

ŚWIADOMY PACJENT

- ODPOWIEDZIALNE LECZENIE -

Odwiedź nasz blog
wpunktozdrowiu.pl

Temat numeru _____

**Czy wszyscy pacjenci
ze szpiczakiem w Polsce**
mają równe szanse dostępu
do optymalnego leczenia?

strona 6-7

**Epidemia
COVID - 19**

Wyzwania w raku płuca

strona 3

**Konflikt
serologiczny**

Lepiej zapobiegać niż leczyć

strona 4-5

**Lecz się
bezpiecznie**

Przestrzegaj zasad

strona 11

Pacjent wie więcej

O coraz większej świadomości Polaków dotyczącej praw pacjenta i najczęstszych problemach w ujęciu epidemii COVID-19, rozmawiamy z Rzecznikiem Praw Pacjenta, Bartłomiejem Chmielowcem.



Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta

J.M.: Czy pacjenci w Polsce mają szansę na taki dialog podczas ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej?

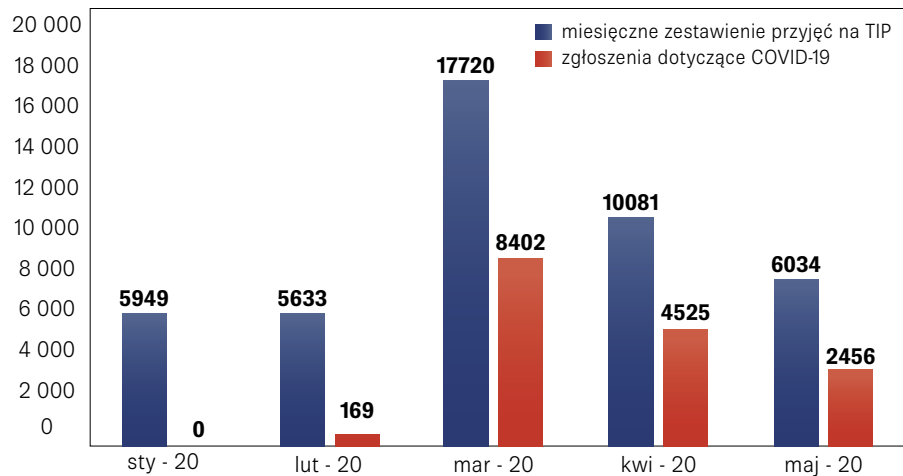
B.Ch.: W aspekcie komunikacyjnym kluczem do systemu spełniającego potrzeby pacjenta jest dobra relacja personelu medycznego ze środowiskiem pacjentów i stawianie doświadczeń pacjenta w jego centrum, natomiast w aspekcie prawnym - realizacja praw pacjenta. Jak wynika ze Sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta za rok 2018 prawa pacjenta do informacji i wyrażenia zgody razem z prawem do poszanowania intymności i godności są przestrzegane w stopniu średnim. Powyższe wskazuje, że jakość komunikacji personelu z pacjentami pozostaje obszarem do poprawy, wymagającym wdrożenia zmian świadomościowych, ale również organizacyjnych. Postulaty w tym zakresie kierowane są do mnie nie tylko ze strony pacjentów, ale również personelu medycznego, który wskazuje m.in. na brak czasu do przeprowadzenia wyczerpującej rozmowy z pacjentem. Powyższe wiąże się z niedostateczną liczebnością personelu medycznego ale również z barierą komunikacyjną.

J.M.: Dane wskazują, że Polacy zażywają wiele leków bez recepty, suplementów przodując w rankingach na tle innych krajów UE. Z czego wynika aż tak rozbudowane samoleczenie się?

B.Ch.: Przyczyny są złożone. Pierwszą jest ograniczone zaufanie do zawodu lekarza, która to tendencja wpływa również na inne niebezpieczne zachowania np. stosowanie paramedycyny. Jako inną przyczynę należy wskazać trudności z dostępnością do świadczeń zdrowotnych, szczególnie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co potęguje potrzebę podjęcia przez pacjenta działań na własną rękę. Część ekspertów wskazuje również na nadmierną ilość reklam, szczególnie telewizyjnych. W mojej ocenie niezbędne jest zwiększenie stopnia edukacji Polaków. Często pacjent nie zdaje sobie sprawy jakie niebezpieczeństwa mogą wiązać się z samoleczeniem.

J.M.: Jakie działania podejmowane są, aby uświadomić Polaków na temat odpowiedzialnego samoleczenia?

B.Ch.: Jako Rzecznik Praw Pacjenta, wykorzystując wieloletnie doświadczenia mojego Biura w zakresie edukacji pacjentów, postuluje wdrożenie do szkół przedmiotu wiedzy o zdrowiu. Warto również stworzyć i rozpowszechnić rządowe strony edukujące pacjentów w poszczególnych dziedzinach, np. Z badań prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta wspólnie z NIZP-PZH1 wynika, iż w odpowiedzi na pytanie czy uważa Pan/Pani, że powinno powstać jedno ogólnopolskie źródło informacji - strona internetowa, w której znaleźliby Państwo rzetelne informacje dotyczące ochrony zdrowia? aż 89% badanych uznało, iż powinien powstać



portal wiedzy zbierający w całość rzetelne informacje dotyczące ochrony zdrowia. Uważam również, że powinien powstać Fundusz Edukacji Zdrowotnej. Fundusz miałby koordynować i wspierać organizację kampanii edukacyjnych, informacyjnych, mających na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz popularyzujących wiedzę o zdrowiu. Idea jego powołania zakłada, iż wymagany jest podmiot koordynujący wszystkie akcje edukacyjne.

J.M.: Czy liczba zgłoszeń do BRPP zwiększyła się od czasu pandemii? Czego najczęściej dotyczą problemy pacjentów?

B.Ch.: W okresie pandemii ilość zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta zdecydowanie wzrosła. Na przykład w marcu br. do Rzecznika wpływało ok. 5 000 zgłoszeń od pacjentów tygodniowo, to prawie 4 razy więcej niż przed pandemią. Oczywiście większość zgłoszeń (ok. 65-70%) dotyczyło spraw związanych bezpośrednio lub pośrednio z koronawirusem. W połowie marca liczba sygnałów jaka wpływała tylko za pośrednictwem Telefonicznej Informacji Pacjenta Rzecznika Praw Pacjenta (TIP) sięgała między 800 - 1200 telefonów dziennie, z czego 300 dotyczyło COVID-19. Z kolejnymi miesiącami ilość sygnałów na Telefoniczną Informację Pacjenta cały czas spada, tej chwili obecnej jest to ok 300 sygnałów dziennie, z czego 100 dotyczy koronawirusa. Poniżej zamieszczam wykres, który przedstawia ilość zgłoszeń telefonicznych na TIP, w okresie od stycznia do maja br. Na wykresie zostały zamieszczone dwie dane - liczba wszystkich sygnałów jaka wpływa na TIP oraz ile z nich dotyczyło COVID-19. Każde zgłoszenie jakie wpływa do Rzecznika jest szczegółowo analizowane i rozpatrywane indywidualnie. Pacjent, który dzwoni na TIP otrzymuje od pracownika Biura Rzecznika Praw Pacjenta szczegółowe informacje w jaki sposób powinien samodzielnie postąpić w swojej sprawie. Pracownik Biura przedstawia wszystkie możliwości działania, wskazuje przysługujące środki prawne, a jeśli zachodzi taka potrzeba, pomaga również w sporządzeniu odpowiedniego pisma np. do dyrektora szpitala. Pomoc pacjentom

w czasie epidemii koronawirusa nie ogranicza się tylko do bezpośredniej odpowiedzi na pytania osób, które skontaktują się z Rzecznikiem Praw Pacjenta. Rzecznik podejmuje również szereg działań edukacyjnych m.in. na swojej stronie internetowej www.gov.pl/rpp oraz w mediach społecznościowych - na Facebooku, Instagramie czy Twitterze. Na przykład przez kilka tygodni z rządu zamieszczaliśmy tam odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania związane z koronawirusem, które do nas wpływały. Liczę, że te informacje dotarły do szerokiej grupy odbiorców i pomogły im odnaleźć się w obecnej sytuacji. Jeśli chodzi o sygnały jakie wpływają do Rzecznika Praw Pacjenta w ostatnim czasie, pacjenci najczęściej zgłaszają sytuacje dotyczące naruszenia praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Są to przeważnie problemy z dodzwonieniem się do przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, do specjalistów oraz stomatologów (ok. 30 % wszystkich zgłoszeń). Pojawiają się również sygnały dotyczące odmowy przyjęcia do przychodni np. w celu zdjęcia gipsu; odmowy wizyty domowej np. w celu wymiany cewnika lub wykonania iniekcji; trudności związanych z wykonaniem zdjęć RTG czy USG u kobiet w ciąży oraz sygnały 2 dotyczące utrudnień w uzyskaniu kopii dokumentacji medycznej, niezbędnej do kontynuacji leczenia. Wpływają także pytania o prawo rodziny pacjenta do informacji o stanie zdrowia chorego, który przebywa w szpitalu.

Często, po uzyskaniu niepokojącego sygnału od pacjenta, który znalazł się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, na bieżąco podejmujemy działania wyjaśniające w placówkach medycznych. W ramach takich działań, 99% z tych placówek wyeliminowało problemy dotyczące teleporad - uruchomiono dodatkowe linie telefoniczne lub wprowadzono nowe standardy, które nie ograniczały pacjentom prawa do świadczeń zdrowotnych. Natomiast w sytuacjach, gdzie pojawiały się problemy z tzw. poradami recepturowymi, zrezygnowano z konieczności osobistego oraz pisemnego składania zamówień na recepty i wprowadzono przekazywanie kodu recepty poprzez teleporadę.

PARTNERZY MERYTORYCZNI



PARTNERZY STRATEGICZNI



PARTNERZY MEDIALNI



Rak nie czeka

Na temat aktualnych problemów w ujęciu diagnostyki i leczenia raka płuca oraz zwiększonej liczbie zgonów, jako pokłosia epidemii, wypowiadają się prof. Dariusz Kowalski i prof. Paweł Krawczyk.



Jeżeli są już objawy, bądź rozpoznanie to nasz apel onkologów, zajmujących się rakiem płuca- proszę nie czekać

Prof. dr hab.n.med. Dariusz Kowalski

Prezes Polskiej Grupy Raka Płuca, Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie



Możemy się spodziewać zdecydowanie większej liczby zgonów pacjentów, którzy nie zostali zdiagnozowani na czas

Prof. dr hab.n.med. Paweł Krawczyk

Katedra i Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Joanna Myrcha: Ostatnie lata w onkologii pokazały, iż immunoterapia to absolutny przełom. Dlaczego zdaniem Pana Profesora terapie immunokompetentne są tak skuteczne w leczeniu raka płuca?

Prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski: W naszej praktyce klinicznej opieramy się na czymś co nazywa się EBM (ang. Evidence Based Medicine) czyli medycynie opartej na faktach. Leki immunokompetentne wprowadziły nową jakość do leczenia chorych, sprawiły że czasy przeżycia z osiągniętych po klasycznej chemioterapii rzędu 3- 6 miesięcy wydłużyły się do kilkunastu miesięcy, a czasami nawet kilku lat. Obok leków ukierunkowanych molekularnie są to terapie, które należą do grupy innowacyjnych. Dzięki immunoterapii i terapiom ukierunkowanym molekularnie możemy mówić o niedrobnokomórkowym raku płuca jako o chorobie przewlekłej. Oznacza to, że chory w stadium rozsiewu może być efektywnie leczony nawet latami i efektywnie funkcjonować w społeczeństwie.

J.M.: Z jakimi korzyściami wiąże się dodanie immunoterapii do chemioterapii u chorych, którzy ze względu na brak wysokiej ekspresji PD-L1 nie kwalifikują się do monoterapii?

D.K.: Musimy zaznaczyć, iż w chwili obecnej do nie dawana mieliśmy jedynie jedną substancję pembrolizumab, która mogła być stosowana w 1 linii leczenia ale tylko w populacji, u której odsetek komórek nowotworowych wykazywał ekspresję liganda dla receptora programowanej śmierci typu 1 a więc PD-L1 na poziomie 50 % i więcej, czyli bardzo dużo. Teraz mamy już kolejne pozytywne badania IMpower 110- dotyczące atezolizumabu- substancji, która należy też do leków immunokompetentnych i wykazuje podobną aktywność w podobnej populacji.

Dotychczas niestety populacja chorych, u których status PD-L1 był niższy niż 50 % komórek nowotworowych była skazana na zastosowanie klasycznej chemioterapii. Sytuacje tej grupy pacjentów może zmienić immunochemioterapia. Na podstawie kilku badań klinicznych 3 fazy, głównie z pembrolizumabem dedykowanym czy dla typów raka niepłaskonabłonkowego KEYNOTE 189 czy dla raka płaskonabłonkowego jak KEYNOTE 407 wiemy, że dodanie do klasycznej chemioterapii leku immunokompetentnego, czytaj akurat w tym badaniu pembrolizumabu, znamiennie poprawia wyniki naszego leczenia. Wieloletnia obserwacja i wyniki badania KEYNOTE 189 są spektakularne. Zastosowanie immunochemioterapii wobec klasycznej chemioterapii wydłużyło przeżycia chorych o 12 miesięcy!!! Na początek mojej pracy, gdy prowadzaliśmy klasyczną chemioterapię przeżycie wynosiło 1-3 miesiące, wówczas uznawaliśmy to za sukces. Aktualnie chory może przeżyć kilkanaście miesięcy lub nawet kilka lat, to gigantyczna różnica.

J.M.: Czy w Polsce pacjenci mają możliwość dostępu do takiego leczenia?

D.K.: W Polsce na dzień dzisiejszy pacjenci z rozpoznaniem rakiem niedrobnokomórko-

wym mają dostęp tylko i wyłącznie do leczenia pembrolizumabem w 1 linii, w tej grupie gdzie odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 jest bardzo wysoki tj. 50 % i więcej oraz do drugiej linii leczenia w raku i płaskonabłonkowym i niepłaskonabłonkowym. Natomiast na dzień dzisiejszy pomiędzy tego, że ten schemat postępowania jest zarejestrowany w UE a więc i w Polsce, w naszym kraju nie ma statusu refundacyjnego. Program lekowy został złożony w MZ zarówno dla raka płaskonabłonkowego jak i niepłaskonabłonkowego jest już po ocenie AOTMIT i uzyskał pozytywną opinię. Czekamy na finalne porozumienie się Ministerstwa z firmą farmaceutyczną i na modyfikacje programu, która umożliwi nam zastosowanie tej innowacyjnej metody leczenia. Liczymy że jesteśmy na dobrej drodze, a dobrą wolą wykaże się i Ministerstwo i NFZ i Producent.

J.M.: Czy epidemia zmienia sposób leczenia NDRP? Jak przedstawiają się rekomendacje Towarzystw Medycznych?

D.K.: Polska Grupa Raka Płuca, której mam przyjemność być Prezesem, już niebawem wyda opracowanie zawierające rekomendację dotyczące leczenia raka płuca drobno i niedrobnokomórkowego w czasach epidemii SARS-CoV2. Zgodnie z rekomendacjami leczenie nie powinno zostać nie zmienione, a zmodyfikowane. Jeżeli chory jest pacjentem z rozpoznaniem raka niedrobnokomórkowego i ma niski stopień zaawansowania 1 albo 2 i jest zakwalifikowany przez torakochirurga do leczenia chirurgicznego to proszę tego nie odraczać. Żadne rekomendacje Towarzystw nie mówią, że należy czekać. Rak nie czeka, rak będzie się rozwijał. I u pacjenta, gdzie nowotwór był jeszcze w stadium zaawansowania miejscowego albo bardzo niskiego czyli potencjalnie jeśli ktoś zdecyduje się na czekanie przejdzie do stadium rozsiewu, a więc przerzutów odległych, a wtedy będziemy walczyli tylko o przedłużenie przeżycia. W przypadku immunoterapii za zgodą NFZ zmieniliśmy schemat podawania pembrolizumabu zgodnie z kartą charakterystyki produktu leczniczego. Standardowo był podawany w dawce 200 mg co 3 tygodnie, teraz mamy możliwość podawania tego leku w dawce podwójnej czyli 400 mg raz na 6 tygodni i takie zasady stosujemy.

J.M.: Odpowiedzialne leczenie pacjentów z rakiem płuca – czyli aktualnie jakie Panie Profesorze?

D.K.: Odpowiedzialne leczenie powinno być leczeniem adekwatnym, rozsądnym, mądrym i zgodnym ze sztuką lekarską. Żaden świadomy onkolog czy pulmonolog nie powie pacjentowi a ma Pan raka płuc, ale mamy pandemię -niech Pan poczeka. Jeżeli są już objawy, bądź rozpoznanie to nasz apel onkologów zajmujących się rakiem płuca proszę nie czekać. Należy natychmiast udać się do onkologa bądź pulmonologa, a my dobierzemy optymalny sposób postępowania taki, aby chory odniósł jak największą korzyść przy minimalizacji ryzyka czy narażenia na infekcje SARS-CoV2, czy powikłań które, mogą wystąpić po danym leczeniu.

Joanna Myrcha: Dlaczego tak wiele uwagi poświęca się personalizowaniu ścieżki terapeutycznej u chorych na raka płuca?

Prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk: Chorzy na raka płuca od mniej więcej 10 lat mogą liczyć na spersonalizowane leczenie, czyli leczenie dobrane do profilu molekularnego komórek nowotworowych. Zastosowanie takiej terapii pozwala nam na przedłużenie czasu życia chorego. O ile w dobie przed leczeniem spersonalizowanym mogliśmy liczyć na przeżycie chorych na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca sięgającym mniej więcej 8 – 12 miesięcy, o tyle w przypadku zastosowania obecnego leczenia możemy liczyć nawet na to, że pacjent może przeżyć nawet 5 lat.

Indywidualizacja leczenia pozwala nam na lepszą kontrolę choroby, zmniejszenie liczby i ciężkości działań niepożądanych, lepszą jakość życia chorych i mniejszą konieczność hospitalizacji. Pacjent w przypadku terapii ukierunkowanych molekularnie dostaje leczenie raz na 3 miesiące do domu. Tylko w przypadku immunoterapii musimy chorego częściej hospitalizować, gdyż są to wlewy dożylnie, ale komfort życia jest również lepszy. W związku z epidemią COVID-19 pojawiły się modyfikacje dawek immunoterapii i chemioterapeutyków - pacjent nie musi być hospitalizowany raz na dwa czy trzy tygodnie, a raz na sześć tygodni.

J.M.: W jakim celu jest oceniana ekspresja PD-L1 na komórkach nowotworowych?

P.K.: Ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych służy do wdrożenia immunoterapii u chorych na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca. Jeżeli mamy wysoką ekspresję PD-L1, co oznacza, że występuje ona na ponad 50% komórek nowotworowych, to zamiast toksycznej chemioterapii możemy wdrożyć znacznie bezpieczniejszą i skuteczniejszą immunoterapię za pomocą pembrolizumabu. Podajemy go wtedy w monoterapii. Jest to terapia, która u około 15-20% chorych przynosi przeżycia nawet 5 letnie, co w dobie stosowania chemioterapii było nieosiągalne. Kolejna sytuacja, w której używamy badania ekspresji PD-L1 do kwalifikacji do immunoterapii to terapia pembrolizumabem w drugiej linii leczenia (czyli po niepowodzeniu chemioterapii), gdzie wystarczy nam już tylko 1% komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 i możemy wdrożyć taką terapię. Trzeba pamiętać, że mamy także 2 inne immunoterapeutyki, które udało się zarejestrować w drugiej linii leczenia bez konieczności badania ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych – atezolizumab i niwolumab. Niwolumab u chorych na „niepłaskonabłonkowego raka płuca oraz pembrolizumab w drugiej linii leczenia nie są w Polsce refundowane. Ostatnie wskazanie, w którym musimy określić ekspresję PD-L1 na komórkach nowotworowych to kwalifikacja do terapii konsolidującej po chemio i radioterapii u chorych na miejscowo zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca. W tym wskazaniu stosujemy durwolumab, który niestety w Polsce nie jest refundowany.

Zdarzają się odpowiedzi na immunoterapię u chorych, którzy ekspresji PD-L1 w ogóle nie posiadają. Stąd zaczęły się poszukiwania, czy przypadkiem nie udałoby się zastosować różnych metod immunoterapii i terapii skojarzonych, które w ogóle nie wymagałyby oznaczenia ekspresji PD-L1 bądź byłyby stosowane u osób z niską ekspresją PD-L1. Okazało się, że u takich chorych możemy zastosować chemioimmunoterapię jako jedną z najskuteczniejszych metod leczenia pierwszej linii. Pamiętajmy, że jest to metoda dość toksyczna niemniej jednak skuteczność tego rodzaju leczenia jest porażająca w stosunku do samej chemioterapii. Niestety chemioimmunoterapia także nie jest refundowana w Polsce. Liczymy na to, że wrześniowa lista refundacyjna przyniesie nam możliwość stosowania chemioimmunoterapii. Dla wielu chorych jest to szansa nie tylko na skuteczną przeżycie, ale może nawet wyleczenie. Stąd jest na co czekać.

J.M.: Czy w kontekście trwającej epidemii dostęp do kompleksowej i interdyscyplinarnej diagnostyki chorych na raka płuca jest w pełni możliwy?

P.K.: Nie jest możliwy. Co prawda to wszystko zależy od ośrodka, ale generalnie dostęp pacjentów do szpitali jest ograniczony. Należy powiedzieć, że poziom dostępności chorych na nowotwory do diagnostyki i leczenia spadł w wielu miejscach dramatycznie, i to od początku ścieżki diagnostycznej chorego tj. bronchoskopii i pobrania materiału do badań patomorfologicznych. Kolejny problem – znaczne wydłużenie czasu diagnostyki patomorfologicznej – z 2 tygodni do ponad miesiąca. Rzutuje to na dostęp do diagnostyki genetycznej. Obserwujemy ogromny spadek liczby wykonywanych badań czynników predykcyjnych. Obecnie otrzymujemy o około jedną trzecią materiałów mniej niż przed epidemią. Musi dojść do systemowych rozwiązań, które uprościć wszystkie procedury. Już na skierowaniu do patomorfologa powinno zostać przedstawione, iż w przypadku zdiagnozowaniu raka płuca o określonym typie patomorfologicznym należy postąpić w wyznaczony sposób. To zdecydowanie przyspieszyłoby procedury i dzięki temu pacjent mógłby liczyć na szybkie wdrożenie leczenia. Bardzo ważnym aspektem, który uprościłby problemy ze skierowaniami oraz odbiorem wyników a przy tym skrócił czas oczekiwania na konsultacje jest rozwój telemedycyny.

J.M.: Jakie pokłosie w przypadku chorych na raka płuca może mieć trwająca epidemia?

P.K.: Możemy się niestety spodziewać przejściowej, ale zdecydowanie większej liczby zgonów z powodu raka płuca. Będzie to związane z kumulacją chorych, którzy nie zostali zdiagnozowani na czas i nie dostali optymalnego leczenia. Wzrośnie odsetek chorych w wyższych stadiach zaawansowania raka płuca. Drugi problem to skrócenie czasu życia niektórych chorych, którzy zachorowali i zostali zbyt późno zdiagnozowani w czasie epidemii. Oni niestety w wielu przypadkach nie otrzymali odpowiedniego leczenia. Mam tylko nadzieję, że takich chorych w Polsce nie będzie zbyt dużo.



Wszystkie kobiety powinny mieć powszechny dostęp do immunoprofilaktyki, ponieważ, podobnie jak inne świadczenia dla kobiet w ciąży, jest ona refundowana przez NFZ

Dr hab. med. Prof. CMKP Marzena Dębska

Klinika Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa CMKP, SPSK nr 1 im. Prof. W. Orłowskiego

Lepiej zapobiegać niż leczyć

O tym czym jest konflikt serologiczny, w jaki sposób się go diagnozuje i na czym polega profilaktyka rozmawiamy z prof. Marzeną Dębską.

Joanna Myrcha: Pani Profesor na czym polega konflikt serologiczny? Czym grozi i kto jest w grupie ryzyka?

Prof. dr hab. n. med. Marzena Dębska: Najczęściej, mówiąc „konflikt serologiczny”, mamy na myśli sytuację, kiedy kobieta ciężarna wytwarza przeciwciała przeciwko antygenom obecnym na krwinkach czerwonych swojego rozwijającego się dziecka. Antygeny, to struktury na powierzchni komórek, które służą nam między innymi do rozpoznawania naszych własnych komórek. W ciąży istnieje naturalna niezgodność antygenowa między matką i dzieckiem, wynikająca z tego, że dziecko dziedziczy antygeny w połowie od matki i w połowie od ojca. Najczęściej z powodu tych różnic nic się nie dzieje, ponieważ dzięki barierze łożyskowej krew matki nie miesza się z krwią płodu. Aby doszło do konfliktu, układ odpornościowy kobiety musi mieć kontakt z krwinkami dziecka wystarczający do tego, żeby rozpoznać obce krwinki i wytworzyć przeciwciała. Przeciwciała te będą miały później zdolność przechodzenia przez łożysko od matki do dziecka i atakowania jego krwinek.

Konflikt serologiczny może mieć różne podłoże, podobnie jak sama anemia, ale najczęstszym i zarazem klasycznym przykładem i jednego i drugiego jest konflikt w zakresie antygeny D z układu Rh. Antygen ten występuje na powierzchni krwinek czerwonych. Przeciwciała anti-D wytworzone przez matkę przechodzą przez łożysko do krwiobiegu dziecka, gdzie wiążą się z nim, powodując niszczenie krwinek. U dziecka rozwija się stopniowo anemia, jeśli dziecko nie jest leczone, może dojść do dalszych powikłań – powiększenia serca, wodobrzusza, niedotlenienia i obrzęku tkanek. W najcięższych przypadkach anemia może doprowadzić do zgonu wewnątrzmacicznego dziecka lub zgonu noworodka, ale to obecnie niezwykle rzadko się zdarza, ponieważ bardzo skutecznie radzimy sobie z tą chorobą.

J.M.: Dlaczego mówi się, że pierwsza ciąża jest najczęściej bezpieczna?

M.D.: Przeciwciała rzadko pojawiają się w czasie trwania ciąży, a jeśli już do tego dojdzie, to zwykle dzieje się to zwykle w trzecim trymestrze. Jest to najczęściej na tyle późno, że ich poziom nie jest wystarczająco wysoki, aby zagrozić dziecku. Zwykle do uczulenia na antygeny dziecka dochodzi podczas zakończenia ciąży (porodu lub poronienia), wtedy pojawia się większy kontakt matki z krwią dziecka.

Problem zazwyczaj pojawia się w kolejnej ciąży, ponieważ przeciwciała mają dużo czasu, żeby „dojrzeć” i przybrać na sile. Jeśli kobieta jest w pierwszej ciąży i nie miała wcześniej innej możliwości „uczulenia” na pewne antygeny (poprzez kontakt z obcą krwią, na przykład podczas przetoczenia krwi niezgodnej grupowo, używania zanieczyszczonych strzykawek, czy sprzętu do tatuażu itp.), to pierwsza ciąża nie wiąże się zwykle z ryzykiem poważnych powikłań.

J.M.: Jakie badania pozwalają na diagnostykę ryzyka konfliktu? Kiedy powinny zostać wykonane?

M.D.: Diagnostyka konfliktu serologicznego jest dość prosta. Zasadniczo składa się ona z dwóch etapów - pierwszy polega na ocenie przeciwciał krążących w krwi matki, drugi na badaniu płodu pod kątem anemii. Pierwszy krok to oczywiście badanie grupy krwi kobiety ciężarnej i jej partnera. W przypadku stwierdzenia niezgodności antygenowej (w konflikcie anti-D to sytuacja, kiedy matka jest Rh ujemna, a ojciec Rh dodatni, matka nie ma przeciwciał) badania na obecność przeciwciał przeciwko antygenowi D z układu Rh wykonuje się raz na trymestr. Jeśli przeciwciał nie stwierdza się – oznacza to brak konfliktu i koniec diagnostyki.

Jeśli wykryje się przeciwciała, wówczas bada się ich miano co miesiąc. Jeśli ich poziom jest niebezpiecznie wysoki (przekracza tzw. miano krytyczne, zwykle 1:8), kobietę ciężarną kieruje się do specjalistycznego ośrodka zajmującego się diagnostyką i terapią konfliktu serologicznego. U kobiet z wysokim mianem przeciwciał anti-D podstawowe znaczenie ma badanie USG, w którym bezpośrednio ocenia się już stan płodu. Badania USG wykonuje się co 1 – 2 tygodnie, w zależności od sytuacji. Pierwszym objawem anemii płodu w badaniu ultrasonograficznym jest przyspieszenie przepływu krwi w krążeniu płodowym. Bada się prędkość przepływu krwi w tętnicy środkowej mózgu płodu (MCA PSV), jeśli jest ona przyspieszona, wówczas istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo istotnej anemii. Jest to już zwykle równoznaczne z rozpoczęciem leczenia, które polega na wykonywaniu transfuzji dopłodowych krwi, które przeprowadza się w odstępach 2 – 3 tygodniowych aż do porodu. Podaje się dziecku do żyły pępowinowej koncentrat Rh ujemnych krwinek czerwonych, niewrażliwych na krążące przeciwciała. Zabieg ten wykonywany jest od lat 80-tych, ale ponieważ jest on trudny technicznie i wymaga pewnego doświadczenia, prze-

prowadza się go nadal tylko w wyspecjalizowanych ośrodkach.

Pewną nowością w diagnostyce jest to, że począwszy od 11 tygodnia ciąży można również wykonać nieinwazyjnie badanie na obecność w krwi matki genu kodującego antygen D dziecka. Badanie to jest całkowicie bezpieczne, polega na pobraniu od kobiety próbki krwi. Na jego podstawie ciąży można wykryć, czy dziecko posiada gen D, czy nie, a więc czy jest Rh dodatnie, czy Rh ujemne. Badanie to może zrobić każda kobieta Rh ujemna zagrożona konfliktem. Jeśli okaże się, że dziecko jest Rh ujemne, nie ma potrzeby dalszego monitorowania pod kątem konfliktu serologicznego. Badanie to ma szczególne znaczenie u kobiet, które mają przeciwciała pochodzące z poprzednich ciąży i nie wiadomo, czy w obecnej ciąży dziecko jest zagrożone, czy nie.

J.M.: Na czym polega profilaktyka śródciażowa w ujęciu choroby hemolitycznej płodu?

M.D.: Profilaktyka konfliktu serologicznego polega na podawaniu kobiecie immunoglobuliny, czyli preparatu zawierającego naturalne przeciwciała anti-D. Jego rola polega na wiązaniu i neutralizacji krwinek czerwonych płodu, które przeszły do krążenia kobiety, co blokuje rozwój odpowiedzi immunologicznej. Wyróżniamy dwa rodzaje profilaktyki konfliktu serologicznego. Pierwszy, klasyczny, to podanie immunoglobuliny anti-D po porodzie czy poronieniu. Idea profilaktyki śródciażowej jest analogiczna - podając immunoglobulinę anti-D kobietom Rh ujemnym w 3 trymestrze (między 28. a 30. tygodniem ciąży) staramy się zabezpieczyć je przed możliwością immunizacji od momentu podania immunoglobuliny, aż do porodu. Jest to sposób na dalsze zmniejszenie ryzyka wystąpienia konfliktu serologicznego. Po zastosowaniu profilaktyki śródciażowej obowiązuje po porodzie badanie grupy krwi noworodka i ponowne podanie immunoglobuliny, jeśli jest on Rh dodatni.

J.M.: Pacjentki w Polsce powinny czuć się bezpiecznie, immunoglobulina jest refundowana. Niestety rzeczywistość jest inna i dostęp do świadczenia gwarantowanego pozostawia wiele do życzenia a pacjentki nie otrzymują należytej profilaktyki. Kogo to dotyczy i dlaczego?

M.D.: Lekarz prowadzący powinien taką profilaktykę zaproponować kobiecie po

ujemnym wyniku badania w kierunku przeciwciał anti-D, które wykonuje się między 21. a 26. tygodniem ciąży. Rezygnacja z profilaktyki może mieć miejsce jedynie w sytuacji, kiedy wiadomo, że dziecko jest Rh ujemne lub pacjentka z jakiegoś powodu nie wyraża zgody na podanie immunoglobuliny. Wszystkie kobiety powinny mieć powszechny dostęp do immunoprofilaktyki, ponieważ, podobnie jak inne świadczenia dla kobiet w ciąży, jest ona refundowana przez NFZ. W praktyce zdarza się jednak, że kobiety, które prowadzą ciążę poza systemem refundacji NFZ mają kłopot z uzyskaniem tego świadczenia bezpłatnie. Aby je uzyskać, wystarczy zwykle zarejestrować się w poradni mającej kontrakt z NFZ. W razie problemów, najlepiej o tym porozmawiać ze swoim lekarzem.

J.M.: Czy podanie immunoglobuliny jest bezpieczne dla kobiet w ciąży w ujęciu trwającej epidemii? Czy odporność mam po jej podaniu nie spada?

M.D.: Nie ma żadnych danych mówiących o tym, aby podanie immunoglobuliny anti-D miało jakikolwiek wpływ na odporność na zakażenie wirusem SARS-Cov – 2. Zalecane jest standardowe postępowanie.

J.M.: Ze względu na epidemię COVID-19 część pacjentek w obawie przed zarażeniem rezygnuje z profilaktyki śródciażowej lub przychodzi za późno, uważając, iż ryzyko zachorowania jest bardziej niebezpieczne niż sam konflikt serologiczny. Czy słusznie Pani Profesor?

M.D.: Rozumiem obawy kobiet ciężarnych przed zachorowaniem, ale nie ma powodu, aby unikać profilaktyki konfliktu serologicznego z powodu pandemii Covid-19. Przed udaniem się do lekarza trzeba się odpowiednio zabezpieczyć, podobnie, jak przed każdą inną wizytą lekarską, czy każdym innym wyjściem z domu. Epidemia minie, a konflikt serologiczny zostanie, ponieważ immunizacja organizmu kobiety, jeśli raz do niej dojdzie, przypomni o sobie w każdej kolejnej ciąży, w której dziecko posiadać będzie odpowiedni antygen. Zimmunizowaną kobietę, która zdecyduje się na kolejną ciążę, czeka wówczas częsta diagnostyka stanu dziecka, być może nawet leczenie wewnątrzmaciczne, z pewnością duży stres i jednak pewne ryzyko utraty ciąży. W przypadku konfliktu, podobnie, jak w innych sytuacjach – aktualne jest hasło - znacznie lepiej zapobiegać, niż leczyć. Profilaktyka jest bardzo skuteczna, bezpieczna i znacznie prostsza, niż leczenie.

Na czym polega profilaktyka śródciażowa?



Między 21. a 26. tygodniem ciąży powinno się wykonać badanie w kierunku przeciwciał anti-D



- jeśli nie ma przeciwciał to między 28. a 30. tygodniem ciąży kobieta powinna otrzymać immunoglobulinę anti-D

Diagnostyka konfliktu serologicznego

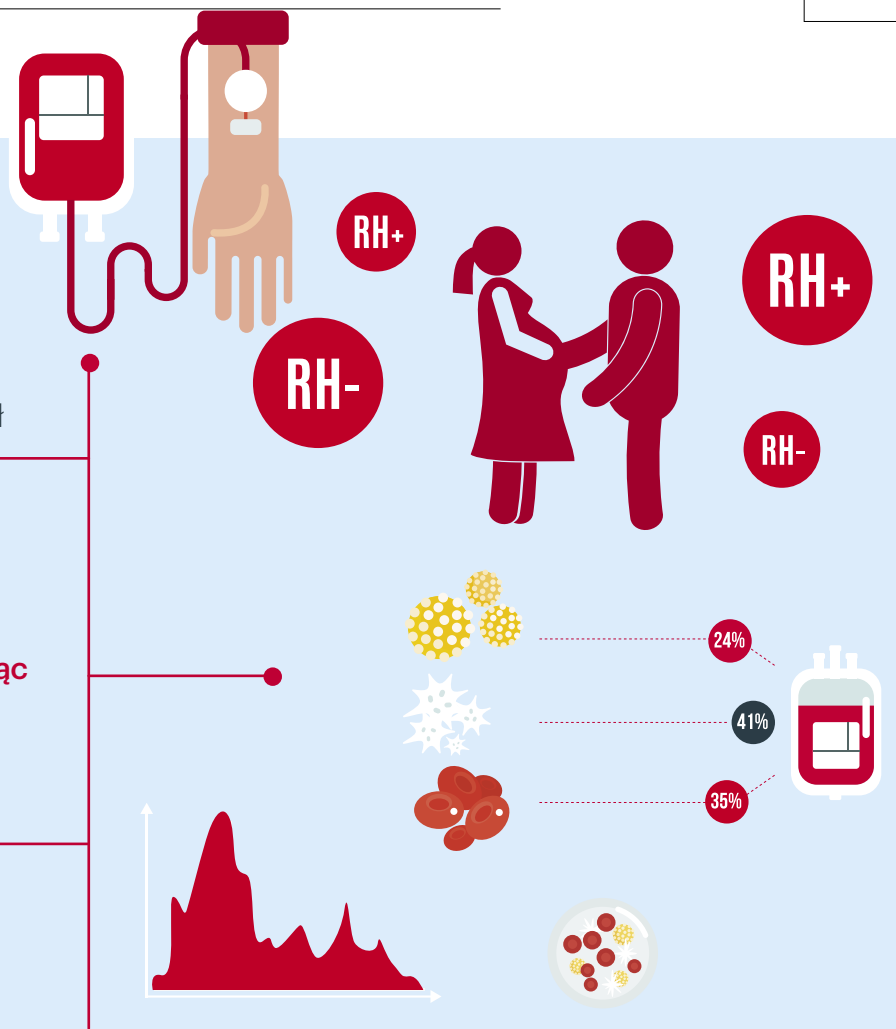
1 Badanie grupy krwi ojca i matki

Jeśli Mama RH + Nie ma ryzyka konfliktu serologicznego

2 Jeśli Mama RH- i Tata RH+ Badania na obecność przeciwciał przeciwko antygenowi D **wykonuje się raz na trymestr**

3 Jeśli przeciwciał się nie stwierdza – koniec diagnostyki Jeśli przeciwciała się wykryje – Badania na obecność przeciwciał przeciwko antygenowi D **wykonuje się co miesiąc**

4 Jeśli poziom przeciwciał przekroczy miano krytyczne - Kobieta kierowana jest do Specjalistycznego Ośrodka specjalizującego się w diagnostyce i profilaktyce konfliktu serologicznego. **1 - 2 tygodni** powinno być wykonywane USG aby ocenić stan płodu



Więcej na www.konfliktserologiczny.pl



Objawy choroby hemolitycznej mogą być widoczne już w życiu płodowym, stąd niezwykle ważna jest diagnostyka i leczenie prenatalne

Dr Anna Tarasiuk

Oddział Neonatologiczny Szpital Praski w Warszawie, Dębski Clinic

Choroba hemolityczna noworodka

O groźnym powikłaniu konfliktu serologicznego, jego objawach, leczeniu oraz profilaktyce opowiada dr Anna Tarasiuk.

Joanna Myrcha: Czym jest choroba hemolityczna noworodka? Z czego wynika?

Dr Anna Tarasiuk: Najczęściej przyczyną konfliktu serologicznego jest niezgodność w układzie Rh i immunizacja antygenem D (ponad 95%), ale choroba hemolityczna noworodka (ChHN) może wystąpić także w przypadku niezgodności w układzie grup głównych ABO, kiedy matka ma grupę krwi O a dziecko odziedziczyło po ojcu grupę A lub B. Ciężkie objawy ChHN towarzyszą konfliktowi Kell, kiedy dochodzi do zahamowania wytwarzania krwinek czerwonych już w okresie płodowym. Skutkiem tego procesu jest ciężka niedokrwistość mogąca doprowadzić do niewydolności krążenia i obrzęku uogólnionego płodu. W diagnostyce różnicowej ChHN nie należy zapominać o przyczynach innych niż serologiczne tj. defekty budowy krwinki czerwonej, zaburzenia enzymatyczne czy hemoglobinopatie.

J.M.: W jaki sposób się objawia?

A.T.: Objawy choroby hemolitycznej mogą być widoczne już w życiu płodowym, stąd niezwykle ważna jest diagnostyka i leczenie

prenatalne, dzięki którym objawy kliniczne choroby u noworodka będą znacznie łagodniej wyrażone. Głównym z nich jest niedokrwistość, która może prowadzić do ciężkiego niedotlenienia organizmu, niewydolności krążenia i obrzęku uogólnionego. W chorobie hemolitycznej objawy anemii mogą wystąpić bezpośrednio po urodzeniu ale również później, w okresie niemowlęcym. W leczeniu choroby hemolitycznej zwykle wykonuje się w czasie ciąży kilka transfuzji krwi, w ciężkich konfliktach dziecko po porodzie ma całkowicie wymienioną krew – z Rh dodatniej na Rh ujemną. Czasem trzeba wielu tygodni, żeby dziecko, które całą ciążę dostawało krew z zewnątrz z powrotem „zrozumiało”, że musi zacząć produkować własną krew. Zdarzają się ciężkie żółtaczkę spowodowane nadmiarem bilirubiny pochodzącej z rozpadłych własnych krwinek, albo objawy cholestazy. Opieka nad takim noworodkiem, a później niemowlęciem wymaga wiedzy i doświadczenia.

J.M.: Z jakimi powikłaniami może się wiązać?

A.T.: Ciężka anemia jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia

dziecka. Zadaniem krwinki czerwonej jest dostarczenie tlenu do komórek organizmu a przewlekłe niedotlenienie będące następstwem niedokrwistości, może mieć wpływ na rozwój dziecka i pracę poszczególnych narządów. Nieleczona hiperbilirubinemia może prowadzić do powikłań neurologicznych i nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Noworodki z obrzękiem uogólnionym obciążone są dużym ryzykiem zgonu z powodu ciężkiego stanu i niewydolności wielonarządowej.

J.M.: Jak długo trwa leczenie ChHN?

A.T.: Często leczenie rozpoczęte jest już w okresie życia płodowego i w istotny sposób wpływa na dobrostan dziecka. Noworodki leczone prenatalnie z powodu choroby hemolitycznej mają łagodniej wyrażone objawy i wymagają krótszego leczenia, często rodzą się nawet zupełnie bez anemii, ale musimy mieć świadomość, że to nie koniec leczenia i potrafić sobie radzić z późnymi powikłaniami choroby. Dzięki wcześnie zastosowanej intensywnej fototerapii, podaży preparatu immunoglobulin i erytropoetyny, udaje

uniknąć się transfuzji krwi u dziecka. Zabiegi przetaczania preparatów krwi u noworodka są wprawdzie znacznie łatwiejsze technicznie, niż u płodu w okresie ciąży, ale obciążone są również ryzykiem powikłań. Proces profilaktyki i leczenia niedokrwistości obejmuje często cały okres niemowlęcy.

J.M.: W jaki sposób można zapobiec jej wystąpieniu?

A.T.: Diagnostyka kobiet ciężarnych w kierunku konfliktu serologicznego oraz profilaktyka śródciążowa immunoglobuliną anti-D są standardem postępowania. W przypadku rozpoznania choroby hemolitycznej u płodu leczenie prenatalne niejednokrotnie ratuje życie i wpływa na łagodny przebieg ChHN.

J.M.: Jakie zalecenia skierowałaby Pani do przyszłych mam Rh ujemnych w dobie pandemii koronawirusa?

A.T.: Dbajcie o swoje zdrowie i zdrowie swoich dzieci. Pandemia nie zwalnia Was z diagnostyki i profilaktyki konfliktu serologicznego.



”Obecny stan wiedzy i dostęp do terapii lekowych, przynajmniej ten potencjalny jest na tyle duży, że wiedzę dotyczącą konkretnych zaburzeń cytogenetycznych mogą wykorzystać z uwagi na optymalną terapię dla chorego

Dr. hab. med. Dominik Dytfeld

Katedra i Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku UM w Poznaniu. Prezes Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego

Optymalna diagnostyka i leczenie szpiczaka

TEKST/ Joanna Myrcha

Joanna Myrcha: Dzięki rozwojowi medycyny część pacjentów ze szpiczakiem żyje coraz dłużej, czy możemy mówić o szpiczaku plazmocytowym jako o chorobie przewlekłej?

Dr hab. n. med. Dominik Dytfeld: Chcielibyśmy bardzo, aby szpiczak był chorobą przewlekłą, ale jeszcze zdecydowanie za

wcześnie, aby tak powiedzieć. Co prawda, w ujęciu globalnym istnieje pewna populacja pacjentów ze szpiczakiem, u których prognozowany czas przeżycia wynosi 10 lat, a przy super optymalnym leczeniu nawet do 15, 20 lat. Tak jest w Stanach Zjednoczonych, gdzie dostęp do leków jest dużo lepszy niż u nas w Polsce. To jest nasz cel i do tego dążymy, ale niestety jeszcze na to za wcześnie. Średnie przeżycie chorego ze szpiczakiem w Polsce to jest około 7 lat, dla pewnej populacji pacjentów nawet 10 lat. Co prawda, faktycznie nowe terapie wiele

zmieniły i praktycznie potroili czas przeżycia chorych w porównaniu do tego co było 10 - 12 lat temu jednak w przypadku naszego kraju, stanowczo za wcześnie na to, aby mówić o tym, iż szpiczak to choroba przewlekła.

Ponadto jest taka subpopulacja chorych ze szpiczakiem, stanowiąca mniej więcej ok 20 % chorych, u których rokowanie cały czas pozostaje złe. Złe rokowanie oznacza, że pacjent odpowie na leczenie zwykle krócej lub nie odpowie na nie wcale. Przy

czym kolejna linia leczenia może także nie zadziałać i faktycznie czas życia chorych pozostaje istotnie krótszy w porównaniu do populacji z tzw. niskim ryzykiem.

J.M.: Panie Doktorze od czego zależy takie ryzyko?

D.D.: Wynika ono nie tylko z wieku pacjenta, naturalnie im pacjent starszy tym jego rokowanie jest gorsze, ale z różnych biologicznych elementów i cech choroby. Z perspektywy biologii choroby mówimy o tzw. wysokim ry-

zyku cytogenetycznym. To jest taka grupa pacjentów, u których stwierdza się pewne zaburzenia cytogenetyczne, powodujące, iż leczenie jest trudniejsze i korzyść terapeutyczna u tych pacjentów jest gorsza niż u pacjentów z niskim ryzykiem. Niestety, ale Ci pacjenci żyją istotnie krócej, a o szpiczaku jako chorobie przewlekłej w ich przypadku nie możemy mówić.

J.M.: Czym są zaburzenia cytogenetyczne? Które spośród zaburzeń cytogenetycznych wiążą się z najgorszym rokowaniem?

D.D.: Tak jak w przypadku każdego nowotworu, w szpiczaku plazmocytowym w zwykłej, normalnej, zdrowej komórce dochodzi do pewnych zaburzeń, które powodują, że komórka ta staje się komórką nowotworową. Takie zaburzenia w materiale genetycznym nazywamy mutacjami, w przypadku nowotworów mamy do czynienia nie z jedną mutacją a z wieloma różnymi mutacjami. Mutacje te mogą polegać na tym, że komórki nowotworowe bardziej się rozmnażają, albo są bardziej odporne na stosowane leki, zwyczajnie są silniejsze. Na ten moment rozpoznajemy kilka takich mutacji: translokacje, delecje, duplikacje, oceniamy je na podstawie badań cytogenetycznych. Metoda FISH wykonywana przez bardzo doświadczonych cytogenetyków pozwala nam określić czy pewne zaburzenia genetyczne są w danym materiale obecne, bądź nie. Upraszczone to na potrzeby naszej dyskusji – dzięki tym badaniom możemy uzyskać informacje dotyczące specyfiki choroby. W trakcie badań nad szpiczakiem spostrzeżono, iż pewne mutacje związane są z gorszym rokowaniem i większym ryzykiem. Zmiany takie nazywane są zmianami wysokiego ryzyka. Są to delecja w chromosomie 17 (del(17p); translokacja t(4;14), translokacja t(14;16) oraz zaburzenia w obrębie chromosomu 1 (1q21)

J.M.: Czy pacjenci w Polsce mają możliwość dostępu do takich badań?

D.D.: Niestety nie wszyscy chorzy. Po pierwsze musimy pamiętać, iż metoda ta jest stosunkowo trudna i musi być wykonywana przez doświadczonych cytogenetyków. Co więcej, badania cytogenetyczne przeprowadzane są zwykle w pracowniach związanych z Ośrodkami Akademickimi i u pacjentów, którzy są w nich leczeni. W mniejszych Ośrodkach takich pracowni nie ma. Te badania są dość kosztowne, aczkolwiek są różne opcje finansowania, np. przez NFZ czy zwyczajnie przez szpital, w którym pacjent jest diagnozowany i leczony.

Każdy pacjent w Klinice Hematologii w Poznaniu takie badanie cytogenetyczne ma wykonywane. W innych ośrodkach akademickich odbywa się to podobnie. W mniejszych ośrodkach niestety jest to trochę trudniejsze, aczkolwiek nie jest niemożliwe, pamiętajmy, że materiał można przelać do pracowni, w której badanie może zostać wykonane.

J.M.: Dlaczego badania cytogenetyczne pacjentów ze szpiczakiem są tak istotne?

D.D.: Pacjent, który na podstawie badań ma zdiagnozowane wspomniane zaburzenia wymaga wnikliwszej obserwacji i jest pacjentem tzw. wyższej czujności.

Jeśli pacjent ma któreś z tych zaburzeń i ja o tym wiem, to będę na tego pacjenta bardziej spoglądał. Będę w sytuacji większego alertu w jego przypadku, bo wiem że choroba ta nie odpowie na moje leczenie tak optymalnie jak u pacjenta, który tych mutacji nie ma, bądź odpowiedź ta będzie krótsza. Co więcej progresja tej choroby zwykle postępuje bardziej dynamicznie. Wreszcie są pewne terapie, których należy unikać w tej grupie pacjentów i są pewne postępowania terapeutyczne, które są u tych pacjentów rekomendowane. Wiedza stała się rozwija i ewoluuje, osobiście uważam, że obecny stan wiedzy i dostęp do terapii lekowych, przynajmniej ten potencjalny jest na tyle duży, że wiedzę dotyczącą konkretnych za-

burzeń cytogenetycznych mogą wykorzystać z uwagi na optymalną terapię dla chorego.

J.M.: Czy istnieje leczenie dedykowane dla pacjentów ze szpiczakiem i wysokim ryzykiem cytogenetycznym? Jak przedstawia się jego skuteczność?

D.D.: Jest to temat złożony. Pierwsza informacja to fakt, iż pewne leki stosowane u chorych ze szpiczakiem z obecnością złych zaburzeń pogarszają rokowania. Wiemy też, że u pacjentów z tymi mutacjami rekomenduje się wykonanie podwójnego przeszczepienia szpiku w ramach leczenia pierwszo liniowego. Wiedzę tą posiadamy od niedawna, a badania potwierdzające tą tezę były przedstawione na Konferencji ASH - największej konferencji hematologicznej na świecie. Zgodnie z badaniem, tzw. tandemowe przeszczepienia dobrze wpływają na chorobę u pacjentów, którzy mają złe zaburzenia cytogenetyczne i można powiedzieć, że wyrównują to ryzyko. Niestety przeszczepienia są dedykowane pacjentom zwykle na początku choroby, to po pierwsze, a po drugie, tylko pacjentom młodszym w dobrym stanie ogólnym. Omówiona opcja terapeutyczna dotyczy zatem mniejszej populacji pacjentów.

Leki, które wpływają korzystnie na zaburzenia cytogenetyczne są tzw. inhibitory proteasomu. Zarejestrowane są 3 substancje. Terapie te w pewnych sytuacjach poprawiają rokowanie u chorych z zaburzeniami cytogenetycznymi. Aczkolwiek tylko jeden z nich znosi złe rokowania. Leczenie pacjentów z grupy wysokiego ryzyka to problem wielopłaszczyznowy. Jeśli pacjent ma złe ryzyko cytogenetyczne i będzie otrzymywał inhibitor proteasomu w formie wlewu, to w porównaniu do pacjentów z wysokim ryzykiem, którzy tego leku nie otrzymują to rokowanie będzie lepsze, ale cały czas gorsze niż u pacjentów, którzy mają ryzyko podstawowe. Zatem leczenie to poprawia rokowanie, ale nie wyrównuje go. W dużym badaniu o nazwie Tourmaline-MM1 wykazano natomiast,

że istnieje leczenie, które ma taki potencjał. W badaniu tym dowiedziano, iż pacjenci ze szpiczakiem i dużym ryzykiem cytogenetycznym leczeni doustnym inhibitorem proteasomu w terapii skojarzonej ma takie samo rokowanie jak pacjenci z ryzykiem standardowym. Czyli właściwie leczenie to wyrównuje ryzyko cytogenetyczne.

J.M.: Dlaczego forma podania leku w przypadku pacjentów ze szpiczakiem jest tak istotna? Czy przekłada się ona na efektywność leczenia chorych?

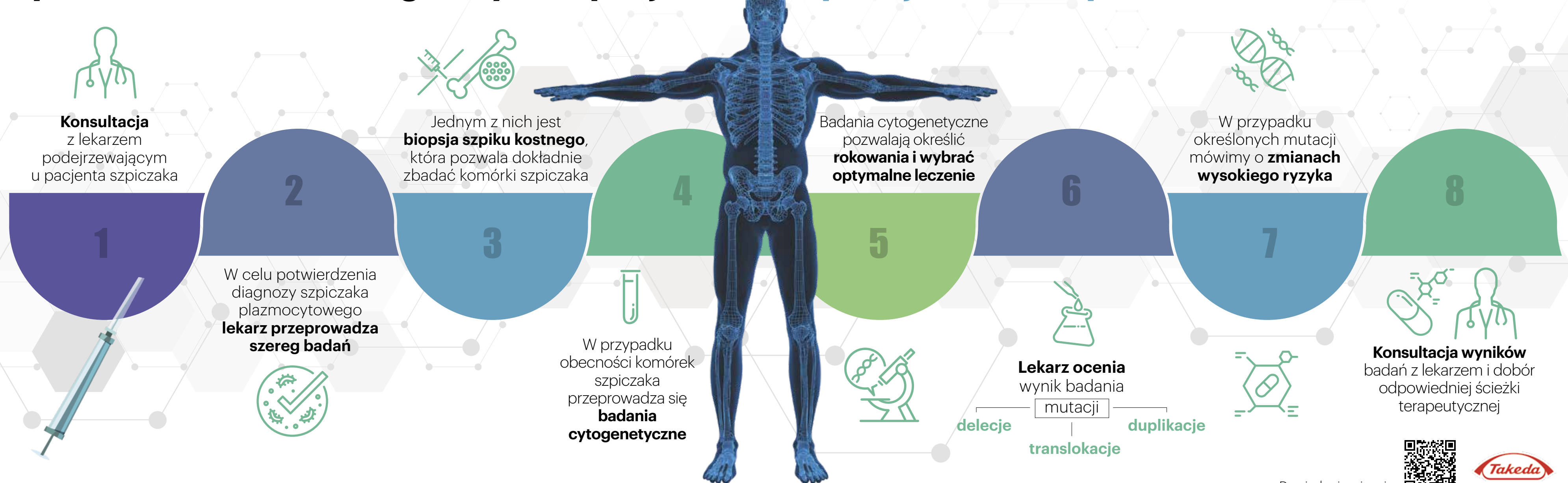
D.D.: Jest to naturalne, lek doustny jest po prostu dużo wygodniejszy niż iniekcje. Oprócz wygody taka forma podania leku pozwala na funkcjonowanie pacjenta ze szpiczakiem w społeczeństwie. W przypadku formy doustnej pacjent nie musi dopasowywać swojego życia pod chorobę. Ponadto w czasie pandemii terapia doustna i brak wizyt w szpitalu to najlepsze i najbezpieczniejsze leczenie dla pacjentów. Proszę sobie wyobrazić pacjenta ze szpiczakiem, jeśli jego leczenie to 1 tabletką to może on normalnie żyć, pracować. Sposób stosowania tego leku wpływa istotnie na rolę społeczne chorego, może być ojcem, mężem, pracownikiem, szefem, sąsiadem. Będąc w szpitalu na iniekcjach niestety pacjent musi zrezygnować z ról społecznych a człowiek z natury chce je spełniać. Stąd jakość życia u pacjentów ze szpiczakiem stosujących leczenie doustne jest dużo wyższa.

J.M.: Czy aktualnie polscy pacjenci ze szpiczakiem z grupy wysokiego ryzyka mają szanse na skorzystanie z optymalnej opcji leczenia?

D.D.: Niestety nie. W przypadku szpiczaka walka o uzyskanie refundacji dla różnych leków trwała wiele lat i trwa nadal. Pewne terapie mają większy dostęp, natomiast na ten moment doustne inhibitory proteasomu nie są refundowane dla pacjentów w Polsce. Pozostaje nam czekać i mieć nadzieję na zmianę.


Uproszczona ścieżka diagnostyczna pacjenta

z podejrzeniem szpiczaka



Dowiedz się więcej:





Sytuacja jest trudna, mamy zdiagnozowaną chorobę nowotworową, która musi być leczona, a z drugiej strony pojawia się lęk przed niekorzystnym przebiegiem zakażenia

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos

Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie Lekarz kierujący Oddziałem Hematologicznym, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, Przewodniczący Polskiej Grupy Szpiczakowej, Przewodniczący Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji



Szpiczak a pandemia COVID-19

Dlaczego wirus SARS-CoV-2 jest tak niebezpieczny dla pacjentów ze szpiczakiem i jakie leczenie w dobie pandemii jest optymalne, tłumaczy prof. Krzysztof Giannopoulos.

Joanna Myrcha: Panie Profesorze jak przedstawia się przebieg COVID 19 u pacjentów ze szpiczakiem?

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos: Jeśli u pacjenta ze szpiczakiem dojdzie do zarażenia SARS-CoV-2 to przebieg tej infekcji będzie niekorzystny. Ostatnie dane z badań na pacjentach w Wielkiej Brytanii wskazują, że śmiertelność z powodu koronawirusa u pacjentów ze szpiczakiem sięga powyżej 50%*. Pacjenci ze szpiczakiem zatem są w grupie najwyższego ryzyka ciężkiego przebiegu zakażenia COVID 19. Kluczowe są zatem wszelkie działania profilaktyczne, aby ograniczyć ryzyko nabycia infekcji w tej grupie chorych.

J.M.: W jaki sposób zmieniła się diagnostyka i monitorowanie pacjentów ze szpiczakiem w kontekście COVID-19?

K.G.: Rozpoznanie szpiczaka stawiane jest w dwóch trybach ratunkowym i rutynowym, zawsze jednak wymagana jest biopsja szpiku, w którym widoczne są nieprawidłowe komórki. Nie da się zatem postawić rozpoznania ambulatoryjnie gdyż biopsja wymaga krótkiej hospitalizacji zazwyczaj na oddziale hematologicznym.

Co do monitorowania przebiegu choroby to w dużej mierze zależy to od stosowanego leczenia. W ostatnich latach w szpiczaku mamy wiele rejestracji nowych leków, część z nich postaci doustnej. Rzeczywiście tam gdzie mamy możliwość pacjenci powinni otrzymywać leczenie w pełni doustne. W Polsce pacjenci mogą być leczeni jedynie dwoma nowymi lekami immunomodulującymi. Ich stosowanie w dobie epidemii jest preferencyjne, bo nie naraża pacjenta na częste wizyty w Ośrodku, co jest związane z doustną formą podania. Dodatkowo komunikat Ministra Zdrowia z marca na początek epidemii pozwala nam na wydawanie leków pacjentom w stanie stabilnym na 6 miesięcy terapii. Oczywiście zachowując przy tym monitorowanie skuteczności leczenia, które także może być prowadzone ambulatoryjnie. Ta grupa pacjentów jest nowoczesnie leczona i wszelkie narzędzia czyli rzadsze wizyty, teleporady są wykorzy-

stywane żeby pacjentów nie narażać na ryzyko zarażenia wirusem SARS-CoV-2. Niestety nie mamy takiego komfortu leczenia dla wszystkich pacjentów ze szpiczakiem.

J.M.: Czy w dobie epidemii zachowanie ciągłości terapii hematologicznej jest wskazane? Jakie są trudności w ciągłości stosowania i których grup pacjentów dotyczą?

K.G.: Ciągłość terapii hematologicznej jest bezwzględnie potrzebna. Nieleczony szpiczak doprowadzi po prostu do śmierci.

Aktualnie leczenie musimy i powinniśmy modyfikować. Problemu nie ma z pacjentami, którzy dostają leki immunomodulujące, są zabezpieczeni terapiami doustnymi. Wyzwaniem są inne grupy pacjentów, na przykład pacjenci leczeni inhibitorem proteasomu w formie wlewu dożylnego lub podania podskórnego, którzy wymagają krótkotrwałej hospitalizacji.

Dodatkowym wyzwaniem w ujęciu aktualnej sytuacji jest także leczenie powikłań. Niestety pacjenci chorzy na szpiczaka mają liczne powikłania np. infekcyjne, złamania patologiczne związane z chorobą kostną czy ucisk na rdzeń kręgowy, które trzeba leczyć w szpitalu.

Opieka, która teraz jest powinna być optymalna, powinna zabezpieczać pacjentów przed powikłaniami. Niezbędne do tego jest z jednej strony skuteczne leczenie, ale i dobre leczenie wspomagające. I znowu to leczenie nie powinno pacjentów narażać dlatego zrezygnowaliśmy z podawania dożylnych leków, które np. były stosowane w leczeniu choroby kostnej na rzecz leków doustnych. Do tej pory poczyniliśmy wiele modyfikacji schematu leczenia i monitorowania przebiegu choroby, ale mamy pewien niedosyt, bo leki immunomodulujące są dostępne tylko dla pacjentów nawrotowych drugiej linii w programie lekowym. Ich rejestracja jest dużo szersza i pacjenci mogliby dostawać je w pierwszej linii leczenia, co w dobie epidemii byłoby bardzo korzystne. Dodatkowo leki immunomodulujące to trzon terapii, ale wszystkie badania rejestracyj-

ne ostatnich lat dowiodły, że jeśli do leków immunomodulujących i steroidu dodamy trzeci lek to skuteczność leczenia będzie większa. Istnieją takie terapie doustne, które możemy dodawać w formie doustnego inhibitora proteasomu. Dodany do schematu z lekiem immunomodulującym i steroidem zwiększa skuteczność leczenia. Ten trójlekowy schemat doustny mógłby być stosowany z powodzeniem w leczeniu nawrotowego szpiczaka, niestety dla pacjentów w Polsce jest on niedostępny.

J.M.: Z jakimi korzyściami może wiązać się leczenie w formie doustnej generalnie dla całego systemu?

K.G.: Od dłuższego czasu mówimy o tym, iż oprócz samego bezpośredniego kosztu terapii powinniśmy brać pod uwagę także koszty leczenia powikłań, koszty społeczne terapii i obciążenie całego systemu. Gdybyśmy sumarycznie połączyli to wszystko mając skuteczne terapie doustne niwelujemy większość kosztów pośrednich. Koszty społeczne w przypadku chorych ze szpiczakiem są znaczne, pamiętajmy że pacjenci chorujący na szpiczaka to zazwyczaj osoby starsze, często do przyjazdu do ośrodka konieczne jest zaangażowanie rodziny, która w tym czasie nie będzie pracowała. Z kolei młodszy pacjent, który dostaliby możliwość leczenia doustnego mogliby kontynuować pracę i nie być skazani na regularne dojazdy do Ośrodka Hematologicznego. W różnych konstatacjach leczenie doustne jest bardzo pożądane, naturalnie przez samych pacjentów, nas lekarzy ale i samego systemu.

J.M.: Czy pacjenci ze szpiczakiem z wysokim ryzykiem cytogenetycznym mają w Polsce możliwość dostępu do optymalnej dla nich terapii doustnej?

K.G.: Na podstawie wielu badań wiemy, że substancją, która niweluje niekorzystne wysokie ryzyko cytogenetyczne u pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym jest doustny inhibitor proteasomu. W Polsce niestety leczenie to jest niedostępne do pacjentów. Jest to jeden z ważnych elementów, który powinien być wprowadzony przy najbliż-

szych decyzjach refundacyjnych. Leczenie to byłoby bardzo pożądane szczególnie aktualnie biorąc pod uwagę epidemię COVID-19. W przypadku pacjentów z wysokim ryzykiem cytogenetycznym zmniejszanie intensywności leczenia nie będzie korzystne. Ci pacjenci będą mieli szybciej progresję choroby i ich życie będzie zdecydowanie krótsze. Właśnie tym pacjentom powinniśmy zabezpieczyć optymalne leczenie. Doustny inhibitor proteasomu nie tylko jest terapią, która dobrze współpracuje z lekami immunomodulującymi jest także terapią wygodną w stosowaniu, przy tym, co najistotniejsze z punktu medycznego jest bardzo skuteczny.

J.M.: Jakie są aktualne zalecenia dla pacjentów ze szpiczakiem zdiagnozowanym i tych będących w trakcie diagnostyki?

K.G.: W ramach Prezydium Polskiej Grupy Szpiczakowej wydaliśmy broszurę dla pacjentów, która zawiera oficjalne zalecenia. Zależy nam aby chorzy nie zostali sami z chorobą nowotworową. Sytuacja jest trudna ponieważ, po pierwsze mamy zdiagnozowaną chorobę nowotworową, która musi być leczona z drugiej strony pojawia się lęk przed pandemią i niekorzystnym przebiegiem zakażenia. W odniesieniu do chorych na szpiczaka noszenie maseczek powinno być zdecydowanie przestrzegane w przestrzeni publicznej. Dodatkowo z racji, iż kontakt z Ośrodkiem jest bardzo ważny dla optymalizacji leczenia pacjenci muszą być z nim w stałym kontakcie. Pomocne w tym są teleporady, - telewizyty w formie ambulatoryjnej, prowadzone przez wiele Ośrodków. Ułatwiają one w znaczącym stopniu kontrolę choroby bez konieczności narażania pacjenta na dojazdy zwiększające ryzyko zarażenia wirusem. Kwestia badań natomiast może być rozwiązana w ten sposób, że pacjenci popołudniami przychodzą do punktu pobrań a wyniki analizujemy już telefonicznie gdy są gotowe. Zmniejszamy znacznie również narażenie pacjenta na styczność z wirusem podczas kolejek przed poradnią. Pamiętajmy, że to właśnie stałe monitorowanie choroby i optymalizacja terapii jest filarem leczenia pacjenta ze szpiczakiem plazmocytowym.

*Cook, G., John Ashcroft, A., Pratt, G., Popat, R., Ramasamy, K., Kaiser, M., Jenner, M., Henshaw, S., Hall, R., Sive, J., Stern, S., Streetly, M., Bygrave, C., Soutar, R., Rabin, N., Jackson, G.H. and (2020), Real world assessment of the clinical impact of symptomatic infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus (COVID 19 disease) in patients with multiple myeloma receiving systemic anti cancer therapy. Br J Haematol. doi:10.1111/bjh.16874



Co będzie ze mną dalej?

O życiu ze szpiczakiem, wyzwaniach codzienności i trudnej sytuacji związanej z pandemią opowiada pacjentka, podopieczna Fundacji Carita.

Joanna Myrcha: Jak wygląda Pani codzienność ze szpiczakiem?

Pacjentka: Nikt nie uczył mnie jak być pacjentem chorym na szpiczaka. Tę lekcję dostałam, kiedy zaczęła się walka z chorobą. Zrozumiałam wtedy, że trafiam do jednego worka ze wszystkimi, że jestem jedynie świadczeniobiorcą, któremu należy zaserwować wycenioną terapię. I nie mogę żądać zbyt wiele, bo to obciąża budżet. Kolejki to codzienność pacjenta, jeśli już szczęśliwie przejdzie się terapię, czeka na diagnostykę po leczeniu i znów w kolejce do lekarza i na kolejne leczenie, jeśli jest konieczne. I tak w kółko, bo szpiczak to życie od remisji do remisji.

Codziennosc pacjenta ze szpiczakiem przedstawia się raczej jako strzępek nerwów i myślenia co dalej. W ostatnim roku kolejne leki zostały zrefundowane, ale to dalej kropla w morzu potrzeb. Nie wszystkie linie leczenia są w pełni zabezpieczone jak byśmy chcieli. Cały czas musimy gonić Europę ale na pewno jest już lepiej niż jak to było jeszcze kilka lat temu. Dużą szansą dla pacjenta są badania kliniczne, które wypełniają lukę braku dostępności do niektórych leków. Pacjenci muszą zmagać się z biurokracją, kolejkami i codziennym pytaniem - co będzie ze mną dalej? Problem jest jeszcze większy w małych miejscowościach i ośrodkach, w których nie ma dostępu nawet do hematologa.

J.M.: Dlaczego mówi się, iż w przypadku diagnozy szpiczaka choruje nie tylko pacjent, ale i cała jego rodzina?

P.: W moim przypadku po diagnozie, życie rozszarpało się na drobne kawałki, z dnia na dzień wszystko runęło, nie miałam czasu by się oswoić i poznać wroga. W głowie miałam tylko jedną myśl, że to koniec. Smutki trzeba dzielić, a radości mnożyć jednak nie obejdzie się bez wytrwałej walki... a w tej walce bardzo ważną rolę odgrywa właśnie rodzina i jej wsparcie. To cudowne, że mogę liczyć na takie wsparcie, jednak wiem z ilu rzeczy mąż jako opiekun musi zrezygnować. Wiem, że się nie poddaje ale widzę czasami, że on też potrzebuje wsparcia. Szpiczak to ogromne wyrzeczenia dla mnie i dla Niego.

Fundacja Carita: Obciążenia finansowe związane z terapią w formie wlewów lub iniekcji wynikają często z konieczności dojazdu do szpitala oddalonego od miejsca zamieszkania w celu poddania się długotrwałej jedno-, dwudniowej procedurze medycznej raz lub więcej w miesiącu. Pacjent i opiekun ponoszą koszty noclegu oraz żywienia poza domem. Z powodu terapii w formie wlewów lub iniekcji, pacjenci, po często wielogodzinnym dojeździe do szpitala, spędzają kolejne godziny siedząc w poczekalni, w mało komfortowych warunkach, narażając się na infekcję. Te wszystkie czynniki, a także sama świadomość choroby powodują stres, fizyczne i psychiczne zmęcze-

nie. Dodatkowo obciążeni są opiekunowie, którzy muszą brać urlop, zwolnienie, aby towarzyszyć pacjentom. Życie nie tylko pacjenta ale i rodziny musi zostać całkowicie dopasowane pod chorobę.

J.M.: W jaki sposób dba Pani o swoje bezpieczeństwo w dobie pandemii?

P.: Przede wszystkim staram się ograniczać wychodzenie z mieszkania, jeżeli zachodzi konieczność wyjścia to staram się unikać tłumów. Będąc w miejscu publicznym, zachowuję odstęp minimum 1 metra od innych osób, zakładam maseczkę i biorę dwie, trzy pary rękawiczek nitrylowych bądź lateksowych. Aby zminimalizować ryzyko zakażenia dodatkowo mam przy sobie płyn do dezynfekcji dłoni. Pomijając te zabezpieczenia moje ręce po każdym kontakcie z przedmiotami, które są dość często użytkowane, dotykane przez inne osoby jak np. poręcz schodów, przyciski windy, klamki czy poręcze w środkach komunikacji miejskiej. Jeżeli zachodzi konieczność wejścia do sklepu i zrobienia zakupów płatności dokonuję kartą w formie zbliżeniowej, dzięki czemu unikam kontaktu z często dotykany przez klientów terminalem. Po za tymi formami zabezpieczeń staram się wykonywać inne czynności schematycznie według swoich z góry obranych reguł, które według mojej opinii są wystarczające. Zawsze jestem zabezpieczona i świadoma zagrożenia, więc staram się nie denerwować.

J.M.: Zgodnie z rekomendacjami w dobie pandemii pacjenci ze szpiczakiem powinni być leczeni za pomocą terapii doustnej. Czy w Pani przypadku jest to możliwe?

P.: Jeżeli chodzi o Nas pacjentów ze szpiczakiem na dzień dzisiejszy terapia doustna jest możliwa, jednak nie jest to terapia tak nowoczesna jak doustny inhibitor proteasomu, który jest w Polsce tylko w badaniach klinicznych. Obecnie w moim przypadku nie jest to możliwe gdyż jestem w programie lekowym w postaci wlewów dożylnych. Niestety ze względu na zbyt częste wizyty w szpitalu moje leczenie zostało wstrzymane. Uważam, że terapie doustne byłyby na pewno mniej kłopotliwym rozwiązaniem i pacjenci mogliby kontynuować zalecany cykl leczenia bez ryzyka wizyt w szpitalu podczas wlewu.

J.M.: Z jakimi największymi problemami w ujęciu kontroli choroby mierzy się Pani aktualnie?

P.: Z ryzykiem wychodzenia z domu, wstrzymaniem leczenia w okresie pandemii, problemami psychologicznymi spowodowanymi strachem przez brak leczenia i ogólnie brakiem kontroli i wpływu na polepszenie stanu zdrowia. W ostatnich tygodniach nasze codzienne życie zmieniło się diametralnie. Pacjenci onkologiczni znaleźli się w bardzo trudnej sytuacji.

Nie czekaj aż pandemia minie. Idź do lekarza



Pojawienie się koronawirusa SARS-CoV-2 w Europie i w Polsce sparaliżowało systemy ochrony zdrowia

Magda Ważna
Redaktorka Medonet

medonet

Pandemia SARS-CoV-2 wzbudziła w nas ogromny strach i lęk. Odwlekamy wizyty u lekarza, bagatelizujemy niepokojące objawy, tymczasem w wielu przypadkach bardzo szkodzimy własnemu zdrowiu.

W sondażu przeprowadzonym przez fundację My pacjenci prawie połowa badanych rozumie nadzwyczajną sytuację pandemiczną i „spokojnie poczeka na zabieg lub wizytę u lekarza”. Eksperti twierdzą, że wynika to z obawy przed zakażeniem się koronawirusem w placówce medycznej. Tymczasem „choroba nie poczeka”.

Pojawienie się koronawirusa SARS-CoV-2 w Europie i w Polsce sparaliżowało systemy ochrony zdrowia. Początkowo, z powodu braku wystarczającej ilości środków ochrony osobistej, placówki medyczne w Polsce podjęły decyzję o ograniczeniu przyjmowa-

nia pacjentów. Teraz jednak wszystko wraca do normy, a mimo to kontakt z lekarzem wciąż jest utrudniony.

Magdalena Kołodziej, prezeska fundacji My Pacjenci zwróciła uwagę, że kardiolog, onkolog, a także lekarze POZ, którzy opiekują się pacjentami z chorobami przewlekłymi widzą, że zgłasza się do nich mniej pacjentów niż zwykle. W tym samym sondażu 72 proc. osób wskazało, że zgadza się ze stwierdzeniem, że pacjenci nie korzystają ze świadczeń zdrowotnych, mimo że ich potrzebują, w obawie przed zakażeniem. W USA liczba wykonywanych

kolonoskopii i biopsji spadła o 90 proc., co skutkuje mniejszą wykrywalnością raka jelicita grubego. Niestety choroba nie poczeka na koniec pandemii, szczególnie jeśli okaże się, że koronawirus będzie powracał sezonowo.

Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec apeluje aby nie zwlekać z leczeniem - „pamiętajmy, że obawa przed zakażeniem wirusem nie może nas powstrzymać przed rozpoczęciem terapii lub jej kontynuacją”. Podobny apel wystosował również minister zdrowia Łukasz Szumowski. Zwrócił się on szczególnie do pacjentów z podejrzeniem

nowotworu i tych w trakcie leczenia onkologicznego.

Chaos wywołany czasowym zamknięciem gabinetów specjalistycznych, przekształceniem części szpitali na jednoimienne i rozpowszechnieniem telewizyt sprawia, że pacjenci czują się zagubieni i zdezorientowani. Dla „świętego spokoju” wolą odwołać wizytę lub ją przełożyć, żeby nie narażać się na wizytę w placówce. Ignorują też niepokojące objawy, z którymi w „normalnych” okolicznościach zgłosili się do swojego lekarza. Nie można pozwolić, żeby strach zniszczył nasze zdrowie.



W trakcie wizyty w gabinecie lekarskim lub w aptece pacjent może pozyskać informacje na temat różnic ale też bezpiecznego stosowania suplementów diety, wyrobów medycznych oraz leków OTC

Dr n. farm. Anna Kowalczyk
Dyrektor Narodowego Instytutu Leków

Odpowiedzialne leczenie

Wśród osób szczególnie zagrożonych poważnymi powikłaniami z powodu zakażenia koronawirusem są pacjenci hematoonkologiczni, którzy w większości mają zaburzenia odporności będące następstwem choroby i jej leczeniem.

Joanna Myrcha: Czy wiedza Polaków dotycząca nie tylko różnic ale i bezpiecznego stosowania suplementów diety, wyrobów medycznych oraz leków OTC jest na wystarczającym poziomie? Jakie błędy popełniamy najczęściej?

Dr n. farm. Anna Kowalczyk: Z roku na rok rośnie sprzedaż leków, suplementów diety i wyrobów medycznych. Wg badań przeprowadzonych przez firmę Pharmexpert wartość rynku aptecznego w Polsce w 2016 roku przekroczyła 30 mld zł, z czego 40% dotyczyła sprzedaży preparatów bez recepty. Jako Polska jesteśmy w pierwszej 10 krajów z najwyższą sprzedażą preparatów OTC – czyli sprzedawanych bez recepty. W przypadku suplementów diety w pierwszej połowie roku 2015 Polacy kupili prawie 100 mln opakowań. Największym zainteresowaniem wśród pacjentów cieszą się witaminy, preparaty mineralne i środki wzmacniające oraz leki przeciwbólowe stosowane wspomagająco podczas przeziębienia i infekcji wirusowych.

Należy podkreślić, że w przypadku suplementów diety i wyrobów medycznych nie jest prowadzony państwowy nadzór nad ich jakością, stąd nie można ich traktować jako tożsame, nawet w przypadku występowania w nich substancji czynnych analogicznych do tych, które znajdują się w produktach leczniczych. Kolejnym niepokojącym zjawiskiem jest zwiększenie zainteresowania preparatami stosowanymi u dzieci. Rodzice, którzy bezkrytycznie ulegają reklamom leków i suplementów diety, kupują i podają dzieciom te produkty. W przypadku dzieci największą popularnością cieszą się preparaty przypominające swoim wyglądem słodycze – lizaki, cukierki czy niezwykle popularne żelki. W ich składzie znajdują się najczęściej witaminy, składniki mineralne oraz substancje wzmacniające. Równie często jak suplementy diety stosowane są leki przeciwbólowe z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych, które działają wspomagająco podczas przeziębienia i infekcji wirusowych. Dostęp do leków w Polsce jest bardzo szeroki, poza aptekami punktami aptecznymi można je kupić na stacjach benzynowych, w sklepach spożywczych, kioskach ruchu. Każdy produkt leczniczy przed dopuszczeniem do obrotu poddawany jest długoterminowym badaniom stabilności w określonych warunkach przechowywania tj. temperatury i wilgotności. Tylko w takich, które zostały określone na opakowaniu, zachowuje on swoją jakość w ustalonym terminie ważności. Jeżeli w okresie letnim, podczas ekspozycji na witrynie sklepowej, opakowanie leku narażone jest na działanie promieni słonecznych, można istnieć ryzyko, że substancja czynna w nim

zawarta będzie ulegać stopniowej degradacji, tworząc produkty pochodne stanowiące jej zanieczyszczenia. Innym problemem jest równoczesne stosowanie wielu preparatów wraz z innymi produktami przepisany przez lekarza prowadzącego. Zwiększając liczbę równocześnie przyjmowanych substancji chemicznych, znacząco zwiększamy ryzyko powstawania interakcji pomiędzy nimi, co może się objawiać od niewielkich problemów gastrycznych aż do poważnych zatruć. Interakcje pomiędzy lekami mogą obniżać lub zwiększać efektywność działania co pozostaje poza kontrolą w przypadku samodzielnego stosowania. Pacjenci często czerpią informacje na temat konieczności stosowania różnych leków i suplementów diety z reklam. Bardzo silne oddziaływanie mają też fora internetowe, na których ludzie dzielą się swoimi doświadczeniami związanymi z leczeniem i samoleczeniem. Jest to bardzo poważny problem. Ulegając psychologicznym wpływom z reklam oraz sugestywnym opiniom innych można w bardzo łatwy sposób sobie zaszkodzić. W odniesieniu do dawkowania leków, w szczególności tych przeciwbólowych i przeciwzapalnych, bardzo ważna dla uzyskania efektu terapeutycznego jest dawka i częstotliwość podawania. Tylko lekarz lub farmaceuta może udzielić fachowej porady w tym zakresie.

J.M.: Skąd tak naprawdę nasze społeczeństwo może czerpać taką wiedzę? Czy prowadzone są działania dotyczące budowania świadomości we wspomnianym temacie?

A.K.: W przypadku leków szczegółowe informacje znajdują się w ulotce. Nie zawsze jednak pacjencie potrafią właściwie je zinterpretować. W trakcie wizyty w gabinecie lekarskim lub w aptece pacjent może pozyskać informacje na temat różnic ale też bezpiecznego stosowania suplementów diety, wyrobów medycznych oraz leków OTC. Odpowiadając na drugie pytanie, działania dotyczące budowania świadomości pacjenta i konsumenta prowadzone są regularnie przez różne organy i instytucje, m.in. przez Narodowy Instytut Leków, Naczelną Radę Aptekarską, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumenta w ramach takich kampanii jak „Uwaga na Lek”, „Lek oczami dziecka”, „Leki to nie cukierki”.

J.M.: Jaka jest zdaniem Pani Dyrektora farmaceuty w ujęciu edukacji pacjenta dotyczącej odpowiedzialnego leczenia?

A.K.: Kluczowa. Z jednej strony farmaceuta sam może przeciwdziałać nadmiernemu, niepotrzebnemu przyjmowaniu leków, su-

plementów czy wyrobów medycznych, może wychwycić potencjalne interakcje, z drugiej strony może zalecić konsultację z lekarzem. Często ludzie „skracają” sobie proces diagnozy i leczenia przychodząc od razu do apteki. Rolą farmaceuty będzie ustalenie czy na pewno słusznie oraz właściwa, skuteczna komunikacja w tym edukacja. Należy podkreślić iż edukacja jest również nieodłącznym elementem właściwie realizowanej opieki farmaceutycznej, jest więc odpowiedzialnością nas-farmaceutów.

J.M.: Co w dobie epidemii wirusa SARS-CoV-2 oznacza dla pacjenta odpowiedzialne leczenie?

A.K.: W dobie pandemii COVID-19 odpowiedzialne leczenie to nic innego jak stosowanie się do zaleceń terapeutycznych lekarzy. Jeśli natomiast zdecydujemy się na przyjmowanie leku bez recepty (OTC) to zachęcam do skonsultowania się z farmaceutą w aptece. Racjonalne i odpowiedzialne leczenie nie może sprowadzać się do kupowania produktów leczniczych na zapas lub co gorsza stosowania ich bez wskazań medycznych. Schemat postępowania pacjentów chcących uzyskać poradę w POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) i NiSOZ (Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna) jest opublikowany na stronie GIS. Należy unikać wizyt u lekarza, jeżeli nie są absolutnie konieczne. Zwykle przeziębienia nie wymagają wizyty w przychodni, można je leczyć samodzielnie w domu (leżenie w łóżku, leki przeciwgorączkowe, picie dużej ilości płynów). Zwolnienie do 14 dni można uzyskać telefonicznie (teleporada z lekarzem rodzinnym w swojej przychodni). Trzeba też odłożyć wszelkie wizyty profilaktyczne, czy kontrolne wizyty u lekarza. Przepisy ustanowione na czas epidemii dopuszczają możliwość porady telefonicznej. Warto zadzwonić do przychodni, jeżeli potrzebujemy po prostu przedłużenia recepty, na leki które przyjmujemy na stałe. Można taką receptę odebrać nie czekając w poczekalni na wizytę u lekarza.

WHO zaleca stosowanie masek dla osób z objawami COVID-19 oraz dla osób opiekujących się osobami z objawami, takimi jak kaszel i gorączka. Ważne jest aby stosowanie wszelkich form ochrony dróg oddechowych odbywało się zgodnie z zasadami. Dotyczy to samego użycia jak i utylizacji zużytego sprzętu. Używanie masek ma kluczowe znaczenie dla pracowników służby zdrowia i osób, które opiekują się kimś (w domu lub w zakładzie opieki zdrowotnej). Niezwykle istotne w profilaktyce zakażeń jest utrzymanie właściwej higieny w tym dezynfekcji powierzchni użytkowych.

Przyjmuje się, że koronawirusy mogą przetrwać na różnych powierzchniach od kilku godzin do kilku dni. Zastosowanie ogólnie dostępnych środków dezynfekujących jest skuteczne i wystarczające.

J.M.: W Internecie krąży wiele informacji dotyczących leków i suplementów diety wpływających na zmniejszenie ryzyka zachorowania na COVID 19 lub lżejszy przebieg choroby. Jakie są w tej kwestii rekomendacje NIL?

A.K.: Przede wszystkim leczenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 prowadzone jest przez lekarzy i to oni, a nie pacjenci powinni decydować o przyjmowaniu leków mających wpłynąć na przebieg choroby. Tak jak wcześniej wspomniałam przyjmowanie leków o działaniu przeciwwirusowym bez wyraźnych wskazań medycznych nie powinno mieć miejsca. Z drugiej strony mam świadomość, że pandemia stała się pożywką dla wielu osób, które żerując na strachu i obawach pacjentów, starają się zachęcić ich do kupna produktów prezentowanych, jako skuteczne w walce z COVID-19. W europejskim systemie RAPID Alert od początku marca tego roku wyraźnie wzrosła liczba produktów powiązanych z pandemią COVID-19. Przypadki te dotyczyły m.in. sfałszowanych produktów zawierających chlorochinę, hydroksychlorochinę, immunoglobuliny, a także sfałszowanych leków przeciwwirusowych stosowanych w innych zakażeniach. To jednak nie wszystko ponieważ w ostrzeżeniach znalazły się również środki do dezynfekcji rąk czy testy diagnostyczne (w tym szybkiego testu diagnostycznego „COVID-19 Rapid Test Kit” do „testowania w domu”). Najnowsze powiadomienie dotyczy nielegalnie sprzedawanej doustnej szczepionki na COVID-19, podczas gdy oryginalna szczepionka jest dopiero w trakcie opracowania i nie jest jeszcze dostępna w obrocie. To niepokojące sygnały, dlatego szczególnie apeluję do pacjentów o ostrożność i zdrowy rozsądek szczególnie, że bardzo często nawet eksperci z NIL na co dzień zajmujący się kontrolą jakości produktów leczniczych w Polsce, często nie są w stanie odróżnić produktu sfałszowanego od oryginalnego bez wykonania specjalistycznych badań. Chcąc się uchronić przed nieuczciwymi sprzedawcami, należy kupować leki wyłącznie w aptece lub w aptece internetowej zarejestrowanej przez właściwe organy krajowe. Przed zakupem leku ze strony internetowej należy sprawdzić, czy wybrana apteka internetowa jest wymieniona na liście legalnie działających w Polsce aptek internetowych. Jeśli nie ma jej na liście, to nie należy kupować żadnych leków z tej strony internetowej.



Odpowiedzialne samoleczenie powinno opierać się na wiedzy uzyskiwanej z wiarygodnych źródeł, popartej autorytetem oraz na zdrowym rozsądku

Ewa Jankowska

Prezes PASMI Związku Pracodawców „Polski Związek Producentów Leków Bez Recepty”

Leczmy się bezpiecznie

TEKST/ Joanna Myrcha

Pani Prezes, pojęcie samoleczenia jest wciąż nie do końca zrozumiałe przez społeczeństwo, czym tak naprawdę jest samoleczenie?

Ewa Jankowska: Aktualnie w Polsce borykamy się z niejednoznaczną i często uproszczoną definicją samoleczenia. Robią to nie tylko pacjenci ale też farmaceuci, lekarze a nawet regulator odpowiedzialny za kształtowanie systemu opieki zdrowotnej. W celu analizy tego zjawiska należy posługiwać się połączonymi definicjami czyli pierwszą, będącą odpowiednikiem definicji WHO – self-medication, którą należy rozumieć jako przyjmowanie leków dostępnych bez recepty bez konsultacji z lekarzem w przypadku nagłych dolegliwości – bólu głowy, gardła czy przeziębienia. Drugą zaś obejmującą samoopiekę (self-care), czyli szeroko rozumiane dbanie o zdrowie, ale również utrzymywanie ciała (self-management) w dobrej kondycji w przypadku chorób przewlekłych, np. cukrzyca, nadciśnienia tętniczego itd. To ważne, ponieważ na co dzień pacjent decyduje o regularnym przyjmowaniu leków, o diecie. Nie pomoże nawet najlepsza terapia, jeżeli chory nie będzie o siebie dbał, nie będzie się czuł współodpowiedzialny za swój stan zdrowia.

Światowe doświadczenia potwierdzają jednoznacznie, iż nie ma odwrotu od samoleczenia. Stanowi ono element troski o nasze zdrowie na co dzień. Z czego to wynika?

E. J.: Dzieje się tak z kilku powodów. Z jednej strony starzenie się społeczeństw powoduje coraz większe zapotrzebowanie na usługi medyczne. Z drugiej zaś systemy ochrony zdrowia są coraz mniej wydolne. Młodzi i aktywni zawodowo ludzie mają utrudniony dostęp do lekarza, choćby dlatego że nie mogą wiele godzin czekać na wizytę. Podobnie jest z dostępem do specjalistów. Chociaż więk-

szości z nas to się nie podoba, taka sytuacja będzie powodowała przeniesienie odpowiedzialności za własne zdrowie z systemu ochrony zdrowia na nas samych. Istnieje też druga strona medalu. Niewłaściwie lub zbyt długo stosowane samoleczenie może być groźne, może negatywnie wpłynąć na naszą kondycję, prowadzić do powikłań zwłaszcza wtedy, gdy niewłaściwie połączymy różne specyfiki. Kluczem do minimalizacji tego ryzyka jest edukacja pacjenta i jego angażowanie w proces leczenia. Korzystanie z leków bez recepty zgodnie ze wskazaniami, rozważnie i odpowiedzialnie, nie tylko pozytywnie wpływa na stan naszego zdrowia, ale też przynosi istotne korzyści z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej. Wiedzę na temat samoleczenia powinniśmy czerpać z wiarygodnych źródeł – od lekarza, farmaceuty lub pielęgniarki, ponieważ informacje zawarte w ulotkach nie zawsze są dla nas zrozumiałe.

Polacy często leczą się na własną rękę, stosując leki bez recepty i suplementy diety w sposób niewłaściwy, narażając swoje zdrowie. Jakie błędy popełniamy najczęściej?

E. J.: Doskonałym przedstawieniem jest dekalog grzechów głównych opracowany przez PASMI. Stanowi on skondensowaną wiedzę dla każdego pacjenta, jakie są najczęstsze błędy przy stosowaniu leków i w jaki sposób można byłoby uniknąć:

- Nieczytanie ulotek dołączonych do leku i wyrzucanie ich po otwarciu opakowania.
- Jednoczesne przyjmowanie kilku różnych leków (inne nazwy handlowe) zawierających tę samą substancję czynną.
- Stosowanie leków pomimo przeciwwskazań opisanych w ulotce.
- Niewłaściwe stosowanie leków: przekraczanie zalecanych dawek: popijanie leków sokami, kawą, herbatą, podczas gdy leki należy popijać wodą.
- Długotrwałe stosowanie leków bez wyraźnych wskazań.
- Niesprawdzenie terminu ważności i przyjmowanie leków przeterminowanych.

- Kupowanie leków na zapas i bez konsultacji z farmaceutą.
- Podawanie dzieciom leków przeznaczonych dla dorosłych, w dawkach niedostosowanych do wieku i masy ciała dziecka (np. pół tabletki dla dorosłego).
- Nieodpowiednie przechowywanie leków (np. w miejscach nasłonecznionych, wilgotnych, o zbyt niskiej lub wysokiej temperaturze, w pobliżu substancji chemicznych).
- Wyrzucanie przeterminowanych lub niepotrzebnych leków do pojemników komunalnych lub kanalizacji miejskiej.

Dlaczego budowanie świadomości pacjenta na temat odpowiedzialnego samoleczenia jest tak istotne? Jaką rolę odgrywa w tym kontekście farmaceuta?

E. J.: Edukacja i zaangażowany pacjent to nie tylko ważny obszar w samoleczeniu, to również kluczowy parametr w prawidłowym funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Pacjent powinien być partnerem w procesie leczenia, powinien być świadomy postępowania terapeutycznego, działania zaleczonego leku, powinien rozumieć swoją współodpowiedzialność za efektywność leczenia. W podnoszeniu edukacji w zakresie bezpiecznego i odpowiedzialnego stosowania leków bez recepty ważną rolę pełni też farmaceuta. W procesie samoleczenia farmaceuta pełni funkcję informacyjną w pełnym zakresie farmakoterapii, prewencyjną w zakresie bezpieczeństwa farmakoterapii oraz jest obserwatorem i doradcą pacjenta. Pacjent podejmuje decyzję o samoleczeniu w sytuacji, gdy:

- objawy świadczą o pojawieniu się dolegliwości rozpoznanej przez chorego jako łagodna i możliwa do zwalczenia bez konsultacji lekarskiej (np. niestrawność, przeziębienie),
- objawy dotyczą dolegliwości wcześniej rozpoznanej przez lekarza, a preparaty zalecone przez lekarza są dostępne bez recepty,

Pierwszego zakupu dokonuje w aptece i wtedy dochodzi do kluczowej roli w zakresie wsparcia pacjenta w ocenie prawidłowości samodiagnozy.

Na poziomie weryfikacji diagnozy farmaceuta powinien ocenić poprawność zidentyfikowanych objawów i postawionego przez pacjenta rozpoznania. Konieczne jest uzyskanie następujących informacji dotyczących:

- Charakterystyki objawów, które zaniepokoiły pacjenta i skłoniły go do zakupu preparatu, w tym momentu pojawienia się objawów, czasu ich trwania i nasilenia,
- Źródła odniesienia, czyli sposobu, w jaki chorzy zweryfikowali chorobę,
- Zweryfikowania kompleksowości objawów (czy pacjent rozpoznał wszystkie objawy związane z daną jednostką chorobową, czy wystąpiły okoliczności powodujące rozwój choroby).

W przypadku których problemów ze zdrowie możemy mówić o tym, iż samoleczenie faktycznie jest dobrą decyzją, a kiedy niezbędna jest szersza diagnostyka i konsultacja z lekarzem?

E. J.: Z ogólnopolskiego badania Ipsos (Ipsos, 2010) wynika, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 73% respondentów korzystało z samoleczenia, ale jedynie dla 21% z nich było to wyłącznie samoleczenie, pozostałe 74% łączyło stosowanie leków OTC z wizytą u lekarza. Na samodzielne leczenie bez porady lekarskiej ankietowani decydowali się w przypadku łżejszej choroby i słabszego bólu (60%) oraz wcześniejszego doświadczenia (46%). Najpopularniejsze dolegliwości, które leczymy sami, to przeziębienie i grypa (63%), bóle głowy (48%), katar (45%), ból gardła (37%) oraz bóle kręgosłupa i stawów (18%). Trzy czwarte respondentów, wybierając sposób leczenia, korzysta z własnej wiedzy, ponad połowa z sugestii rodziny i znajomych, a tylko 40% ankietowanych konsultuje się z farmaceutą. Do najważniejszych powodów samoleczenia przy wykorzystaniu leków bez recepty Polacy zaliczyli brak konieczności wizyty u lekarza w celu uzyskania recepty (34%).

10 zasad bezpiecznego i odpowiedzialnego leczenia

Sprawdź skład leku

i zwracaj uwagę na nazwę substancji czynnej.

2



Zawsze czytaj ulotkę informacyjną dołączoną do opakowania.

Kupując leki w aptece

zawsze informuj farmaceutę o objawach chorobowych jakie odczuwasz i jak długo one trwają.

4

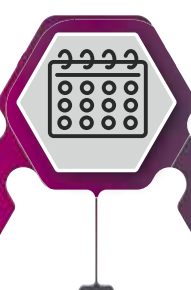


Przyjmuj lek zgodnie z opisaniem w ulotce dawkowaniem (punkt 3 ulotki).

Wszystkie leki przechowuj w bezpiecznym, chłodnym miejscu,

z dala od zasięgu dzieci najlepiej w zamkniętej na klucz apteczce.

6



Sprawdź termin ważności leku podany na opakowaniu. Nigdy nie zażywaj leków przeterminowanych.

Nie dziel blistra z tabletkami

na mniejsze części, gdyż termin ważności leku jest wytyczony tylko w jednym miejscu.

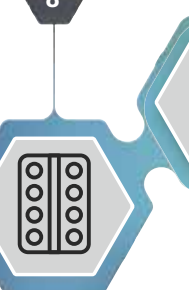
8



Wszystkie leki przechowuj w oryginalnych opakowaniach wraz z dołączoną ulotką.

Zawsze zgłaszaj lekarzowi lub bezpośrednio podmiotowi odpowiedzialnemu za obserwowane u siebie działania niepożądane.

10



Nie zażywaj leku, jeżeli opakowanie zewnętrzne, wewnętrzne, jak i sam wygląd leku budzą Twoje podejrzenia (np. inny kolor, czcionka, rodzaj opakowania, przebarwienia, rozwarstwienia tabletek)



Niestety, w czasie epidemii COVID-19 w Polsce zmniejszyła się liczba nowych pacjentów z kartą DiLO

Dr hab. Adam Maciejczyk

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii

Onkologia w potrzebie

Epidemia COVID-19 wymusiła wprowadzenie nowych procedur bezpieczeństwa w opiece onkologicznej. Pewnie zmiany przyspieszyła, jak np. stosowanie teleporad. Z rozwiązań e-medycyny zapewne będziemy korzystać na szerszą skalę także po jej zakończeniu. Natomiast czeka duża fala nowych pacjentów z chorobami nowotworowymi, która wymusi zmiany w zakresie organizacji i zarządzania opieką onkologiczną.

Pacjenci chorzy na nowotwory są szczególnie narażeni na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 i powikłania z nim związane. Dlatego od początku epidemii szpitale onkologiczne pracowały w ostrym reżimie sanitarnym. Uruchomiono dodatkowe kanały komunikacji, a część wizyt w poradniach była organizowana w formie telekonsultacji. Wizyty w szpitalach podlegały dodatkowym obostrzeniom. Niestety, w czasie epidemii COVID-19 w Polsce zmniejszyła się liczba nowych pacjentów z kartą DiLO. Spadek liczby kart rozpoczął się już w marcu 2020 r., a w maju sięgał nawet 50 proc. Pacjenci rezygnowali z wizyty u lekarza w obawie przed zakażeniem koronawirusem. Tymczasem choroba postępuje, a na nowotwory w bardziej zaawansowanym stadium rozwoju zmniejszają szansę na wyleczenie. Na szczęście powoli następuje odmrażanie onkologii m.in. w zakresie badań profilaktycznych.

Największym wyzwaniem będzie teraz sprawne zarządzanie nowymi i wcześniej odwołanymi wizytami w szpitalach, przy

zachowaniu wszystkich procedur bezpieczeństwa sanitarnego. Przede wszystkim nadal musimy prowadzić diagnostykę personelu medycznego w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Pamiętajmy, że zakażenie osoby personelu medycznego oznacza wyłączenie danego zespołu czy oddziału na 2 tygodnie. Jednak systematyczne testowanie personelu zapobiega paraliżowi całego szpitala.

Kluczowe jest zarządzanie kolejkami do poradni onkologicznych, które z pewnością się pojawią. Tutaj również obowiązują nas procedury sanitarne, m.in. w poczekalniach pacjenci muszą mieć zapewniony odstęp między sobą i powinni przychodzić bez osób towarzyszących. W tym celu należy prowadzić elektroniczne umawianie wizyt oraz zarządzać nimi w taki sposób, aby pacjenci nie tłoczyli się na szpitalnych korytarzach. Tam, gdzie to możliwe należy utrzymać wizyty w formie telekonsultacji, a kontakt bezpośredni z pacjentami ograniczyć do niezbędnego minimum. Chodzi np. o udostępnianie wyników badań, czy

udzielanie informacji w sprawie kolejnych wizyt – wszystkie te czynności z powodzeniem można realizować w trybie zdalnym. Nieoceniona jest tutaj pomoc koordynatorów opieki onkologicznej, którzy są w stałym kontakcie ze swoimi pacjentami. Epidemia pokazała, że pacjenci, którzy mieli stały kontakt z koordynatorem bądź lekarzem prowadzącym, lepiej znosili stres spowodowany niepewną sytuacją.

Ważnym elementem jest również odpowiednia organizacja pracy personelu medycznego. Już na początku epidemii Polskie Towarzystwo Onkologiczne rekomendowało wprowadzenie zmianowego trybu pracy w szpitalach onkologicznych. Zapobiega to ewentualnemu zakażeniu wszystkich pracowników. Zalecamy także wprowadzenie tzw. triażu, który pomaga w kwalifikacji pacjentów do zabiegów chirurgicznych. W przeddzień planowanej hospitalizacji szpital kontaktuje się z pacjentem i przeprowadza wywiad epidemiczny (ogólne samopoczucie, czy występuje gorączka, czy pacjent był na kwarantannie w ciągu ostatnich 5 dni).

Personel przekazuje pacjentowi informacje dotyczące procedury przyjęcia. W dniu przyjęcia pacjent ma mierzoną temperaturę, wykonaną morfologię oraz ocenę limfocytozy. Jeśli limfocytoza jest prawidłowa pacjent ma wykonywane TK klatki piersiowej bez kontrastu. W przypadku ujemnych wyników następuje przyjęcie na oddział. Pacjenci powinni przychodzić szpitala na konkretną godzinę, a nie wszyscy na raz. Maksymalne grupy to 5-7 osób. Ponadto modyfikowane muszą być godziny pracy poradni, pracowni i oddziałów. Wydłuża się ich prace, aby przyjmować pacjentów zgodnie z wymogami sanitarnymi.

Wszystkie te zmiany oznaczają wzrost kosztów opieki onkologicznej, co dla szpitali onkologicznych jest ogromnym wyzwaniem. Trzeba przeznaczać środki na zabezpieczenia sanitarne i dodatkowe narzędzia informatyczne, usprawniające przyjmowanie pacjentów. W związku z tym bardzo potrzebne jest wsparcie finansowe polskiej onkologii, aby utrzymać ciągłość i bezpieczeństwo opieki onkologicznej.

Lecz się z głową

Dlaczego świadomy pacjent jest kluczowy dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia?

Na to pytanie odpowiadają Dr hab. Anna Staniszevska i Dr hab. Dominik Olejniczak z Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani.



Dr hab. Anna Staniszevska

Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani

Powodzenie procesu terapeutycznego zależy nie tylko od funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i pracy personelu medycznego, ale przede wszystkim od zaangażowania samego pacjenta. Wskazuje na to również Światowa Organizacja Zdrowia. Co niezwykle istotne, wszyscy korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej powinni znać chociaż podstawowe prawa pacjenta oraz odpowiednio z nich korzystać. Wyedukowany pacjent, zainteresowany sta-

nem własnego zdrowia ma realny wpływ na przebieg procesu leczenia. Świadomy, odpowiedzialny pacjent, po rozpoznaniu u siebie znanych sobie objawów, wie w jaki sposób właściwie i racjonalnie zażywać leki samodzielnie, a w jakiej sytuacji powinien niezwłocznie zgłosić się do lekarza. Umie przygotować się do wizyty lekarskiej, m.in. poprzez spisanie listy przyjmowanych leków, zalecanych przez innych lekarzy, jak i stosowanych samodzielnie. Podczas wizyty potrafi komunikować się z lekarzem, informuje o odstępstwach od terapii, zgłasza działania niepożądane leków, nie boi dopytywać się o szczegóły, a także współuczestniczy w podejmowaniu decyzji w przebiegu terapii, efektywnie współpracując z personelem medycznym. Współodpowiedzialność za zdrowie obejmuje także jego ochronę i wzmacnianie poprzez właściwe zachowania zdrowotne. W przypadku choroby odpowiedzialny pacjent stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących dawki leku, pory oraz sposobu jego przyjmowania, a także czasu trwania terapii. Ważnym aspektem jest również świadomość pacjenta na temat konieczności odwoływania wizyty wobec niemożności skorzystania z niej. Świadomy i odpowiedzialny pacjent jest immanentną częścią każdego, dobrze funkcjonujące-

go systemu ochrony zdrowia, dlatego też jednym z celów polityki zdrowotnej jest edukacja społeczeństwa w tym zakresie. Jako modelowy przykład edukacji pacjenta może posłużyć inicjatywa Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani, która kierując się swoją misją, przeprowadziła warsztaty „Przewietrz Apteczkę!”. W trakcie 35 spotkań w całej Polsce, wyedukowanych zostało ponad 1500 seniorów. Działania były prowadzone równolegle w mediach społecznościowych, w których treści były kierowane do osób młodych. W ramach warsztatów wyjaśniano jak postępować z lekami przeterminowanymi, jak przechowywać leki oraz jak prawidłowo je zażywać, by terapia była skuteczna i bezpieczna. W trakcie spotkań również omówiono w jaki sposób współodpowiedzialny za zdrowie pacjent wpływa na system ochrony zdrowia. Rozmawiano o tym jak powinna wyglądać komunikacja z lekarzem oraz w jaki sposób należy się przygotować do wizyty lekarskiej, aby zjawisko adherence i compliance było na wysokim poziomie. W ramach akcji została przygotowana i bezpłatnie dystrybuowana publikacja „Abecadło lekowe”. W tym materiale edukacyjnym zawarte zostały podstawowe informacje z zakresu bezpiecznej farmakoterapii i komunikacji z lekarzem, zaś w kolejnym opra-



Dr hab. Dominik Olejniczak

Zakład Zdrowia Publicznego,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani

cowaniu pt.: „Suplementarz” wyjaśniono różnice między suplementami diety i lekami, omówiono grupy populacji mogące wymagać dodatkowej suplementacji oraz opisano główne grupy witamin i składników mineralnych. Wszystkie materiały są dostępne na stronie www.obywatelezz.pl. Wyedukowany pacjent, jest osobą współodpowiedzialną za zdrowie swoje i innych oraz cennym ogniwem systemu ochrony zdrowia.