

VII KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Chorobę otyłościową należy leczyć

Ponad 20 proc. ludzi na całym świecie choruje na otyłość. Pacjenci nie zawsze jednak wiedzą, że jest ona uznawana za chorobę i może być przyczyną wielu groźnych powikłań. Jak należy mówić o otyłości i gdzie się udać, żeby ją leczyć? Na te i inne pytania odpowiadali eksperci podczas konferencji Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość.



Fot. Patryk Rytyk

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski – kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
- prof. dr hab. n. med. Beata Matyjaszek-Matuszek – kierownik Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne
- prof. dr hab. n. med. Lucyna Ostrowska – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości
- prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński – II Klinika Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
- dr n. med. Paweł Walasek – Szpital Bielański w Warszawie, Polskie Towarzystwo Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) otyłość, która jest uznawana za chorobę przewlekłą, dotyczy coraz większej liczby ludzi. Głównymi czynnikami sprzyjającymi jej rozwojowi są niewłaściwe odżywianie i brak aktywności fizycznej. Problem otyłości dotyka ponad połowy mieszkańców Polski, przy czym Polacy zwiększają masę ciała znacznie szybciej niż pozostali mieszkańcy Europy. Niepokojąco szybko przybierają u nas na wadze dzieci, które pod względem częstości występowania otyłości zajmują czołowe miejsce w Europie.

Choroba „przezroczysta”

Paradoks choroby otyłościowej polega na tym, że mimo iż jest ona widoczna gołym okiem, często staje się „przezroczysta”. Znacząco to, że pacjenci leczą swoje powikłania, nie dostrzegając głównej przyczyny, którą jest nadmiar tkanki tłuszczowej. Tymczasem choroba otyłościowa powoduje ok. 200 ciężkich i bardzo ciężkich powikłań, do których należą cukrzyca, choroby nowotworowe, oddechowe, kardiologiczne, problemy z poruszaniem się. Skala problemu jest coraz większa, dlatego konieczne staje się opracowanie optymalnych roz-

wiązań systemowych, w tym zwiększenie poziomu wiedzy na temat otyłości, jej następstw i możliwości leczenia. Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, prof. dr hab. n. med. Lucyna Ostrowska z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, przytoczyła szacunkowe dane Państwowego Instytutu Higieny (PZH), z których wynika, że 62 proc. dorosłych mężczyzn i 43 proc. dorosłych kobiet ma nadwagę, natomiast otyłość, odpowiednio, 16 proc. i 12 proc. Zaznaczyła, że badania te były prowadzone jeszcze przed pandemią i prawdopodob-

nie uzyskane wartości są niedoszacowane. Według informacji podawanych przez PZH występowanie otyłości po pandemii jeszcze się zwiększyło i dotyczy ona ponad 20 proc. dorosłych Polaków. Wyszliśmy się także na pierwsze miejsce w Europie, jeśli chodzi o otyłość u dzieci. Zdaniem ekspertki jedną z przyczyn niezauważania choroby otyłościowej jest rezygnacja z badania i z dokładnego ważenia pacjentów. – Pacjenci zamiast tego są proszeni o podanie wagi i wzrostu. Wiadomo jednak, że zaniżają oni masę swojego ciała średnio o 2–4 kg. Podają też zawyżony o 2–3 cm wzrost z okresu 18.–19. roku życia, co daje nam fałszywy wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI), który i tak jest niedokładny. Nie dysponujemy też odpowiednim sprzętem w poradniach lekarzy rodzinnych, choć moglibyśmy zastosować takie metody diagnostyczne, jak analiza składu ciała i zapotrzebowania energetycznego pacjenta metodą bioimpedancji. Takie badania pozwoliłyby określić, jaki dany pacjent ma fenotyp otyłości – czy jest to fenotyp FOTI (otyły zewnętrznie i szczupły wewnętrznie), czy może TOFI (szczupły zewnętrznie i otyły wewnętrznie). Pozwoliłoby to od razu ustalić ryzyko pojawienia się u niego chorób metabolicznych. Rezygnacja z badań sprawia, że choroba staje się „przezroczysta”, ponieważ jeżeli jej nie zauważymy i nie zdiagnozujemy, to przyjmujemy, że jej nie ma. Pacjent nie ma świadomości, że może się zwrócić do lekarza z powodu choroby otyłościowej, więc się nie zgłasza – wyjaśniła prof. Lucyna Ostrowska.

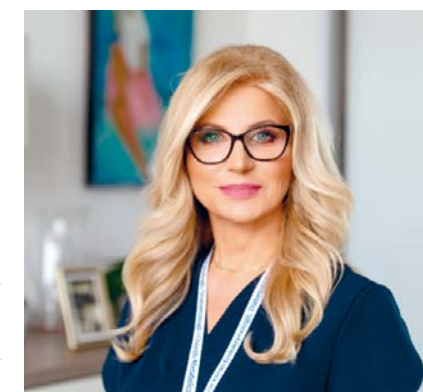
Otyłość a choroby sercowo-naczyniowe

Zdaniem prof. dr hab. n. med. Marcina Grabowskiego, kierownika I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zasadniczym problemem jest to, że nie tylko pacjenci nie uważają otyłości za chorobę, lecz także personel medyczny nie do końca zdaje sobie z tego sprawę. Do niedawna otyłość traktowano jako umiarkowany lub słaby czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a za istotne czynniki ryzyka uważano cukrzycę, nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia lipidowe. – Chory na otyłość jest pacjentem z zespołem metabolicznym, który ma konglomerat nie-



Fot. bpwumediapl

prof. Marcin Grabowski: Z perspektywy kardiologicznej możemy zapewnić pacjenta, że jeżeli zredukuje masę ciała, to będziemy mogli zmniejszyć u niego liczbę leków na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę czy zwiększone stężenie cholesterolu



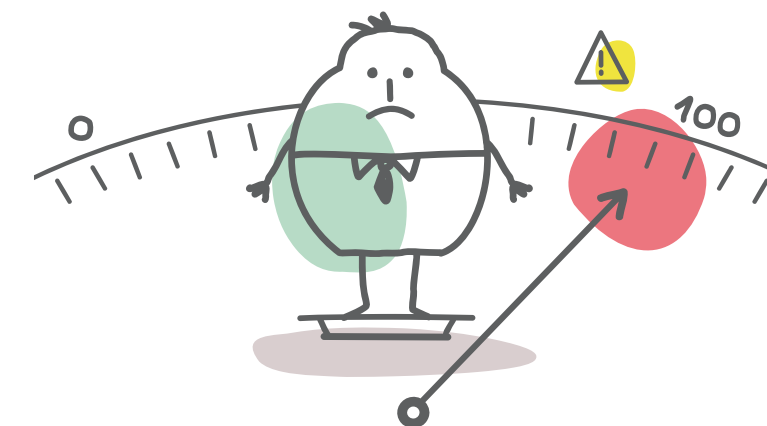
Fot. spskulidmipr

prof. Beata Matyjaszek-Matuszek: Musimy tak rozmawiać z pacjentem, żeby miał on poczucie, że otyłość to nie tylko defekt kosmetyczny, ale przewlekła choroba, którą trzeba diagnozować i leczyć

korzystnych czynników, takich jak cukrzyca, zaburzenia lipidowe, wielokierunkowe zaburzenia metaboliczne. Według naszych szacunków nawet 30–40 proc. pacjentów kardiologicznych ma co najmniej nadwagę, jeśli nie otyłość. I to tę trzewną, z fenotypem TOFI, który jest wybitnie złośliwy dla układu sercowo-naczyniowego. Chory, który do nas trafia, to już pacjent z powikłaniami – z ciężką miażdżycą naczyń wieńcowych lub miażdżycą obwodową, z opornym nadciśnieniem tętniczym, ciężkimi zaburzeniami lipidowymi. W takiej sytuacji mamy jedynie możliwość zastosowania prewencji wtórnej. Jako specjalistom kardiologii brakuje nam narzędzi do interwencji. My wypisujemy pacjenta z litanią pobocznych życzeń, prosząc go, żeby schudł, ograniczył podaż kalorii i sam sobie z tym poradził. Nie potrafimy udzielić mu specjalistycznych zaleceń, nie mamy wypracowanej ścieżki, gdzie powinniśmy takiego pacjenta kierować. Wydaje mi się, że kwestie organizacyjne wymagają szerszego, systemowego rozwiązania. Warto wspomnieć, że ostatnio dzieje się wiele dobrego – choćby pojawienie się nowych leków przeciwcukrzycowych, których główny efekt to obniżenie masy ciała. Niestety, z przyczyn ekonomicznych leki te są dostępne tylko dla pacjentów lepiej sytuowanych – zauważył prof. Marcin Grabowski.

Otyłość a problemy ortopedyczne

Według badań szacunkowych 2 na 3 pacjentów z otyłością cierpi na bóle stawów. Problem choroby zwyrodnieniowej stawów dotyczy coraz szerszej grupy osób. Za główne jego przyczyny uznaje się czynnik demograficzny oraz otyłość. – Podczas 23. Kongresu Europejskich Towarzystw Ortopedycznych została przedstawiona Biała Księga EFORT „Ortopedia i traumatologia w Europie” zawierająca wyzwania ortopedyczne, przed jakimi stoją systemy opieki zdrowotnej oraz lekarze ortopedzi wobec starzejącej się populacji Europy. Liczbę pacjentów z dolegliwościami ze strony układu kostno-szkieletowego oszacowano na ponad 100 mln (30 proc. populacji Europy), z czego 40 mln uskarża się na chorobę zwyrodnieniową kolan. Sama choroba zwyrodnieniowa jest uznawana przez WHO za najczęstszą przyczynę niepełnosprawności. Modyfikowalnym czynnikiem powodującym chorobę zwyrodnieniową jest otyłość – i to jest klucz do zredukowania liczby chorych – mówił dr n. med. Paweł Walasek ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie. Ekspert dodał, że pacjenci z otyłością i chorobą zwyrodnieniową stawów warunkowo są kwalifikowani do leczenia operacyjnego – po uzyskaniu redukcji masy ciała. Stawia się im warunek, jakim jest schudnięcie, tłumacząc, że możliwość utrzymania im-



Fot. iStockphoto

plantu oraz efekt leczenia u osób z nadwagą są zupełnie inne niż u osób z prawidłową masą ciała. Pacjenci z chorobą otyłościową są kierowani najpierw do poradni metabolicznej. Co więcej, zdarza się, że kiedy choremu uda się istotnie zmniejszyć masę ciała, uzyskuje on poprawę jakości życia i sam rezygnuje z operacji. – Jest to dla nas silny argument, żeby w pierwszej kolejności przekonywać pacjentów do schudnięcia. W zredukowaniu masy ciała może pomóc aktywność fizyczna, jednak należy dążyć do pewnego kompromisu i ustalić taką dawkę ruchu, która w danym momencie jest dla pacjenta akceptowalna. Wiadomo, że chory nie będzie biegał, ale może jeździć na rowerze, pływać czy spacerować – zaznaczył dr Paweł Walasek.

Otyłość a problemy z oddychaniem

Wpływ otyłości na oddychanie należy rozpatrywać wielowątkowo. U osób z otyłością brzuszną problemem jest już sam akt oddychania. Zwiększona masa i objętość jamy brzusznej powodują uniesienie głównego mięśnia wdechowego – przepony – i przez to zmniejszenie pojemności życiowej płuc. W efekcie prowadzi to do zmniejszenia tolerancji wysiłku, i to tylko z powodów oddechowych. – Uniesienie przepony powoduje również zmniejszenie podatności ściany klatki piersiowej. A wiemy, że w czasie spontanicznego oddechu ściana klatki piersiowej rozszerza się przy wdechu. U osób, które nie są otyłe, do wykonania wdechu mięśnie oddechowe muszą wygenerować ciśnienie ok. 13 cm H₂O. Osoba otyła, z BMI > 35, do tego samego aktu oddechowego potrzebuje ciśnienia wdechowego rzędu 25 cm H₂O, czyli prawie 2 razy więcej. W związku z tym takie osoby są zmuszone do wykonywania większej pracy przy oddychaniu i szybciej się męczą. Otyłość jest dodatkowym obciążeniem dla oddychania nawet w spoczynku, nie wspominając o niewielkim choćby wysiłku – tłumaczył prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński z II Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Niebezpieczne dla pacjenta jest pojawienie się śpiączki hiperkapnicznej. Występuje ona w sytuacji, kiedy wraz z nasilaniem się otyłości dochodzi do zaburzeń wymiany gazowej z powodu gorszej wentylacji płuc. W przypadku mniejszej pojemności płuc dwutlenek węgla jest eliminowany z pęcherzyków płucnych z mniejszą efektywnością. W związku z tym u niektórych osób po pewnym czasie może dojść do jego nad-

miernego gromadzenia się w organizmie i w skrajnym przypadku do wystąpienia śpiączki. Jak mówił ekspert, taki stan, nazywany zespołem hipowentylacji otyłych, dotyczy osób ekstremalnie otyłych. – Warto zwrócić uwagę, że osoby otyłe mają grubszą szyję z powodu nadmiernie gromadzącej się tkanki tłuszczowej w okolicach gardła, utrudniając oddychanie, a w czasie snu może spowodować nawet całkowite zamknięcie górnych dróg oddechowych i w konsekwencji bezdech. Takie bezdechy mogą się powtarzać od kilkunastu do kilkudziesięciu razy na godzinę. Mówimy wówczas o obturacyjnym bezdechu sennym. Każdy bezdech powoduje, że podczas snu dochodzi do dłuższej bądź krótszej przerwy w oddychaniu i w efekcie do spadków utlenowania organizmu. Stan ten nazywamy hipoksemią. Spadki utlenowania stymulują układ współczulny, powodując różne powikłania. Z powikłań kardiologicznych najczęstsze jest nadciśnienie tętnicze, na które cierpi 70 proc. pacjentów z obturacyjnym bezdechem sennym. Bezdechy zwiększają też ryzyko zawału mięśnia sercowego, zaburzeń rytmu serca, w tym ciężkich komorowych, i udaru mózgu – wymieniał prof. Paweł Śliwiński.

Ekspert zwrócił uwagę, że bezdechy w czasie snu sprawiają, że jest on płytki, niemal zupełnie pozbawiony fazy REM i stadium snu głębokiego, przez co nie przynosi wypoczynku. Jeżeli taki stan trwa miesiącami lub latami, pacjent zaczyna odczuwać zmęczenie, trudności w koncentracji, a w końcu pojawia się skłonność do nagłego zasypiania w ciągu dnia. Taki stan utrudnia codzienne funkcjonowanie, a jeśli dotyczy na przykład kierowcy, to powoduje bezpośrednie zagrożenie w ruchu drogowym. Amerykanie policzyli, że zaśnieńcie za kierownicą jest odpowiedzialne za prawie 20 proc. czołowych zderzeń na autostradach. W związku z tym Unia Europejska w 2014 r. wprowadziła dyrektywę, która nakazuje wykonywanie badań w kierunku zaburzeń oddychania w czasie snu u kandydatów na profesjonalnych kierowców. W Polsce ta dyrektywa również obowiązuje, ale kierowcy muszą jedynie wypełnić ankietę i na podstawie jej wyniku są dopuszczani do pracy przez lekarza medycyny pracy.

Otyłość a choroby endokrynologiczne

Profesor dr hab. n. med. Beata Matyjaszek-Matuszek, kierownik Kliniki

VII KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, wskazała na dwukierunkowe zależności pomiędzy chorobą otyłościową a chorobami endokrynologicznymi. – Z jednej strony otyłość sprzyja powstawaniu różnych chorób układu endokrynnego, między innymi niedoczynności tarczycy (10–15 proc. pacjentów) czy hipogonadyzmu (ok. 40 proc. mężczyzn chorujących na otyłość), a z drugiej strony niektóre choroby endokrynologiczne mogą się przyczyniać do rozwoju otyłości. W takim przypadku jednocześnie z leczeniem choroby endokrynologicznej trzeba rozpocząć leczenie choroby otyłościowej. Przy współistnieniu niedoczynności tarczycy i choroby otyłościowej endokrynolog w pierwszej kolejności musi się upewnić, czy niedoczynność tarczycy jest dobrze wyrównana i dopiero wtedy rozpocząć wielokierunkowe leczenie otyłości – podkreśliła.

Jak rozmawiać z pacjentem?

Rozmowa na temat choroby otyłościowej nie jest łatwa. Jak relacjonują lekarze, pacjenci starają się nie dostrzegać u siebie problemu, a w dodatku nie zawsze mają ochotę zmienić styl życia i rozpocząć leczenie.

Według prof. Beaty Matyjaszek-Matuszek lekarze nie potrafią rozmawiać z pacjentami z otyłością, bo nikt ich tego nie uczył w toku studiów, a do niedawna nie kwalifikowano otyłości jako choroby. – Dziś już wiemy, że to jest choroba uwzględniona w ICD-10 i musimy tak rozmawiać z pacjentem, żeby miał on poczucie, że otyłość to nie tylko defekt kosmetyczny, ale przewlekła choroba, którą trzeba diagnozować i leczyć. W związku z tym powinniśmy przede wszystkim zauważyć chorobę otyłościową, nie lekceważyć jej i nie używać trywialnych sformułowań typu „puszysta pacjentka”. Niezależnie od specjalizacji powinniśmy zauważyć otyłość i prosić pacjenta o rozmowę na temat tej choroby – stwierdziła.

Jak zauważył dr Paweł Walasek, pacjenci bardzo źle reagują na informację, że przyczyną ich choroby jest otyłość. Wprawdzie mają świadomość swoich ograniczeń wynikających z masy ciała, ale zaczynanie rozmowy od otyłości niweczy już na samym początku jakąkolwiek możliwość porozumienia i przekonania chorego do modyfikacji stylu życia. – Osobiście unikam rozpoczynania rozmowy od tematu wagi pacjenta. Najpierw staram się zdobyć jego zaufanie i dopiero wtedy przekonuję go do zmiany stylu życia i do uznania nadmiernej masy ciała za przyczynę problemów zdrowotnych – wyjaśnił.

Profesor Marcin Grabowski radził, aby motywować chorego, stawiając przed nim realne cele. – Można mu na przykład zalecić, żeby na kolejną wizytę przyszedł bez przyrostu masy ciała. Następny cel to redukcja masy o 1–2 kg. Jeżeli będziemy osiągać stopniowo pozytywne wyniki, pojawi się



Fot. Archiwum Termedia

”

prof. Lucyna Ostrowska: Udało się uruchomić program rządowy KOS-BAR 40+ dla osób z otyłością olbrzymią trzeciego stopnia, w ramach którego pacjenci byłiby objęci bezpłatną opieką 2-letnią przygotowującą do zabiegu bariatrycznego i obserwacją 2 lata po zabiegu

obustronna satysfakcja. Z perspektywy kardiologicznej możemy zapewnić pacjenta, że jeżeli zredukuje masę ciała, to będziemy mogli zmniejszyć u niego liczbę leków na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę czy zwiększone stężenie cholesterolu. Mam pacjentów, którzy mieli łagodne lub umiarkowane nadciśnienie tętnicze, a po redukcji masy ciała u części z nich można było odstawić leki. Jestem też za prostymi, praktycznymi przekazami, chociażby dotyczącymi zwiększenia aktywności ruchowej. Nie chodzi o to, żeby osoba dotychczas siedząca przy biurku zaczęła biegać maratony. Trzeba ją zachęcić do rezygnacji z windy, kupienia psa, którego będzie prowadzić na spacer, pozostawiania samochodu dwie przecznice dalej. Lekarz powinien wyjaśnić, na czym polegają zalecenia żywieniowe, co to znaczy dieta śródziemnomorska. Niech talerz będzie jak najbardziej kolorowy. Potrzebna jest edukacja całych rodzin i dzieci już w szkole. Niestety zdrowa żywność jest droższa, dlatego należałoby podjąć takie kroki, aby była bardziej dostępna pod względem ekonomicznym – mówił.

Sytuacja chorych się poprawia

Optymistyczne jest to, że od pewnego czasu poprawia się sytuacja pacjentów z chorobą otyłościową. Możliwości leczenia są coraz większe, powstają ośrodki wieloprofilowe, coraz więcej lekarzy zajmuje się leczeniem tych chorych.

Profesor Lucyna Ostrowska zapewniła, że choć rozwiązań systemowych jeszcze nie ma, Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości cały czas nad nimi pracuje. – Została już utworzona koalicja Partnerstwo na rzecz



Fot. Patryk Rydyk

”

prof. Paweł Śliwiński: Osoby z chorobą otyłościową są zmuszone do wykonywania większej pracy przy oddychaniu i szybciej się męczą. Otyłość jest dodatkowym obciążeniem dla oddychania nawet w spoczynku, nie wspominając o niewielkim choćby wysiłku

Profilaktyki i Leczenia Nadwagi i Otyłości, która zrzesza lekarzy specjalistów, dziennikarzy, przedstawicieli sejmu i senatu oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Jej celem jest podjęcie działań zmierzających do utworzenia ośrodków specjalistycznych w ramach NFZ. Udało się również uruchomić program rządowy KOS-BAR 40+ dla osób chorujących na otyłość olbrzymią trzeciego stopnia, w ramach którego w 15 ośrodkach na terenie kraju pacjenci byłiby objęci bezpłatną opieką 2-letnią przygotowującą do zabiegu bariatrycznego i obserwacją 2 lata po zabiegu. Mamy nadzieję, że stanie się on programem powszechnym, który będzie funkcjonować w ośrodkach bariatrycznych w całej Polsce. Pracujemy też nad stworzeniem programu KOS-BAR 30+ dla pacjentów dorosłych chorujących na otyłość pierwszego i drugiego stopnia. Na razie jesteśmy na etapie prac i konsultacji z Ministerstwem Zdrowia i NFZ. Trzecią rzeczą, która nam się udało, jest uruchomienie na stronie Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości platformy edukacyjnej dla pacjentów, lekarzy, dietetyków, fizjoterapeutów, chirurgów bariatrów. Można tam znaleźć wiele cennych informacji dla pacjentów i lekarzy, między innymi instrukcje, jak rozmawiać z pacjentem o chorobie otyłościowej. Obecnie pracujemy nad przygotowaniem takiej platformy również dla farmaceutów – mówiła.

Ekspertka dodała, że Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości certyfikuje lekarzy, którzy chcą się specjalizować w leczeniu choroby otyłościowej. Dotychczas wydano 500 takich certyfikatów, a wkrótce będzie ich o 200 więcej. Na stronie Polskiego To-



Fot. Patryk Rydyk

”

dr Paweł Walasek: Choroba zwyrodnieniowa jest uznawana przez WHO za najczęstszą przyczynę niepełnosprawności. Modyfikowalnym czynnikiem powodującym chorobę zwyrodnieniową jest otyłość – i to jest klucz do zredukowania liczby chorych

warzystwa Leczenia Otyłości można się dowiedzieć, gdzie przyjmuje najbliższy lekarz certyfikowany, mający kompetencje w leczeniu choroby otyłościowej, oraz znaleźć 28 certyfikowanych ośrodków. Od najbliższego roku Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości przystąpi też do akredytacji ośrodków wysokospecjalistycznych.

Ciekawą propozycją dla pacjentów może też być funkcjonujący od 2 lat w Lublinie program leczenia otyłości w ramach jednodniowych pobytów szpitalnych. Jak zapewnia prowadząca go prof. Beata Matyjaszek-Matuszek, taki system przynosi sukcesy terapeutyczne. – Podczas pierwszej wizyty pacjent jest diagnozowany przez zespół specjalistów: lekarza, pielęgniarkę, edukatorkę/dietetyczkę, fizjoterapeutę, psychologa i w szczególnych przypadkach chirurga bariatrę, a następnie poddawany wieloskładnikowej terapii. Kolejna wizyta jest zaplanowana za miesiąc, już w warunkach ambulatoryjnych, gdzie chory jest jedynie oceniany pod kątem tolerancji leczenia farmakologicznego i ponownie edukowany dietetycznie. Dopiero w czasie trzeciej wizyty, po 3 miesiącach od pierwszej, następuje ocena efektów leczenia, jak w przypadku każdej choroby przewlekłej, którą można leczyć farmakologicznie. Obecnie dostępne są trzy leki zarejestrowane do leczenia otyłości, a wkrótce będą kolejne. Oczywiście trzeba pamiętać, że bardzo ważne jest leczenie niefarmakologiczne – aktywność fizyczna i leczenie żywieniowe, które są podstawą i początkiem każdej terapii – zaznaczyła.

Agata Misiurewicz-Gabi