sektor biotechnologiczny ma potencjał, aby rozwijać najbardziej innowacyjne leki na świecie?

Warszawskie centrum badawczo-rozwojowe prowadzi badania nad

częsteczkami w wielu obszarach terapeutycznych, które mają przełożenie na skalę globalną. Potencjał działalności badawczo-rozwojowej prowadzonej w Polsce potwierdza przeprowadzenie kluczowych badań i doprowadzenie do rejestracji, a następnie dopuszczenie do obrotu innowacyjnego leku biologicznego w astmie. AstraZeneca planuje skoncentrować się na rozwoju specjalnego zespołu do tworzenia tzw. medycyny personalizowanej (precision medicine).

Zespół ten zajmować się będzie opracowywaniem terapii celowanych, które z założenia kierowane są do określonych,

wąskich grup pacjentów. Cała idea tego typu terapii polega na tym, by wyszukać geny oraz opracować właściwe testy diagnostyczne i molekuly, które pozwolą zainterweniować w przypadku wystąpienia określonej mutacji genowej. Eksperti zatrudnieni przez AstraZeneca mają szansę być w czołówce innowatorów w tej dziedzinie medycyny.

AstraZeneca rozwija program współpracy ze środowiskiem uniwersyteckim, a w szczególności z naukowcami zatrudnionymi w katedrach teoretycznych

diagnostycznych i ich funkcjonalności, szczególnie w przypadku chorób onkologicznych. AstraZeneca już teraz współpracuje z wieloma cenionymi jednostkami badawczymi, do których należą: Klaster Life Science Kraków, Centrum Transferu Technologii Uniwersytetu Jagiellońskiego CITTRU oraz Uniwersytecki Ośrodek Transferu Technologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Skala naszego zaangażowania w badania i rozwój w Polsce powoduje, że

dużej liczby doskonałych absolwentów kierunków medycznych i ścisłych doceniamy rozwiązania legislacyjne premiujące działalność badawczo-rozwojową, które zaczęły pojawiać się od 2016 r., takie jak ulga IP Box czy ulga na działalność badawczo-rozwojową. To niewątpliwie krok w dobrą stronę, ale możemy zrobić więcej. Obecnie trwają dyskusje na temat tzw. Refundacyjnego Trybu Rozwojowego. Cieszy nas to, że strona publiczna zamierza doceniać podmioty inwestujące w Polsce. Uważamy, że przyjęty mechanizm wsparcia powinien premiować inwestycje o wysokiej wartości dodanej w gospodarce, a takimi inwestycjami są niewątpliwie inwestycje w B+R. Uważamy też, że wsparcie innowacji mogłoby również znaleźć odzwierciedlenie w promowaniu innowacyjnych, przełomowych terapii dzięki finansowaniu ich w modelach uwzględniających zasady tzw. value-based healthcare, czyli premiujących skuteczność terapii i korzyść dla pacjentów. Takie wsparcie mogłoby zostać zawarte np. w instrumentach dzielenia ryzyka, o których mowa w ustawie refundacyjnej.

Rozmowa z Jarosławem Oleszczukiem, prezesem zarządu AstraZeneca w Polsce

Jesteśmy kluczowym podmiotem w polskim systemie innowacji

oraz ośrodkach naukowo-badawczych. Program ten jest jednym z kluczowych filarów tworzenia w Polsce specjalnego centrum kompetencyjnego, które w przyszłości powinno pozwolić na opracowanie nowych leków wytworzonych dzięki odkryciom rodzimych naukowców, co do tej pory nie było możliwe.

Co więcej, w swoich działaniach spółka stawia na szeroko zakrojoną współpracę z jednostkami badawczymi, która obejmować będzie m.in. poszerzenie dostępu do badań diagnostycznych oraz kooperację z tymi jednostkami w zakresie systemów

AstraZeneca jest jednym z kluczowych podmiotów w polskim systemie innowacji. Wspieramy polskie start-upy medyczne w Polsce, promujemy nowoczesne rozwiązania w branży, jako jeden z „AI Champion” wspieramy wdrażanie rozwiązań opartych na sztucznej inteligencji z korzyścią dla polskiej gospodarki, systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim pacjentów.

Jaka jest i powinna być rola strony publicznej we wspieraniu innowacji?

Polska to dobre miejsce do prowadzenia i rozwijania biznesu. Obok dostępu do

Jak widzi pan przyszłość polskiej biotechnologii?

Widzę ją w jasnych barwach. Nadchodząca dekada bez wątpienia należy będzie do danych medycznych i ich efektywnego wykorzystania, dzięki nim osiągniemy pożądaną przez pacjenta efekt zdrowotny. Dane są kluczem do skuteczności medycyny spersonalizowanej, na której rozwój stawiamy również w naszym centrum badawczo-rozwojowym w Polsce. Dane medyczne umożliwią też rozwój narzędzi opartych na różnych algorytmach, w tym algorytmach sztucznej inteligencji. O kluczowym znaczeniu danych dla leczenia możemy się przekonać już dziś – np. istnieją produkty lecznicze finansowane ze środków publicznych w raku płuca, które są skuteczne u pacjentów ze stwierdzoną mutacją genetyczną. Wykonanie odpowiednich testów genetycznych u tych pacjentów wskazuje na optymalną terapię, a tym samym wpływa znacząco na poprawę rokowań. Aby nasz kraj wzmacniał swój potencjał naukowo-badawczy i wykorzystał szansę na przestawienie się na gospodarkę o wysokiej wartości dodanej, także w obszarze biotechnologii, musimy stworzyć efektywną infrastrukturę tworzenia i wykorzystywania danych w celach naukowo-badawczych.

Z Krzysztofem Kępińskim, członkiem zarządu oraz dyrektorem relacji zewnętrznych i publicznego ryнку szczepionek GSK

rozmawia Jacek Przybylski

JACEK PRZYBYLSKI: Premier Mateusz Morawiecki, jeszcze jako minister finansów, zapowiedział wprowadzenie preferencji dla przedsiębiorstw, które produkują leki w Polsce. Czy pieniądze wydawane na ochronę zdrowia mogą przyczynić się nie tylko do leczenia Polaków, lecz także do rozwoju gospodarki? Jak GSK ocenia projekt Refundacyjnego Trybu Rozwojowego?

KRZYSZTOF KĘPIŃSKI: O RTR mówimy od ponad czterech lat. To narzędzie zostało właśnie tak pomyślane, by środki finansowe przeznaczone na refundację zapracowały także na rzecz rozwoju gospodarki. Przemysł farmaceutyczny jest jedną z najbardziej innowacyjnych gałęzi przemysłu, z olbrzymimi wydatkami na badania i rozwój. Naturalne jest więc, że może być kołem zamachowym dla rozwoju gospodarki i pośrednio wpływać na dostępność leków oraz szczepionek w Polsce. Wdrożenie RTR może skutecznie wspierać przyciąganie inwestycji w produkcję leków na terenie Polski.

Czy dzięki RTR Polska może stać się jednym z czołowych graczy na światowym rynku farmaceutycznym?

Polska ma wszystkie atuty, by być istotnym graczem na światowym rynku farmaceutycznym. Warto podkreślić, że jej pozycja umacnia się nawet teraz, gdy jeszcze nie mamy RTR, czego dobrym przykładem jest rozwój GSK.

Inwestujemy w Polskę od ponad 20 lat. Leki z poznańskiej fabryki trafiają na cały świat, do ponad 130 krajów. Jest to więc produkcja prawdziwie na skalę globalną. Mówimy też o lekach innowacyjnych. W Polsce produkujemy choćby nowy lek na HIV, który jest jedną z głównych terapii w leczeniu pacjentów żyjących z tym wirusem na całym świecie. Znajduje się on na liście leków podstawowych Światowej Organizacji Zdrowia, która określa listę najbardziej potrzebnych terapii.

Do Polski ściągamy także wiele zaawansowanych procesów, które wspierają działalność firmy na całym świecie. W naszym kraju działa siedem centrów kompetencji, w których pracują wybitni specjaliści w swoich dziedzinach. Największym jest obchodzące w tym roku 15-lecie Centrum



Polska to kraj wielkich możliwości!

Usług Biznesowych GSK IT. Pracuje w nim ok. 700 osób, które wspierają zaawansowane procesy informatyczne i technologiczne. Z Polski nadzorujemy bezpieczeństwo farmakoterapii dla kluczowej grupy leków. Zarządzamy także globalnymi procesami zakupowymi, marketingowymi i medycznymi oraz regulacyjnymi. Być może firm zainteresowanych rozwojem i inwestycjami w Polsce byłoby więcej, gdyby RTR funkcjonował.

W zeszłym roku zarząd GSK podjął decyzję o ulokowaniu w Poznaniu jednego z trzech centrów finansowych na świecie. Jak wiele osób docelowo znajdzie zatrudnienie w GSK Finance Hub?

GSK Finance Hub to nasza najnowsza inwestycja. Jest to wysokospecjalistyczna jednostka, która obsługuje procesy finansowe, zarządcze i sprawozdawcze GSK w Europie, w tym oczywiście nasze oddziały europejskie. Mówimy o bardzo zaawansowanych funkcjach. Taki poziom specjalizacji przekłada się także na jakość tworzonej miejsc pracy. W ciągu roku za-

trudniliśmy 220 osób, ale mamy nadzieję, że już za rok w GSK Finance Hub pracować będzie 400 osób. W GSK Finance Hub pracują najwyższej klasy specjaliści w obszarze finansów – nie tylko osoby z Poznania i okolic, lecz także z innych dużych miast, Krakowa, Wrocławia czy Gdańska, a także z zagranicy. Jestem przekonany, że otwarcie i funkcjonowanie Finance Hub w Polsce to kolejny zdecydowany sygnał dla wszystkich, którzy myślą o inwestowaniu w Polskę. Od lat powtarzamy, że Polska to kraj wielkich możliwości!

Firma GSK zainwestowała już w Polskę ponad 2 mld zł. Czy planują państwo w Polsce kolejne inwestycje? Jaką rolę odgrywa Polska w planach rozwojowych koncernu?

Polska to bardzo ważny kraj na mapie światowych inwestycji GSK. Zatrudniamy ponad 2,2 tys. osób. Wszystkie jednostki GSK w Polsce się dynamicznie rozwijają. Polska jest jednym w ok. 20 krajów na świecie, w których prowadzimy badania kliniczne. W 2018 r. było ich 40, a ich war-

tość przekroczyła 18 mln zł. Jestem więc przekonany, że nie powiedzieliśmy jeszcze ostatniego słowa, jeśli chodzi o dalszy rozwój naszej obecności w Polsce.

Globalne firmy farmaceutyczne coraz więcej inwestują w innowacje. Jakimi innowacjami w produktach może pochwalić się GSK? Czy do prac nad nowymi lekami państwa koncern wykorzystuje np. sztuczną inteligencję?

Technologia to kluczowy element dla dalszego rozwoju medycyny. Dzięki niej otwierają się nowe możliwości poszukiwania przełomowych terapii, a jej wpływ na przyspieszenie rozwoju leków może być olbrzymi. To z tego powodu technologia jest jednym z filarów strategii badawczo-rozwojowej GSK, opisaną prostym równaniem: nauka x technologia x kultura. W GSK dużo inwestujemy w wykorzystanie gigantycznych baz danych genetycznych do wyboru nowych leków i do tych zadań musimy wykorzystywać zaawansowane technologie.

Ilość danych przetwarzanych w ten sposób jest obecnie tak ogromna, że żaden człowiek nie byłby w stanie ich przeanalizować. Właśnie dlatego wykorzystujemy do tego celu algorytmy uczenia maszynowego czy sztuczną inteligencję. To pozwala badaczom na szybszą i bardziej wiarygodną ocenę, czy lek, nad którym pracują, może być skuteczny. Doskonaliśmy przykładem na intensyfikację działań w tym obszarze jest partnerstwo ze spółką 23andMe, która jest właścicielem jednej z największych na świecie baz danych genowych.

GSK to jeden z wiodących producentów szczepionek. Na całym świecie, w tym w Polsce, głośno jest o ruchu tzw. antyszczepionkowym. Tymczasem Główny Inspektorat Sanitarny opowiedział się za rozszerzeniem kalendarza szczepień obowiązkowych m.in. o rotawirusy. Wszyscy czekają na szczepionkę na koronawirusa. Czy to nie jest sprzeczność?

Szczepienia ratują życie ludziom na całym świecie. Tylko woda pitna uratowała więcej istnień. To naturalne, że gdy sytuacja epidemiologiczna się pogarsza, popularność szczepień rośnie. To jest prawdziwy dowód na to, że szczepieniom ufamy i ich potrzebujemy. Nie musimy szukać daleko. W ubiegłym roku obserwowaliśmy w Polsce zwiększone zachorowania na odrę. To przełożyło się na wzrost zainteresowania szczepieniem. Tylko w ubiegłym roku dostarczyliśmy do kraju kilkakrotnie więcej szczepionek przeciw odrze, śwince i różyczce niż w ubiegłych latach.



Leki z poznańskiej fabryki trafiają do ponad 130 krajów. Jest to więc produkcja prawdziwie na skalę globalną

Decyzje dotyczące rozwoju kalendarza pozostają w kompetencjach Ministerstwa Zdrowia. Ostatni raz kalendarz szczepień rozszerzono w 2016 r., obejmując od 1 stycznia 2017 r. dzieci obowiązkowym i bezpłatnym szczepieniem przeciwko pneumokokom. Był to olbrzymi sukces. Blisko 95 proc. dzieci jest obecnie szczepionych przeciwko pneumokokom. To także dowodzi zaufania do szczepień. Podobnie jak ostatnio opublikowana rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która wskazała, że stosowanie szczepień (bez różnicowania preparatów) w populacji pediatrycznej jest skuteczne w redukcji ryzyka wystąpienia inwazyjnej choroby pneumokokowej. Co więcej w rekomendacji czytamy, że oba dostępne na rynku preparaty stanowią wobec siebie alternatywną technologię

Dzięki temu, że szczepienia przeciwko pneumokokom są bezpłatne, rodzice mogą przeczekać środki na zakup innych szczepień, np. przeciwko rotawirusom czy meningokokom. To olbrzymi krok naprzód.

Wprowadzenie szczepienia przeciwko HPV dla dziewczynek jest wpisane w projekt Narodowej Stra-

tegi Onkologicznej. Jakie są wyniki jego stosowania w szczepieniach powszechnych? I czy szczepionki przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka, po tym, jak w zeszłym roku zniknęły z aptek, są już znowu dostępne w Polsce?

Szczepienia przeciwko HPV, czyli wirusowi brodawczaka ludzkiego, który może powodować raka szyjki macicy, są niezwykle ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Dzisiaj w Polsce spośród dziesięciu kobiet, u których codziennie wykrywa się raka szyjki macicy, aż pięć umiera. Niedawno opublikowane wyniki retrospektywnego badania szkockiej populacji dziewczynek zaszczepionych przeciwko wirusowi HPV szczepionką GSK wykazało blisko 90-procentową redukcję w przednowotworowych zmianach szyjki macicy (CIN3+). Powinniśmy się więc cieszyć, że szczepienia przeciwko wirusowi HPV będą powszechnie dostępne w naszym kraju. Zanim jednak szczepienia te zostaną włączone do katalogu szczepień bezpłatnych, są odpłatnie dostępne w punktach szczepień. W kontekście profilaktyki szczepiennej dowody naukowe są jednoznaczne: warto się szczepić.



Akademia innowacji

W połowie marca zakończyła się pierwsza edycja szkoleń w ramach Akademii Efektywnych Badań Przedklinicznych PACTT-Pfizer. Akademia powstała, aby wzmacniać kompetencje naukowców i ułatwiać im wprowadzanie na rynek opracowanych w Polsce leków. Program łączący naukę i biznes błyskawicznie zdobył bardzo dobrą opinię w środowisku

Polscy naukowcy są coraz bardziej cenieni w świecie. Prowadzą badania na międzynarodowym poziomie, ich publikacje są wysoko oceniane. Nasi biotechnolodzy coraz częściej zdobywają też nowe patenty.

Nierzadko brakuje im jednak doświadczenia w przekuwaniu osiągnięć naukowych na realne technologie i rozwiązania czy wiedzy na temat obowiązujących regulacji. Między innymi z tych powodów w Polsce powstaje mniej nowych leków

czy technologii medycznych, niż realnie mogłoby być rozwijanych.

Srednio tylko jedna na 8 tys. badanych cząsteczek daje szansę na stworzenie nowego leku. Jego wejście na rynek poprzedza zazwyczaj kilkanaście lat prac badawczo-rozwojowych. Wczesne etapy badań – badania przedkliniczne i pierwsza część procesu rozwoju i wprowadzenia na rynek nowych technologii medycznych.

Aby doskonalić kompetencje polskich naukowców w zakresie przewidywania,

projektowania i późniejszej komercjalizacji badań naukowych, Porozumienie Akademickich Centrów Transferu Technologii wspólnie z partnerami uruchomiłi Akademię Efektywnych Badań Przedklinicznych PACTT-Pfizer. Impulsem do jej powstania była właśnie świadomość wyzwań związanych z odkrywaniem i upowszechnianiem nowych rozwiązań w medycynie w Polsce.

– Motywacją do uruchomienia Akademii była zaobserwowana potrzeba szerszego zakresu wiedzy o metodologii prowadzenia badań przedklinicznych. Chcieliśmy także, aby polscy naukowcy mogli poznać oczekiwania największych firm farmaceutycznych. Czym innym jest bowiem pomysł na nowe cząsteczki chemiczne, które mogą zostać lekami, a czym innym przeprowadzenie badań skuteczności ich działania na takim poziomie wiarygodności, aby swoim pomysłem zainteresować firmy farmaceutyczne – mówi „Do Rzeczy” dr Robert Dwiliński, prezes Fundacji PACTT (Porozumienia Akademickich Centrów Transferu Technologii) i dyrektor Uniwersyteckiego Ośrodka Transferu Technologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Do udziału w programie zgłosiło się aż 140 polskich naukowców, czyli aż siedmiokrotnie więcej niż docelowa liczba uczestników. Ostatecznie w Akademii udział wzięło 25 osób. Podczas pięciu weekendowych zjazdów – od końca listopada 2019 do marca 2020 r. – ugruntowywali swoją wiedzę w trzech głównych obszarach: nauce, biznesie i regulacjach urzędowych.

– Zainteresowanie programem bardzo nas cieszy, ponieważ pokazuje, że wspólnie z Porozumieniem Akademickich Centrów Transferu Technologii słusznie zdiagnozowaliśmy istniejące wyzwania, w których mamy doświadczenie, know-how, możliwości, by wspólnie wesprzeć naukę, i naukowców. W szczególności potrzebę wsparcia i doskonalenia kompetencji właśnie w zakresie komercjalizacji wyników badań. Zależało nam na tym, aby Akademia dostarczała konkretnych rozwiązań naukowcom i innowatorom. Dlatego skupiliśmy się na wzmocnieniu wiedzy w ważnym dla innowacji w medycynie obszarze, mianowicie planowaniu, projektowaniu i realizacji badań przedklinicznych oraz klinicznych – wyjaśnia dr Michał Kurzelewski, dyrektor medyczny Pfizer Polska.

Jak zainicjować proces badawczo-rozwojowy, aby jego wyniki móc przekształcić w produkty i technologie? Jak skutecznie komercjalizować wyniki badań? Jakie wymogi formalne trzeba spełnić, aby dana substancja medyczna mogła przejść przez proces rejestracji leku? To częste wyzwania, z którymi mierzą się naukowcy. Podczas szkoleń prowadzonych przez specjalistów z Polski i ze Stanów Zjednoczonych uczestnicy usłyszeli o różnych aspektach prowadzenia badań przedklinicznych, m.in. o trendach w odkrywaniu innowacyjnych leków, znaczeniu farmakoepidemiologii czy określaniu celów badawczych. Poszerzali także swoje kompetencje dotyczące zasad prowadzenia badań, w tym sposobów wyboru związku wiodącego, a także o badaniach *in silico*, *in vitro* oraz *in vivo*.

Zakres tematyczny zajęć Akademii Efektywnych Badań Przedklinicznych PACTT-Pfizer obok tych zagadnień obejmował także szczególnie ważne dla naukowców zagadnienia, takie jak regulacje i obowiązujące przepisy prawa, w tym procedury dotyczące ochrony własności intelektualnej oraz możliwości finansowania takich procedur. – Dzięki praktycznej i eksperckiej wiedzy przekazywanej uczestnikom Akademia szybko

zdobyła dobrą opinię. Wiele osób dopytuje więc o możliwość udziału w kolejnej edycji – zauważa dr Dwiliński, podkreślając, że rozwój tego typu szkoleń może przynieść korzyści nie tylko naukowcom czy uniwersytetom, lecz także całej polskiej gospodarce.

– Docelowym efektem Akademii ma być zwiększenie zakresu i efektywności prowadzonych w Polsce badań. Poprzez Akademię PACTT-Pfizer wspieramy innowacyjność w praktyczny sposób – dostarczamy rozwiązania, wiedzę, umożliwiamy networking. Mamy nadzieję, że w konsekwencji przyczyni się to do wzrostu konkurencyjności polskich wynalazków na arenie międzynarodowej, a w dalszej perspektywie do przyspieszenia rozwoju gospodarczo-społecznego kraju – dodaje dr Michał Kurzelewski.

Akademia Efektywnych Badań Przedklinicznych PACTT-Pfizer realizowana jest pod patronatem honorowym: Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju. Patronat nad Akademią objęły Agencja Badań Medycznych i Narodowy Instytut Leków. Partnerami inicjatywy są zaś Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Warszawski oraz Pfizer Polska.

© Wszelkie prawa zastrzeżone



DR ANNA KOWALCZUK, dyrektor Narodowego Instytutu Leków

Akademia Efektywnych Badań Przedklinicznych PACTT-Pfizer, jako platforma do dyskusji dla akademików i praktyków, była w Polsce bardzo potrzebna. Pomiędzy naukowcami, biznesem a urzędnikami z instytucji regulacyjnych nadal zauważalne są bariery w komunikacji, ale także pewne niezrozumienie wzajemnych oczekiwań.

Dlatego szkolenia w ramach Akademii PACTT-Pfizer miały przede wszystkim za zadanie wzbogacić kompetencje uczestników i na podstawie case studies pokazać im praktyczne sposoby rozwiązywania problemów. Zajęcia prowadzone w ramach Akademii to dla naukowca, który chce zrealizować projekt i oczekuje jego wdrożenia, wiele wskazówek – co dzieje się na każdym etapie prac i jak minimalizować potencjalne ryzyko.

Akademia to cykl spotkań z przedstawicielami nauki oraz firm, które już osiągnęły sukces w komercjalizacji w Polsce, z przedstawicielami urzędów regulacyjnych zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim, a także z przedstawicielami Pfizer ze świata, którzy dzieliли się doświadczeniami i perspektywą innowacyjnej, globalnej firmy. Uczestnikami Akademii byli z kolei brokerzy innowacji i świetni naukowcy z różnych regionów Polski, mający już doświadczenie komercjalizacyjne. Nie zabrakło też założycieli start-upów i naukowców, którzy osiągnęli sukces w projektach dla biznesu w ramach partnerstw naukowo-przemysłowych. Osobiście wierzę, że unikalne możliwości networkingu, które stworzyła Akademia, obok wiedzy, którą wnosi się ze spotkań, zdecydowanie zwiększają szanse na sukces polskich naukowców.



Jaki jest stan polskiej onkologii?

Przez wiele lat onkologia była „Kopciuszkiem”, wydawane na nią pieniądze były niewspółmiernie małe do rosnącego problemu zachorowań na nowotwory. Jeszcze kilka lat temu procedury onkologiczne były limitowane – nie traktowano ich jako zagrożące życiu. Pierwszą jaskółką zmian było wprowadzenie w 2015 r. pakietu onkologicznego i zielonej Karty DiLO (diagnostyki i leczenia onkologicznego).

Zmiany miały gwarantować szybką ścieżkę onkologiczną, szybką diagnozę i szybkie rozpoczęcie leczenia onkologicznego. Miały gwarantować, ale nie dało się tego zrobić bez wystarczającej liczby lekarzy, pielęgniarek, diagnostów, sprzętu, dobrego dostępu do najnowocześniejszej diagnostyki i leczenia.

Ciąg dalszy zmian w onkologii to rozpoczęcie w 2019 r. pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej i pojawienie się (na razie w bardzo okrojonej wersji) pierwszych ośrodków kompleksowego leczenia raka piersi (Breast Cancer Units).

Katarzyna Pinkosz

Wyniki leczenia nowotworów w Polsce są średnio o ok. 10 proc. gorsze niż w krajach zachodnich. Czy poprawią się dzięki wprowadzającym zmianom w polskiej onkologii? To ważne pytanie, zwłaszcza w obliczu nowotworowego tsunami, które nadchodzi

Te zmiany pokazują jedno – nowotworu nie da się wyleczyć tylko za pomocą leków. Potrzebne są: skuteczna profilaktyka, wczesna diagnostyka, szybkie rozpoczęcie leczenia koordynowanego, dostęp do nowoczesnych metod terapii, a przede wszystkim dobra organizacja leczenia.

PROFILAKTYKA TO NAJSKUTECZNIEJSZY LEK

Około 70 proc. nowotworów można zapobiec dzięki prostym zmianom w stylu życia, o których wie każdy: wystarczy nie palić papierosów, wystrzegać się przebywania w dymie papierosowym i smogu, być aktywnym fizycznie, zachowywać

szczupłą sylwetkę (schudnąć), zdrowo się odżywiać, unikając produktów uznanych za kancerogenne (m.in. czerwone mięso, wędliny, produkty wysoko przetworzone, alkohol). Do tego nie opalać się na słońcu ani nie korzystać z solarium.

Gdyby te zasady zastosować powszechnie, na nowotwory w tym roku w Polsce zamiast 160 tys. osób zachorowałoby 45–50 tys. Niestety, mimo że na każdej paczce papierosów jest napisane, iż palenie powoduje raka, liczba palaczy w Polsce spada bardzo powoli. Wciąż pali co czwarty mężczyzna i prawie co piąta kobieta. Tymczasem w całej Polsce działają zaledwie dwie stacjonarne poradnie antynikotyno-

we. Czy w takim przypadku można mówić o skutecznych działaniach profilaktycznych?

Nie lepiej idzie nam z „walką” z otyłością, która jest drugim czynnikiem ryzyka zachorowania na raka. 70 proc. dorosłych w Polsce ma nadwagę i otyłość, a nadmierna masa ciała to w przypadku nerki, wątroby, a u kobiet także piersi i jajników, większe ryzyko rozwinięcia się raka niż z powodu palenia papierosów. Tymczasem w Polsce jest zaledwie kilka poradni leczenia otyłości, a skutecznie schudnąć jest nawet trudniej niż rzucić palenie.

Najlepiej byłoby temu wszystkiemu zapobiec, czyli nie zaczynać palić papierosów, dbać o prawidłowe odżywianie i aktywność fizyczną już od dziecka. Do tego potrzebne są (mądre) zajęcia o zdrowiu w przedszkolu i szkołach oraz zachęcanie na każdym kroku do aktywności fizycznej.

WCZESNE WYKRYWANIE

Na razie tylko w przypadku wczesnie wykrytego raka jest szansa na wyleczenie, dlatego warto zachować czujność onkologiczną, zwracać uwagę na niepokojące objawy (przedłużający się kaszel, chrypka; poranne bóle głowy, zwłaszcza połączone z wymiotami, krew w moczu, stolcu, nietypowe znamiona, pojawienie się guzka pod skórą, powiększenie węzłów chłonnych mimo braku infekcji, osłabienie, chudnięcie). Warto korzystać z badań przesiewowych (mammografia, cytologia, kolonoskopia), a raz w roku wykonać morfologię, badanie moczu, USG brzucha.

Bez wcześniejszego wykrywania nowotworów trudno będzie poprawić wyniki leczenia. Niestety, na badania przesiewowe wciąż zgłasza się niewiele osób, mimo że są bezpłatne. Około 40 proc. kobiet zgłasza się na cytologię, 38 proc. na mammografię, a zaledwie 10–18 proc. osób na badania kolonoskopowe. – Efekt? 60 proc. pacjentów trafia u nas do leczenia raka jelita grubego w 3. i 4. stopniu zaawansowania choroby, kiedy szanse na wyleczenie są bardzo małe – mówi prof. Adam Maciejczyk, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

PACJENT W SIECI

Podejrzanie nowotworu spada na pacjenta jak grom – często nie wie, gdzie się zgłosić na badania, gdzie na leczenie. Szuka informacji w Internecie i u znajomych lekarzy, którzy pomogą w znalezieniu opieki. Organizację leczenia onkologicznego ma zmienić Krajowa Sieć Onkologiczna, wprowadzana od ponad roku w formie

pilotażu w województwach dolnośląskim i świętokrzyskim (a obecnie również w pomorskim i podlaskim). Dotyczy pięciu rodzajów nowotworów: piersi, płuca, jelita grubego, jajnika i prostaty. Pacjenci w ramach pilotażu (jest ich już ponad 6 tys.) są objęci koordynowaną opieką, wspiera ich koordynator, który podpowiada, gdzie iść na badania, gdzie się leczyć, i umawia na kolejne wizyty. Przypadek każdego pacjenta jest rozpatrywany przez wielospecialistyczne konsylium, a szpitale zostały podzielone według kryteriów referencyjności. Zbiera się też wszelkie dane na temat leczenia pacjentów, co pokaże, czy wyniki leczenia w poszczególnych ośrodkach są podobne.

W lutym została przyjęta przez rząd Narodowa Strategia Onkologiczna, zwana cancer planem. Celem NSO jest zmniejszenie zachorowalności na nowotwory i poprawa wyników leczenia. Zdecydowano, że konieczne są bardzo szeroko zaplanowane działania. To m.in. inwestycje w kadry (zwiększenie liczby specjalistów, poprawa jakości kształcenia), edukacja w zakresie zdrowego stylu życia (m.in. regulacje prawne mające na celu ograniczenie palenia i walkę z otyłością), wprowadzenie refundowanych szczepień przeciw HPV, zachęcanie pacjentów przez lekarzy pierwszego kontaktu do wykonywania badań profilaktycznych, wprowadzenie nowych badań przesiewowych, więcej innowacyjnych leków w refundacji, wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej, poprawa standardów diagnostycznych i leczniczych. Celów i zadań jest bardzo dużo, a tymczasem na ten rok na realizację NSO przeznaczono 250 mln zł – tyle samo co na wcześniejszy (obecnie zlikwidowany) Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. W kolejnych latach pieniądze na NSO mają jednak rosnąć.

Realizacja strategii – zwłaszcza jeśli nie pójda za nią większe pieniądze – nie będzie jednak łatwa. Pierwszy problem to kadry – w tym roku miejsc na rezydenturach z onkologii było znacznie więcej niż chętnych, a coraz więcej pacjentów będzie wymagać leczenia. – Co trzeci z nas, siedzących na tej sali, umrze z powodu nowotworu – mówił prof. Piotr Rutkowski z Narodowego Instytutu Onkologii na spotkaniu inauguracyjnym wejście w życie NSO. To mocne słowa. Nikt nie ma wątpliwości, że wprowadzenie planowanych zmian w onkologii jest konieczne. Pytanie tylko, czy tempo i determinacja do ich wprowadzania okażą się wystarczające. © Wszelkie prawa zastrzeżone

PROF. ADAM MACIEJCZYK, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego



Polska onkologia ma wiele atutów, ale też wiele problemów wymagających rozwiązania. Mamy znakomitych specjalistów, zmotywowanych do wprowadzenia

zmian i poprawy jakości polskiej onkologii. Nikt nie ma wątpliwości, że zmiany są konieczne. Pacjenci dobrze oceniają pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej w województwie dolnośląskim. Korzyści dla nich to m.in. dostęp do infolinii, dzięki której mogą szybko dowiedzieć się o leczeniu, możliwości umówienia się na wizyty przez koordynatora. Dzięki sieci udało się już skrócić czas oczekiwania na badania, wizyty i rozpoczęcie leczenia. Poprawił się też standard wykonywania badań, np. patomorfologicznych. Ankietowani przez nas pacjenci podkreślają, że są zadowoleni z opieki, i deklarują, że poleciliby szpital rodzinie oraz znajomym. Poprawa już jest widoczna, jednak ponad 30-letnich zaniedbań nie da się odrobić w ciągu kilku miesięcy. Celem wprowadzenia KSO jest poprawa organizacji opieki onkologicznej, ponieważ sukces w postaci wyleczalności i dłuższego życia z chorobą nie jest możliwy tylko dzięki dostępowi do najnowocześniejszych terapii. Konieczna jest również dobra organizacja leczenia. Chcemy każdego pacjenta dobrze diagnozować i leczyć. Niezależnie od tego, w jakim szpitalu będzie leczony, powinien być leczony według takich samych standardów. Chcemy przyspieszyć diagnostykę (np. czas oczekiwania na badania histopatologiczne nie powinien przekraczać dwóch tygodni). Cieszę się z przyjęcia Narodowej Strategii Onkologicznej – to bardzo dobry dokument, został przyjęty przez rząd, więc jest pewność, że będzie realizowany. Pieniądzy na realizację NSO mogłoby być więcej, jednak myślę, że ta suma będzie w kolejnych latach rosła. Trzeba zastanowić się tylko, jak te pieniądze dobrze wydać, żeby przełożyło się to na efekty. Zmiana będzie widoczna już za kilka lat.



Z dr n. med. Izabelą Chmielewską, onkologiem
rozmawia Katarzyna Pinkosz

Szybki i agresywny

KATARZYNA PINKOSZ: W leczeniu raka płuca dużo w ostatnich latach się zmieniło za sprawą nowych leków. Zwykle mówi się jednak o niedrobnokomórkowym raku płuca, który stanowi 85 proc. przypadków. Pozostałe 15 proc. to rak drobnokomórkowy, na który co roku choruje ok. 3,3 tys. Polaków. Co to za typ raka płuca?

DR N. MED. IZABELA CHMIELEWSKA: Ten typ raka płuca jest dużo bardziej agresywny od niedrobnokomórkowego. Drobnokomórkowy rak płuca ma bardzo szybki przebieg, bardzo szybko pojawiają się przerzuty. Często nawet pierwsze objawy choroby są spowodowane właśnie

zmianami przerzutowymi. Ponad 80 proc. pacjentów z rakiem drobnokomórkowym jest rozpoznawanych w zaawansowanej fazie choroby.

Jakie objawy wskazują na ten typ raka płuca?

Jest to guz szybko się rozwijający, dlatego objawy pojawiają się szybko i gwałtownie nasilają. Zwykle są to objawy ze strony klatki piersiowej: kaszel, duszność, trudności w polykaniu, krwioplucie, a także objawy ogólne, takie jak zmęczenie, spadek apetytu, chudnięcie. Nietypowymi objawami mogą być bóle barku – jeśli guz jest usytuowany w szczycie płuca. U niektórych osób pierwsze objawy są spowodowane przerzutami do centralnego układu nerwowego. Pacjent np. zgłasza się na SOR z powodu nudności, wymiotów, ataku padaczkowego, utraty przytomności. Po dokładnych badaniach okazuje się, że przyczyną jest przerzut nowotworu płuca do centralnego układu nerwowego.

Jak stawia się diagnozę, że to właśnie drobnokomórkowy typ raka płuca?

Potwierdzeniem choroby nowotworowej jest badanie histopatologiczne. Ono odpowiada na pytanie, czy jest to rak drobnokomórkowy, czy niedrobnokomórkowy. W przypadku raka niedrobnokomórkowego przeprowadza się dalszą diagnostykę, w zależności od tego, czy jest to rak płaskonabłonkowy, niepłaskonabłonkowy, gruczołowy.

Należy zbadać, czy u chorego występuje wiele mutacji genetycznych, kwalifikujących do leczenia celowanego. Trzeba również ocenić, czy pacjent jest wrażliwy na immunoterapię, a jeśli okaże się, że tak, to jest możliwość jej zastosowania. Zastosowanie terapii wymaga jednak dobrego stanu ogólnego pacjenta.

W przypadku raka drobnokomórkowego dalszej diagnostyki się nie przeprowadza, gdyż dla tego typu raka nie mamy jak do tej pory żadnego leczenia ukierunkowanego molekularnie.

Jakie w takim razie można zastosować leczenie?

W przypadku choroby ograniczonej do klatki piersiowej, bez przerzutów odległych leczeniem z wyboru jest leczenie skojarzone – radio- i chemioterapia. Niestety, szybko daje przerzuty, dlatego po zakończonym leczeniu stosujemy profilaktycznie radioterapię ośrodkowego układu nerwowego, by chronić przed wzrostem przerzutów do mózgu. Jednak prawie trzy czwarte pacjentów rozpoczyna leczenie w momencie stwierdzonych przerzutów. W przypadku tak zaawansowanej choroby do tej pory jedynym możliwym leczeniem była chemioterapia. Jednak mimo stosunkowo wczesnego wykrycia i zastosowania leczenia u ponad 80 proc. pacjentów choroba szybko nawraca. Zwykle cieszymy się, jeśli u pacjenta poddanego chemioterapii nie ma wznowy choroby przez kilka miesięcy po zakończeniu leczenia. To jest sukces, bo to oznacza, że rak jest wrażliwy na chemioterapię i gdy pojawi się wznowa, będziemy mogli zastosować kolejny schemat chemioterapii. Niestety, zwykle działa ona słabiej, a kolejna progresja choroby pojawia się jeszcze szybciej.

We wrześniu 2019 r. w UE została zarejestrowana pierwsza immunoterapia w drobnokomórkowym raku płuca: atezolizumab w leczeniu pierwszej linii w skojarzeniu z chemioterapią. To pierwsza możliwość zastosowania immunoterapii w leczeniu rozsialego drobnokomórkowego raka

PROF. DARIUSZ M. KOWALSKI, Narodowy Instytut Onkologii



Badanie IMpower 133, w którym do standardowej chemioterapii dodano atezolizumab, wykazało znaczący wzrost przeżyć 12-miesięcznych i wydłużenie czasu całkowitego przeżycia. Są pacjenci, którzy dzięki takiemu leczeniu żyją rok. To było pierwsze doniesienie naukowe od 40 lat, w którym wykazano poprawę rokowania chorych na drobnokomórkowego raka płuca: wydłużenie czasu do progresji choroby i wydłużenie czasu całkowitego przeżycia. Mamy nadzieję, że pierwsza zarejestrowana terapia otworzy drogę do lepszego leczenia tego nowotworu, w którym do tej pory rokowanie było bardzo złe.

płuca. Jak zmienia to perspektywę leczenia?

To leczenie – połączenie chemioterapii z immunoterapią, atezolizumabem – jest na razie niestety w Polsce jeszcze nierefundowane, czyli w praktyce niedostępne dla chorych, gdyż są to leki drogie, których pacjent nie jest w stanie sam sobie kupić. Mamy nadzieję, że to leczenie wkrótce stanie się dostępne także w Polsce.

Leczenie polega na podawaniu standardowej chemioterapii w połączeniu z immunoterapią. Po zakończeniu chemioterapii kontynuuje się podawanie immunoterapii, by wspomóc organizm w dalszej walce z chorobą. Takie leczenie wykazało wzrost przeżyć 12-miesięcznych i wydłużenie czasu całkowitego przeżycia. U pacjentów z agresywną chorobą nowotworową przedłużenie życia nawet o kilka miesięcy to bardzo dużo. Jednak warto podkreślić to, że zdarzają się pacjenci (w badaniach klinicznych), którzy już od kilku lat mają podawany ten lek.

Immunoterapia jest bardzo często stosowana w niedrobnokomórkowym raku płuca. Jakie są tam jej efekty?

Bardzo dobre, immunoterapia przyczyniła się do rewolucji w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca. Są to leki dobrze nam już znane, dlatego łatwo będzie nam je wdrożyć w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca. Na razie

tylko jeden lek z zakresu immunoterapii ma takie wskazania i taką rejestrację.

Wiemy, jakie są możliwe powikłania w przypadku immunoterapii, i wiemy, jak można im zapobiegać. Szansa na wdrożenie takiego leczenia budzi naszą nadzieję. Pacjenci z rakiem niedrobnokomórkowym mają już wiele dostępnych terapii, natomiast dla grupy pacjentów z drobnokomórkowym rakiem płuca, z tą bardzo agresywną chorobą, nie mieliśmy właściwie nic do zastosowania poza chemioterapią. Gdy choroba po chemioterapii się cofała, pacjenci byli w takiej pozycji wyczekującej, czekali, kiedy pojawi się nawrót choroby. Zdawali sobie sprawę z tego, że w zasadzie nie ma już dla nich innej opcji terapii. Dołączenie immunoterapii pozwoliłoby wydłużyć leczenie, zabezpieczyć chorych na pewien czas przed nawrotem choroby.

Są pacjenci, którzy znacznie lepiej odpowiadają na takie leczenie, remisja trwa u nich dłużej?

Tak, jednak na razie nie potrafimy ocenić, którzy pacjenci mogą lepiej zareagować; u których chemioterapia w połączeniu z immunoterapią okaże się najbardziej skuteczna.

Warto każdemu choremu chociaż dać taką szansę?

Tak, jeśli będziemy mogli w Polsce stosować takie leczenie, to będziemy mogli również zaobserwować, którzy pacjenci są bardziej podatni na takie leczenie. Dzięki temu nauczymy się szybciej rozpoznawać chorych, u których zastosowanie takiego leczenia będzie bardziej skuteczne. Dzisiaj nie wiemy, jakie są inne czynniki, które o tym decydują.

To pierwszy od 40 lat lek, który jest szansą dla chorych z tym typem raka...

W leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca widzimy ogromny postęp. Pacjenci dłużej żyją, z czego bardzo się cieszymy. Mamy nadzieję, że tak samo będzie się działo w przypadku raka drobnokomórkowego. © Wszelkie prawa zastrzeżone



dr n. med. Izabela Chmielewska
– pracuje w Katedrze i Klinice
Pneumonologii, Onkologii
i Alergologii UM w Lublinie.

KATARZYNA PINKOSZ: Ostra białaczka limfoblastyczna to najczęstsza choroba nowotworowa u dzieci. W Polsce zachorowuje na nią ok. 200–250 dzieci rocznie, najczęściej w wieku pięciu–sześciu lat. Jakie są jej objawy?

PROF. WOJCIECH MŁYNARSKI: Najczęstszym objawem jest małopłytkowość (mała liczba płytek krwi). Objawy to siniaki – nieadekwatne do wielkości urazu wybroczyny na skórze. Najczęściej przyczyny mogą być dwie: małopłytkowość immunologiczna lub właśnie ostra białaczka, w tym ostra białaczka limfoblastyczna. Inne niepokojące objawy, które mogą wskazywać na białaczkę, to niedokrwistość, częste i ciężko przebiegające infekcje. Takie objawy nie muszą być spowodowane białaczką, jednak są powodem do niepokoju. Lekarz powinien zlecić morfologię krwi. Jeśli jest nieprawidłowa, to prowadzi się dalszą diagnostykę. Rozpoznanie białaczki jest możliwe dopiero po wykonaniu biopsji szpiku.

Jeśli badania potwierdzą ostrą białaczkę limfoblastyczną, to wykonuje się wiele badań genetycznych i immunologicznych komórek nowotworowych. W Polsce możemy wykonać badania o najwyższym światowym standardzie. Dzięki temu możemy potem leczyć dzieci w sposób szyty na miarę.

Diagnoza ostrej białaczki u dziecka budzi przerażenie u rodziców. Jednak w większości przypadków leczenie jest bardzo efektywne?

Tak. Wyleczalność w Polsce ostrej białaczki limfoblastycznej wynosi ponad 90 proc. W pierwszej linii leczymy w sposób na tyle nowoczesny, że ryzyko nawrotu jest relatywnie małe. Niestety, zdarza się, że białaczka nawraca albo niemal od razu pojawia się oporność na leczenie, czyli nasze wstępne leczenie jest nieskuteczne, pojawiają się komórki nowotworowe w bardzo dużej liczbie.

Co wtedy, gdy pojawia się nawrót lub choroba jest oporna na leczenie?

Gdy dochodzi do nawrotu białaczki, podajemy bardziej agresywną chemioterapię, a następnie sprawdzamy, ile komórek białaczkowych pozostało w szpiku dziecka – jest to ocena tzw. choroby resztkowej. Może to być nawet tylko jedna komórka nowotworowa na 10 tys. komórek zdrowych szpiku, jednak ma to znaczenie, ponieważ dziecko będzie miało ryzyko nawrotu białaczki. Kwalifikujemy takie dzieci do przeszczepienia

Z prof. Wojciechem Młynarskim, pediatrą, onkologiem i hematologiem dziecięcym z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi rozmawia Katarzyna Pinkosz

Leczenie inteligentne



komórek hematopoetycznych szpiku kostnego.

Przeszczepienie szpiku to najbardziej optymalny sposób leczenia?

Najbardziej optymalnym sposobem leczenia byłoby tzw. leczenie pomostowe do przeszczepienia. Polega ona na podaniu blinatumomabu, czyli przeciwciała, które z jednej strony wiąże się z komórką nowotworową, a z drugiej – z limfocytami T, tj. komórkami układu odpornościowego. Takie leczenie jest już zarejestrowane na świecie, niestety w Polsce nierefundowane. Jeśli mielibyśmy możliwość podania blinatumomabu przed przeszczepem szpiku, to zwiększylibyśmy szansę na to, że po przeszczepieniu w nowym szpiku nie będzie komórek białaczki. Czyli wyleczymy dziecko z odpornej ostrej białaczki limfoblastycznej.

Lek jest już w Polsce dostępny dla dorosłych. Dlaczego dla dzieci jeszcze nie?

To pytanie nie jest do mnie, wiem, że toczy się proces refundacyjny. Lek jest tak bardzo skuteczny, że badanie kliniczne u dzieci zostało przerwane z powodów etycznych, żeby wszystkie dzieci uczestniczące w badaniu klinicznym mogły jak najszybciej otrzymać optymalną terapię – blinatumomabem. Podając ten lek, nie walczymy o to, by przedłużyć dziecku życie. Walczymy o całkowite wyleczenie.

Jak wiele dzieci w Polsce potrzebowałoby takiej terapii?

Około 40–50 dzieci w Polsce ma nawrót białaczki. Jednak do leczenia kwalifikują się tylko te, u których badanie diagnostyczne komórek białaczkowych wykaże obecność antygenu CD19, a dodatkowo będą mogły być zakwalifikowane do takiego leczenia – sądzę, że byłoby to ok. 20 dzieci rocznie. Blinatumomab to bardzo inteligentny lek: przeciwciała skierowane w stronę dwóch antygenów – pierwszy to antygen CD19 znajdujący się na komórkach białaczkowych, drugi znajduje się na limfocytach T. Chodzi o powiązanie limfocytu z komórką nowotworową, dzięki czemu może on ją precyzyjnie unicestwić. To bardzo inteligentne leczenie, wykorzystujące własny układ odporności do zwalczania komórek białaczki.

Dla chorych, którzy nie kwalifikują się do podania blinatumomabu lub u

których pojawiła się oporność na to leczenie, jest jeszcze inna opcja: komórki CAR-T. Obie te terapie – blinatumomab i CAR-T – to bardzo nowoczesne terapie, relatywnie drogie, jednak ich celem nie jest przedłużenie życia, tak jak w przypadku wielu leków przeciwnowotworowych, tylko wyleczenie z choroby nowotworowej.

Wspomniał pan, że podobne objawy – takie jak nadmierne siniaczenie – mogą być także objawem np. małopłytkowości. Co to za choroba?

Najczęstszą przyczyną małopłytkowości u dzieci jest małopłytkowość immunologiczna (ITP). Objawami są zwykle wybroczyny, czyli malutkie, punkcikowe zmiany krwotoczne widoczne na skórze, oraz siniaczenie się nieadekwatne do wielkości urazu. Małopłytkowość immunologiczna może być jednak bardzo niebezpieczna z powodu ryzyka pojawienia się np. krwawienia do mózgu, krwawienia z przewodu pokarmowego, z dróg moczowych, które mogą zagrazić życiu. Znacznie większe ryzyko takich krwawień występuje u osób dorosłych, jednak mogą też pojawić się u dzieci (choć na szczęście u dzieci ryzyko krwawienia zagrażającego życiu wynosi poniżej 1 proc.).

Małopłytkowość u dzieci to bardzo „ciekawa” choroba – w wielu przypadkach samoistnie dochodzi do wyleczenia. Dziecko musi być pod kontrolą hematologa, jednak czasem wystarczy, jeśli przez tydzień pozostanie w domu, by ograniczyć ryzyko urazu. Gdy po tygodniu wykonuje się kolejną morfologię, często okazuje się, że liczba płytek krwi się zwiększyła. Około 50 proc. dzieci samoistnie pozbywa się tej choroby. Jest to spowodowane tym, że małopłytkowość immunologiczna może pojawić się przejściowo, np. po infekcji wirusowej. U dorosłych taki proces samowyleczenia występuje zdecydowanie rzadziej.

Jak w takim razie wygląda leczenie?

Jest ono konieczne u około połowy dzieci (u dorosłych procent osób ze wskazaniem do leczenia jest wyższy). Jest kilka linii terapii: podaje się dożylnie wysokie dawki immunoglobulin. Inną opcją jest zastosowanie steroidów w wysokich dawkach: ma to na celu „upośledzenie” układu odpornościowego, by przestał atakować własne tkanki, dzięki czemu wzrośnie liczba płytek. Niestety, jest pewna grupa pacjentów, u której

takie leczenie nie jest skuteczne. W tej grupie rekomendowane jest zastosowanie tzw. agonistów receptora trombopoetyny. Są obecnie dwa leki z tej grupy: eltrombopag i romiplostym. Pierwszy podaje się codziennie doustnie, drugi – raz w tygodniu podskórnie.

Wprowadzenie do leczenia tej grupy leków nazwano największym przełomem w leczeniu małopłytkowości immunologicznej w ciągu ostatnich 20 lat. Takie leczenie jest u nas dostępne?

W Polsce dostępny jest tylko pierwszy z tych leków w ramach programu terapeutycznego, drugi niestety nie.

Obydwa leki powinny być dostępne?

Tak, ponieważ mają różne mechanizmy działania i różną drogę podania. Jest grupa pacjentów, którzy bardzo dobrze odpowiadają na leczenie eltrombopagiem, ale nie odpowiadają na romiplostym. I odwrotnie. Część pacjentów, których nie jesteśmy w stanie wyleczyć jednym lekiem, moglibyśmy wyleczyć drugim. Zdarzają się sytuacje, że pierwszy lek przestaje działać, chcielibyśmy wtedy móc podać pacjentom ten drugi, jednak nie mamy takiej możliwości z powodu braku refundacji. Nie każdy pacjent może przyjmować leki doustne, często bardziej wskazane byłoby podanie terapii podskórnej, np. u małych dzieci, które nie są w stanie połykać tabletki. Każdy z leków jest skuteczny u ok. 80 proc. pacjentów.

To znaczy, że nie podając pozostałym 20 proc. pacjentów właściwego leczenia, narażamy ich na krwawienia? Również na tak poważne jak udar mózgu czy krwawienie z przewodu pokarmowego.

Niestety tak. Jak wspominałem, u dzieci ryzyko tak poważnego krwawienia nie jest duże, ale jest: blisko pięćdziesięciu dzieci na 1000 z małopłytkowością może mieć krwawienie potencjalnie zagrażające życiu. Tak więc w Polsce jest kilkadziesiąt dzieci, które nie mają odpowiedniej liczby płytek krwi, u których występuje ryzyko krwawienia, także poważnego. U dorosłych takie ryzyko występuje jeszcze częściej. © Wszelkie prawa zastrzeżone



prof. Wojciech Młynarski –
pediatra, onkolog i hematolog
dziecięcy, Uniwersytet Medyczny
w Łodzi.

ODDZIAŁ PRZESZCZEPOWY



FOT. MAR. PRAS./PREZYLADEN.NADZIEI (2)

Z prof. Krzysztofem Kałwakiem z Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej we Wrocławiu rozmawia Katarzyna Pinkosz

CAR-T, czyli 14 ml życia

KATARZYNA PINKOSZ: W Przylądku Nadziei komórki CAR-T właśnie otrzymało pierwsze dziecko w Polsce. Kim jest mały pacjent i dlaczego ta terapia jest dla niego szansą?

PROF. KRZYSZTOF KAŁWAK: Olek ma 11 lat, na białaczkę zachorował w styczniu 2013 r., czyli siedem lat temu. Od tej pory miał już trzy wznowy choroby, przeszedł dwie transplantacje szpiku, był leczony wszystkimi możliwymi standardowymi terapiami, za każdym razem choroba

wracała. Dostawał leki ratunkowe, m.in. blinatumomab – bardzo nowoczesny lek, który pozwala limfocytom T na rozpoznanie i zabicie blastów, czyli komórek białaczkowych. Cały czas utrzymywała się jednak istotna klinicznie choroba resztkowa, która zmuszała do podawania kolejnych dawek leków ratunkowych. Jeśli nie dostałby terapii CAR-T, to za pewien czas miałby znów progresję białaczki. CAR-T jest dla niego ostatnią

deską ratunku, a jednocześnie mamy nadzieję, że ta terapia go wyleczy.

Mówi pan o ostatniej desce ratunku, a jednocześnie o szansie na wyleczenie. Na czym właściwie polega terapia komórkami CAR-T? Jak została zastosowana u chłopca?

W listopadzie ustaliliśmy, że stan chłopca pozwala na rozpoczęcie leczenia: miał wystarczająco dużo we krwi zarówno leukocytów, jak i limfocytów T, żeby można

było wykonać tzw. leukaferezę – prosty zabieg polegający na pobraniu z krwi obwodowej jego własnych limfocytów. Sprawdziliśmy, że ich liczba jest wystarczająca. Pobrane komórki zostały zamrożone i wysłane w ciekłym azocie do laboratorium w USA, gdzie w styczniu tego roku zostały poddane modyfikacji genetycznej. Polega ona na wprowadzeniu – dzięki wektorom wirusowym – do genomu limfocytów T genu kodującego chimericzny receptor antygenowy anty-CD 19. Umożliwia on „przoprogramowanie” komórek odpornościowych, dzięki czemu rozpoznają one komórki białaczki i je niszczą. Co więcej, zmienione limfocyty T potrafią, dzięki odpowiedniej modyfikacji, przetrwać w organizmie chorego przez wiele miesięcy, chroniąc przed ewentualną wznową choroby. Tak więc limfocyty T są namnażane i w odpowiedni sposób stymulowane, by zabić komórki nowotworowe, a jednocześnie przetrwać i zwalczać pojedyncze komórki nowotworowe, jeśli pojawią się później.

Po tej modyfikacji komórki zostały zamrożone i przywiezione do nas. 3 marca podaliśmy je chłopcu. To nie jest koniec, ponieważ po podaniu komórek zdarzają się objawy uboczne, z których najbardziej niebezpieczny jest zespół cytokin oraz objawy neurotoksyczne. Przez minimum dwa tygodnie chłopiec musi być na oddziale w szpitalu. Potem może wyjść do domu i będzie miał już tylko kontrolowaną chorobę resztkową.

Jakie są efekty terapii CAR-T? Daje szansę na wyleczenie chorego, u którego wszystkie poprzednie terapie zawiodły?

Okolo 80 proc. pacjentów po miesiącu ma ujemną chorobę resztkową, trzymiesięczną remisję ma ponad 80 proc. pacjentów, a ok. 62–65 proc. chorych dwuletnie przeżycie wolne od wznowy choroby. To bardzo dużo, bo bez tej terapii szacowany czas przeżycia to kilka miesięcy. Oczywiście, chcielibyśmy, żeby było 100 proc. odpowiedzi na leczenie i 100-procentowa wyleczalność, jednak na razie nie jesteśmy w stanie pokonać biologii białaczki. Każdego chorego nie wyleczymy, jednak dajemy 60 proc. szans na to, że przez dwa lata nie będzie wznowy choroby.

Czy jest szansa, że komórki CAR-T spowodują całkowite wyleczenie?

Tak. Pierwszą osobą, która otrzymała komórki CAR-T, była Emily, dziewczynka z Filadelfii. Miała siedem lat, teraz ma 15,

jest zdrowa. Wierzę, że u naszego pacjenta terapia zadziała. Jest w klinicznie dobrym stanie, co daje nadzieję, że wszystko będzie dobrze.

W Polsce jak na razie tylko trzy ośrodki mogą podawać komórki CAR-T: w przypadku dorosłych kliniki w Poznaniu i Gliwicach, w przypadku dzieci – Przylądek Nadziei we Wrocławiu. Dlaczego tak niewiele?

Te ośrodki przeszły certyfikację, która polega na dostosowaniu pewnych procedur do wymogów bezpieczeństwa i jakości. Certyfikowany ośrodek musi być ośrodkiem, w którym wykonuje się transplantacje szpiku, ma doświadczenie w pobieraniu, mrożeniu, rozmrażaniu, przeszczepianiu komórek szpiku, a lekarze wiedzą, jak postępować w przypadku pojawienia się działań niepożądanych. Nasza klinika jest największym ośrodkiem wykonującym przeszczepienia szpiku u dzieci, dlatego została wybrana jako ośrodek do wprowadzania technologii CAR-T dla dzieci w Polsce.



Pierwsze w Polsce podanie CAR-T 11-letniemu chłopcu – szansa na wyleczenie opornej białaczki

Ilu dzieciom w Polsce terapia CAR-T może uratować życie?

Przewidywaliśmy podanie w ciągu trzech miesięcy leczenie czworgu dzieciom. Jedno niestety zmarło w styczniu z powodu progresji białaczki. W przypadku drugiego, ponieważ nie było decyzji o finansowaniu CAR-T [ta procedura jest w Polsce nierefundowana – przyp. red.], zdecydowaliśmy się na przeszczepienie szpiku; obecnie dziecko jest po przeszczepie, w dobrym stanie. Jeśli minister zdrowia wyrazi zgodę na finansowanie terapii, to w przypadku wystąpienia wznowy po przeszczepie zastosujemy u tego dziecka CAR-T.

W przypadku trzeciego dziecka, gdybyśmy uzyskali zgodę ministra na finansowanie, moglibyśmy próbować

pobierać limfocyty, ponieważ jego sytuacja zdrowotna jest bardzo trudna. Bez zgody na finansowanie dyrektor szpitala nie wyrazi zgody na przyjęcie pacjenta, gdyż terapia kosztuje ponad 1 mln zł. Czwartym chłopcem jest Olek.

Czyli życie dziecka zależy od pieniędzy lub zgody ministra zdrowia... A w jaki sposób udało się sfinansować pierwsze podanie CAR-T?

Na początku listopada wystąpiliśmy z pierwszymi wnioskami do Ministerstwa Zdrowia o finansowanie terapii CAR-T w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych. Wniosek jest najpierw oceniany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W połowie stycznia Rada Przejrzystości AOTMiT wydała pozytywną rekomendację. Z niewiadomych przyczyn dwa tygodnie później prezes AOTMiT wydał rekomendację negatywną. Minister zdrowia wydał decyzję negatywną. Złożyliśmy od niej odwołanie (trzy wnioski), czekamy na decyzję, mając nadzieję, że jednak będzie pozytywna.

Nie doszłoby do podania CAR-T, gdyby nie to, że Fundacja „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową” dała obietnicę szpitalowi, że jeśli ministerstwo nie zapłaci i nie uda się zebrać odpowiedniej ilości pieniędzy, to fundacja nam pomoże. Udało się zebrać większość kwoty dzięki zbiórkom pieniędzy, resztę dołożył rodzic dziecka, które nie oczekiwało terapii CAR-T. Dzięki temu udało się pieniądze zebrać, wykorzystując siepomaga.pl.

Jeśli ministerstwo jednak wyrazi zgodę na sfinansowanie CAR-T w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych, to środki, które zostały zebrane na tego chłopca, zostaną wydane na inne leki, na których finansowanie minister nie może wyrazić zgody, bo nie mają jeszcze rejestracji w Europie. Rozumiem, że ministerstwo nie może finansować terapii, które są niesprawdzone, są pewnym eksperymentem medycznym. Natomiast terapia komórkami CAR-T to lek zarejestrowany w USA i UE. Nie widzę powodu, dla którego nie znalazłby się pieniądze dla tej garstki dzieci – może być to rocznie 10 dzieci w Polsce. Wiem, że w polskiej ochronie zdrowia są problemy, mamy deficyty kadrowe, jest koronawirus, jednak znalezienie pieniędzy dla dzieci na terapię ostatniej szansy jest ważne – w ośrodku, który włożył wiele wysiłku w to, by stać się ośrodkiem certyfikowanym. To istotne także dla wizerunku Polski jako nowoczesnego państwa.

KATARZYNA ŚWIRYDOWICZ: Chłoniaki kojarzą się ze zmianami w węzłach chłonnych, chłoniaki skórne powodują jednak zmiany skórne. Czy mechanizm powstawania tych nowotworów jest podobny?

DR N. MED. AGNIESZKA GIZA: Wszystkie chłoniaki powstają w wyniku niekontrolowanego rozrostu komórek układu odpornościowego i najczęściej manifestują się powiększonymi węzłami chłonnymi. Istnieje jednak cała grupa chłoniaków pozawęzłowych. Są szczególnie podstępne, ponieważ dają pierwsze objawy w lokalizacjach zupełnie niespodziewanych. Należą do nich właśnie chłoniaki skórne.

Układ odpornościowy, który ma chronić organizm, obraca się przeciwko niemu?

Układ odpornościowy ma za zadanie bronić nas przed infekcjami i nowotworami. Staje się jednak niewydolny i dochodzi do mutacji jego komórek, a w konsekwencji rozwoju nowotworu. Kiedy mutują limfocyty T znajdujące się w skórze, mamy do czynienia z chłoniakami skórnymi T-komórkowymi. Są jednak również znacznie rzadziej występujące chłoniaki skórne B-komórkowe.

Chłoniak skórnym T-komórkowym wśród wszystkich chłoniaków, których jest kilkadziesiąt, stanowi rzadki podtyp – jego przypadki stanowią 2–3 proc. wszystkich chłoniaków. Należy zresztą do grupy chorób rzadkich.

Czy wiadomo, dlaczego powstają te nowotwory? Zne są czynniki ryzyka ich występowania?

Niekontrolowany wzrost limfocytów T mogą wywołać czynniki genetyczne, immunologiczne i środowiskowe, np. długotrwała ekspozycja na środki chemiczne. Czasem przyczyną jest długie leczenie immunosupresyjne, zakażenia wirusowe czy bakteryjne. Jednak u wielu pacjentów czynniki wyzwalające w ogóle nie występują.

Jakie są objawy choroby?

Niecharakterystyczne – to zmiany rumieniowe, plamiste, nacieki, owrzodzenia. Skóra łuszczy się, jest sucha, cienka i wrażliwa. Często objawy przypominają choroby dermatologiczne. Dlatego chłoniaki skórne T-komórkowe są mylone z łuszczycą, atopowym zapaleniem skóry i reakcjami alergicznymi.

Zmiany postępują? Jak rozwija się choroba?

Chłoniak skórnym T-komórkowym to choroba niewyleczalna, przewlekła, któ-



Z dr n. med. Agnieszką Gizą, hematologiem rozmawia Katarzyna Świrydowicz

Chłoniak, który załazł za skórę

ra ma wieloletni przebieg i ulega z czasem progresji. Długo może mieć postać rumienia lub wykwitów na skórze, ale z czasem przechodzą one w zmiany guzowate, które następnie ulegają owrzodzeniu. W ostatnich stadiach ten chłoniak może się stać chorobą uogólnioną, z zajęciem węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych: wątroby, śledziony, a także szpiku kostnego. W końcowej fazie wygląda jak chłoniak uogólniony, systemowy.

Zmiany skórne nie od razu kojarzą się z nowotworami. Czy chorzy są szybko diagnozowani?

Trwa to niestety bardzo długo. Badanie jakości życia polskich pacjentów

z chłoniakiem skórnym T-komórkowym pt. „Chłoniaki, których nie znamy. Problem, którego nie widzimy” pokazało, że tak naprawdę przeciętny okres diagnozowania to prawie trzy lata. U 30 proc. chorych postawienie prawidłowego rozpoznania trwa dłużej, u niektórych nawet siedem lat. O tym, jak trudno postawić diagnozę, świadczy również to, że większość pacjentów konsultowała się u trzech lekarzy, a ok. 25 proc. nawet u pięciu, zanim uzyskali informację o rozpoznaniu chłoniaka skóry.

Jaka jest jakość życia chorych z chłoniakiem T-komórkowym?

W naszym badaniu jakości życia wzięło udział 67 pacjentów i 20 lekarzy leczących tych chorych. Mamy więc konkretne dane z raportu. Ten chłoniak skóry wpływa na każdy aspekt jakości życia pacjentów. Jedna czwarta chorych deklaruje, że choroba spowodowała istotne zmiany na gorsze w życiu zawodowym. Prawie 67 proc. osób mówi o zmianie dotyczącej zarobków, z czego mniej więcej połowie zmalały one o jedną drugą lub więcej. Chorzy muszą daleko dojeżdżać na wizyty, brać wolne w pracy, angażować rodzinę i przyjaciół, bo leczenie jest skupione w dużych ośrodkach akademickich, a wizyty są częste.

U ponad połowy chorych chłoniak ogranicza samodzielność, co piąty pacjent ma problemy z poruszaniem się, bo ta choroba powoduje też obniżenie, a także ograniczenie sprawności fizycznej. Co więcej, osoby z chłoniakiem T-komórkowym są stygmatyzowane przez swój wygląd. Czasami są to bowiem naprawdę dramatyczne przypadki, w zaawansowanych stadiach pojawiają się guzy na twarzy i innych częściach ciała, często z owrzodzeniem. Negatywnych skutków oszpeceń ciała doświadcza ok. 40 proc. pacjentów. Jedna trzecia ukrywa chorobę – ci ludzie dostrzegają zły odbiór zmian skórnych, które nierzadko są mylone z chorobą zakaźną. Chłoniak bardzo silnie wpływa również na życie emocjonalne, mówi o tym 60–70 proc. pytanym. Pacjenci podkreślają konieczność pomocy psychologicznej, brakuje im kontaktu z psychoonkologiem, psychoterapeutą. Chcieliby mieć również jakieś wsparcie w miejscu zamieszkania, np. pielęgniarki w ramach POZ.

Ile osób w Polsce jest chorych na chłoniaka T-komórkowego?

Liczbę chorych szacuje się na mniej więcej 2 tys., przy czym wartość ta dotyczy wszystkich pacjentów, bez względu na stopień zaawansowania choroby, podtyp chłoniaka czy wymagania terapeutyczne. Prawie połowa z nich to ludzie młodzi, poniżej 55.–65. roku życia – ludzie w sile wieku, apogeum aktywności i, mówiąc językiem ekonomicznym, produktywności.

Jak wygląda leczenie chłoniaków skórnych T-komórkowych?

Ten podtyp chłoniaka wymaga wielodyscyplinarnego podejścia. Kiedy

choroba się zaczyna, lekarz pierwszego kontaktu kieruje pacjenta do dermatologa. Ten zleca pobranie wycinka do badania histopatologicznego. Najczęściej rozpoznanie nie jest stawiane od razu – czasami konieczne jest wielokrotne pobranie wycinków skóry i wielokrotnie są one badane histopatologicznie, zanim zostanie postawione ostateczne rozpoznanie. Kluczowe jest w tym przypadku doświadczenie patologa. W początkowym etapie choroby leczenie jest prowadzone najczęściej przez długi okres przez lekarzy dermatologów.

W miarę postępu choroby pacjent jest kierowany do hematologa lub onkologa. Najlepiej, jeśli współpracuje on z dermatologiem już znającym pacjenta – ten pierwszy prowadzi leczenie systemowe, ten drugi – terapię wspomagającą miejscową. W tym zespole jest także miejsce dla radioterapeuty, gdyż radioterapia również jest elementem leczenia systemowego.

Jakie są szanse powodzenia w przypadku dostępnych terapii?

W pierwszym etapie terapii, dermatologicznym, stosowane jest leczenie miejscowe glikokortykosteroidami i retinoidami, a także fototerapia, które łagodzą objawy i dają czasową remisję choroby. Hematolog czy onkolog, który przejmuje leczenie wraz z postępowaniem choroby, ma do dyspozycji metotreksat, stosowany od lat znany cytotatyk, oraz beksaroten, udostępniony w 2015 r. w ramach programu NFZ. Żaden z tych leków nie daje u chorych całkowitej remisji. To prawda, że powodują poprawę w zakresie zmian skórnych, ich częściową regresję, polepsza się również jakość życia pacjentów, ale działają one w określonym czasie, a potem znów dochodzi do progresji choroby.

Od czterech lat – a to w onkologii za długi czas – nie ma w Polsce zmian w leczeniu chłoniaka skórno T-komórkowego. Jednocześnie w ostatnich latach nastąpił olbrzymi postęp w leczeniu innych chłoniaków – są refundowane nowoczesne leki ukierunkowane molekularnie oraz immunoterapia. W chłoniaku skóry niestety wciąż dysponujemy tylko tymi dwoma lekami.

Na ostatnim etapie choroby stosujemy chemioterapię. To monoterapia, bo unikamy chemioterapii wielolekowej, która działa krótko. Poza tym to leczenie toksyczne, które niesie duże ryzyko zakażenia zmian skórnych. Pamiętajmy,

że najczęstszą przyczyną zgonu tych chorych jest uogólnione zakażenie, które się szerzy z tych zmian.

Jest jakaś nadzieja dla tych chorych?

Taką nadzieją dla chorych jest nowy lek, zarejestrowany w 2017 r. brentuksymab vedotin, przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko antygenowi CD30, obecnemu na komórkach wielu chłoniaków skórnych T-komórkowych, skoniugowane z aurystatyną E działającą na mikrotubule. Połączenie tego przeciwciała z antygenem CD30 na powierzchni komórki uruchamia mechanizmy ostatecznie prowadzące do zatrzymania cyklu komórkowego i śmierci komórki.

Ten lek jest zarejestrowany do leczenia pacjentów z chłoniakiem skórny T-komórkowym CD30+ po niepowodzeniu co najmniej jednej linii leczenia. Zyskał już pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Badanie rejestracyjne pokazało, że daje on znacząco dłuższy czas przeżycia wolnego od progresji choroby – mediana 16,7 miesiąca – w porównaniu z 3,5 miesiąca w przypadku leczenia beksarotenem lub metotreksatem.

Mamy nadzieję, że ten lek zostanie wprowadzony i będzie refundowany. Zdobyliśmy już doświadczenie w terapii tym lekiem – podajemy go w chłoniaku Hodgkina, leczylimy już nim chorych z chłoniakiem skórny T-komórkowym i widzimy, jak jest skuteczny. Na świecie ten lek jest już stosowany u tych pacjentów, chcielibyśmy udostępnić go również naszym chorym.

Czy chłoniaka T-komórkowego można w ogóle całkowicie wyleczyć?

Szansę taką stwarza allogeniczny przeszczep szpiku kostnego, ale to opcja dla grupy pacjentów stosunkowo młodych, bez innych chorób współistniejących, którzy uzyskają najlepszą odpowiedź na leczenie przed procedurą. Brentuksymab vedotin mógłby być zastosowany w tej grupie chorych jako leczenie pomostowe, mające na celu uzyskanie najlepszej remisji choroby przed przeszczepem.

© Wszelkie prawa zastrzeżone



dr n. med. Agnieszka Giza

– hematolog z Katedry i Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Z prof. Iwoną Hus, hematologiem
rozmawia Katarzyna Pinkosz

Potrzebny jest szerszy dostęp do leczenia

KATARZYNA PINKOSZ: Dlaczego szpiczak jest chorobą, która tak często nawraca i pojawia się oporność na stosowane leczenie?

PROF. IWONA HUS: To prawda, że szpiczak jest chorobą, która nawraca, jednak dla chorych ważne jest to, że czas przeżycia w ostatnich latach istotnie się wydłużył i dzięki wprowadzeniu nowych leków szpiczak stał się chorobą przewlekłą.

Czy możemy już jednoznacznie powiedzieć: szpiczak, choroba nowotworowa, jest chorobą przewlekłą?

Tak. I to ogromny sukces medycyny. Czas przeżycia wynosił jeszcze niedawno ok. trzech lat, a obecnie chorzy żyją 7–10 lat i więcej. Jednak komórki nowotworowe po pewnym czasie ulegają kolejnym mutacjom, stają się odporne na zastosowane leczenie. Dlatego im więcej mamy możliwości korzystania z nowych terapii, tym lepiej. Poza tym wiemy już dziś, że najlepsze efekty daje leczenie

schematami skojarzonymi. Zastosowanie razem dwóch, trzech leków, które działają synergistycznie, pozwala na uzyskanie dłuższej trwającej odpowiedzi na leczenie.

Często mówi się, że w hematologii dokonana się wręcz rewolucja. Dotyczy to również szpiczaka?

Szpiczak jest właśnie przykładem choroby, w której dokonana się rewolucja. W ostatnich latach zostało zarejestrowanych kilka nowych grup leków. Jest wybór: jeśli chory nie odpowiada na zastosowane leczenie, to możemy zamienić terapię na inną, o innym mechanizmie działania. Możemy też podawać leki w różnych kombinacjach. W niewielu chorobach nowotworowych mamy dziś takie możliwości. Bardzo dużo dzieje się w leczeniu szpiczaka.

Jakie leki spowodowały tę rewolucję w leczeniu?

Jeszcze do niedawna mówiło się o nich: „nowe leki”, jednak pierwsze

terapię, które spowodowały tę ogromną zmianę, pojawiły się na przełomie XX i XXI w. Obecnie mamy dostęp do leków o nowszych mechanizmach działania, są już następcy tych pierwszych leków z grup, które spowodowały przełom. Są to np. inhibitory proteasomu; pierwszym lekiem z tej grupy był bortezomib, obecnie są już dostępne w wielu krajach, w tym w Polsce, jego generyki. Jest również dostępny jego następca – karfilzomib. To nowy inhibitor proteasomu o silniejszym i bardziej selektywnym mechanizmie działania. Cieszymy się, że od niedawna mamy możliwość jego stosowania również w Polsce – niestety, w dość wąskim wskazaniu. U chorych na nawrotową oporną postać szpiczaka zarejestrowany przez Europejską Agencję Leków jest również doustny inhibitor proteasomu, który jak dotąd nie jest refundowany w Polsce.

Drugą grupą leków dla chorych na szpiczaka są leki immunomodulujące: pierwszy był talidomid, następnie lenalidomid i pomalidomid. Kolejne grupy to inhibitory deacetylazy histonowej (panobinostat) i najnowsze przeciwciała monoklonalne, takie jak daratumumab i elotuzumab.

W ubiegłym roku w Polsce weszły do refundacji nowe leki przeciwshpiczakowe, o które długo występowała zarówno hematookolodzy, jak i pacjenci. Jak ocenia pani dziś w Polsce dostępność nowoczesnego leczenia?

Przez wiele lat nie mieliśmy w Polsce możliwości stosowania wielu nowoczesnych terapii. Jeśli w pierwszej linii pacjent otrzymał talidomid lub bortezomib, to w drugiej linii, po wznowie choroby, mógł otrzymać schematy z lenalidomidem. Kiedy jednak pojawiała się kolejna wznowa choroby, nie bardzo mieliśmy czym ją leczyć. Szpiczak nawraca, a w Polsce nie mieliśmy dla chorych terapii, które moglibyśmy zastosować. To był ogromny problem.

W ubiegłym roku dzięki zmianom na listach refundacyjnych pojawiła się możliwość zastosowania kilku nowych terapii, z czego bardzo się cieszymy. Mamy możliwość zastosowania karfilzomibu w programie lekowym razem z lenalidomidem i deksametazonem. Inną opcją jest daratumumab z bortezomibem i deksametazonem, a kolejną – pomalidomid. Jednak mimo to, że te nowoczesne leki są dostępne, to jedynie dla stosunkowo wąskiej grupy chorych. Nie można ich zastosować w wielu schematach, które są skuteczne. Tak więc obecnie nowoczesne leki są już dostępne w Polsce, jednak niekoniecznie możemy je stosować w taki sposób, w jaki zostały zarejestrowane. Nie można ich np. zastosować w schematach dwulekowych: np. karfilzomibu w połączeniu z deksametazonem czy daratumumabu w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem.

Karfilzomib jest jednak dostępny dla chorych, którzy kwalifikują się do przeszczepienia?

Tak, jako leczenie pomostowe, u chorych, którzy kwalifikują się do przeszczepienia szpiku. Jednak wielu chorych na szpiczaka nie kwalifikuje się do transplantacji, m.in. z powodu wieku czy chorób współistniejących. Tymczasem połączenie karfilzomibu z deksametazonem można by zastosować właśnie u pacjentów, którzy nie kwalifikują się do transplantacji.

Mogłoby to wpłynąć na wydłużenie czasu trwania odpowiedzi na leczenie, stanowiłoby szansę na dłuższe życie. Wiele osób mogłoby odnieść duże korzyści z zastosowania takiej terapii. W odróżnieniu od bortezomibu, czyli inhibitora proteasomu pierwszej generacji, nie powoduje on takich skutków ubocznych jak neuropatia, dlatego może być długo stosowany. Można go stosować do czasu przeszczepienia szpiku (jak to jest obecnie możliwe w Polsce w programie lekowym) lub przewlekle – do czasu, gdy jest skuteczny. W listopadzie 2019 r. wniosek o objęcie refundacją karfilzomibu w schemacie dwulekowym uzyskał pozytywną rekomendację prezesa AOTMiT.

Dużą bolączką jest również brak możliwości zastosowania lenalidomidu w pierwszej linii leczenia. Taka opcja jest już od wielu lat dostępna w innych krajach; jest ona zalecanym schematem w pierwszej linii dla chorych starszych, z chorobami współistniejącymi, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia. Dla nich właśnie optymalne byłoby zastoso-

Złamania kości, kręgosłupa, żeber, nawracające infekcje, silne bóle kręgosłupa, niedokrwistość – to mogą być objawy szpiczaka plazmocytoowego. Na ten nowotwór krwi rocznie zaczyna chorować od 1,5 tys. do 1,8 tys. osób

wanie takiego leczenia w pierwszej linii (lenalidomid z deksametazonem), a jeśli pojawiłaby się wznowa, to przejście do schematu karfilzomib plus deksametazon.

To dwa schematy leczenia, których szczególnie brakuje?

Tak, szczególnie byłby ważny dostęp do tych dwóch dwulekowych schematów. Oczywiście w Polsce nie są refundowane dla pacjentów też inne nowoczesne schematy leczenia, choćby połączenie daratumumabu z lenalidomidem i deksametazonem. Nowych schematów w szpiczaku pojawia się dużo, to schematy trójlekowe, czterolekowe w pierwszej linii, ale trudno o nich mówić, gdy nie mamy możliwości stosowania schematu podstawowego pierwszej i drugiej linii. Braki są znacznie większe, jednak te dwie możliwości są najważniejsze i bardzo na nie czekamy.

Szpiczaka często wykrywa się późno, gdy choroba jest już mocno zaawansowana. Czy coś pod tym względem ostatnio się zmienia?

Staramy się, by szpiczak był wykrywany wcześniej, ale nie jest to proste. Po pierwsze, u 10–30 proc. chorych przez długi czas może on przebiegać bezobjawowo. Po drugie, u części chorych konieczne byłoby wykonanie dokładnych badań laboratoryjnych, by stwierdzić chorobę. Objawy szpiczaka nie są specyficzne i mogą sugerować inne choroby. Około 70 proc. pacjentów ma bóle kostno-stawowe; najczęściej występują one w części krzyżowo-lędźwiowej kręgosłupa, a jest to przecież również częste umiejscowienie zmian zwyrodnieniowych. Choroby zwyrodnieniowe są powszechne, dlatego zwykle o nich się myśli, gdy takie bóle się pojawiają. Pacjent często przez długi okres jest leczony z powodu zmian zwyrodnieniowych, zanim zostanie wykonane zdjęcie RTG, które potwierdza duże zmiany w kościach mogące świadczyć o szpiczaku. Niepokojące objawy to także częste infekcje, osłabienie, niedokrwistość, wysokie, trzycyfrowe OB, hiperkalcemia – w takich przypadkach trzeba wykonać dogłębną diagnostykę. Choroba dotyka całego organizmu, dlatego objawy są często uogólnione.

Warto byłoby, żeby każdy raz w roku wykonał morfologię i OB, nawet jeśli czuje się zdrowy?

Tak, dzięki temu w wielu przypadkach można byłoby wcześniej rozpoznać wiele chorób, w tym szpiczaka. Problem w tym, że jeśli u pacjenta późno rozpoznaje się szpiczaka, np. gdy trafia do szpitala z powodu złamania albo niewydolności nerek, to ma to ogromny wpływ na rokowanie i jakość życia. Im wcześniej choroba zostanie zdiagnozowana, tym lepiej.

Chorują zwykle osoby starsze. Czy tylko?

Szpiczak jest przede wszystkim chorobą osób starszych, dlatego musimy liczyć się z tym, że liczba zachorowań będzie się zwiększać, co jest związane m.in. ze starzeniem się społeczeństwa. Zdarza się jednak też, że chorują również osoby młodsze, choć poniżej 40. roku życia jest ich znacznie mniej. Najważniejsze jest to, żeby chorobę jak najwcześniej zdiagnozować, a potem mieć możliwość zastosowania skutecznych metod leczenia, które wydłużają życie. © Wszelkie prawa zastrzeżone



prof. Iwona Hus – hematolog,
Klinika Hematologii, Instytut
Hematologii i Transfuzjologii,
Warszawa.



Zabieg implantacji najnowszej, trzeciej generacji podskórnych miniaturowych rejestratorów arytmii wykonany w I Katedrze i Klinice Kardiologii WUM. Operowali prof. Marcin Grabowski i dr med. Łukasz Januskiewicz wraz z personelem asystującym

FOT. DZIAŁ FOTOMEDYCZNY WUM

Z prof. Marcinem Grabowskim, kardiologiem
rozmawia Katarzyna Pinkosz

Nowe technologie zmieniają kardiologię

KATARZYNA PINKOSZ: Mówiąc o nowych terapiach w kardiologii, myślimy przede wszystkim o lekach. Czy są nowe terapie, które mogą zmienić sytuację chorych?

PROF. MARCIN GRABOWSKI: Jeżeli chodzi o nowości w zakresie farmakoterapii, to są to nowsze generacje dotychczas stosowanych leków, np. przeciwplatek, które stosuje się u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym i po zawale serca. Drugą grupą są nowe leki przeciwkrzepliwe dla osób z arytmia, migotaniem przedsionków i ryzykiem udaru mózgu. Mamy również nowe cząsteczki; tu postęp widać szczególnie w niewydolności serca. Nowe leki zastępują dotychczas-

szą terapię albo ją uzupełniają. Hitem ostatnich miesięcy są tzw. floszyny – nowa generacja leków przeciwkrzepliwych, która jeszcze lepiej sprawdza się w przypadku niewydolności serca.

Nie tylko leki poprawiają sytuację chorego kardiologicznie, lecz także dobra opieka nad nim i dobre diagnozowanie, do czego przyczynia się telemedycyna. Jak zmieniła ona kardiologię?

Telemedycyna – zdalna diagnostyka, kontrola i leczenie – w pierwszej kolejności była testowana właśnie w kardiologii. W Polsce telekardiologia w pewnym zakresie już dobrze funkcjonuje – przykładem jest transmisja badania EKG

z karettek pogotowia: przyzwyczailiśmy się, że to właśnie w taki sposób karetki współpracują z ośrodkami kardiologii interwencyjnej przy podejrzeniu ostrego zespołu wieńcowego. Są też już pewne elementy telediagnostyki, które wchodzi do programów opieki koordynowanej – np. telerehabilitacja. U pacjentów po zawale serca lub z niewydolnością serca często stosuje się tzw. rehabilitację hybrydową. Polega ona na tym, że częściowo jest wykonywana w ośrodku opiekującym się pacjentem, a częściowo w domu pacjenta, który jest objęty monitorowaniem. Dzięki teleopiece można sprawdzić, czy w trakcie wykonywania ćwiczeń nie pojawiają się

arytmia, zbyt duże przyspieszenie tętna lub inne niebezpieczne sytuacje. Jeżeli nie, to pacjent może być rehabilitowany w warunkach domowych. Zapewnia to większy komfort pacjentowi i zmniejsza obciążenie dla systemu ochrony zdrowia.

Kolejną ważną rzeczą z zakresu telekardiologii jest zdalna kontrola urządzeń wszczepialnych typu kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący. Defibrylatory i stymulatory, które od lat są w Polsce wszczepiane, są gotowe do zdalnej kontroli. Jeśli pojawia się arytmia, życie pacjenta jest zagrożone, wówczas możemy szybciej to wykryć. Objęcie kontrolą pacjenta wydłuża jego życie. Niestety, w Polsce nie ma jeszcze systemu płatności za kontrolę i nadajniki. Wiele ośrodków, które wszczepiają urządzenia, obejmuje pacjentów opieką, w naszym ośrodku mamy kilkuset pacjentów, jednak robimy to na koszt szpitala. Czekamy na wejście KONS (koordynowanej opieki nad chorymi z niewydolnością serca). Liczymy, że NFZ będzie płacił za opiekę teledycyną nad pacjentami, którzy mają urządzenia wszczepialne.

Urządzenia więc są, teledycyna działa, brakuje jednak płacenia za pracę osób, które sprawdzają, czy wszystko jest w porządku?

Tak, konieczna jest refundacja nadajnika i opieki teledycyjnej nad pacjentem.

To chyba nie są bardzo wysokie koszty, zwłaszcza jeśli patrzy się na efektywność?

Tak, problemem jest skala. Obecnie mamy już ok. 500 tys. pacjentów z wszczepionym urządzeniem, a rocznie wszczepianych jest kilkadziesiąt tysięcy nowych. Można jednak wyselekcjonować grupę pacjentów, która z takiej opieki odnosi największą korzyść – to np. chorzy z ciężką niewydolnością serca, mający wcześniej zaburzenia rytmu serca, powikłania...

Coraz popularniejsze są takie urządzenia jak np. zegarki monitorujące rytm serca. Faktycznie dobrze monitorują one stan pacjenta?

Tego typu urządzeń jest wiele, są np. dostępne kamizelki, koszulki, które mogą wykonywać ciągły pomiar zapisu EKG. Mogą mieć zastosowanie zwłaszcza u pacjentów, u których rzadko występują zaburzenia rytmu serca. Są już też dostępne na rynku różnego rodzaju koszulki, opaski, które zapisują EKG. Nowy zegarek Apple potrafi nie tylko mierzyć tętno, lecz także wykonywać zapis jednego kanału EKG. Dzięki temu możemy próbować wykrywać np. migotanie

przedsionków. Również w Polsce toczą się badania naukowe, których celem jest wczesne wykrycie bezobjawowego napadowego migotania przedsionków. Może ono być niezauważone przez pacjenta, ale stanowi „bombę zegarową” w postaci ryzyka udaru mózgu. Toczy się też duży projekt w ramach STRATEGMED z polską opaską, która ma wykrywać migotanie przedsionków.

Monitorowanie za pomocą takich urządzeń ma taką samą wartość diagnostyczną jak to, gdy ktoś przyjdzie do szpitala na takie badania?

Dzisiaj nie można jeszcze powiedzieć, że tego typu urządzenia mają taką samą wartość diagnostyczną jak holter EKG, natomiast ich czułość zaczyna być coraz większa. Część innowacyjnych urządzeń jest rejestrowana przez FDA jako urządzenie diagnostyczne. Naklejka na smartfon AliveCor, do której przykładają się obie ręce i otrzymuje się zapis EKG, może służyć do rozpoznawania migotania przedsionków. To samo pewnie niedługo wydarzy się z Apple Watch.

Innowacje zupełnie zmieniają diagnostykę?

Poprawiają czułość diagnostyki, dzięki nim wykrywamy więcej problemów medycznych. Jednak możemy mieć problemy z nadwykrywalnością i wynikami fałszywie dodatnimi. Urządzenia powodują, że więcej pacjentów zgłasza się do lekarza. Może to potencjalnie generować większą konieczność interwencji medycznych i hospitalizacji.

Nowoczesna kardiologia to też miniaturyzacja urządzeń wszczepialnych. Tutaj też widać postęp?

Kardiologia interwencyjna coraz więcej „wydziera” kardiologii. To, co wcześniej można było zrobić dopiero po otwarciu klatki piersiowej, teraz można wykonać poprzez nakłucie żyły, tętnicy czy pachwiny. Poszerza się naczynia wieńcowe, wszczepia zastawki; w przypadku zwężeń wszczepia się zastawki rozszerzalne; w przypadku niedomykalności zastawek – różnego rodzaju zapinki, które „łapią” płatki zastawek i korygują niedomykalność. Mamy w Polsce możliwość stosowania tych metod, choć na pewno dostępność powinna być większa, gdyż częściowo są to procedury limitowane. Doświadczzone ośrodki mają jednak możliwość wykonywania tych procedur.

Miniaturyzacja urządzeń postępuje. Obecnie trudno już wręcz mówić o dużym zabiegu chirurgicznym, ponieważ jest to np. wstrzyknięcie pod skórę lub nad serce

rejestratora arytmii. Zaczynamy stosować miniaturowe bezelektrodowe stymulatory, które wprowadza się przez nakłucie pachwiny do komory serca. Wyglądają jak mały pocisk, mają zaledwie 2 cm długości. Są wyposażone w haczyki, dzięki którym zaczepiają się w jamie serca. Zostawia się je w środku, są w stanie nawet do kilkunastu lat stymulować serce. Nie ma elektrod, zmniejszamy więc ryzyko powikłań. W Polsce obecnie jest kilkuset pacjentów, którzy mają taki bezelektrodowy stymulator. Niestety, na chwilę obecną refundacja jest wstrzymana; liczymy na to, że znów będzie możliwa.

Kolejna nowość: podskórny kardiowerter-defibrylator – od tego roku jest w Polsce refundowany. Wkłada się go pod skórę w okolicę pachową, a elektroda znajduje się pod skórą na mostku. Działa jak klasyczny defibrylator. Wszczepiamy go przede wszystkim młodym pacjentom, którzy będą z tym urządzeniem żyć wiele lat, a także pacjentom, u których nie można użyć elektrod, ponieważ np. są dializowani, mają zwężenia żył, cukrzyce.

Nowoczesne leki, urządzenia, telekardiologia – dzięki tym innowacjom kardiologiczni pacjenci mają szansę na dłuższe życie?

Tak, a przede wszystkim życie lepszej jakości. Jednak sukces kardiologii przekłada się też na większą liczbę pacjentów, którzy wymagają długoterminowej opieki. Dobrze, że pojawił się KOS – system koordynowanej opieki nad chorymi po zawale serca. Są dowody na to, że koordynowana opieka po zawale serca wydłużyła życie chorych. Czekamy na wejście koordynowanej opieki nad chorymi z niewydolnością serca. Organizacja opieki ma kolosalne znaczenie. Gdy chorego ratuje się z bardzo ciężkiego stanu, a później pacjent nie ma możliwości dostania się do specjalisty, to traci się prawie wszystko to, co udało się osiągnąć dzięki zastosowanemu leczeniu.

© Wszelkie prawa zastrzeżone



prof. Marcin Grabowski

– jest kardiologiem, specjalistą chorób wewnętrznych i hipertensjologiem, kierownikiem Oddziału Elektrokardiologii Kliniki Kardiologii UCK WUM, prodziekanem ds. integracji i rozwoju Wydziału Lekarskiego WUM, rzecznikiem prasowym Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

KATARZYNA PINKOSZ: Panie profesorze, czy jest pan zadowolony z wprowadzenia podatku cukrowego? Dzięki temu mniej osób zachoruje na cukrzycę?

PROF. LESZEK CZUPRYNIAK: Na pewno dobrze, że temat spożywania cukru stał się tematem publicznym, o tym się mówi. Już samo to jest korzystne. Niestety, nigdzie na świecie nie zostało udowodnione, że podatek cukrowy prowadzi do zmniejszenia liczby zachorowań na cukrzycę. Wynika to jednak w dużym stopniu z tego, że funkcjonuje on od niedawna, minęło zbyt mało czasu, aby przełożyło się to na zmniejszenie liczby zachorowań.

Podatek od słodkich napojów, bo tym właściwie jest podatek cukrowy, ma sprawić, że ludzie będą kupowali rzeczy niesłodkie. Jednak żeby zmodyfikować zachowania, musiałby być dużo wyższy – takie są wnioski z innych krajów, w których on funkcjonuje. Przynosi efekt, gdy wynosi 25–50 proc. ceny podstawowej produktu. Jeśli litr coli dziś kosztuje 4,50 zł, to gdyby kosztował 7–10 zł, a jednocześnie obniżylibyśmy cenę wody butelkowanej, mogłoby to przełożyć się na mniejsze spożycie cukru, mniejszą nadwagę, a być może mniejszą zachorowalność na cukrzycę. Jednak nie dziś, tylko za ok. 10 lat. Trzeba myśleć długofalowo. Słodkie napoje kupują głównie dzieci i młodzież, jeśli nagle okazałoby się, że butelka słodkiego napoju to połowa kieszonkowego, kupowałyby coś innego.

Czyli mała butelka wody powinna kosztować złotówkę, a słodki napój kilka razy więcej?

Gdyby wszędzie kosztowała złotówkę, to ludzie przyzwyczailiby się do jej picia. Druga rzecz – reklama. Można powiedzieć, że jesteśmy wręcz pilnowani przez reklamy, żebyśmy pili dużo słodkich napojów. Wracając do podatku cukrowego – jestem z niego zadowolony, pod warunkiem że to pierwszy krok. Podatek powinien być wyższy i iść w parze z obniżką cen zdrowych produktów. Jednak po drugiej stronie mamy silne lobby producentów oraz teoretyków praw człowieka.

Czy jest szansa, że pieniądze z podatku cukrowego zostaną przeznaczone na walkę z otyłością? Na przykład na poradnie leczenia otyłości?

Na pewno warto by je przeznaczyć np. na poradnie leczenia otyłości, zapobiegania cukrzycy, centra edukacyjne, kształcenie edukatorów zdrowotnych.

Z prof. Leszkiem Czupryniakiem, diabetologiem
rozmawia Katarzyna Pinkosz

Potrzebna Narodowa Strategia Przeciwcukrzycowa?

To podatek od konkretnego produktu, dlatego łatwo będzie można sprawdzić, ile generuje przychodu dla fiskusa. Niestety, w ustawie nie jest zapisane, na co konkretnie zostaną przeznaczone pieniądze, więc nie ma pewności, że zostaną wykorzystane na takie cele. Jest to jednak silny sygnał edukacyjny, że słodkie jest niezdrowe.

To nie jest jednak połowiczne rozwiązanie, skoro to tylko podatek od napojów? Cukier jest przecież w wielu innych produktach.

Oczywiście, że połowiczne, a nawet promilowe! To jednak pierwszy krok. Żeby przyniósł efekty, muszą za nim pójść kolejne. Inaczej zyska tylko NFZ, który oczywiście może te pieniądze dobrze wykorzystać. Nam chodzi jednak także o zmianę zachowań ludzi. Podjęcie tego tematu dowodzi jednak pewnej odwagi w działaniu władz Ministerstwa Zdrowia i chęci podejmowania wyzwań nie zawsze popularnych w społeczeństwie.

Co w takim razie zrobić, by faktycznie zmniejszyć liczbę zachorowań na cukrzycę? Czy w jakimś kraju to się udało?

To trudne zadanie. Przyczyną takiego wzrostu liczby chorujących na cukrzycę jest epidemia otyłości, której przyczyną

są dwa mechanizmy. Po pierwsze, przyjmowanie nadmiernej liczby kalorii, a jedzenie jest smaczne, łatwo dostępne, tanie. Po drugie, nie spalamy tego nadmiaru kalorii. To też zjawisko zgodne z ludzką naturą – mamy wykształcony odruch niemarnowania energii. Dlatego gdy mamy do wyboru windę i schody, musimy nad sobą bardzo panować, żeby nie wsiąść do windy.

Kilka lat temu „Newsweek” w amerykańskiej edycji lansował tezę – mocno kontrowersyjną – że chcąc wygrać w walce z otyłością, powinniśmy za żywność płacić więcej. Jednak żaden rząd nie odważy się podnieść cen żywności. Dlatego pojawiają się pomysły, żeby produkty o wyższej „gęstości kalorycznej”, bogate w cukier i tłuszcz, były droższe, a te zdrowe – tańsze. Ważne jest też podejmowanie działań, których celem jest „zachęcenie” ludzi do wysiłku fizycznego. Przykładowo w Japonii przy sklepach nie buduje się piętrowych parkingów, tylko płaskie. Przez to samochód trzeba zostawić trochę dalej i kawałek się przejść. Zmienia się przestrzeń tak, by ludzi zmusić do wysiłku fizycznego. To jednak wymaga strategicznego myślenia i pieniędzy.

Oczywiście każdy może też zrobić coś dla siebie: wybierać schody zamiast win-



dy, wysiąść przystanek wcześniej, jadąc do pracy lub do domu, i się przejść. Nie jest to jednak łatwe. To wszystko działa trochę jak kredyt hipoteczny albo oszczędzanie na fundusz emerytalny – dziś rozpoczynamy działania prozdrowotne, zaczynamy więcej chodzić i mniej jeść, by za 20 lat nie chorować na cukrzycę.

Takie myślenie jest jednak trudne...

Dlatego powinno się krzewić takie zachowania już u dzieci w szkole, a do tego kształtować przestrzeń, ułatwiając uprawianie aktywności fizycznej. Potrzebne są łatwo dostępne baseny, ścieżki rowerowe, ale też ułatwienia w pracy, np. możliwość wzięcia prysznica po przyjechaniu na rowerze. Żywność niezdrowa powinna być droższa, a zdrowa – tańsza. To długofalowe działania, które trzeba podejmować przez lata, niezależnie od tego, jaki jest rząd.

Potrzebna by była więc narodowa strategia przeciwcukrzycowa? Podobnie jak onkologiczna?

Tak, z dużym naciskiem na profilaktykę. Strategia zapobiegania cukrzycy byłaby prostsza do opracowania i wdrożenia niż strategia onkologiczna. Ważne są też działania w mediach. Według mnie – wiem, że może to brzmie obrazo-

burczo – reklamy żywności powinny być zakazane, bo skłaniają nas do jedzenia, mimo że nie jesteśmy głodni. Tylko że wtedy wszyscy powiedzą, iż to zamach na wolność. Jednak prawda jest taka, że kupujemy i jemy za dużo.

Niedawno Polska dołączyła do programu Cities Changing Diabetes. Czy tego typu programy inicjowane przez firmy farmaceutyczne mają szansę zmniejszyć liczbę zachorowań?

Trzeba próbować, jeśli firmy chcą przeznaczyć jakąś część swoich dochodów na działania społeczne w ramach odpowiedzialności społecznej biznesu. Zwłaszcza że firma zaprasza do współpracy ekspertów, wspólnie zastanawiamy się nad tym, jakie działania mają sens, patrzymy, co robią inne kraje. Oczywiście są różnice kulturowe, urbanistyczne; inne rzeczy można robić w Amsterdamie, inne w Houston, inne w Warszawie. W Warszawie jest pomysł, by przy współpracy z kuratorium oświaty dotrzeć do szkół i tam edukować; najpierw sprawdzić, co nauczyciele wiedzą o zapobieganiu cukrzycy, jak ją traktują. A potem zastanowić się, co zrobić, by poprawić edukację na ten temat. Pomysł ten idzie w parze

z ideą wprowadzenia lekcji o zdrowiu. Uważam, że to ma sens, choć efekty będą widoczne po latach.

W ostatnim czasie do refundacji weszły leki przeciwcukrzycowe, również te, które jednocześnie powodują spadek masy ciała. Jakie ma to znaczenie dla pacjentów?

Bardzo cieszymy się z tych zmian również dlatego, że nie dotyczą one jednego leku. W cukrzycy typu 1 w refundacji znalazły się systemy do monitorowania glikemii i nowoczesne rodzaje insulin, a w cukrzycy typu 2 dwie grupy leków: flozyny oraz inkretyny, a także nowe analogi długo działające insuliny. Na razie refundacja dotyczy tylko części chorych, kryteria są wąskie, jednak od czegoś trzeba zacząć. To chorzy, którzy odnoszą największe korzyści z leczenia w postaci zmniejszenia ryzyka sercowo-naczyniowego, zmniejszenia ryzyka epizodów hipoglikemii, spadku masy ciała – to ostatnie szczególnie w przypadku stosowania leków inkretynowych (analogów GLP-1). Pochwały należą się ministerstwu za otwarcie i dialog, a przede wszystkim wiceministrowi Maciejowi Miłkowskiemu za wolę rozwiązania problemu wieloletnich zaniedbań w diabetologii przez poprzednie ekipy. Rozmawiamy, dyskutujemy, być może uda się za pewien czas rozszerzyć kryteria refundacyjne.

Po jakim czasie są widoczne pozytywne efekty stosowania nowych leków, jeśli chodzi o zmniejszenie ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych czy spadek masy ciała?

To nie są leki, w przypadku których trzeba długo czekać na efekty. Stosowaliśmy je już wcześniej, tylko niewielu pacjentów było na nie stać; po refundacji ceny znacznie spadły. W przypadku flozyn poziom cukru szybko spada, w przypadku analogów GLP-1 również, obniżają one także masę ciała, a efekt jest widoczny już po kilku tygodniach. Leki z tej drugiej grupy są refundowane od stycznia, jest również dostępny preparat, który wystarczy podawać raz na tydzień; to bardzo wygodne.

© Wszelkie prawa zastrzeżone



prof. Leszek Czupryniak jest kierownikiem Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM.

KATARZYNA PINKOSZ: Niedługo minie 100 lat od odkrycia insuliny, które jest zaliczane do jednych z największych przełomów w medycynie. A jednak pacjenci nadal obawiają się leczenia insuliną. Czy słusznie?

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ:

Insulina to hormon życia. Jej brak czy głęboki deficyt prowadzi do zgonu. W przypadku cukrzycy typu 1 na dziś nie ma innego sposobu leczenia niż podawanie insuliny, w dodatku w określonym modelu, który jest najbliższy fizjologicznemu jej wydzielaniu – to model intensywnej czynnościowej insulinoterapii. Pacjenci z cukrzycą typu 1, mimo że początkowo odczuwają lęk przed leczeniem insuliną, nie mają innej opcji. Obawy często wyrażają pacjenci z cukrzycą typu 2, którzy wcześniej stosowali terapię doustną.

Zwykle obawiamy się tego, czego nie znamy. Odpowiednia edukacja ma na celu przełamać obawy przed stosowaniem insuliny. Samo jej podawanie nie jest trudne, natomiast nauczenie się dopasowania dawek insuliny do potrzeb organizmu, czyli tzw. czynnościowa insulinoterapia, nie jest łatwym zadaniem. Konieczna jest edukacja chorego, by mógł bezpiecznie funkcjonować, mając prawidłowe poziomy glikemii.

W ciągu tych lat preparaty insuliny bardzo się zmieniły: od insuliny zwierzęcych przez ludzkie do coraz powszechniej stosowanych analogów insuliny.

Obecnie nie stosujemy już insuliny zwierzęcych, są insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich. Jednak życie chorych na cukrzycę zmieniły nie tylko coraz nowocześniejsze insuliny, lecz także postęp technologiczny. Obecnie pacjent w samoopiece z reguły insuliny nie podaje już strzykawką, mamy nowoczesne wstrzykiwacze typu pen oraz osobiste pompy insulinowe. Jest też ogromny postęp w zakresie monitorowania glikemii, co zwiększa bezpieczeństwo terapii. Wszystko to spowodowało, że obecnie pacjenci mają zdecydowanie lepszy komfort leczenia niż 30–40 lat temu.

Czy dzięki temu jest możliwe uniknięcie powikłań cukrzycy?

Tak, mamy mocne dowody naukowe pokazujące, że stosowanie analogów insuliny wiąże się z mniejszym ryzykiem hipoglikemii przy podobnej lub większej efektywności terapii, czyli przebywania pacjenta w normoglikemii. Intensywna czynnościowa insulinoterapia za pomocą analogów insuliny u pacjentów z cukrzycą



Z prof. Dorotą Zozulińską-Ziółkiewicz, prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego rozmawia Katarzyna Pinkosz

Insulina dopasowana do chorego

typu 1 przyczynia się do zmniejszenia liczby powikłań, takich jak retinopatia cukrzycowa, choroby nerek, neuropatia, powikłania sercowo-naczyniowe, a także do wydłużenia życia.

Jednak leczy nie tylko sama insulina. Fundamentem bezpiecznej insulinoterapii są wiedza i umiejętności pacjenta, a więc jego edukacja. Niestety, w Polsce edukacja pacjenta nie jest świadczeniem gwarantowanym. To duży problem, gdyż nie ma wystandaryzowanych programów edukacyjnych, pacjenci często nie są w odpowiedni sposób edukowani. Wprowadzenie świadczenia edukacyjnego przyczyniłoby się do poprawienia jakości szkoleń w zakresie insulinoterapii. W przypadku cukrzycy typu 1 u dzieci rodzice są zwykle dobrze edukowani, gorzej z dorosłymi pacjentami. A warto pamiętać, że zachorowalność na cukrzycę typu 1 u osób w wieku 18–35 lat jest na podobnym poziomie jak w wieku 0–18 lat.

W leczeniu cukrzycy wiele się zmienia, jeśli chodzi o refundację. W styczniu pojawiła się pierwsza tzw. insulina dwuanalogowa. Czym różni się od innych insuliny i dla jakich pacjentów jest najbardziej wskazana?

To pierwsza insulina, w której udało się połączyć dwa rodzaje analogów insuliny. Tak zwany preparat dwuanalogowy składa się z insuliny szybko działającej, czyli insuliny aspart, oraz analogu ultradługo działającego – degludec. Element ultradługo działający sprawia, że insulina może być podawana z przesunięciem godzinowym – nawet do ośmiu godzin. To bardzo dobre rozwiązanie dla pacjentów prowadzących bardzo aktywny tryb życia, którym zdarza się zapomnieć o podaniu sobie insuliny o ściśle określonej porze albo którzy np. podróżują do innej strefy czasowej. Z kolei analog szybko działający sprawia, że insulinę można podać sobie przed największym posiłkiem, który generuje wysokie wzrosty glikemii. Mogą to być różne posiłki, np. śniadanie, obiad, kolacja – jest elastyczność w zakresie dokonywania iniekcji.

Preparat dwuanalogowy jest bardzo wygodny, jego zaletą jest małe ryzyko hipoglikemii. Takie rozwiązanie, czyli podawanie insuliny raz dziennie przed największym posiłkiem z możliwością przesunięcia godzinowego, jest bardzo korzystne dla pacjentów z cukrzycą typu 2, szczególnie tych, którzy prowadzą bardzo aktywny tryb życia.

Od marca na listach refundacyjnych pojawiła się insulina – ultraszybko działająca. Na czym polega jej działanie i którzy pacjenci mogą najbardziej skorzystać z jej podawania?

To pierwszy preparat ultraszybko działający. Znajduje się w nim nowa formuła insuliny dobrze przebadanej i znanej, a mianowicie analogu szybko działającego aspart. Nowa formuła polega na tym, że do insuliny aspart dodano niacynę oraz L-argininę. Spowodowało to, że nowy analog – ultraszybko działający – w porównaniu z preparatem szybko działającym zaczyna działać zdecydowanie szybciej po podaniu i w krótszym czasie osiąga wyższe stężenie.

To bardzo dobry preparat doposiłkowy, bliższy działaniem do fizjologicznej sekrecji insuliny stymulowanej posiłkiem. Preparat może być podawany bezpośrednio przed jedzeniem, a nawet z pierwszymi jego łykami. Producent zapewnia nawet, że ultraszybko działający analog można podać po posiłku, jednak ze względu na farmakokinetykę lepiej byłoby podać go przed posiłkiem lub na jego początku.

Preparaty doposiłkowe są wykorzystywane w modelu wielokrotnych wstrzyknięć, czyli wówczas, gdy wykorzystujemy preparat insuliny o długim czasie działania, a przed posiłkami – dodatkowo preparat szybko działający lub ultraszybko działający. Stanowi też podstawę intensywnej czynnościowej insulinoterapii przy użyciu osobistej pompy insulinowej. Podstawowy wlew szybko działającego lub ultraszybko działającego analogu zapewnia podstawowe zapotrzebowanie na insulinę, a przedposiłkowe bolusy bilansują spożywaną węglowodany.

Czy to znaczy, że analog ultraszybko działający jest lepszy od szybko działającego?

W pewnym sensie tak. Jak wspominałam: analog ultraszybko działający znacznie działa szybciej, zawsze jednak wybór konkretnego preparatu zależy od pacjenta i lekarza. Dla każdego pacjenta powinno się dobrać odpowiedni lek. Nowe preparaty insuliny to nowe rozwiązania, które pozwalają na lepsze personalizowanie terapii.

Jak ocenia pani, po ostatnich decyzjach refundacyjnych, dostęp pacjentów w Polsce do nowoczesnych preparatów insuliny?

Bardzo cieszymy się z refundacji nowych preparatów. Obecnie w cukrzycy

typu 1 refundowane są wszystkie nowoczesne preparaty insuliny. W przypadku cukrzycy typu 2 dostęp pacjentów do nowoczesnych analogów długo i ultradługo działających limitowany jest spełnieniem kryterium refundacyjnego. Uzasadnieniem refundacji analogu długo działającego jest nieskuteczne leczenie przez pół roku insuliną ludzką (HbA1c > 8 proc.) lub udokumentowane epizody hipoglikemii. Analogi szybko działające są refundowane.

Trzeba jednak zaznaczyć, że refundacja nie oznacza podobnej ceny wszystkich preparatów. Jest wskazany limit, pacjent dopłaca do poszczególnych preparatów różne kwoty. Często dopłata pacjenta jest wysoka, nawet jeśli dany preparat jest refundowany. Sugerowałabym, żeby ten problem rozwiązać. Problemem jest również to, że na listach leków zagrożonych trudnościami w dostępie są wskazane różne preparaty insuliny. Niestety, jeśli będzie przybywało pacjentów chorych na cukrzycę, wymagających podawania insuliny, to świat może stanąć przed problemem niedoboru preparatów insuliny. Przemysł może nie nadążyć z produkcją insuliny. Dlatego trzeba robić wszystko, by zmniejszyć liczbę zachorowań, co jest możliwe w przypadku cukrzycy typu 2. Trzeba również starać się leczyć ją tak, żeby maksymalnie oddalić w czasie konieczność rozpoczęcia stosowania insuliny.

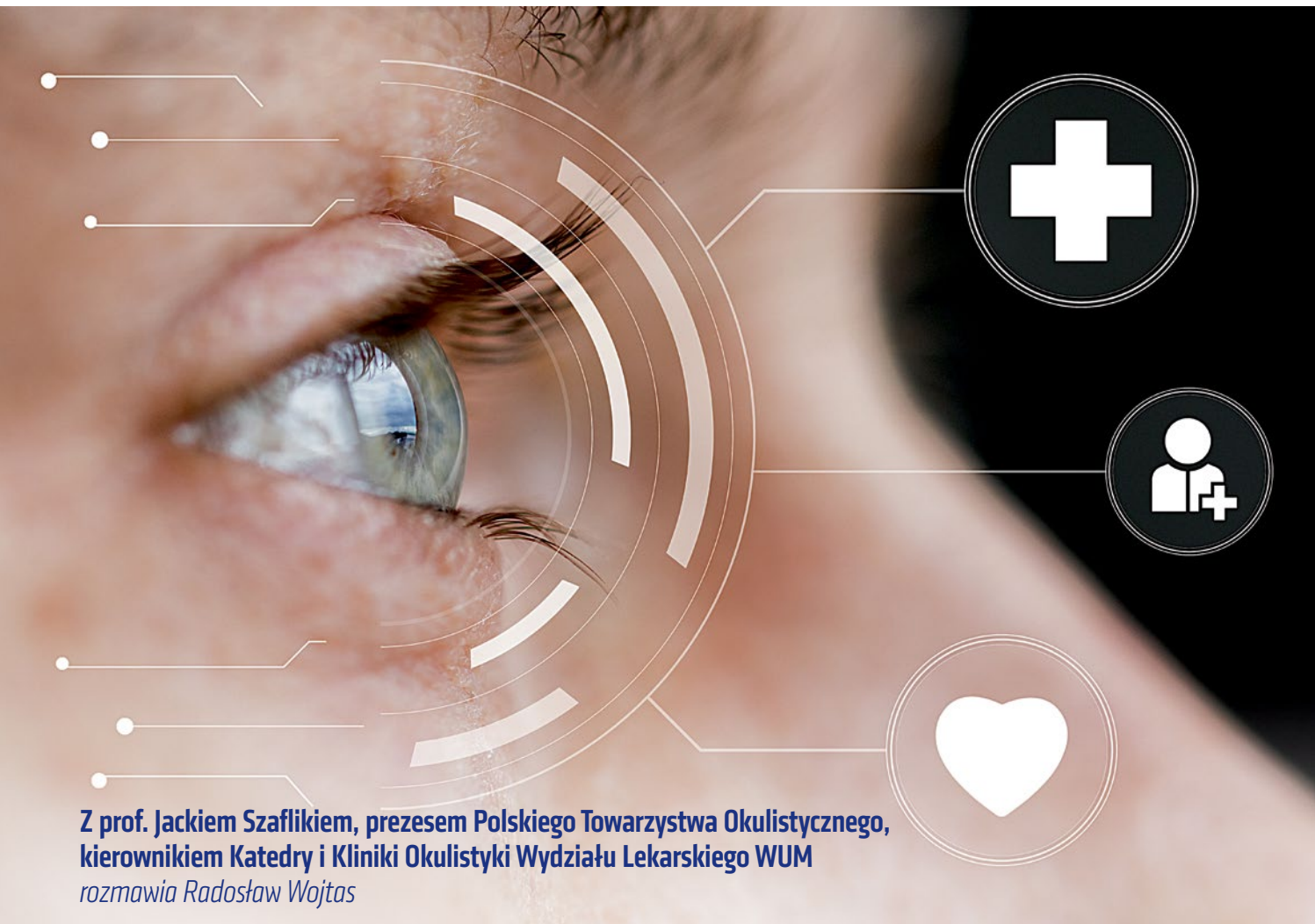
W tym, żeby opóźnić konieczność stosowania insuliny u chorych z cukrzycą typu 2, mogą pomóc nowoczesne leki przeciw cukrzycowe?

Tak, leki z grupy flozyn i analogów GLP-1 (z których od stycznia tego roku dwa są refundowane: semaglutyd i dulaglutyd). Bardzo cieszymy się z refundacji tych nowych leków. Stosowanie tych dwóch grup leków przynosi ewidentne korzyści, jeśli chodzi o zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, powikłaniom nerkowym, a także o spadek masy ciała. Dlatego mam nadzieję, że stopniowo coraz większa grupa pacjentów będzie mogła skorzystać z leczenia dającego szansę na lepsze i dłuższe życie.

© Wszelkie prawa zastrzeżone



prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz kieruje Katedrą i Kliniką Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UM w Poznaniu, jest prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.



Z prof. Jackiem Szaflikiem, prezesem Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, kierownikiem Katedry i Kliniki Okulistyki Wydziału Lekarskiego WUM rozmawia Radosław Wojtas

RADOSŁAW WOJTAS: Kolejka do operacji zaćmy diametralnie się zmniejszyła, ale to nie znaczy, że w tej kwestii nie ma niczego więcej do poprawienia. Na ile skrócenie kolejki to efekt tego, że nie wszyscy pacjenci ze zdiagnozowaną zaćmą mogą być zakwalifikowani do operacji?

PROF. JACEK SZAFLIK: Zmniejszenie i urealnienie kolejki jest niewątpliwym sukcesem ostatniego roku. Z jednej strony wynika to z uwolnienia limitów, a z drugiej z ograniczeń dotyczących ostrości wzroku, z którą pacjenci mogą być operowani. Niewątpliwie problemem pozostaje stosunkowo niska wycena procedury operacji zaćmy, która nie uwzględnia podwyższonych kosztów w złożonych przypadkach, kiedy operacja jest dłuższa, a ryzyko powikłań większe. Brak jest również odpowiedniego premiowania ośrodków referencyjnych. Przy tak skalkulowanej wycenie procedury ośrodki nie będą mogły inwestować w nowoczesny sprzęt i rozwiązania, a materiały zużywalne wykorzystywane podczas operacji często są

Jak lepiej leczyć zaćmę

najtańsze. Nie wszystkie ośrodki, wybierając soczewki wewnątrzgałkowe, kierują się kryterium jakości. I główną przyczyną jest właśnie stosunkowo niska wycena tej procedury. Realizacja operacji zaćmy wyceniona z Narodowego Funduszu Zdrowia na obecnym poziomie opiera się

także na założeniu niskich wynagrodzeń personelu medycznego, co prowadzi do odpływu lekarzy do sektora prywatnego i za granicę.

Refundowanej z NFZ operacji zaćmy może podać się pacjent z ostrością widzenia poniżej 0,6.

Czy to założenie ma uzasadnienie z medycznego punktu widzenia?

Musimy pamiętać o tym, że wymagania wzrokowe pacjentów to rzecz bardzo indywidualna. Niektóre osoby, mając tylko trochę pogorszoną jakość widzenia, już mogą mieć trudności w wykonywaniu niektórych swoich zadań, np. zawodowych, czy z uprawianiem hobby, podczas gdy inni nawet niskiej ostrości wzroku nie odczuwają jako dyskomfortu. Jednocześnie jest to tylko jeden parametr oceny wzroku, może najprostszym do sprawdzenia. A zaćma może najpierw upośledzać czułość kontrastową, może wpływać na jakość widzenia, np. powodując „odblaski” uniemożliwiające prowadzenie samochodu wieczorami czy w słoneczne dni nawet u pacjentów z ostrością wzroku wyższą niż obecny limit. Z punktu widzenia medycznego takie założenie jest nie do końca uzasadnione, ale – jak rozumiem – wprowadzono je z powodów administracyjnych. Nie jestem zwolennikiem takich obostrzeń, ale te kryteria mogą z czasem zostać zmienione.

Jak przedstawia się kwestia diagnostyki zaćmy w Polsce?

Pacjenci zwykle trafiają do okulistów w momencie, kiedy zaczynają się skarżyć na gorsze widzenie. Zaćma jest chorobą, w której pogorszenie widzenia jest odczuwalne przez pacjenta, wykrywalność zwykle nie jest więc problemem. Są oczywiście wyjątki, np. osoby starsze, zaniedbane czy te, u których stopniowo dochodziło do pogorszenia widzenia. Jeśli chodzi o sprzęt diagnostyczny, to większość ośrodków w Polsce jest wystarczająco wyposażona.

Inaczej ma się sprawa z kwestią diagnostyki jaskry, która w przeciwieństwie do zaćmy jest chorobą niedającą najczęściej żadnych objawów. Na początku nie pogarsza w sposób uchwytny dla pacjenta widzenia, nie sprawia bólu, nie daje dolegliwości. Jednak jest bardzo niebezpieczna, ponieważ stopniowo uszkadza nerw wzrokowy, a szkody te są nieodwracalne. Dlatego potrzebne są prowadzone na szeroką skalę badania przesiewowe, szczególnie u osób po 55. roku życia. Z przyjemnością muszę powiedzieć, że ostatnio Narodowy Fundusz Zdrowia ze zrozumieniem odniósł się do wniosków Polskiego Towarzystwa Okulistycznego dotyczących wykrywania wad wzroku u nastolatków oraz właśnie jaskry.

Ze względu na skuteczność oraz efektywność kosztową przyszłością badań w jaskrze są systemy opierające się na analizie obrazu przez sztuczną inteligencję i system taki zaczyna być wdrażany w Polsce.

Wciąż wielu pacjentów decyduje się na operowanie zaćmy poza granicami Polski, np. w Czechach. To dlatego, że tam mogą mieć wszczępione nowocześniejsze soczewki?

Myślę, że pik „turystyki medycznej” dotyczącej zaćmy już minął, natomiast wciąż część pacjentów decyduje się na zabieg za granicą. Może to wynikać z nierównego traktowania podmiotów. Pacjent decydujący się na refundowaną w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia operację w Polsce nie może dopłacić do procedury, gdyby np. chciał mieć soczewkę wewnątrzgałkową lepszej jakości czy umożliwiającą widzenie bez okularów zarówno do dali, jak i do bliży. Jeśli taki zabieg przeprowadzany jest za granicą, to tego rodzaju ograniczenia go nie obowiązują. Sama procedura jest refundowana z polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia, a pacjent może dopłacić do nowocześniejszych soczewek. Co zresztą często bywa nadużywane przez niektóre ośrodki zagraniczne. Pacjenci skarżą się, że rachunek, który uważali za dopłatę do lepszych soczewek, był porównywalny z kosztem całej procedury w prywatnym ośrodku w Polsce. Z punktu widzenia systemu niekorzystne jest także leczenie w Polsce powikłań operacji przeprowadzanych za granicą, co jest nagminne.

O jakich soczewkach mówimy?

Chodzi przede wszystkim o soczewki umożliwiające widzenie do dali i do bliży, czyli o soczewki wieloogniskowe oraz o soczewki o wydłużonej ogniskowej, a także o soczewki toryczne korygujące astygmatyzm. Narodowy Fundusz Zdrowia wdrożył niedawno rozwiązanie, które miało wesprzeć stosowanie soczewek torycznych u osób z zaćmą i astygmatyzmem. Niestety, wycena tej procedury, czyli dopłata za wszczępienie soczewki torycznej, jest na tak niskim poziomie, że korzysta z tego bardzo niewielka część pacjentów, która mogłaby mieć wszczępioną taką soczewkę. Wycena nie refunduje bowiem całości kosztów związanych z zastosowaniem tej metody leczenia. Nie jest to bowiem wyłącznie kwestia kosztu soczewki, to także koszt bardziej czasochłonnego przygotowania pacjenta

do takiej operacji, to potrzeba użycia specjalnego sprzętu, a także większa odpowiedzialność spoczywająca na chirurgu niż w przypadku typowej operacji zaćmy. Niestety, koszty te nie znajdują odzwierciedlenia w wycenie Narodowego Funduszu Zdrowia, a efekt tego jest taki, że przez pierwsze pół roku funkcjonowania tego rozwiązania wszczępiono kilkaset takich soczewek, a mogły być ich tysiące.

Jaka jest przewaga takich soczewek nad standardowymi, tańszymi, najczęściej stosowanymi w Polsce w refundowanych operacjach? Jakie korzyści z ich implantacji odczuwają pacjenci?

W przypadku soczewek torycznych pacjenci nie muszą używać okularów cylindrycznych korygujących astygmatyzm. W przypadku soczewek wieloogniskowych czy o wydłużonej ogniskowej najczęstsza korzyść dla pacjentów jest taka, że nie muszą oni korzystać z okularów do czytania. Te nowoczesne rozwiązania technologiczne nie są odpowiednie ani wskazane dla wszystkich pacjentów bez wyjątku, ale bardzo wielu mogłoby z nich skorzystać.

Urealnienie stawek za refundowane operacje to najbardziej palący problem, jeśli chodzi o leczenie zaćmy w Polsce. Jednak czy jedyny?

Liczba okulistów w Polsce jest stosunkowo niewielka w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Patrząc na strukturę wiekową populacji, możemy stwierdzić, że bardzo wielu okulistów jest już w wieku emerytalnym lub tuż przed wiekiem emerytalnym, i tutaj wydaje się, że liczba miejsc rezydenckich, liczba miejsc szkoleniowych w okulistyce jest zbyt mała w stosunku do potrzeb, które mamy już teraz i które będą jeszcze zwiększone w przyszłości. Temu problemowi również należy się przyjrzeć.

© © Wszelkie prawa zastrzeżone



prof. dr hab. n. med.

Jacek P. Szaflik – okulista, kierownik i ordynator Katedry i Kliniki Okulistyki Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dyrektor Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. W 2013 r. został mu nadany tytuł naukowy profesora nauk medycznych.

Z bigniew Pawłowski zawsze był aktywny. Jeszcze kilka lat temu wchodził z rodziną na Rysy, przed dwoma laty biegał regularnie, a 10 km w dobrym czasie nie stanowiło dla niego problemu. Dzisiaj wymagającą wspinaczką jest każde wejście po schodach. – Niedawno uprzedziłem nauczycieli i rodziców uczniów szkoły, w której jestem dyrektorem, że jeżeli gdzieś się zatoczę i upadnę, to żeby nie dzwonili na policję, że dyrektor jest pijany. Wyjaśniłem, że mam chorobę, która atakuje układ nerwowy – mówi. – Jako nauczyciel wychowania fizycznego, którym byłem przez ponad 20 lat, nie mogłbym już pracować, ale obowiązki dyrektora na razie mogę wykonywać. Do szkoły jeszcze chodzę, długopis jeszcze jestem w stanie trzymać, ale wszystko wskazuje na to, że popracuję tylko do końca roku szkolnego, a później pójdę na urlop – dodaje.

W ubiegłym roku zdiagnozowano u niego amyloidozę transtyretynową. W organizmie osób cierpiących na tę chorobę produkowane jest wadliwe białko, które odkłada się na różnych tkankach i je niszczy. – W zależności od rodzaju amyloidozy nierozpuszczalne białko – amyloid – zajmuje różne narządy. W amyloidozie transtyretynowej dotyczy to głównie nerwów obwodowych i serca – wyjaśnia dr Marta Lipowska z Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, jeden z niewielu specjalistów w Polsce zajmujących się tą chorobą. Choroba jest wyniszczająca. Pacjent przestaje chodzić, zanikają mięśnie, chory przestaje czuć albo ma przeculicę, a wtedy wszystko sprawia mu ból. Niszczony są również nerwy zawiadujące układem autonomicznym, odpowiadające za pracę narządów wewnętrznych, np. jelit, żołądka, pęcherza moczowego, a to prowadzi do przewlekłych biegunek, zaparć, zatrzymywania moczu. Jakość życia znacznie się pogarsza – dodaje.

50 LAT CISZY

Pierwsze objawy amyloidozy transtyretynowej występują najczęściej ok. 40.–50. roku życia i zazwyczaj są ignorowane przez pacjentów. U Zbigniewa Pawłowskiego pojawiły się w wieku 53 lat. – Pod koniec 2017 r. na kości piszczelowej prawej nogi pojawiły się lekkie zaburzenia czucia. Było to takie wrażenie, jakbym poparzył sobie nogę pokrzywami – opowiada.

Na początku 2018 r. niedoczulica zajmowała już większą część piszczeli, ale



Choroba rodziny

Atakuje układ nerwowy i serce, nieleczona zabija w dekadę po wystąpieniu pierwszych objawów. Na świecie są dostępne skuteczne terapie farmakologiczne, w Polsce chorzy na amyloidozę transtyretynową obecnie mogą być poddani jedynie przeszczepowi wątroby i serca

to jeszcze nie był powód do zmartwień. – W styczniu zauważyłem, że biega mi się bardzo ciężko, jakby mi ktoś przywiązał do każdej nogi kilkukilogramowy odważnik, miałem bardzo słaby czas. Potraktowałem to jako coś dziwnego, ale wciąż nie panikowałem – wspomina Zbigniew Pawłowski.

Na początku lutego 2018 r. pan Zbigniew pojechał z żoną na narty w Alpy. Zaobserwował, że jego nogi są słabsze niż zazwyczaj, a po powrocie do domu

niedoczulica pojawiła się na drugiej nodze. Na przełomie marca i kwietnia kolejny wyjazd na narty i tym razem już poważniejsze ostrzeżenia organizmu. – Moje nogi były już wyraźnie słabsze, po upadku na stoku miałem spore trudności ze wstaniem – wspomina.

Doszły do tego kłopoty żywieniowe. – Odrzucało mnie od mięsa, a całe życie byłem typowym mięsożercą. Ciągnęło mnie za to do płynnych posiłków – zup czy jogurtów. Wtedy doszły też już coraz

większe trudności z bieganiem i przed Wielkanocą 2018 r., za namową żony, poszedłem do lekarza – opowiada. Z pierwszego gabinetu neurologicznego pan Zbigniew wyszedł bez jakiegokolwiek porady. Drugi neurolog również rozłożył ręce, trzeci także, choć skierował pacjenta do neurochirurga.

Trafiając z gabinetu do gabinetu, Zbigniew Pawłowski został wreszcie przyjęty w sierpniu 2018 r. na neurologię w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, gdzie stwierdzono u niego polineuropatię (czyli uszkodzenie nerwów obwodowych), ale nie wskazano jej przyczyny. W poszukiwaniu diagnozy trafił ponownie do tego szpitala w grudniu 2018 r., a następnie w kwietniu roku 2019. To podczas tej hospitalizacji została postawiona prawidłowa diagnoza. – Lekarze, którzy pół roku wcześniej brali udział w konferencji o chorobach rzadkich, podczas której mówiono m.in. o amyloidozie, zlecili wykonanie badań genetycznych, które jednoznacznie wskazały, że cierpię właśnie na tę przypadłość – opowiada pan Zbigniew.

LEKI ZAMIAST PRZESZCZEPU

Półtora roku od pierwszej wizyty u neurologa do diagnozy to jak na polskie warunki tempo wręcz ekspresowe. Zwykle pacjenci dopiero po kilku latach nieskutecznego leczenia objawowego dowiadują się, co im dolega. – To dlatego, że amyloidoza jest chorobą rzadką i wiedza o niej nawet w środowisku lekarzy jest bardzo mała, a w społeczeństwie właściwie żadna – mówi Alicja Wolszon, która wspólnie z siostrą założyła stowarzyszenie Amyloidoza TTR. – Poprzez działalność w stowarzyszeniu chcemy szerzyć wiedzę i walczyć o pacjentów chorych na amyloidozę – dodaje.

Na chorobę tę cierpiał ich ojciec. Diagnozowanie trwało cztery lata. Zaczęło się od problemów z potencją i polineuropatii czuciowo-ruchowej. Później doszły do tego wyniszczające, wielogodzinne biegunki. Pod koniec życia – od pierwszych symptomów do zgonu minęło sześć lat – mężczyzna ważył 52 kg (przed wystąpieniem objawów były to 92 kg). – Tato przechodził rehabilitację, podawano mu leki na biegunki, ale to nie pomagało, bo nie mogło pomóc. Dopiero po czterech latach wyniszczającej choroby trafiliśmy do specjalisty, który postawił właściwą diagnozę. Było już za późno – mówi Alicja Wolszon.

Druga trudność w szybkim diagnozowaniu polega na tym, że amyloidoza to choroba wielonarządowa. Neurolog będzie leczył neuropatię, kardiolog kardiomiopatię i zanim ktoś zorientuje się, że to jest tak naprawdę jedna choroba, mija sporo czasu.

A ten jest niezwykle cenny, bo choroba postępuje szybko. – Wciąż dla lekarzy jest zagadką, dlaczego choroba ujawnia się najczęściej w okolicach 50. roku życia. Nie można powiedzieć, że wcześniej ktoś choruje skrycie. Coś wpływa na wyzwalanie się objawów, a kiedy już się zaczyna, postęp choroby jest nieubłagany – mówi dr Marta Lipowska.

– Najważniejsze, że znamy mechanizm choroby, więc wiemy, jak zatrzymać jej postęp – dodaje dr Lipowska. Można to zrobić farmakologicznie lub operacyjnie. W Polsce refundowane jest tylko to drugie rozwiązanie. U chorych na amyloidozę transtyretynową większość wadliwego białka produkowana jest w wątrobie. Chorych kwalifikuje się zatem do – zawsze niosącej ze sobą ogromne ryzyko – operacji przeszczepienia wątroby. Czasem, gdy wadliwe białko zdążyło już poważnie uszkodzić serce, trzeba przeszczepić i ten organ.

Istnieją też terapie farmakologiczne. – W Unii Europejskiej stosuje się trzy sprawdzone już terapie lekowe. Pierwsza, lekiem tafamidis, polega na stabilizacji cząsteczki transtyretyny w krwioobiegu, żeby nie przekształcała się ona w toksyczny amyloid. Pozostałe, z użyciem patisiranu i inotersenu, powodują zahamowanie produkcji transtyretyny – mówi dr Lipowska. Żadna z tych terapii nie jest refundowana w Polsce.

– Skuteczność nowoczesnych terapii farmakologicznych wciąż jest obserwowana, ale wszystko wskazuje na to, że one działają, dzięki lekom choroba wyhamowuje, a farmakologia może zastąpić przeszczepianie wątroby – ocenia dr Lipowska. – Swojego pierwszego pacjenta rozpoznałam w 2014 r. W 2015 r. udało mi się go umieścić w programie eksperymentalnym w Niemczech. Okazało się, że terapia jest skuteczna. Teraz lek ten jest już zarejestrowany, a pacjent cały czas go otrzymuje w ramach badania klinicznego. Kiedy go rozpoznałam, poruszał się przy życiu chodzikiem. Dzisiaj nadal może z jego pomocą się przemieszczać, nie zrezygnował z pracy, do której dojeżdża skuterem. Gdyby nie terapia, już by nie żył – mówi dr Lipowska.

Przeżywalność od czasu wystąpienia pierwszych objawów to średnio 10 lat. Jeśli choroba atakuje serce, to zgon następuje szybciej.

JAK WIELE OSÓB CHORUJE?

Amyloidoza transtyretynowa to rzadka choroba endemiczna, czyli występująca na określonym obszarze. W Polsce zdiagnozowanych jest kilkanaście rodzin. W przypadku amyloidozy nie mówi się o konkretnych przypadkach, bo to dolegliwość całych rodzin. Szansa, że nosiciel genu odpowiedzialnego za chorobę przekaze go swojemu dziecku, wynosi 50 proc. – Mam dwie dorosłe córki, ale nie chciały przeprowadzać badań genetycznych. Szanuję ich decyzję. Dwie córki mojego kuzyna, który również jest chory, są nosicielkami genu odpowiedzialnego za amyloidozę. W szpitalu w Krakowie poznałem dwie osoby chore, słyszałem o innych przypadkach. W mojej ocenie w Polsce choruje ok. 15 osób, ale genetycznie obciążonych może być więcej – mówi Zbigniew Pawłowski, który sam od grudnia ubiegłego roku przyjmuje tafamidis. Na razie choroba wciąż jednak postępuje. Jest wpisany na listę oczekujących do przeszczepu wątroby. – Dzięki staraniom kardiolog Katarzyny Holcman ze Szpitala Jana Pawła II w Krakowie otrzymuję lek w ramach darowizny od jego producenta. Jednak najlepszym wyjściem dla mnie byłaby możliwość testowania leków nowej generacji. Myśląc o innych chorych, mam nadzieję na szybką refundację leku w Polsce. Zdiagnozowanych nosicieli genu będzie przybywać – mówi. Nosicielką genu są również Alicja Wolszon i jej siostra, a także siostra ich ojca i jej córka.

Sama obecność genu nie jest jednoznaczna z zachorowaniem, ale chorych w Polsce z pewnością będzie przybywać. Aby mieli szansę na zahamowanie w porę postępu choroby, potrzebna jest szybsza diagnostyka. Odpowiednie badania genetyczne przeprowadza się już w kraju, ale najpierw ktoś musi je zlecić. Trzeba zatem zwiększać świadomość lekarzy i pacjentów. Przede wszystkim jednak zapewnić dostępność nowoczesnych terapii. – Darowizny od firm nie mogą być długoterminowym rozwiązaniem, potrzebujemy refundowanych terapii śladem innych państw unijnych – uważa dr Lipowska.

Dla osób już zdiagnozowanych podstawowe pytanie brzmi: Kiedy to się stanie?

Żyją jak na bombie. Bolesne obrzęki ciała pojawiają się nagle, bez ostrzeżenia. Gorzej, że w każdej chwili choroba może ich dosłownie „chwycić za gardło”, powodując zagrażający życiu obrzęk krtani. Pacjenci z dziedzicznym obrzękiem naczynioruchowym czekają na nowoczesne leczenie



Choroba, która chwytą za gardło

HAE (Hereditary angioedema) to choroba rzadka, która według światowych danych występuje u jednej na 50 tys. osób. Jej przyczyną jest defekt genetyczny. Najczęściej występuje rodzinnie – jest dziedziczona autosomalnie dominująco, czyli w sprzężeniu z chromosomami innymi niż chromosomy płci. U co czwartego–piątego chorego mutacja powstaje spontanicznie.

PIĘKNIE PUCHNĘ

Obrzęki skóry i błon śluzowych, które są głównym objawem choroby, pojawiają się nagle, niespodziewanie i najczęściej

bez jakichkolwiek zwiastujących je objawów. Obrzęka skóra – rąk, nóg, twarzy; obrzęki mogą też dotyczyć brzucha: żołądka i jelit, błon śluzowych narządów rodnych i powstawać wszędzie tam, gdzie znajduje się tkanka podskórna i podśluzówkowa. Najbardziej niebezpieczny jest jednak obrzęk górnych dróg oddechowych, który może prowadzić do uduszenia, a więc stanowi zagrożenie życia (ryzyko zgonu w przypadku braku leczenia wynosi 30 proc.). Co drugi pacjent z HAE doświadcza obrzęku krtani co najmniej raz w życiu. Są jednak osoby, u których ten rodzaj ataków choroby dominuje.

– Obrzęk pojawia się samoistnie i narasta. Towarzyszy temu ból zwiększający się do granic wytrzymałości – opowiada Michał Rutkowski. Żyje z HAE od 35 lat i jest prezesem Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Chorym z Obrzękiem Naczynioruchowym „Pięknie Puchnę”. – Kobiety chore na HAE mówią, że ból podczas ataków brzusznych jest mocniejszy niż podczas porodu. Jeśli obrzęk występuje w obrębie skóry, to ona tak boli, że nie sposób jej dotknąć – dodaje.

Właśnie ból i powolne narastanie obrzęku (obok braku charakterystycznych bąbli i świądu) są symptomami,

które odróżniają HAE od obrzęku alergicznego.

ŻYCIE Z HAE

Wielu chorych bez leczenia zapobiegawczego doświadcza ataków co tydzień, co dwa tygodnie, ale są również tacy, którzy mają je przeciętnie co trzy dni. – Niektórzy chorzy mają ataki nawet przez 100–120 dni w roku – mówi Michał Rutkowski. Nieustannie żyją jak na beczce prochu, w ciągłym strachu przed nawrotem choroby. Są również tacy, u których miesiącami choroba pozostaje niema. Incydent, jeśli chory nie jest leczony, trwa od kilkunastu godzin do czterech dób.

Ataki choroby całkowicie wyłączają z normalnego życia. – Nieleczony chory podczas incydentu nie może nic robić. Jest ograniczony ruchowo ze względu na deformację, bo następuje bardzo duże powiększenie tej części ciała, w której dochodzi do obrzęku – tłumaczy Michał Rutkowski. – Leży najczęściej w jednej pozycji – tej, w której odczuwa najmniejszy ból.

Michał Rutkowski opowiada o życiu pacjentów z HAE – członków stowarzyszenia. Choroba wyklucza ich z życia zawodowego, uniemożliwia edukację i odciska piętno na życiu rodzinnym. Skłania kobiety do podjęcia decyzji o nieposiadaniu dzieci. Przekreśla kariery, przyczynia się do obniżenia poziomu życia rodzin. Powoduje depresję i wyłącza z życia społecznego.

Jak pokazują badania, choroba ma negatywny wpływ na jakość życia co najmniej jednej trzeciej chorych.

MYLNE DIAGNOZY

Najczęściej choroba daje o sobie znać w dzieciństwie, potem objawy nasilają się w okresie dojrzewania. Po pierwszym ataku kolejny następuje w czasie nie krótszym niż 12 miesięcy. Dziedziczny obrzęk naczynioruchowy jest zaliczany do grupy chorób rzadkich, dlatego postawienie prawidłowej diagnozy trwa przeważnie wiele lat. Tak jak w przypadku Michała Rutkowskiego, który dowiedział się o swojej chorobie dopiero po 12 latach od wystąpienia pierwszych jej objawów.

Pacjenci w poszukiwaniu pomocy wędrują od lekarza do lekarza. Michał Rutkowski przed postawieniem właściwego rozpoznania był leczony przez pediatrę, laryngologa, chirurga, ortopedę i dermatologa. Bezskutecznie.

Obrzęki bywają mylone z reakcjami alergicznymi. Wielu pacjentów z HAE skar-

ży się, że ich powtarzające się przewlekłe bóle brzuszne bywały nieprawidłowo diagnozowane jako zaburzenia psychosomatyczne. – Zdarzało się, że niezdiagnozowani chorzy trafiali na stół chirurgiczny, bo silny ból brzucha przypomina objawy tzw. ostrego brzucha. W niektórych przypadkach wycinano im zdrowy wyrostek robaczkowy – mówi Michał Rutkowski.

W krajowym rejestrze chorych na HAE cierpi dziś mniej niż 400 chorych, jednak – jak się szacuje – nawet połowa pacjentów z HAE może być niezdiagnozowana.

LECZENIE HAE

W leczeniu pacjentów z HAE są stosowane terapie ukierunkowane na leczenie ostrych ataków, profilaktykę krótkoterminową przed zabiegami oraz rutynowe leczenie zapobiegawcze nawracających napadów HAE. Ten trzeci typ terapii jest jednak dla polskich pacjentów niedostępny. – Jesteśmy leżeni dopiero wtedy, gdy nastąpi atak – mówi Michał Rutkowski.

– Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Alergologicznego pacjent w przypadku każdorazowego ataku powinien otrzymać pomoc doraźną – mówi prof. dr hab. med. Karina Jahnz-Różyk, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej Wojskowego Instytutu Medycznego oraz krajowy konsultant w dziedzinie alergologii. – W Polsce w ramach refundacji dostępne są, wyłącznie w przypadku wystąpienia ostrych napadów, trzy preparaty: osoczopochodny oraz rekombinowany C1-inhibitor oraz ikatybant będący antagonistą receptorów B2 bradykininy. W przypadku braku tych leków stosuje się świeżo mrożone osocze. Dodatkowo chory wymaga stałego monitorowania do całkowitego ustąpienia obrzęku – dodaje prof. Jahnz-Różyk.

Pacjenci z HAE najbardziej boją się obrzęków brzucha, krtani i gardła. W tym drugim przypadku najważniejsze staje się podtrzymanie drożności dróg oddechowych podczas ataku. Jeżeli dojdzie do jej zagrożenia, to wówczas pacjent powinien zostać zaintubowany. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia stosuje się tracheotomię.

TERAPIA PRZEŁOMU

– W naszym kraju aktualnie nie stosuje się długoterminowej profilaktyki – mówi prof. Karina Jahnz-Różyk. – Na świecie, w zależności od regionu, zarejestrowanych jest kilka preparatów

w oparciu o osoczopochodny C1-inhibitor lub inhibitory kalikreiny. Jednym z preparatów wskazanych w leczeniu zapobiegawczym jest lanadelumab będący całkowicie ludzkim przeciwciałem monoklonalnym, którego zastosowanie ukierunkowane jest wyłącznie na leczenie zapobiegawcze. W USA uzyskał on status „terapii przełomowej”. W badaniu rejestracyjnym HELP jednoznacznie wykazano, że leczenie zapobiegawcze z wykorzystaniem lanadelumabu przyczynia się u większości chorych do zredukowania do minimum obciążenia związanego z tą zagrażającą życiu chorobą. Pozwala to pacjentom na powrót do normalnego życia rodzinnego, społecznego, zawodowego. Mogą planować życie bez obaw przed kolejnym atakiem – dodaje prof. Jahnz-Różyk.

Badanie HELP pokazało m.in., że leczenie zapobiegawcze z wykorzystaniem przeciwciała monoklonalnego przyczynia się u większości chorych do zredukowania do minimum ataków związanych z chorobą. Blisko ośmiu na dziesięciu pacjentów nie doświadczyło żadnego ataku przez ponad cztery miesiące, a 44 proc. nie miało żadnego ataku.

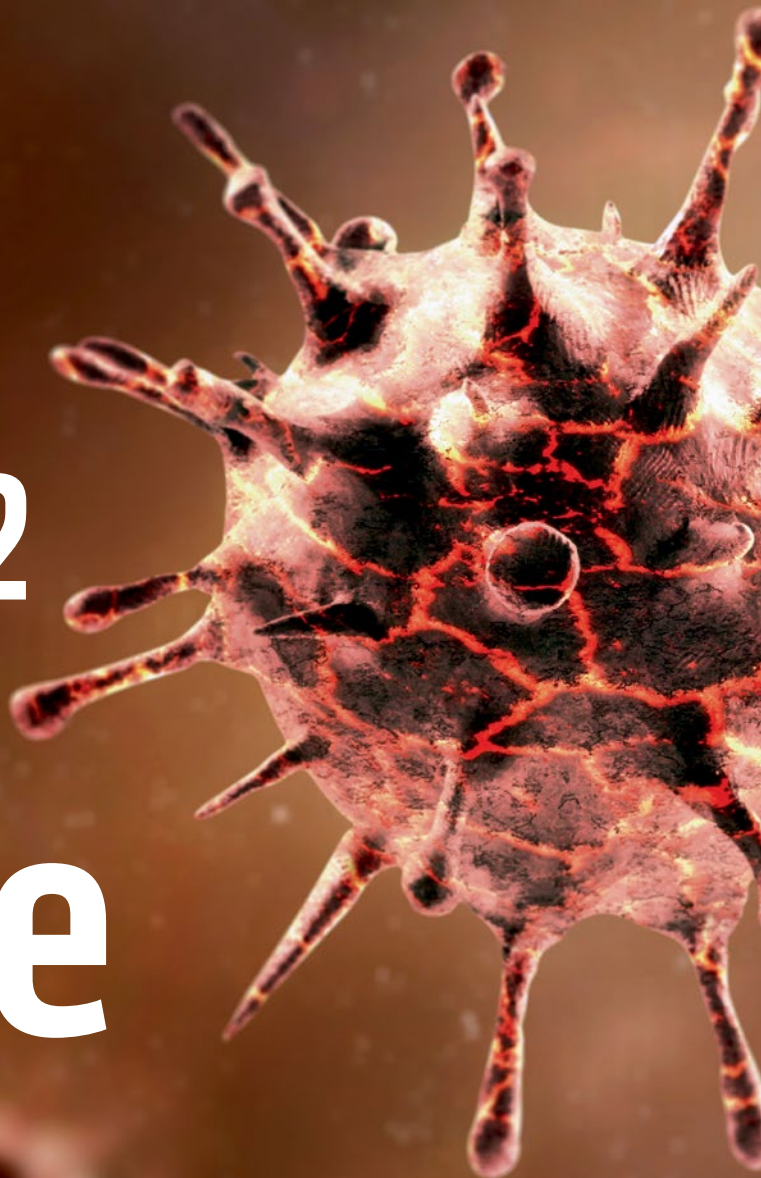
– Nowe możliwości terapeutyczne to ogromna szansa dla nas, pacjentów z HAE – mówi Michał Rutkowski. Chodzi zwłaszcza o grupę chorych z częstymi, zagrażającymi życiu napadami choroby. Jak się szacuje, choroba ma przebieg ciężki u 10–15 proc. pacjentów – w tej grupie dochodzi do częstych ataków HAE w okolicach brzucha, krtani i gardła, którym towarzyszy wysokie ryzyko zgonu. W Polsce to 30–40 osób.

– Ten lek jest dostępny m.in. dla chorych w USA, Wielkiej Brytanii, Niemczech i we Francji. Niedługo z tej terapii będą korzystać chorzy w Czechach. My też chcielibyśmy mieć dostęp do leczenia zapobiegawczego, a nie wyłącznie interwencyjnego. To całkowicie zmieniłoby nasze życie – dodaje Michał Rutkowski.

– Dostępność leczenia w Polsce jest ściśle powiązana z procesami refundacyjnymi, które są skomplikowane – mówi prof. Karina Jahnz-Różyk. – Decyzja o wprowadzeniu programu lekowego pozostaje w gestii ministra zdrowia. W mojej ocenie problematyka chorób rzadkich jest w centrum uwagi resortu zdrowia, a podejmowane działania są adekwatne do potrzeb.

Katarzyna Świrydowicz
© © Wszelkie prawa zastrzeżone

SARS-CoV-2 cały czas mutuje



Z dr. n. med. Pawłem Grzesiowskim, immunologiem i ekspertem ds. zakażeń ze Szkoły Zdrowia Publicznego CMKPO i Centrum Medycyny Zapobiegawczej w Warszawie rozmawia Katarzyna Pinkosz

KATARZYNA PINKOSZ: Niemiecki wirusolog prof. Christian Drosten stwierdził niedawno, że 60–70 proc. społeczeństwa zarazi się koronawirusem SARS-CoV-2. To realny scenariusz?

DR N. MED. PAWEŁ GRZESIOWSKI: Oczywiście, to są nawet ostrożne szacunki. Sądzę, że zarazi się nawet więcej osób, ponieważ ludzkość nie ma odporności przeciw koronawirusowi SARS-CoV-2. Większość z nas musi zachorować, bo wirus łatwo się przenosi między ludźmi, natomiast proces ten będzie rozłożony w czasie i zajmie nawet dwa, trzy lata. Tak się dzieje w przypadku każdej nowej infekcji.

Gdy pojawia się nowy wirus, nikt nie ma przeciw niemu odporności, atakuje więc bez ograniczeń kolejne osoby. Jednak im więcej jest zarażonych osób w danym środowisku, tym wolniej rozwija się epidemia. Po zakażeniu ok. 30–40 proc. osób wirus szerzy się wolniej, co nie znaczy, że epidemia wygasa.

SARS-CoV-2 jest bardziej zakaźny niż grypa?
10 proc. społeczeństwa choruje rocznie na grypę sezonową, w ostatnich latach głównie A/H1N1, wirus grypy ma wskaźnik zakaźności 1,5, co ozna-

cza, że 1 chory zaraża średnio 1,5 osoby zdrowej. SARS-CoV-2, według wstępnych szacunków, ma wskaźnik zakaźności 2,5, co oznacza, że jeden chory zaraża średnio 2,5 osoby zdrowe.

Jeśli nikt w społeczeństwie nie ma odporności, to wirus szybko zaraża, łatwo się przenosi. A jeśli większość osób choruje łagodnie, to co go powstrzyma? Będziemy zarażali się nim masowo, dlatego szacunki o 60 proc. zarażonych osób całej populacji nie są przesadzone. Najważniejsze jest dziś to, żeby spowolnić rozwój zakażeń. Gdyby faktycznie zaraziło się 60 proc. osób w ciągu jednego sezonu, byłby to ogromny problem. Jeśli w ciągu miesiąca zachorowałoby 100 mln ludzi w Europie, to byłby to armagedon, całkowity paraliż służby zdrowia, zabrakłoby wszystkiego w sklepach, byłaby zbiorowa



wymagać będzie pomocy w szpitalu, wsparcia oddziałów intensywnej terapii, respiratorów, a te zasoby są ograniczone.

Ten wirus jest zagrożeniem nie przez swoją zjadliwość, tylko przez masowość zachorowań. Wszystko, co musimy zrobić, to spowolnić jego lawinowy postęp. Temu służą izolacje, kwarantanny, zakazy zgromadzeń, zamykanie szkół i uczelni.

W Polsce dopóki nie ma wielu zachorowań, dopóty należy prowadzić akcję informacyjną, w której wiodącymi hasłami oprócz: „Nie bójcie się wirusa”, są konkretne zalecenia: „Róbmy wszystko, by się nie przeniósł”. Mówimy: „Higiena rąk” – bardzo dobrze; „ochrona dróg oddechowych” – to także ważne, „odpowiedzialność i rozważa” – to najważniejsze. Chodzi o to, by nie dawać okazji wirusowi do szybkiego rozprzestrzeniania się. Osoby, które mają objawy infekcji – katar, kaszel, gorączkę – niech zostaną w domu. A jeśli mają duszność, to powinny znaleźć się w szpitalu zakaźnym.

Niektóre informacje z Chin mówią, że zdarzają się powtórne zachorowania. To znaczy, że nie nabywa się odporności?

Są takie doniesienia, ale nie znamy jeszcze ich szczegółów, choćby czy osoby te miały zaburzenia odporności. Jeśli te doniesienia się potwierdzą, to będzie to kolejna ważna cecha tego wirusa, mogąca mieć wpływ na rozwój epidemii.

Najważniejsze jest jednak to, czy osoby, które powtórnie zachorowały, mogą zarażać. Zwykle obecność przeciwciał powoduje, że takie osoby, chociaż mają w swoim organizmie wirusa, nie są zakaźne.

Na co powinniśmy liczyć: na szczepionkę, lek? Czy na to, że sami się uodpornimy?

W pierwszym rzędzie liczę na naturalne uodpornienie, czyli odporność po przechorowaniu. Nie ma szans na dużą liczbę szczepionek wcześniej niż za rok. Obecnie w najtrudniejszej sytuacji są osoby starsze, chore na serce, płuca – jeśli tych osób nie uchronimy przed zachorowaniem, to mogą zapłacić najwyższą cenę. Śmiertelność wśród osób młodych jest poniżej 0,2 proc., a wśród osób starszych: 5–15 proc. To wirus „niehumanitarny”, wybiera słabszych i starszych. Musimy zrobić wszystko, by osoby starsze jak najdłużej chronić przed zachorowaniem. Jeśli pojawiłaby się szczepionka, to w pierwszej kolejności powinny ją dostać osoby starsze i przewlekle chore.

Ten wirus niemal nie atakuje dzieci. Dlaczego?

Dzieci chorują inaczej – dotychczas myśleliśmy, że wirus je oszczędza, ale niedawno opublikowany raport wskazuje, że co prawda w Chinach tylko 2 proc. wśród 80 tys. przypadków stanowiły dzieci, jednak w tym badaniu wirusa wykryto u wielu dzieci bez żadnych objawów choroby.

Wydaje się, że dzieci chorują bezobjawowo albo lekko, bez powikłań – nie stwierdzono ani jednego zgonu. Nie wiemy, dlaczego tak jest, może to wynikać z niedojrzałości układu odporności, ale także z mniejszej liczby receptorów na powierzchni komórek, przez które do organizmu wnika koronawirus. Liczba tych receptorów rośnie z wiekiem, dorośli i osoby starsze mają ich więcej, przez co atak wirusa jest silniejszy. Wygląda na to, że dzieci są mniej zagrożone powikłaniami, ale mają udział w roznoszeniu wirusa w populacji.

SARS-CoV-2 może zmutować do groźniejszej postaci?

Wirus cały czas mutuje – nikt nie jest w stanie przewidzieć, w którym kierunku będzie się zmieniać. Wirusy jednoniciowe RNA mają błąd wpisany w polimerazę: każda następną kopią jest nieznacznie inna od pierwowzoru, przy czym te różnice niekiedy dotyczą jednego nukleotydu, czyli są nieistotne dla struktury i cech wirusa.

Może się jednak zdarzyć, że po jakimś czasie wirus mocno zmutuje i na tego kolejnego mutanta już nie będziemy mieć odporności. Jednoniciowe RNA-wirusy mają w sobie biologiczny błąd kopiowania, zawsze jest ryzyko powstania mutacji zwiększającej zjadliwość. Jednak jest też możliwość w drugą stronę – wirus może zmutować do wersji bardziej łagodnej i np. utracić zdolność bezpośredniego ataku płuc. Będziemy mieć wtedy kolejnego koronawirusa przebiegniowego.

© © Wszelkie prawa zastrzeżone

histeria. Zmarłoby ok. 1 mln osób, bo chociaż wirus jest stosunkowo łagodny, to śmiertelność w grupie powyżej 60. roku życia wynosi od 3 do 5 proc.

Wszystkie działania, które się obecnie podejmuje, są właśnie po to, by koronawirus jak najwolniej się rozprzestrzenił?

Musimy zrobić wszystko, by w krótkim czasie nie zachorowało tyle osób. Wygląda na to, że ponad 80 proc. choruje łagodnie i nabywa odporności. Osoby młode i zdrowe, jeśli zachorują i wyzdrowieją, to nabędą odporności, nie będą chorować i nie będą zarażać. Nie możemy jednak dopuścić, żeby liczba zakażeń rosła w sposób niekontrolowany. Ważne, żeby chorych było jak najmniej, bo jeśli zachoruje dużo osób, to zablokuje się cały system ochrony zdrowia. Część osób



dr n. med. Paweł Grzesiowski
– jest immunologiem
i ekspertem ds. zakażeń ze
Szkoły Zdrowia Publicznego
Centrum Medycznego Kształcenia
Podyplomowego, Centrum
Medycyny Zapobiegawczej
w Warszawie.



Ks. prof. Stanisław Dziekański jest profesorem nauk społecznych, rektorem Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w latach 2012–2016 i 2016–2020, kieruje Katedrą Pedagogiki Kultury i Edukacji Międzykulturowej na Wydziale Nauk Pedagogicznych UKSW, jest członkiem licznych rad naukowych. W ciągu dwóch kadencji zmienił obraz UKSW, tworząc dynamicznie rozwijający się uniwersytet. Na uczelni o charakterze katolickim ruszył wydział medyczny. W nowoczesnie wyposażonym Collegium Medicum studiuje przyszli lekarze i pielęgniarki. Powstało Centrum Laboratoryjne Nauk Przyrodniczych związane z obszarem nowych technologii cyfrowych. Do końca roku 2020 zostanie oddany do użytku trzeci kampus w Dziekanowie Leśnym, dedykowany nauce cyfrowej i gospodarczej.

KATARZYNA PINKOSZ: Humanizacja leczenia przy wykorzystaniu zaawansowanych technologii ma być podstawą kształcenia lekarzy i pielęgniarzek w Collegium Medicum na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Dlaczego etyka jest tak ważna w kształceniu lekarzy i współczesnej medycynie?

KS. PROF. DR HAB. STANISŁAW DZIEKOŃSKI: Etyka jest ważna w każdej dziedzinie życia, ale szczególnie w medycynie. Chory i cierpiący człowiek potrzebuje pomocy drugiej osoby. Od lekarza oczekuje nie tylko wyleczenia z choroby, lecz także współczucia i serca. Wrażliwość i empatia w budowaniu wzajemnych relacji są równie ważne jak specjalistyczna wiedza i kompetencje lekarza. Jeśli lekarz

UKSW patrzymy na medycynę w sposób holistyczny – ciało, umysł, emocje i dusza stanowią jedność. Idea takiej integracji była też bardzo bliska Ojcu Świętemu. Tworząc Collegium Medicum na UKSW, urzeczywistniliśmy przesłanie papieża Jana Pawła II odnoszące się zarówno do misji, jak i zadań stojących przed uniwersytetami katolickimi w kształceniu studentów.

Kolejnym kryterium wskazującym na to, że aspekty etyczne powinny być obecne w medycynie, jest rozwój nowych technologii, zwłaszcza w obszarze sztucznej inteligencji. Pojawia się tu pytanie o granice ich stosowania. Bez etyki mogłaby zaistnieć sytuacja bardzo

nad chorym. Byna zmęczony, ma wielu pacjentów, idzie z jednej do drugiej pracy...

Podstawowe pytanie, które powinno pojawić się u osób pracujących z ludźmi, niezależnie od tego, czy to ksiądz, nauczyciel, czy lekarz, powinno brzmieć: „Co jest dla mnie priorytetem?”. Czy priorytetem jest człowiek i niesienie mu pomocy? Jeżeli tak, to wtedy patrzymy na pacjenta jak na człowieka, który do nas przychodzi po pomoc. Odpowiednie kształcenie lekarzy i uwrażliwianie ich na pacjenta oraz jego godność ma temu służyć. To jest model, do którego dążymy. Mam wrażenie, że obecnie w wielu przypadkach jest inaczej. Podejściu do pacjenta towarzyszą pośpiech, przedmiotowe traktowanie człowieka, egoizm. Jan Paweł II przestrzegaliśmy przed „cywilizacją śmierci”, w którą wpisane są egoizm, pogoń za dobrami materialnymi, nieliczenie się z człowiekiem. W dzisiejszym świecie, zdominowanym przez pozbawione empatii traktowanie człowieka, ekonomia dominuje nad godnością.

Z ks. prof. dr. hab. Stanisławem Dziekońskim, rektorem UKSW

rozmawia Katarzyna Pinkosz

Od chorych możemy się wiele nauczyć

odpowiada na te oczekiwania chorego, to postępuje etycznie. Uwzględniamy to w naszych programach kształcących lekarzy w Collegium Medicum. Medycyna to szczególnie rodzaj aktywności zawodowej skupionej na człowieku. Całe działanie powinno być ukierunkowane na osobę dotkniętą problemem. W ideę etyki w medycynie wpisuje się również holistyczne podejście do człowieka.

Holistyczne podejście do człowieka... Co to konkretnie oznacza?

Holistyczne podejście do człowieka oznacza, że nie można traktować go jako jednostki chorobowej. Nie można rozważać jedynie działań związanych z przepisaniem odpowiednich leków, ponieważ w wielu przypadkach to nie wystarcza. Choroby fizyczne często są powiązane z kondycją psychiczną i duchową. Na

niebezpieczna: coś, co powinno być jedynie narzędziem, mogłoby stać się głównym przedmiotem decydowania o losie człowieka. A przecież to człowiek, a nie technologia, jest najwyższą wartością.

Jak te etyczne zasady przełożyć na praktykę? Lekarz często nie ma czasu na właściwą opiekę

Wydaje mi się, że za mało jest dziś przywoływania lekarzy Judymów. Za mało jest przywoływania Hioba w przypadku cierpienia. W świecie, który powinien być ludzki, zapominamy o humanizmie

Programy kształcenia studentów mogą to podejście zmienić?

Jeżeli w kształceniu studentów więcej treści będzie pochodziło z antropologii filozoficznej, z obszaru specyficznego dla duchowości, to lekarz tę wiedzę zastosuje później w praktyce zawodowej. Znajdzie czas dla chorego i na rozmowę z nim. Wielu pacjentów zwraca uwagę na zupełnie inne podejście starszych lekarzy do chorego, na inny sposób komunikowania się z nim, na bardziej ludzkie podejście. Szerokoprofilowe kształcenie, antropologiczne i personalistyczne, koncentruje się właśnie na człowieku. To powinno być zintegrowane ze stosowaniem nowych technologii, ale też w etycznych granicach. Niesiemy pomoc, ale nie podporządkowujemy dobra człowieka rozwojowi nowych technologii.

Jaki zatem powinien być lekarz XXI w.?

Na pewno powinien być człowiekiem wszechstronnie wykształconym, dogłębnie znającym problemy współczesnego człowieka, sięgającym po rozwiązania, które przynosi sztuczna inteligencja. A jednocześnie być dobrze przygotowanym do kontaktu z drugim człowiekiem i wrażliwym na jego godność. Powinien tak rozmawiać z chorym, aby nawet w sytuacji, kiedy medycyna jest bezradna, dodawać mu otuchy i nie odbierać chęci do godnego przeżywania cierpienia.



Do może być trudne w przypadku chorób nieuleczalnych albo w kontakcie z osobą cierpiącą np. na alzheimera. Do takich pacjentów trzeba mieć dużą cierpliwość. Jak uczyć młodych lekarzy, aby nie bali się pracować z takimi chorymi?

W relacji pacjenta i lekarza ważne są priorytety oraz poszanowanie godności człowieka. Godność posiada każdy, niezależnie od miejsca urodzenia, pochodzenia, wieku, stanu psychicznego, poziomu życia. Zostało to zapisane już na pierwszych stronach Biblii. Bez względu zatem na to, czy osoba jest świadoma, cierpiąca, czy nieuleczalnie chora, lekarz zawsze powinien traktować ją z szacunkiem i leczyć. Oprócz najwyższej jakości usług medycznych stosunek do chorego jest podstawą. Jestem przekonany, że można się tego nauczyć.

W moim odczuciu współczesny świat wzbogacił się technologicznie, np. o rozwiązania cyfrowe, ale bardzo zubożył, jeśli chodzi o myślenie o człowieku, dlatego trzeba to zmienić. Sądzę, że odsuwanie na plan dalszy opieki nad osobami starszymi wynika z kalkulacji, czy warto w nie inwestować. W takiej sytuacji warto sięgnąć do wypowiedzi papieża Jana Pawła II, który – gdy zwracał się do rodziców chorych dzieci – wskazywał, że my, ludzie zdrowi, możemy wiele nauczyć się od chorych. Z własnego doświadczenia wiem, że choroeba otwiera nam w życiu zupełnie inne przestrzenie. Niejedna osoba po wyjściu z ciężkiej choroby mówi: „Na nowo ułożyłam hierarchię życia, stałam się szczęśliwsza, zaczęła się dla mnie liczyć relacja z najbliższymi”. Od chorych możemy się wiele nauczyć, obserwując ich cierpienie. Możemy odkrywać to, o czym zdrowy człowiek często zapomina, a co jest najistotniejsze w życiu. Wydaje mi się, że za mało jest dziś przywoływania lekarzy Judymów. Za mało jest przywoływania

Hioba w przypadku cierpienia. W świecie, który powinien być ludzki, wypłukujemy się z humanizmu.

Od cierpienia wręcz uciekamy. Przy okazji ryzyka epidemii koronawirusa pojawiały się nawet takie wypowiedzi: „jeśli będzie epidemia, to nie

Są zawody, w których pojęcie powołania jest szczególnie istotne – takie jak ksiądz, nauczyciel, żołnierz, lekarz. W tych zawodach poświęcenie i oddanie jest czymś priorytetowym. Nie możemy stracić z oczu człowieka i jego godności

przyjdę do pracy, ponieważ szpital nie jest przygotowany”. Faktem jest też, że lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni to grupy najbardziej zagrożone zakażeniem.

Czym innym jest sytuacja, jeśli nie zabezpiecza się pewnych środków bezpieczeństwa, gdy można to zrobić. Mam nadzieję, że te środki bezpieczeństwa będą zabezpieczone. Jeżeli jednak sytuacja wymaga interwencji, to interwencja jest kwestią etyki wpisanej w zawód lekarza. Z jednej strony każdy z nas ma chronić swoje życie. Są jednak przestrzenie w życiu człowieka, które wymagają całkowitego poświęcenia. Są zawody, w których pojęcie „powołania” jest szczególnie istotne – takie jak ksiądz, nauczyciel, żołnierz, lekarz. W tych zawodach poświęcenie i oddanie jest czymś priorytetowym. Naj-

ważniejszy jest człowiek i poświęcenie dla człowieka. Wracam do tej podstawowej tezy: nie możemy stracić z oczu człowieka i jego godności.

Jakiś czas temu prowadziłem w Kołobrzegu rekolekcje, codziennie na mszę przychodzili starsi pan i pani. Okazało się, że to lekarze, on jest pediatrą, który kiedyś o każdej porze dnia i nocy szedł z pomocą ludziom i nie brał od nich pieniędzy. Lekarz z powołania... Warto przywołać przykłady bezkompromisowej posługi, narażającej życie, co widzimy w osobie Matki Teresy z Kalkuty czy wielu wolontariuszy udających się w świat, gdzie są epidemie. Narażają swoje życie, ponieważ kierują się ideą miłości, niosąc innym nadzieję.

Odnosząc się do wielu dylematów etycznych, które mają lekarze, przypomniał mi się piękny hymn Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie w opisie posługi lekarza pojawiają się słowa: „wiera, nadzieja i miłość”:

„To jest jak rodzaj Wiary w mądrość i doświadczenie. / Po jednej stronie człowiek, po drugiej cierpienie. / To jest rodzaj Nadziei, którą ktoś niesie w sobie. / Ona pomaga chorym i Wiarę wzmacnia w Tobie. / To jest rodzaj Miłości, która każe Ci nieraz stawać z Wiarą przy chorym, dopóki jest Nadzieja. / Medycyna jest sztuką, rozkwita z wielką siłą, / kiedy po obu stronach są Wiara, Nadzieja i Miłość. / Medycyna jest cnotą, jest siostrą trzech cnót boskich, / których szukamy w sobie: Wiary, Nadziei, Miłości. / Medycyna jest pasją, umie życiem zawładnąć, / lecz bez Wiary, Nadziei, Miłości jest tylko wstążką ładną”.

#Dobry Kierowca

tworzy korytarz życia



Korytarz życia to przejazd dla pojazdów ratowniczych jadących do wypadku. Kierowcy rozjeżdżają się na boki robiąc miejsce. Auta stojące na lewym pasie zjeżdżają jak najbliżej lewej krawędzi jezdni, a te na prawym pasie (i środkowym) jak najbliżej prawej.

Bądź dobrym kierowcą, twórz korytarz życia i przepuszczaj pojazdy uprzywilejowane. Możesz uratować komuś życie.

www.dobrykierowca.orken.pl

INWESTYCJE GSK W POLSCE



GSK jest wiodącym inwestorem w polskim przemyśle farmaceutycznym, dostarczającym ponad **300 leków, szczepionek i produktów ochrony zdrowia** polskim pacjentom od 1998 r.



2 mld zł zainwestowane przez ponad 20 lat



Wielowymiarowe inwestycje

w produkcję (fabryka leków w Poznaniu), w dystrybucję leków i szczepionek (centrum logistyczno-dystrybucyjne w Gądkach), informatyzację procesów związanych z lekami i szczepionkami (Centrum Usług Biznesowych GSK IT), zaawansowane procesy finansowe, planowanie i sprawozdawczość (GSK Finance Hub Europe), inne centra kompetencji oraz badania kliniczne



Okolo **2000 pracowników**, z czego większość zatrudniona jest w poznańskiej fabryce leków, GSK IT oraz GSK Finance Hub



Wiarygodny i solidny partner biznesowy - GSK współpracuje z ok. **2,4 tys. dostawców i partnerów handlowych**



7 centrów kompetencji zajmujących się IT, finansami, nadzorem nad bezpieczeństwem farmakoterapii, projektami marketingowymi i medycznymi, zakupami oraz kwestiami regulacyjnymi



40 badań klinicznych w 2018 r. w 8 obszarach terapeutycznych o wartości **ponad 18 mln zł**

GSK jest wiodącym **inwestorem w polskim przemyśle farmaceutycznym**, dostarczającym ponad **300 leków, szczepionek i produktów ochrony zdrowia** polskim pacjentom. W ciągu ostatnich 20 lat firma **zainwestowała w Polsce 2 mld zł**. Spółka zmodernizowała i rozbudowała fabrykę leków w Poznaniu, wdrażając do produkcji ponad **80 transferów** z globalnego portfela produktów GSK, a w 2017 r. uruchomiono produkcję kolejnych innowacyjnych, chronionych patentem leków stosowanych w leczeniu zakażeń HIV. Każdego dnia w wielkopolskim zakładzie wytwarzanych jest **8,5 miliona tabletek i 1,3 miliona kapsułek**. Większość z nich trafia na eksport na ponad **130 rynków**. W Polsce funkcjonują **2 centra** logistyczno-dystrybucyjne realizujące rocznie ponad **700 tys.** dostaw leków, szczepionek i produktów ochrony zdrowia GSK na rynki europejskie i wschodnie. GSK zbudowała także **7 centrów kompetencji** i prowadzi **40 badań klinicznych**. Firma zatrudnia w Polsce ok. **2000 osób**.