

Top Medical Trends

LIDERZY OPINII – LEKARZOM PRAKTYKOM

Środa | 19 STYCZNIA 2011

Dodatek specjalny

Co nowego w medycynie

To jedno z najważniejszych wydarzeń środowiska lekarskiego w naszym kraju. Odbywający się co roku w marcu Kongres Top Medical Trends jest wyjątkową okazją do poznania najnowszych trendów ze świata medycyny, prezentowanych przez wybitnych polskich naukowców. W tym roku do Poznania przyjedzie ponad 80 ekspertów, którzy poprowadzą wykłady. Przedstawią informacje z kongresów światowych. W programie są również warsztaty oraz dyskusje umożliwiające lekarzom rodzinnym pogłębienie wiedzy.

Organizatorami kongresów TMT są Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu oraz Wydawnictwo Termedia.

– W 2006 roku podjąłem z prezesem Januszem Michalakiem z Wydawnictwa Termedia rozmowy dotyczące zorganizowania dużego kongresu naukowego, który odbywałby się raz w roku, a podczas którego byłyby prezentowane aktualne standardy diagnostyki i terapii możliwie jak największej ilości jednostek chorobowych, tak aby lekarze, wracając po tym kongresie, mogli niemal od zaraz wdrażać je w życie – mówi prof. Andrzej Steciwko, przewodniczący Komitetu Naukowego, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. – Wtedy też utworzyliśmy podtytuł tych kongresów, który do dzisiaj brzmi „Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka”.

– Naszym największym problemem jest nadmiar wiedzy, a nie jej brak. Zadaniem takiej firmy jak nasza jest porządkowanie wiedzy. I właśnie w tej sferze widzę ogromny sukces kongresu – deklaruje Janusz Michalak, prezes Wydawnictwa Termedia.

Organizatorzy chętnie podkreślają również, że podobne spotkanie służące przekazywaniu wiedzy jest ewenementem na skalę europejską.

Kongres Top Medical Trends odbędzie się w Poznaniu już po raz piąty. Ten mały jubileusz stwarza okazję do podsumowań: z roku na rok rośnie liczba biorących w nim udział lekarzy, w pierwszym kongresie, w 2007 roku było ich 2800, teraz będzie ok. 4300. Sprawdziła się też formuła: „Co nowego w diagnostyce i terapii”, a także sposób jej realizacji – najlepsi specjaliści, wśród nich konsultanci krajowi i wojewódzcy z różnych dyscyplin i specjalności medycznych, a także przewodniczący medycznych towarzystw naukowych – przedstawiają nowości ze swoich podwórek. Kongres gościł również naukowców światowej sławy – m.in. prof. Hilarego Koprowskiego, twórcę szczepionki na polio.

Tegoroczny V Jubileuszowy Kongres Top Medical Trends 2011 przypada w szczególnym momencie. Wpisuje się w cykl uroczystości związanych z 60-leciem Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

–Piotr Kościelniak, Krzysztof Kowalski

Kongres Top Medical Trends odbędzie się w dniach
11 – 13 marca 2011 w Poznaniu.
Więcej informacji www.topmedicaltrends.pl

V Jubileuszowy Kongres

**TOP
MEDICAL
TRENDS
2011**

Poznań, 11–13 marca

Biuro organizacyjne:
Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl



Stacja przekaźnikowa wiedzy

Rozmowa | Prof. Andrzej Steciwko, przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresu, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Tłoczno, gwarno – takie wrażenie odnosi postronny obserwator kongresu. Oficjalne dane mówią o tysiącach uczestników? Czy istnieje jakiś klucz ich doboru, a jeśli tak – jaki?

ANDRZEJ STECIWKO: Klucz wręczyło nam samo życie. Kongres zorganizowany jest z myślą o lekarzach rodzinnych i pierwszego kontaktu. Toteż siłą rzeczy oni stanowią gros uczestników. Ale ponieważ tacy lekarze napotykają na co dzień w swojej pracy najróżniejsze problemy zdrowotne, dlatego na kongresie omawiane są zagadnienia z dziedziny okulistyki, urologii, ginekologii, laryngologii, chirurgii, ortopedii i tak dalej, i tak dalej, wszystkich wymienić nie sposób. Ale, jak widać, formuła kongresu jest otwarta, nienakierowana na jedną, a nawet kilka grup specjalistycznych. Organizatorom Top Medical Trends po prostu zależy na tym, aby z tego spotkania skorzystało jak najszersze grono.

Jak szerokie w praktyce?

Do Poznania przyjedzie około 4300 uczestników. I nie jest tak, że przybywają rano, wysłuchują wykładu ze swojej specjalności i wieczorem już ich w Poznaniu nie ma. Odwrotnie, pobyt przeciągają jak najdłużej, są w wielu miejscach. Dość powiedzieć, że w momencie zamykania kongresu w Poznaniu jest jeszcze około 800 uczestników.

Do Poznania przyjeżdżają medycy z całej Polski. Ale czy daje się zauważyć jakiś rozkład geograficzny, czy są rejony kraju wiodące pod tym względem?

I tak, i nie. Oczywiście, że najwięcej osób przybywa z Warszawy, Gdańska, Wrocławia, Krakowa, ale nic w tym dziwnego, ponieważ są to najludniejsze aglomeracje w Polsce i – siłą rzeczy – w miastach wojewódzkich, akademickich pracuje w nich najwięcej lekarzy. Ale nie oznacza to, że w mniejszych i całkiem małych ośrodkach nic nie wiedzą o Top Medical Trends, przeciwnie, wiedzą bardzo dobrze, przyjeżdżają więcej niż chętnie, ba, zapisują się na kolejny kongres już w chwili zamykania poprzedniego. Uczestnictwo w tym kongresie jest wręcz w modzie, jest trendy. Jeśli nawet jest to forma swego rodzaju snobizmu, to daj nam Boże w Polsce jak najwięcej takich snobów.

Co kongres oferuje tym entuzjastom?

Bazą są wykłady, w sumie 25 – 27 godzin. Ale ponieważ żaden wykład nie jest w stanie wyczerpać tematu, bezpośrednio po nich, już poza salą wykładową, odbywają się spotkania, dyskusje z wykładowcami, ekspertami. Z reguły trwają one od jednej do dwóch godzin. Każdy, kto ma wątpliwości, komu coś umknęło lub chce poznać więcej szczegółów, może o to pytać. Ta formuła sprawia, że lekarz z gminnego ośrodka zdrowia staje twarzą w twarz ze sławą światową i rozmawia z nim według swojego scenariusza, pyta, o co chce.

A jeżeli lekarz nie zdoła dopytać o wszystko podczas dyskusji lub nie zdąży zanotować na wykładzie, co wtedy?

Wówczas jeszcze ma do dyspozycji komplet wykładów udostępnionych



I jeszcze jedno, ostatnie, ale nie najmniej ważne: z punktu widzenia organizatorów spotkania takie mają wielką, choć trywialną zaletę – nie blokują sal wykładowych i nie zmuszają do wprowadzania limitu czasowego.

Jak organizatorzy radzą sobie z naborem wykładowców?

Może to się wydać dziwne, ale nie mamy z tym kłopotów. Zapraszamy najlepszych specjalistów, konsultantów krajowych, prezesów zarządów głównych medycznych towarzystw naukowych, ludzi znanych, a więc zapracowanych i zajętych. A jednak z reguły nam nie odmawiają, znajdują czas. Podejmują się rzeczy bardzo trudnej, jaką jest przedstawienie w czasie jednego wykładu – podkreślam: nie dłużej niż 40 minut – kompendium obejmującego nowości z zakresu diagnostyki i terapii w danej dyscyplinie medycznej. Trzeba dużo wiedzieć i dobrze się przygotować, żeby w tak krótkim czasie przekazać wytyczne dotyczące diagnostyki i terapii, zaprezentować wchodzące w życie nowe standardy. Na szczęście sporo jest takich, którzy to potrafią. Nie na darmo motyw przewodni kongresów Top Medical Trends brzmi: „liderzy opinii – lekarzom praktykom”. Autorzy medyczne występujące z referatami na międzynarodowych kongresach, publikujące w renomowanych czasopiśmie, przekazują wiedzę z tzw. najwyższej półki tym, którzy jako pierwsi stykają się z pacjentami.

drukami, zapewnia to specjalistyczne wydawnictwo Termedia, współorganizator kongresu.

Spotkania po wykładach sprawiają wrażenie żywiołowych.

Bo też takie mają być. Na tej żywiołowości nie tracą merytorycznie. Uczestnikom zapewniają osobiste kontakty. Lekarze z gminnych ośrodków wymieniają wizytówki z profesorami akademii medycznych. Potem, w ciągu roku, w codziennej praktyce, kontakty te okazują się bezcenne. Lekarz rodzinny dzwoni do konsultanta krajowego, swojego znajomego, z którym w Poznaniu dysktował przez kwadrans po wykładzie, i z pierwszej ręki dowiaduje się o specjalistycznych laboratoriach, wybitnych specjalistach w różnych ośrodkach w kraju, do których w razie potrzeby może skierować swoich pacjentów. Po kongresie w Poznaniu sławy lekarskie występujące w telewizji, udzielające wywiadów prasie są osobistymi znajomymi lekarzy z prowincji, z wszystkimi wynikającymi z tego konsekwencjami. Nie sposób tego przecenić.

Trudno sobie wyobrazić, aby w czasie 40 minut przekazać światowe nowości z dziedziny kardiologii...

To prawda. Są takie zagadnienia, na przykład z zakresu kardiologii czy nadciśnienia tętniczego, w których dzieje się tak dużo, że jeden ekspert nie jest w stanie ich zaprezentować. Wtedy angażujemy dwóch, trzech, aby byli w stanie opanować natłok informacji napływających z Europy i świata. Zdajemy sobie sprawę, jak trudne, a czasami wręcz karkołomne jest to zadanie. Dlatego podczas każdego kongresu Top Medical Trends wręczamy wykładowcom pamiątkowe medale, na każdym kongresie inne.

Liderzy opinii przywożą lekarzom praktykom wieści ze świata; czy nie pobrzmią to nieco prowincją, zacofaniem?

Absolutnie nie. Polscy lekarze, od tych gminnych do profesorów, wcale nie muszą posypywać głów popiołem. Nie są lekarzami „drugiego rzutu”. Poziom kształcenia w polskich uczelniach nie odbiega od standardu światowego, nasi lekarze uczestniczą poza granicami w konferencjach – co właśnie znakomicie pokazuje kongres Top Medical Trends, uczestniczą w pracach międzynarodowych zespołów badawczych, publikują w renomowanych czasopiśmie. Dlatego nie może być mowy ani o rzeczywistej niższości, ani o kompleksie niższości. A tak na marginesie, takiej imprezy jak poznańskie kongresy Top Medical Trends świat może nam tylko pozazdrościć.

– rozmawiał Krzysztof Kowalski

Organizatorzy



terMedia
wydawnictwa
medyczne



KARDIOLOGIA | Pierwsze leki zmniejszające blaszkę miażdżycową, stenty biodegradowalne, przezskórne wszczepianie zastawek – to tylko niektóre z wielu nowości, jakie pojawiły się w ostatnich latach

Postęp dokonał się nie tylko w terapii chorób układu krążenia, ale również w ich diagnozowaniu. – Dzięki nowoczesnej aparaturze, m.in. wielonarządowej tomografii komputerowej i rezonansowi magnetycznemu jesteśmy w stanie wykrywać je w naprawdę wczesnych stadiach rozwoju – mówi prof. Waldemar Banasiak, kierownik Ośrodka Chorób Serca w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. W ten sposób

można na przykład zdiagnozować pierwotne schorzenia mięśnia sercowego, czego lekarze nie potrafili zrobić klasycznymi metodami (EKG, koronografia, badania radiologiczne). Urządzenia te mogą być również wykorzystywane w oszacowaniu ryzyka i korzyści zabiegów kardiologicznych jeszcze przed ich przeprowadzeniem. W Polsce kardiologowie stosują je od kilku lat. Niestety, stwarza to też nowe problemy. Na wczesnym etapie choroby pacjenci nie odczuwają jeszcze dolegliwości. A w związku z tym nie ma

motywacji do zmiany trybu życia czy regularnego stosowania leków.

Bań na masowego zabójcę

Arsenał leków w ostatnim czasie się powiększył. – Triumfem farmakoterapii jest udowodnienie, że statyny, tj. atorwastatyna i rosuwastatyna, są w stanie nie tylko zahamować proces narastania blaszki miażdżycowej, ale także doprowadzić do jej regresji – ocenia prof. Banasiak. Pod ich postacią lekarze otrzymali skuteczną broń do walki z miażdżycą, nazywaną – z racji swojej masowości – głównym zabójcą ludzkości. Jak wynika z badań, przyjmowanie tej grupy leków zmniejsza o 30 proc. ryzyko śmierci, zawału serca i udaru. Stosować je bezterminowo powinny osoby z chorobą wieńcową, po zawale

serca i udarze, z miażdżycą kończyn dolnych i cukrzycą. Tylko w naszym kraju to kilka milionów osób. Niestety, terapia jest stosunkowo droga, w związku z czym znajduje się poza zasięgiem finansowym wielu pacjentów.

Podobnie rzecz ma się z innym nowatorskim lekiem – dabigatranem. Jest on stosowany u chorych z migotaniem przedsionków w celu przeciwdziałania powikłaniom zakrzepowatorem, zwłaszcza w postaci udaru mózgowego. Dotychczas wykorzystywane leki, tzw. antagoniści witaminy K, powodowały szereg działań ubocznych, m.in. powikłania krwotoczne. Nie mówiąc o tym, że wchodziły w niekorzystne interakcje z innymi farmaketykami. Dabigatran jest bezpieczniejszy w użyciu, a także bardziej skuteczny w działaniu, a więc w redukcji udarów. Po-

twierdziły to badania opublikowane w 2010 roku.

„Sprężynki” kolejnej generacji

Nadzieja w postaci nowych leków przeciwpłytkowych pojawiła się dla osób po zawale mięśnia sercowego, z cukrzycą, czy po wszczepieniu stentów. Jeszcze do niedawna mieli oni do wyboru zaledwie dwa leki: klopidogrel (stosowany do roku po zdarzeniu) i kwas acetylosalicylowy (zażywany najczęściej do końca życia). Niedawno pojawiły się dwa kolejne: prasugrel (od dwóch lat na rynku) i tika-grelor (rejestracja na wiosnę). Zdaniem prof. Waldemara Banasiaka są zupełnie nową i skuteczną opcją terapeutyczną.

Ostatnie lata upłynęły w kardiologii na walce o wydłużenie życia pacjentów z niewydolnością serca. To głównie ludzie

Serce pod nowoczesną

Zależy nam na wykładowcach z osobowością

Rozmowa | Janusz Michalak, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego TMT, prezes zarządu Wydawnictwa Termedia

Kongres TMT to jedna z najważniejszych imprez w kalendarzu medycznym w naszym kraju. Skąd pomysł, żeby podobną konferencję organizować?

JANUSZ MICHALAK: Pierwotny pomysł zrodził się w naszym wydawnictwie. Aktywnie działamy w kilku dziedzinach medycyny, wydajemy prawie 30 czasopism. Myśleliśmy zatem, w jaki sposób scalić tę wiedzę specjalistyczną i przekazać ją lekarzom pierwszego kontaktu. Wpadliśmy na pomysł zorganizowania na początku roku kongresu naukowego, podsumowującego najważniejsze trendy medyczne.

Z taką propozycją pojechaliśmy do prof. Andrzeja Steciwki, który twórczo rozwinął przedstawioną mu ideę. W rozmowie z profesorem zrodził się nowatorski kształt kongresu, i dlatego uznajemy go za nasze wspólne dzieło. Udało się to zrobić tak, że z jednej strony mamy przegląd najważniejszych wydarzeń z ubiegłego roku, a z drugiej możliwość dyskusji z prelegentami. No i pamiętajmy, że jest to kongres medyczny otwierający nowy rok i pokazujący również nowe trendy.

Dlaczego akurat Poznań, a nie na przykład Warszawa? I skąd w tym wszystkim udział Akademii Medycznej we Wrocławiu?

Dlatego Poznań, że nasze wydawnictwo ma siedzibę w Poznaniu. Tutaj wydajemy czasopisma specjalistyczne, kilkadziesiąt książek medycznych rocznie, organizujemy wiele konferencji i kongresów. W Poznaniu jest też bardzo silny ośrodek naukowy – Akademia Medyczna. Udział Akademii Medycznej we Wrocławiu to efekt współpracy

z prof. Steciwką, przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Muszę też przyznać, że od lat pracujemy z wieloma liderami nauki z Wrocławia.

Niektórzy mówią, że TMT to taki kongres wiadomości z drugiej ręki – specjaliści prezentują lekarzom to, co sami usłyszeli na światowych kongresach

– Nie widzę w tym zarzutu. Naszym największym problemem jest nadmiar wiedzy, a nie jej brak. Zadaniem takiej firmy jak nasza jest porządkowanie wiedzy. I właśnie w tej sferze widzę ogromny sukces kongresu. Oczywiście, można powiedzieć, że teoretycznie lekarze powinni jeździć na wszystkie kongresy na całym świecie. Ale przecież to absurd, tak się przecież nie da.

Zresztą wykładowcy przedstawiają swoje autorskie koncepcje. To nie jest tak, że wychodzi fachowiec i na zimno przedstawia, co służyć na świecie. Wykładowcy mówią, co ich zdaniem jest ważne. W sposób subiektywny przedstawiają najważniejsze trendy. Dlatego zależy nam na wykładowcach, którzy mają osobowość, są liderami. Dzięki takiej formule kongresu lekarze rodzinni po prostu mają łatwiej.

No właśnie – osobowości. Czy trudno jest zgromadzić tylu świetnych fachowców – bo przecież są to m.in. konsultanci krajowi w wielu dziedzinach – w jednym miejscu?

Przyznam szczerze: to jest bardzo trudne. Liderzy opinii w swoich dziedzinach są wprost rozrywani przez organizatorów różnych imprez edukacyjnych. Mają kalendarze zapelnione na wiele lat naprzód. I dlatego tym bar-



dziej się cieszyć, że nasz kongres ma na tyle dużą renomę, że zawsze w marcu ci liderzy mają czas na przyjazd do Poznania.

Najtrudniej było na początku. Pierwszy kongres był złożonym i ryzykownym przedsięwzięciem. Postawiliśmy na szali pieniądze, pozycję, autorytet profesora Steciwki. Pierwsza edycja okazała się wielkim sukcesem. Drugi kongres był już łatwiejszy, a teraz ranga imprezy już się utrwała. Przyznaję, że obecnie nie mamy wielkich problemów ze zgromadzeniem wykładowców. W tym roku będzie ich aż ponad 80. Prawie wszyscy są znani naszemu wydawnictwu z innych

rodzajów współpracy. Jednak ogromna w tym zasługa autorytetu profesora Steciwki, który jest niekwestionowanym liderem środowiska, w roku ubiegłym został wybrany Człowiekiem Roku w Ochronie Zdrowia, a takim osobowościom się po prostu nie odmawia.

W kongresie weźmie udział blisko 4 tys. lekarzy. Czy wiadomo, jaka tematyka cieszy się największym powodzeniem?

– Nie chcemy robić tego kongresu w taki sposób, aby ciągle walczyć o to, by uczestników było coraz więcej. Oferta edukacyjna jest przecież bardzo szeroka.

Szacujemy, że rzeczywiście zainteresowanych naszym kongresem jest 3 – 4 tys. lekarzy. Ta liczba oczywiście urośnie, w miarę jak będzie przybywać lekarzy rodzinnych. Na razie jest ich po prostu za mało.

Jeżeli chodzi o tematykę, to odpowiedź jest złożona. Nie chcieliśmy robić wielu różnych sesji tematycznych, bo celem kongresu jest przedstawienie wiedzy w jednym miejscu, w pigułce. I na tej sesji plenarnej pojawia się mnóstwo ludzi. Są też oczywiście sesje satelitarne. Ale prawda jest taka, że wszyscy lekarze rodzinni chcą wiedzieć, co nowego dzieje się w kardiologii, pediatrii, reumatologii, ogólnie mówiąc w dziedzinie chorób wewnętrznych. Co zaskakujące, sporym zainteresowaniem cieszą się też wykłady na przykład z neurochirurgii. Przecież nie dlatego, żeby te informacje stosować w praktyce, ale po to, żeby wiedzieć.

Ważne jest, że po danej sesji ludzie czujący niedosyt, chcąc podyskutować, mogą iść do osobnych pomieszczeń i bez ograniczeń zadawać pytania, wymieniać się doświadczeniami. Takie spotkania cieszą się ogromnym zainteresowaniem i nierzadko trwają nawet ponad dwie godziny.

Sesje, spotkania, trendy – wszystko brzmi świetnie, ale czy to się jakoś przekłada na praktykę medyczną w Polsce?

– Mamy wiele pozytywnych sygnałów, że to ciekawy i potrzebny kongres. Ale na tak postawione pytanie mogę tylko odpowiedzieć anegdotą. Podczas jednej z sesji kardiologicznych jeden z uczestników zasłabł. Pierwsza rzuciła się go ratować pani

doktor pierwszego kontaktu, a nie będący na miejscu specjaliści. Udało się uratować człowieka, czyli jak pan widzi, przełożenie na praktykę jest.

Kiedy patrzę na ramowy program kongresu, widzę, że ta wiedza jest bardzo skomplikowana. Czy nie ma pan obaw, że informacje przekazywane polskim lekarzom będą zbyt ogólnikowe? Że to wszystko będzie wiedza powierzchniowa?

– Lekarzowi pierwszego kontaktu nie jest potrzebna w praktyce zawodowej bardzo szczegółowa wiedza o genach, receptorach, bo on tego nie wykorzysta. Tacy lekarze w rzeczywistości potrzebują tylko najważniejszych rzeczy i tę wiedzę my im dostarczamy.

To teraz trochę o tym, co się dzieje na kongresie poza edukacją i nauką. W tym roku rozrywkę zapewnia m.in. zespół Perfect, wcześniej był Boney M. Jak ich namówiliście na przyjazd na imprezę lekarzy?

Oni bardzo chętnie jeżdżą na imprezy medyczne, bo lekarze po prostu potrafią się bawić. Najpierw mamy uroczystą inaugurację. W tym roku uświetni ją występ teatru Broadway.

Z rozrywkowego punktu widzenia najważniejszym momentem jest jednak gala diner, podczas której występują atrakcyjne zespoły muzyczne. Aż serce rośnie, gdy patrzy się jak ponad 2 tysiące ludzi tańczy i śpiewa razem z zespołem. Lekarze są chyba jedyną grupą zawodową, która musi ustawnie się dokształcać. Po wielu godzinach spędzonych na sali wykładowej należy się im relaks.

– rozmawiał Piotr Kościelniak

ochroną

starsi w końcowym etapie różnorodnych schorzeń kardiologicznych. Pomóc im może m.in. eplerenon. Jego stosowanie zmniejsza prawdopodobieństwo nasilenia się niewydolności serca i ryzyko zgonu z powodu zawału serca lub w przebiegu zaawansowanej niewydolności serca. Z terapii nim (lek jest obecny na rynku od kilku lat) mogłyby skorzystać dziesiątki tysięcy osób. Na przeszkodzie stoi jednak zaporowa cena: kilkaset złotych miesięcznie.

Ogromny rozwój następuje także w dziedzinie kardiologii interwencyjnej. Stoi za nim wprowadzanie kolejnej generacji stentów. Pierwsze „sprężynki” wszczepiane w celu przywrócenia drożności naczyń wykonane były z metalu. Jako że organizm rozpoznawał je jako substancje obce, dochodziło do ich zarostania. Aby temu za-

pobiec, stenty kolejnej generacji zostały pokryte lekami. Najnowsze stworzone są z materiału biodegradowalnego. Innymi słowy, wchłaniają się po wygojeniu zmiany w naczyniu.

Biodegradowalne stenty wszczepiane są w naszym kraju od około roku w ramach międzynarodowych badań klinicznych, nosi je już kilkuset Polaków. Jeśli kolejne badania potwierdzą, że ich stosowanie niesie większe korzyści niż wszczepianie stentów powlekaných, to zdaniem specjalistów staną się bardziej powszechne w użyciu.

Za drogą dla emeryta

– To niebywale osiągnięcie. Sam byłem pod ogromnym wrażeniem przebiegu tego zabiegu – w ten sposób kierownik wrocławskiego Ośrodka Chorób Serca WSK mówi na temat przeszłokórnej implantacji zastawki aortalnej. Stosowana jest ona u osób, w przypadku których ryzyko wynikające z klasycznego zabiegu, jakim jest otwarcie klatki piersiowej, przewyższa korzyści. W związku z tym, że do uszkodzenia zastawek dochodzi wraz z wiekiem, dotyczy to starszych pacjentów. Zabieg polega na wprowadzeniu w okolice pachwiny cewnika do tętnicy udowej. Wędruje on do serca i poprzez niego wprowadza się sztuczną zastawkę, którą następnie umieszcza się w miejscu zmiażdżonej zastawki pacjenta.

Wspólnym mianownikiem wszystkich tych nowości jest wysoka cena. To ona stanowi główną barierę ich powszechnego stosowania. W przypadku leków potęguje to fakt, że pacjent kardiologiczny naraz używa zazwyczaj kilka środków. Jeśli koszt terapii tylko jednym z nich wynosi kilkaset



• Prototyp polskiego robota kardiologicznego

złotych, to łatwo obliczyć, że to wydatek przekraczający budżet przeciętnego polskiego emeryta. Tym bardziej że musi być on leczony do końca swo-

jego życia. Prof. Waldemar Banasiak ma jednak dobrą wiadomość. – Wszystkie nowe terapie z początku są bardzo drogie – tłumaczy. – Z czasem

tanieją. Choćby dlatego, że wygasają patenty i pojawiają się leki generacyjne.

– Izabela Filc Redlińska

Nowotwór bardziej osobisty

ONKOLOGIA | Terapie celowane i lepiej dopasowane indywidualnie do pacjenta – tak będzie wyglądać przyszłość leczenia raka. Umożliwiają to nowe techniki diagnostyczne oraz dostępne już, a także opracowywane właśnie cząsteczki

Każdy nowotwór to indywidualny przypadek – przekonują onkolodzy. Wykrywanie specyficznych cech molekularnych i genetycznych konkretnej tkanki rakowej umożliwia precyzyjne dobranie leczenia, które będzie bardzo skuteczne, a jednocześnie mało toksyczne dla całego organizmu pacjenta. Drugim trendem jest dopasowanie terapii do konkretnego człowieka – w tym innych chorób, na które może cierpieć.

Najważniejszym kierunkiem we współczesnej onkologii jest wykorzystanie diagnostyki molekularnej i genetycznej – mówi prof. dr hab. med. Wiesław Jędrzejczak, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – Dzięki tym technikom ustaliliśmy m.in., że choroby nowotworowe krwi znacznie różnią się genetycznie. To stało się podstawą do nowego podziału tych schorzeń. Kiedyś była po prostu ostra białaczka szpikowa, a teraz jest kilkadziesiąt różnych chorób. Jednocześnie techniki te umożliwiły wprowadzenie terapii celowanych.

– Dziś tych celów w leczeniu nowotworów krwi jest już bardzo dużo. Ale zaczęło się od leku

imatinib będącego inhibitorem kinaz tyrozynowych – tłumaczy specjalista.

Imatinib (znany pod nazwą Glivec) wykorzystywany był początkowo wyłącznie w walce z przewlekłą białaczką szpikową, a także z białaczką u osób niekwalifikujących się do przeszczepu. Później okazało się, że ten sam lek jest również skutecznym w leczeniu nowotworów podścieliskowych jelita (tzw. GIST).

– Od tego czasu podobnych leków przybyło. I są stosowane w wielu schorzeniach nowotworowych – dodaje prof. Jędrzejczak.

Jedną z technik, które umożliwiły precyzyjne „trafianie” w słabe punkty nowotworów i precyzyjne określenie, które leki będą skuteczne, było wprowadzenie do użytku mikromacierzy DNA. Pozwalają one jednocześnie badać nawet kilkaset genów i wysnuwać na tej podstawie wnioski o dokładnym rodzaju choroby oraz skuteczności leków.

Większość metod terapii celowanych jest stosowanych w hematologii – tłumaczy prof. Wiesław Jędrzejczak, krajowy konsultant w tej dziedzinie. – Akurat tu jest to szczególnie wskazane ze względu na charakter nowotworów. Bardzo łatwo sprawdzić skuteczność leczenia. W przypadku guzów litych na

ogół przeprowadza się jednorazowe pobranie tkanki do badania. A w przypadku chorób krwi jest możliwość wielokrotnego pobierania materiału. Można zatem ustalić, czy cel dla leczenia został wybrany prawidłowo, no i czy został trafiony. Wystarczy sprawdzić, ile komórek chłonniakowych czy białaczkowych pozostało po leczeniu.

A co z drugim trendem – „medycyną osobistą”, czyli dopasowaniem postępowania terapeutycznego do każdego pacjenta indywidualnie?

– W hematologii terapia personalizowana jest stosowana już od pewnego czasu. Na przykład przeszczepienie szpiku można stosować tylko u osób w pewnym wieku. W związku z tym pa-

cjenci w wieku 20 i 90 lat poddawani będą innemu leczeniu. 90-latek nie toleruje agresywnego leczenia – mówi prof. Jędrzejczak. – Po prostu z wiekiem przybywa nam różnych innych schorzeń. Może na przykład pojawić się sytuacja, kiedy trzeba zastosować lek kardiotoksyczny, ale nie można, bo chory ma uszkodzone serce. I wtedy trzeba szukać innych metod.

Wprowadzenie terapii celowanych do praktyki onkologicznej przynosi wymierne efekty. W przypadku raka piersi średni czas życia wydłużył się prawie pięciokrotnie. Podobnie dobre rezultaty przyniosło wykorzystanie nowych cząsteczek w leczeniu nowotworów jelita grubego czy jajnika. Nicco gorzej sytuacja wygląda w le-

czeniu niektórych typów raka płuc.

– Jeżeli chodzi o skuteczność terapii i wydłużanie życia pacjentów, to w chorobach krwi postęp jest duży, źle nie jest. I mówię tu zarówno o wyleczalności, jak i wydłużaniu życia, a to nie jest to samo – podkreśla prof. Jędrzejczak. Nowe terapie celowane umożliwiają przedłużenie życia chorych nawet do poziomu osób zdrowych. A przeszczepy sprawiają, że białaczki w młodym wieku są w 50 proc. uleczalne. Nowością jest tu też przeszczepianie krwi pepowinowej od dwóch, a nawet trzech dawców. W niektórych przypadkach to jest jedyna możliwa metoda.

Na większości kongresów onkologicznych najczęściej podnoszonym problemem jest kwestia niewystarczającego finansowania nowoczesnych terapii. Problem jak widać nie jest tylko polski. Specjaliści onkolodzy z upodobaniem cytują dane porównujące wydatki np. na wojnę w Iraku z wartością globalnego rynku leków przeciwnowotworowych. Za jedną taką wojnę wszyscy pacjenci na całym świecie mogliby być leczeni za darmo przez 20 lat! Z drugiej strony eksperci firm farmaceutycznych wskazują, że tworzenie terapii celowanych, skutecznych w niewielkiej grupie pacjentów, musi być drogie.

– Nakłady oczywiście nie są wystarczające, ale dużych niedoborów nie ma. W Polsce leczymy stosunkowo nowoczesnie. Nasze problemy są oczywiście inne niż np. w USA, ale jak na te pieniądze, którymi dysponujemy, mamy przyzwoitą ochronę zdrowia – pociesza prof. Jędrzejczak.

–Piotr Kościelniak



Pracownia tomografii komputerowej w bydgoskim Centrum Onkologii

Dzieciom potrzebna specjalna dieta

PEDIATRIA | Kiedy podawać niemowlętom gluten i witaminę D? Kogo i kiedy szczepić przeciw ospie wietrznej i pneumokokom?

Stęła postępowanie wiedzy medycznej nieustannie modyfikuje reguły rozpoznawania, leczenia i profilaktyki wielu chorób. Częstym zmianom ulegają m.in. zalecenia w zakresie żywienia niemowląt. Jedną z najnowszych tendencji w tej dziedzinie jest wprowadzenie pokarmów uzupełniających, takich jak mięso, owoce czy warzywa, do diety dzieci między 17. a 24. – 26. tygodniem życia.

Nowe wskazania dotyczą też podawania niemowlętom glutenu, silnie alergizującego białka, zawartego w ziarnach zbóż.

– Wczesniejsze obserwacje, zwłaszcza badania skandynawskie i amerykańskie, stanowią podstawę do wyznaczenia terminu wprowadzenia glutenu do diety pomiędzy początkiem piątego a końcem szóstego miesiąca życia w trakcie karmienia piersią. Tak zmodyfikowane zalecenia żywieniowe stwarzają większą szansę wzbudzenia tolerancji immunologicznej i obniżenia ryzyka zachorowania na celiakię – mówi prof. Krystyna Wąsowska-Królikowska, kierownik Katedry Alergologii i Ga-

stroenterologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. – Powinno się ostrożnie wprowadzać tę substancję: zacząć od podawania zaledwie półłyżeczki produktu glutenowego na dobę i stopniowo zwiększać dawkę. To bardzo istotna zmiana, bo do niedawna zalecano wprowadzenie glutenu u dzieci powyżej dziesięcioletniego miesiąca życia, a niekiedy i po ukończeniu pierwszego roku.

Więcej ryb!

Jednym z najnowszych odkryć naukowych jest stwierdzenie, że witamina D ma znaczenie nie tylko dla prawidłowego rozwoju kości, ale i dla działania całego organizmu.

– Dzięki nowym molekularnym badaniom naukowcy wykryli, że receptory dla witaminy D znajdują się we wszystkich narządach organizmu – mówi prof. Krystyna Wąsowska-Królikowska. – Oznacza to, że może ona wpływać na cały ustrój, a jej niedobór może mieć związek z rozwojem chorób cywilizacyjnych.

Aby wspomóc prawidłowy rozwój dziecka, witaminę D powinna zażywać już jego matka w

okresie ciąży, w dawce minimum 400 jednostek na dobę. Taką samą ilość powinny otrzymywać naturalnie karmione niemowlęta – dowiedziono, że pokarm matki nie zapewnia im wystarczającej dawki tej substancji. Dzieci żywione mlekiem modyfikowanym z reguły otrzymują jej wystarczającą ilość.

Witaminę D w takiej samej ilości powinno się podawać nie tylko niemowlętom, ale również dzieciom i młodzieży z podwojeniem dawki w przypadku powszechnej obecnie otyłości. Pokrycie zapotrzebowania na tę substancję jest możliwe poprzez stosowanie diety bogatej w ryby morskie, a także umożliwienie jej syntezy w skórze pod wpływem słońca. W naszym klimacie jest to możliwe od kwietnia do września, w pozostałych miesiącach światło jest zbyt rozproszone.

Najnowsze zalecenia żywieniowe poruszają też temat obecności w rybach morskich kwasu DHA (kwasu dokozaheksaenowego z grupy kwasów omega-3), dobroczynnego dla organizmu. Odgrywa on istotną rolę w dojrzewaniu, ostrości widzenia i rozwoju funkcji poznawczych, zmniejsza ryzyko rozwoju otyłości i miażdżycy.

– Ryby powinno się wprowadzić do diety dzieci już od siódmego miesiąca życia – uważa prof. Wąsowska-Królikowska. –

Aby sprostać wymaganiom dawkom, należy je podawać co najmniej raz w tygodniu. Mleko modyfikowane dostarcza niemowlętom tego kwasu, choć nie zawsze w pełni zaspokaja potrzeby organizmu. Należy pamiętać, że kwas DHA należy dostarczać przez cały okres dzieciństwa w dawce co najmniej 200 mg dziennie. Od drugiego roku życia można podawać dzieciom tran.

Chudo, bez tłuszczu

Lekarze poświęcają coraz więcej uwagi walce z otyłością u dzieci. Szybki przyrost masy ciała już we wczesnym okresie życia sprzyja otyłości w późniejszym czasie. Z kolei nadmiar kilogramów u nieco starszych dzieci może się przełożyć na wzrost ryzyka zaburzeń gospodarki lipidowej organizmu, uznawanych do niedawna za domenę osób dorosłych. Pierwsze symptomy procesu miażdżycowego mogą się pojawić już w bardzo młodym wieku. Grupą szczególnie podatną są dzieci z hipercholesterolemią, chorobą polegającą na podwyższeniu poziomu cholesterolu. Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiej Akademii Pediatryi u młodych pacjentów między drugim a dziesiątym rokiem życia, obciążonych takim genetycznym ryzykiem, należy wykonać badania przesiewowe

pod kątem cholesterolonii. Dzieci takie powinny przejść na dietę nisko tłuszczową, zawierającą do 300 mg cholesterolu na dobę. Kluczowe znaczenie w takich przypadkach ma aktywność fizyczna, trzymająca cholesterol w ryzach.

– U dzieci z zaburzeniami lipidowymi najistotniejsze działania terapeutyczne polegają na zmianie stylu życia poprzez racjonalną dietę i zwiększenie wysiłku fizycznego. Podanie statyn, leków powszechnie stosowanych w takich przypadkach u dorosłych, można rozważyć tylko w odstępnie w postępowaniu specjalistycznym u dzieci powyżej ósmego roku życia po wyczerpaniu innych metod – twierdzi prof. Wąsowska-Królikowska.

Szczepienia potrzebne, choć nieobowiązkowe

Również w dziedzinie szczepień ochronnych zaszły pewne modyfikacje. Dotyczą zabezpieczenia przed infekcjami wywołanymi przez pneumokoki oraz wirusa ospy wietrznej.

Aż 20 – 60 proc. zdrowych dzieci jest nosicielami bakterii Streptococcus pneumoniae, będących największym zagrożeniem dla maluchów poniżej drugiego roku życia.

– Żle się stało, że szczepionka przeciw pneumokokom nie weszła do kalendarza darmowych

szczepień obowiązkowych, a jedynie zalecanych, odpłatnych – mówi prof. Wąsowska-Królikowska. – Najnowsze zalecenia dopuszczają już w najmłodszej grupie wiekowej stosowanie schematu trójdawkowego (dwie dawki w okresie niemowlęcym w odstępnie sześciu tygodni, a następnie trzecia dawka w drugim roku życia). Celem tej zmiany jest umożliwienie objęcia szczepieniem jak największego odsetka populacji.

Nowością jest wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw ospie wietrznej u dzieci z obniżoną odpornością, u których istnieje ryzyko ciężkiego przebiegu tej choroby, z zagrożeniem życia włącznie. Zalecany schemat szczepień to podanie pierwszej dawki w drugim roku życia, a po sześciu tygodniach do trzech miesięcy – dawki drugiej.

Zalecane są również szczepienia przeciw grypie, zwłaszcza że aktualna, dostępna na rynku szczepionka zawiera komponent grypy A/H1N1. Można ją podać dzieciom powyżej szóstego miesiąca życia. Wedle obowiązującego schematu dzieciom do ósmego roku życia w pierwszym sezonie szczepienia przeciw grypie należy zaaplikować dwie dawki szczepionki w odstępnie sześciu tygodni. U starszych dzieci i dorosłych wystarczy jeden zastrzyk.

–Aleksandra Stanisławska

Oczy do naprawy

OKULISTYKA | Największa rewolucja ostatnich lat? Pokonanie jaskry. Jaki przełom czeka nas w przyszłości? Niewidomi będą widzieć

Największe wyzwanie? Leczenie zwyrodnienia plamki żółtej związane z wiekiem (AMD). Takiego zdania jest prof. Andrzej Stankiewicz, kierownik Kliniki Chorób Oczu w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie. Niestety, wraz ze starzeniem się społeczeństwa będzie przybywać przypadków tego schorzenia. Na szczęście niedawno pojawiły się nowe leki, które umożliwiają skuteczną walkę z nim.

To podawany w drodze iniekcji do gałki ocznej inhibitor anty-VEGF. Powodując zatrzymanie rozrostu naczyń w części centralnej siatkówki, środek ten nie tylko hamuje rozwój AMD, ale u niektórych osób może nawet poprawiać widzenie. Terapia nim nie jest tania; jeden zastrzyk kosztuje 2,5 tys. zł. A trzeba podać co najmniej trzy. Dobra wiadomość jest taka, że od września 2010 r. leczenie nim jest w Polsce refundowane.

Pojawiła się również nadzieja dla chorych, którzy w wyniku AMD utracili sprawne widzenie. Chodzi o możliwość wszczęcia w miejsce soczewki implantu połączonego często z mikroprocesorem. - Działa on niczym układ optyczny i pozwala na wykorzystanie peryferyjnych obszarów siatkówki, które normalnie nie pracują - tłumaczy prof. Stankiewicz. Jest to na razie terapia eksperymentalna, zastosowana zaledwie u kilkuset pacjentów na świecie. Ale specjaliści są dobrej myśli i sądzą, że wraz z jej upowszechnieniem spadnie również cena. Obecnie implant kosztuje 4 - 5 tys. euro.

Szansę na odzyskanie widzenia mają w przyszłości także ci, którzy utracili je z powodu uszkodzenia nerwu wzrokowego. Może do tego dojść w wyniku wypadku komunikacyjnego lub choroby, np. stwardnienia rozsianego. Nerw wzrokowy jest przewodem łączącym oko z mózgiem na podobnej zasadzie, jak

kabel łączy odbiornik telewizyjny z anteną. Jego regeneracja powiodła się u ryb i płazów. Sukcesy zaobserwowano także w badaniach nad ssakami. Według prof. Andrzeja Stankiewicza wiele wskazuje na to, że w ciągu pięciu lat uda się to osiągnąć u ludzi.

A co już się udało? W ciągu ostatnich kilku lat pojawiły się nowe leki biologiczne, które hamują rozwój zapalenia błony naczyniowej oka. Skłonność do zapadania na nie, co prowadzi często do utraty widzenia, mają osoby z chorobami stawów, zwyrodnieniami kręgosłupa i głoścem.

Są również nowe leki na retinopatię cukrzycową. Uszkodzenie naczyń krwionośnych siatkówki pojawia się u większości diabetyków po ok. 30 latach trwania choroby. Do tej pory leczono ich operacyjnie. Od niedawna mogą skorzystać z terapii, która polega na wprowadzeniu do wnętrza oka rozkładających się granulek (substancją czynną jest pochodna steroidowa). To



♦ Badanie wzroku pacjenta w warszawskim Szpitalu Praskim

pod wpływem ich działania dochodzi do zahamowania niekorzystnych zmian. Efekt? Diabetyk prawie do końca swojego życia może niemal normalnie widzieć. Ale największa rewolucja dokonała się w leczeniu jaskry. To podstępna choroba. Polega na nieodwracalnej utracie widzenia obwodowego, co może prowadzić do tzw. widzenia lunetowego. Zmianom tym nie to-

warzyszą dolegliwości bólowe, co może uspić czujność chorego. Ale jeśli tylko zostanie wcześniej zdiagnozowany, to przyjmowanie nowych leków (głównie z grupy prostaglandyn - od dwóch, trzech lat są obecne na rynku) uchroni go przed utratą widzenia.

Sukcesów w okulistyce, jak widać, nie brakuje, podobnie, niestety, jak problemów. - Zma-

gamy się z licznymi chorobami oczu, które są następstwem chorób ogólnych, np. sercowo-naczyniowych - przyznaje prof. Andrzej Stankiewicz. - Dlatego musimy wzmacnić współpracę między lekarzami różnych specjalności. Tak naprawdę nie leczymy przecież narządów, ale całego człowieka. Na tym polu jest jeszcze wiele do zrobienia.

-Izabela Filc Redlińska

10 milionów wrogów

ALERGIE | W ciągu minionych trzech dekad choroby alergiczne stały się jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce. Lekarze mówią wręcz o epidemii XXI wieku

Nic dziwnego, skoro tylko w Polsce przybywa 300 tys. chorych. Badania epidemiologiczne wykazały, że odsetek alergików w Polsce należy do najwyższych na świecie. Ogółem, alergiami dotkniętych jest w naszym kraju 15 mln ludzi. Alergie są najczęstszą przyczyną zachorowań od narodzin do 40. roku życia. Nawet 40 proc. przypadków bólu głowy i migren spowodowanych jest właśnie tym.

Co więcej, najnowsze dane wskazują, że dzieci przychodzące na świat drogą cesarskiego cięcia są dużo bardziej narażone na alergię niż dzieci matek rodzących w naturalny sposób. Dzieje się tak, ponieważ w czasie naturalnego porodu noworodek styka się po raz pierwszy z bakteriami, do których jego system odpornościowy jest genetycznie przystosowany, natomiast po cesarskim cięciu pierwsze bakterie, z jakimi styka się dziecko, to bakterie patogeniczne bytujące w szpitalu.

Przy tym wszystkim w Polsce nie mówi się wystarczająco dużo o chorobach alergicznych. Na szczęście sytuacja szybko zmienia się na korzyść, a współczesna medycyna nie jest bezradna wobec tego zagrożenia.

Choroby alergiczne powstają na styku organizmu człowieka ze światem zewnętrznym. Te styczne punkty to nos, usta, oczy, skóra, przewód pokarmowy. Stykają się one z alergenami, a tych jest praktycznie nieskoń-

czenie wiele. Są w powietrzu, do którego dostają się spaliny samochodowe, pył ze ścierających się opon. Alergeny znajdują się w środkach konserwujących żywność, w środkach czystości. Badania wykazały, że w samej tylko pleśni egzystuje ponad milion alergenów.

- Lekarz musi walczyć z 10 milionami alergenów. Jeśli odzuci pacjenta na kurz, uczuli się on na sierść kota, jeśli i z tym sobie poradzi, uczuli się na lakier do podłogi, i tak dalej, i tak dalej. Do tego wszystkiego dochodzi fakt, że alergią jest chorobą wielogenową, nie wywołuje jej jeden gen, lecz mnóstwo, co ma ogromny wpływ na rozpoznanie i terapię. Na szczęście, dobrze znamy mechanizm prowadzący do choroby. Równanie jest czytelne: geny + środowisko + alergeny = alergologia - wyjaśnia prof. Piotr Kuna, prezes Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Z najnowszych badań wynika, że pył zawierający alergeny, zanieczyszczający powietrze, ma bezpośredni wpływ na długość życia ludzkiego, im większe stężenie, tym krótsze życie. Dlatego współczesna alergologia kładzie szczególny nacisk na wczesne rozpoznanie choroby i związane z tym jej wczesne leczenie. - Alergii całkiem wyleczyć nie można, ale można ją stłumić, zaleczyć, powstrzymać jej rozwój. Jest to choroba bardzo zmienna, ma nawroty. Jednego dnia pacjent czuje się lepiej, drugiego - gorzej. Obecnie leki przeciwko alergiom są nad-

zwyczaj skuteczne. Dość powiedzieć, że trzeba leczyć 30 tysięcy pacjentów, aby uniknąć jednego zawału, a tylko pięciu, aby zahamować alergię. Dlatego często pacjentom się wydaje, że choroba minęła, a tymczasem tylko przytrzymała się - podkreśla prof. Piotr Kuna.

Jeżeli alergologia ma być wcześniej diagnozowana, powinien ją rozpoznać lekarz rodzinny, lekarz pierwszego kontaktu. W przypadku, gdy chory najpierw zgłasza się do specjalisty, z reguły jego choroba jest już w stadium zaawansowanym. Dlatego kształcenie pod tym kątem lekarzy rodzinnych i lekarzy pierwszego kontaktu jest szczególnie ważne. Powinni oni umieć rozpoznawać także nietypowe postacie alergii. Na razie niewielu lekarzy chce się nimi zajmować, i to też należy zmienić, to jest wyzwanie dla współczesnej medycyny. Polskie Towarzystwo Alergologiczne jest aktywne na tym polu, organizuje sympozja i szkolenia dla lekarzy, z którymi pacjenci stykają się w gabinetach medycyny rodzinnej.

Kolejne wyzwanie - to zwiększenie ilości osób dotkniętych alergią, leczonych immunoterapią, czyli metodami polegającymi na modyfikacji czynności układu odpornościowego. Warto je podejmować, gdyż alergię wcześniej zdiagnozowane i prawidłowo leczone nie utrudniają prowadzenia aktywnego życia, pracy, nauki, uprawiania sportu.

-Krzysztof Kowalski

Co zamiast przeszczepu

NEFROLOGIA | Najważniejszym problemem w Polsce jest zwiększenie dostępności i skuteczności terapii nerkozastępczej, leczenia, które umożliwia przeżycie chorym, których nerki zostały zniszczone - przekonują eksperci

Każdy pacjent, którego życie jest zagrożone, może skorzystać z jednej spośród trzech metod terapii. Optymalną metodą jest przeszczepienie nerki.

- Pewną nowością, którą staraliśmy się propagować, jest przeszczepienie nerki w okresie, kiedy jeszcze nie zastosowano metod dializoterapii - mówi prof. Stanisław Czekalski, wieloletni kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. - Zachęcamy chorych, żeby to były przeszczepy rodzinne, aby organ pochodził od żywego, spokrewnionego dawcy. Taki przeszczep jest najlepiej tolerowany. Działanie jest zatem najkorzystniejsze z punktu widzenia chorego i finansowo uzasadnione. Leki immunosupresyjne, które pacjent po przeszczepie musi brać cały czas, są tańsze niż inne metody leczenia nerkozastępczego. Staraliśmy się propagować przeszczepy rodzinne, to piękny dar. Jeżeli krewny ma dwie zdrowe nerki, może jedną z nich ofiarować.

W tej dziedzinie twa pościć zakrajami zachodnimi. Odlat przeszczepy rodzinne propagują w ramach wspólnej akcji Towarzystwo Nefrologiczne, Towarzystwo Transplantacyjne oraz stowarzyszenia chorych. Alternatywą jest oczyszczenie pozaustrojowe, tzw. sztuczna nerka. Taka terapia wymaga średnio trzech zabiegów tygodniowo w specjalistycznym ośrodku.

- Tu mamy spore sukcesy. Żaden pacjent nie jest pozbawiony dostępu do leczenia. Wskaźniki

wykorzystania tej metody w Polsce mniej więcej odpowiadają wskaźnikom w krajach rozwiniętych, takich jak np. Wielka Brytania - mówi prof. Czekalski.

Trzecią metodą to dializoterapia otrzewnowa. Jest bardzo korzystną jako pierwszą metodą leczenia nerkozastępczego, przynajmniej przez pierwsze dwa - trzy lata terapii, jeśli pacjent nie może mieć przeszczepionej nerki od razu. Chory jest w domu i sam sobie wymienia płyny, które wpuszcza do jamy otrzewnowej, a następnie po pewnym czasie wypuszcza. Wuzyciu są również metody auto-modializacji metody otrzewnowej.

- Również tę metodę staraliśmy się rozpowszechnić, jest znakomita na początek leczenia nerkozastępczego. Warto podkreślić, te wszystkie metody powinny być zintegrowane. Lekarz musi rozważyć, czy nie ma możliwości przeszczepienia nerki, czy dializoterapia otrzewnowa jako pierwsza metoda jest możliwa do zastosowania. Wreszcie, czy nie zastosować hemodializy jako metody alternatywnej - wyjaśnia prof. Czekalski.

Ważne jest także zapobieganie rozwojowi uszkodzenia nerki. To o tyle trudne zadanie, że choroby nerki nie są bolesne. Pacjent - często przez wiele lat - nie zdaje sobie sprawy z postępowania uszkodzenia nerki. - Postulujemy, aby lekarze rodzinni zwrócili na to uwagę i w określonych grupach ryzyka zlecali badania biochemiczne, które umożliwiają rozpoznanie uszkodzenia nerki. Największym zagrożeniem są cukrzyca, nadciśnienie i otyłość lub nadwaga - ostrzegają naukowcy.

- Warto wspomnieć o postępie, jaki uzyskaliśmy w poznaniu mechanizmów uszkodzenia nerki - mówi prof. Czekalski. - Badanie umożliwia zidentyfikowanie pacjenta, u którego zaczyna się uszkodzenie nerki. Wtedy zastosowanie odpowiedniego leczenia może zahamować, a nawet odwrócić proces chorobowy. Takim wskaźnikiem jest zwiększone wydalanie albumin w moczu. Oznaczenie poziomu białka o nazwie NGAL pozwala nawet wskazać część nerki, która uległa uszkodzeniu.

Poznanie mechanizmów uszkodzenia nerki umożliwiło stworzenie nowych leków, np. inhibitorów reniny - jednego z hormonów wydzielanych przez nerki regulujących przepływ krwi przez ten organ. Innym hitem są leki zapobiegające włóknieniu nerki, a także mięśni sercowego.

- Warto zwrócić uwagę na profilaktykę chorób nerki - uważa prof. Czekalski. - Ważne jest wczesne rozpoznawanie cukrzycy, a także dobre leczenie nadciśnienia tętniczego. Prof. Czekalski zwraca uwagę na otyłość. - Hormony wydzielane przez tkankę tłuszczową, tzw. adipokiny, uszkadzają nerki i powodują rozwój stwardnienia kłębuszków nerkowych - ostrzega prof. Czekalski. - W Polsce gwałtownie przybywa ludzi otyłych, musimy więc działać, aby ograniczyć obrzmienie koszty, jakie są związane z terapią nerkozastępczą. Ok. 18 tys. ludzi jest dializowanych, a wskaźnik ludzi z przeszczepioną nerką to ok. 700 osób na milion mieszkańców.

-Krzysztof Urbański

Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka

Zapraszamy na
V Jubileuszowy Kongres

**TOP
MEDICAL
TRENDS** 

**TOP
MEDICAL
TRENDS
2011** 
Poznań, 11-13 marca
Międzynarodowe Targi Poznańskie, paw. 15

*Najbardziej aktualne problemy
współczesnej medycyny omawiać
będą wybitni wykładowcy,
autorytety w swoich specjalnościach.*

Organizatorzy:

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej,
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej we Wrocławiu
oraz
wydawnictwo Termedia, wydawca
czasopisma Przewodnik Lekarza

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne

Wykłady inauguracyjne:

- prof. dr hab. Waldemar Banasiak – *Kardiologia XXI wieku*
- prof. dr hab. Lidia B. Brydak – *Grypa – pasja mojego naukowego życia*
- prof. dr hab. Andrzej Steciwko – *Nasze kongresy Top Medical Trends w latach 2007-2011*
- prof. dr hab. Jerzy Walecki – *Dziś i jutro w badaniach obrazowych*
oraz wykład JM Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu – *Wczoraj, dziś, jutro – Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu* (wykład z okazji 60-lecia AM we Wrocławiu)

Zaproszeni wykładowcy:

- prof. dr hab. Ewa Bar-Andziak
- prof. dr hab. Jan Barciszewski
- prof. dr hab. Janusz Bohosiewicz
- prof. dr hab. Andrzej Borówka
- prof. nadzw. dr hab. Marek Balsa
- prof. dr hab. Wojciech Cichy
- dr n. med. Agnieszka Cywińska-Bernas
- prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski
- prof. dr hab. Wojciech Drygas
- prof. dr hab. Andrzej Fal
- prof. dr hab. Zbigniew Gaciong
- prof. dr hab. Stefan Grajek
- prof. dr hab. Ryszard Grenda
- prof. dr hab. Janusz Heitzman
- prof. dr hab. Jerzy Jabłecki
- prof. dr hab. Andrzej Januszewicz
- prof. dr hab. Wiesław Jędrzejczak
- prof. dr hab. Anna Jung
- prof. nadzw. dr hab. Beata Karakiewicz
- prof. dr hab. Jerzy Kowalczyk
- prof. dr hab. Wojciech Kozubski
- prof. dr hab. Eugeniusz J. Kucharz
- prof. dr hab. Piotr Kuna
- dr n. med. Donata Kurpas
- prof. dr hab. Rafał Kurzawa
- prof. dr hab. Krzysztof Kusza
- prof. dr hab. Hubert Kwieciński
- prof. dr hab. Maria Laszczyńska
- prof. dr hab. Zbigniew Lew-Starowicz
- prof. dr hab. Jan Lubiński
- dr hab. Ewa Majda-Stanisławska
- prof. dr hab. Andrzej Milewicz
- dr n. med. Bożena Mroczek
- prof. dr hab. Janusz Nauman
- prof. dr hab. Grzegorz Opolski
- prof. dr hab. Jerzy Osemlak
- prof. dr hab. Grzegorz Oszkiniś
- prof. dr hab. Ewa Otto-Buczowska
- prof. dr hab. Tomasz Pertyński
- prof. dr hab. Tadeusz Płusa
- prof. dr hab. Piotr Ponikowski
- prof. dr hab. Andrzej Radzikowski
- prof. dr hab. Tomasz Rechberger
- prof. dr hab. Leszek Romanowski
- prof. dr hab. Bolesław Rutkowski
- prof. dr hab. Janusz Rybakowski
- prof. dr hab. Grażyna Rydzewska
- prof. dr hab. Andrzej Rynkiewicz
- prof. dr hab. Jerzy Samochowiec
- prof. dr hab. Bolesław Samoliński
- prof. dr hab. Jacek Sieradzki
- prof. dr hab. Jerzy Sowiński
- prof. nadzw. dr hab. Ewa Stachowska
- prof. dr hab. Andrzej Stankiewicz
- dr n. med. Anna Stańczyk –Przyłuska
- prof. dr hab. Jerzy Szaflik
- prof. dr hab. Leszek Szenborn
- prof. dr hab. Witold Tlustochowicz
- dr hab. Piotr Tyszko
- prof. dr hab. Krystyna Wąsowska-Królikowska
- prof. dr hab. Krystyna Widecka
- prof. dr hab. Andrzej Więcek
- dr n. med. Magdalena Wiszniewska
- prof. dr hab. Jacek Wysocki
- prof. dr hab. Krystyna Zawilska
- prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz
- prof. dr hab. Krzysztof Zeman
- prof. dr hab. Krzysztof Ziaja
- prof. dr hab. Irena Zimmermann-Górska

Lista wykładowców nie jest jeszcze zamknięta.

www.topmedicaltrends.pl

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
i Prezes Zarządu Wydawnictwa Termedia
Janusz Michalak

ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

termedia
wydawnictwa
medyczne



Przewodniczący Komitetu Naukowego
i Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej
prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
tel. +48 71 325 51 26, faks +48 71 325 43 41
e-mail: zmr@zmr.am.wroc.pl

Postęp i impas w nerwowych sprawach

NEUROLOGIA |
W dziedzinie leczenia chorób neurologicznych następuje dynamiczny rozwój. Choć nie brakuje porażek

Ostatni rok przyniósł wprowadzenie kilku nowych leków do walki ze stwardnieniem rozsianym (SM - łac. sclerosis multiplex) - opowiada prof. Hubert Kwieciński, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. We wrześniu amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków zarejestrowała pierwszy doustny środek dla osób chorujących na tę ciężką, przewlekłą chorobę - fingolimod. Do tej pory mogły one korzystać wyłącznie z terapii, które były aplikowane drogą różniczkową iniekcji.

Swoją premierę miał również inny lek w tabletkach na SM - kladrybina, dotychczas wykorzystywana w leczeniu białaczek. Choć jej nowe zastosowanie budzi wciąż pewne zastrzeżenia dotyczące profilu bezpieczeństwa, to zielone światło dla niego już zapaliły Rosja, Szwajcaria i Australia.

Oba leki hamują naturalny proces chorobowy. Ale pojawił się także nowy lek, który działa objawowo. Chodzi o dalfampridynę w tabletkach o przedłużonym działaniu. Usprawniając funkcję chodzenia, zwiększa jakość życia pacjentów.

Największą barierą w dostępie do nowoczesnych terapii jest cena. - Ich koszt jest nawet kilkakrotnie wyższy niż standardowe leczenie beta-interferonem, z którego w Polsce i tak korzysta zaledwie kilka procent chorych na SM (czyli prawie najmniej ze wszystkich krajów



• Oddział neurologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 w Łodzi

UE) - mówi prof. Kwieciński.

Inną nowością w dziedzinie neurologii są zmienione wytyczne dotyczące podawania osobom po świeżym udarze mózgu dożylną trombolizy. Celem tej procedury jest rozpuszczenie skrzepliny blokującej tętnicę. Jeszcze do niedawna uważano, że powinno się ją zaaplikować pacjentowi najpóźniej do trzech godzin po incydencie. Na podstawie najnowszych badań to „okno” terapeutyczne poszerzono do 4,5 godziny po pierwszych objawach udaru. Po przekroczeniu tego czasu interwencja nie tylko może nie przynieść korzyści, ale nawet doprowadzić do wtórnego wylewu krwi do mózgu i śmierci.

Postęp dokonał się także w profilaktyce udarów mózgu u osób z migotaniem przedsionków. W ich przypadku istnieje ryzyko powstawania zatorów mózgowych. W sercu tworzy się skrzeplina, która może powędrować do mózgu, powodując groźny udar. Aby temu zapobiec, osoby z podobnym ryzykiem zażywały do tej pory jeden z dwóch leków przeciwkrzepliwych: warfarynę lub acenokumarol (ich stosowanie jest kłopotliwe, gdyż wymaga dokład-

nej kontroli, a przedawkowanie może powodować krwotoki). Od 2010 roku mają one do wyboru nowe leki. Już zarejestrowany został dabigatran, a w kolejce czekają rivaroxaban i apixaban. - Są prawdopodobnie bezpieczniejsze i z pewnością łatwiejsze do stosowania - ocenia prof. Kwieciński.

Zwiększają się możliwości profilaktyki wtórnej udarów niedokrwiennych mózgu. Pacjentów, u których wykryto zwiększenie tętnicy szyjnej, poddawano do tej pory zabiegowi endarterektomii. Polega on na przecięciu skóry szyi i usunięciu z naczyń skrzepliny oraz blaszki miażdżycowej. Od niedawna istnieje alternatywna, mniej inwazyjna metoda. To stentowanie tętnicy szyjnej. W okolicach pachwiny pacjenta do tętnicy udowej wprowadza się cewnik, który kierowany jest do uszkodzonego naczynia, gdzie dokonuje się korekty. - Aby uzyskać ostateczną odpowiedź na pytanie o skuteczność tej procedury, trzeba jeszcze kilka lat poczekać - mówi prof. Hubert Kwieciński. - Wtedy dopiero będzie można ocenić efekty u pacjentów, którzy jako pierwsi wypróbowali tę metodę leczenia.

Wiele nowego wydarzyło się w dziedzinie chorób nerwowo-mięśniowych. Wkrótce powinny się rozpocząć próby terapii genowej dystrofii twarzowo-łopatkowo-ramiennej. Już w 1990 roku naukowcy odkryli, na którym z chromosomów znajduje się gen warunkujący to schorzenie. Ale dopiero teraz mają pomysł, jak tę wiedzę wykorzystać w praktyce.

Lekarze zabrali się również do korekty błędów genetycznych, wynikiem którego jest dystrofia mięśniowa Duchenne'a. Nosicielami powodującej ją mutacji są kobiety, a chorują mężczyźni. W międzynarodowym badaniu poświęconym terapii genowej tej choroby weźmie udział polski ośrodek - Katedra i Klinika Neurologii WUM.

Ale są i złe informacje. To impas w leczeniu choroby Alzheimera. Zakończyły się kilka badań trzeciej fazy nowych leków stworzonych z myślą o osobach z demencją. Niestety, wszystkie okazały się niepowodzeniem. Z drugiej strony dowiedzieliśmy się, że właściwe leczenie cukrzycy i depresji zmniejsza ryzyko wystąpienia otępienia. Prewencja jest więc możliwa także w tej chorobie.

-Izabela Filc Redlińska

Tętnice pod presją

NADCIŚNIENIE | Stymulacja prądem tętnic nerkowych czy włączenie leczenia zaburzeń snu do terapii nadciśnienia to tylko niektóre z nowości w tej dziedzinie medycyny

Jednym z najbardziej spektakularnych sukcesów ostatnich miesięcy jest opracowanie i przetestowanie w praktyce nowego sposobu leczenia nadciśnienia tętniczego. W listopadzie ubiegłego roku w prestiżowym piśmie „Lancet” ukazały się wyniki badania o nazwie SIMPLICITY, prowadzonego w wielu krajach Europy, w tym w dwóch polskich ośrodkach. Dotyczyły one ponad 100 chorych na trudne w leczeniu, samoistne nadciśnienie tętnicze. Pacjentom tym wprowadzano do obydwu tętnic nerkowych specjalną elektrodę, która za pomocą prądu o częstotliwości radiowej niszczyła nerwy biegnące wzdłuż tętnic doprowadzających krew do nerek. Już dawno dowiedziano bowiem, że uciszenie impulsów nerwowych w tym obszarze pomaga zahamować wytwarzanie substancji stymulujących wzrost ciśnienia tętniczego krwi.

- Metoda ta sprawdziła się bardzo dobrze, prowadząc - w dwuletniej obserwacji - do znaczącego obniżenia nadciśnienia tętniczego u tych pacjentów. Ciśnienie górne skurczowe zostało zbite o 30 mmHg, a dolne rozkurczowe - o 15 mmHg - mówi prof. Andrzej Januszewicz, kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Instytutu Kardiologii w Warszawie. - Oczywiście metoda ta wymaga kolejnych badań, jednak już teraz stanowi ciekawą opcję leczenia opornego nadciśnienia tętniczego.

Mniej soli i kilogramów

Odkrycia w dziedzinie nadciśnienia tętniczego mogą też przełożyć się na codzienne funkcjonowanie 8 - 9 mln Polaków. W jaki sposób?

Wiadomo, że osoby cierpiące na tę chorobę obok farmakoterapii powinny stosować leczenie niefarmakologiczne. Chodzi ni mniej, ni więcej, jak o zdrowy styl życia, a więc więcej ruchu, zrzućenie zbędnych kilogramów, ograniczenie spożycia soli i alkoholu oraz rzucenie palenia.

- Pojawiają się wciąż nowe dowody na to, że taka zmiana stylu życia może być zastosowana pod kontrolą lekarza jako próba rozpoczęcia leczenia łagodnego nadciśnienia tętniczego - mówi prof. Januszewicz.

W walce z nadciśnieniem istotne jest zwłaszcza ograniczenie spożycia soli. Niedawno udowodniono bowiem, że

chorobę sporą grupę stanowią pacjenci z genetycznie uwarunkowaną sodowrażliwością. To oznacza, że bardzo żywo reagują na zmiany ilości soli w diecie i - jak pokazały badania - nawet kilkudniowe jej ograniczenie może u nich wyraźnie zmniejszyć wartość ciśnienia.

Niedawne analizy dowiodły również, że zwiększenie ilości potasu w jadłospisie (obecnego m.in. w bananach i pomidorach) w umiarkowanym stopniu obniża ciśnienie krwi, przyczyniając się do ograniczenia liczby udarów mózgu.

Z kolei praca opublikowana na łamach „New England Journal of Medicine” pokazała na dużej grupie liczącej 1,4 mln osób, że otyłość nie tylko wiąże się podwyższoną wartością ciśnienia tętniczego, ale też zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych i przedwczesnego zgonu. Badania dowiodły, że obniżenie masy ciała o zaledwie 1 - 2 kg skutkuje obniżeniem ciśnienia górnego o 5 mmHg, dolnego zaś o 2 - 3 mmHg.

Walka o lepszy sen

Coraz więcej analiz naukowych pokazuje, że osoby borykające się z zaburzeniami snu mają jednocześnie kłopoty ze skutecznym leczeniem nadciśnienia. Dotyczy to zwłaszcza obturacyjnego bezdechu sennego (OBS) i bezsenności. To pierwsze dotyka najczęściej otyłych mężczyzn cierpiących na nadciśnienie, którzy często wybudzają się ze snu, silnie chrapią i są nadmiernie senni w ciągu dnia.

- Wedle najnowszych zaleceń w dziedzinie leczenia nadciśnienia osoby takie powinny podczas snu korzystać z ułatwiającego oddychanie aparatu, który podaje powietrze pod zwiększonym ciśnieniem - mówi prof. Januszewicz. - Dowiedziano bowiem, że jego używanie ułatwia leczenie nadciśnienia tętniczego i zmniejsza liczbę powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego.

Również bezsenność, na którą cierpi 20 - 30 proc. dorosłych Polaków, bardzo utrudnia walkę z nadciśnieniem. Osoby takie powinny się zgłosić do poradni specjalizującej się w leczeniu zaburzeń snu.

- Leczenie bezsenności u chorych z nadciśnieniem sprzyja u nich lepszej kontroli poziomu ciśnienia - mówi prof. Januszewicz.

-Aleksandra Stanisławska

60 lat Akademii Medycznej we Wrocławiu

Odtworzenie uczelni medycznej we Wrocławiu rozpoczęło już w maju 1945 roku, kiedy większość budynków dawnych klinik uniwersyteckich była zrujnowana i rozgrabiona - Niemcy wywieźli z miasta 60 proc. ich wyposażenia. Podczas gdy Straż Akademicka broniła dobytku przed szabrownikami, przybyli do Wrocławia prof. Ludwik Hirszfeld, zasłużony polski immunolog, organizował pierwszą obsadę akademicką Wydziału Lekarskiego. W jej skład weszło wielu lekarzy ze środowiska lwowskiego, głównie z Uniwersytetu Jana Kazimierza. Za ofi-

cialny termin utworzenia Akademii Medycznej we Wrocławiu (pierwotnie zwanej Akademią Lekarską) uznaje się 1 stycznia 1950 roku. Pierwszym rektorem został prof. Zygmunt Albert. Patronat Piastów Śląskich uczelnia zyskała 23 listopada 1989 roku.

Przez 60 lat działalności wrocławskiej Akademii Medycznej urosła do rangi jednej z najbardziej renomowanych polskich uczelni. W zeszłorocznym rankingu „Rz” zajęła pierwsze miejsce pod względem warunków studiowania i utrzymała pozycję lidera pod względem liczby publikacji - w kryterium siła naukowa. Akademia, w ramach

której działają dwa szpitale kliniczne, jest największym ośrodkiem specjalistycznego leczenia chorych z Dolnego Śląska, Opolszczyzny i ziemi lubuskiej. W 1958 roku prof. Wiktor Bross wykonał tutaj pierwszą w Polsce operację na otwartym sercu, a w 1966 roku pierwszy przeszczep nerki od żywego dawcy. Akademia stała się też liderem w dziedzinie operacji wytwórczych przelyku.

W 2000 roku na uczelni tej powołano Wydział Lekarsko-Stomatologiczny, który obecnie jest jednym z trzech samodzielnych wydziałów stomatologicznych w Polsce. Trzy lata później na Wydziale Lekarskim powstał

Zespół ds. Nauczania w Języku Angielskim, kształcący studentów z zagranicy.

Największą inwestycją uczelni jest budowa Centrum Klinicznego obejmującego dziewięć obiektów przeznaczonych na potrzeby Akademickiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeczkiego. Zakończenie tej inwestycji jest planowane na marzec 2011 roku. W 2010 roku Akademia rozpoczęła również budowę jednego z największych i najnowocześniejszych w Europie kompleksów medyczno-naukowych: Zintegrowanego Centrum Edukacji i Innowacji Wydziału Farmaceutycznego.

-astan

• POLSKI NOBEL ZA NADCIŚNIENIE

Istotnym odkryciem są wyniki badań prowadzonych przez prof. Tomasza Guzika z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, uhonorowane zeszłorocznym „polskim Noblem”. Dzięki niemu dowiedzieliśmy się, że długotrwały stan zapalny może mieć związek z rozwojem nadciśnienia i miażdżycy tętnic.

- Związek nadciśnienia i układu odpornościowego to świeża dziedzina medycyny, która w przyszłości może ułatwić leczenie nadciśnienia tętniczego i kontrolę jego powikłań, w tym miażdżycy tętnic - uważa prof. Januszewicz.



TEVA NUMER 1 NA ŚWIECIE!

Grupa Teva to dzisiaj również PLIVA i ratiopharm. Wspólnie zapewnimy dostęp do skutecznych leków **wszystkim**, którzy tego potrzebują.

- Niemal **40 tysięcy** pracowników!
- **53 mld** tabletek rocznie!
- Ponad **1250** molekuł w większości obszarów terapeutycznych!
- W portfolio: leki odtwórcze, innowacyjne i biofarmaceutyki!
- **2** nowoczesne fabryki w Krakowie i Kutnie!
- Najszerze portfolio leków w Polsce - niemal **500** produktów!



ratiopharm

 **PLIVA**

TEVA

POMAGAMY
SPOŁECZEŃSTWU

www.teva.pl