

DBAJ O SERCE

– PROFILAKTYKA I LECZENIE –



Odwiedź nasz blog
wpunktozdrowiu.pl

Tematy numeru _____

Innowacyjny zabieg
Zmniejsz ryzyko
udarów mózgu

strona 6-7

Zawał, udar
I co dalej?

strona 8

Elektroterapia w kardiologii
Szanse i wyzwania

strona 11

Rzuć palenie
Ochronić serce

strona 12

ŚWIATOWY DZIEŃ SERCA 29 września 2019 Katowice Rynek



Warsztaty kulinarne
z Remigiuszem Rączką



W programie artystycznym
Grzegorz Halama

**W GODZ. 10:00–17:00 BEZPŁATNE BADANIA
ATRAKCJE I ZABAWY DLA DZIECI**

WWW.DZIENSERCA.COM.PL

WWW.FACEBOOK.COM/SWIATOWYDZIENSERCA



KONCERT
godz. 16:00



ŚLAWOMIR

ORGANIZATOR:



WSPÓŁGOSPODARZ
WYDARZENIA:



PATRONAT
HONOROWY:



Patronat Honorowy
Prezydenta Miasta Katowice
Marcina Krupa



Województwo
Śląskie

Honorowy patronat
Marszałka Województwa Śląskiego
Jakuba Chelstowskiego



Śląski
Uniwersytet
Medyczny
w Katowicach

Zatrzymajmy epidemię

Na temat roli prewencji i świadomości społecznej jako szansy na zatrzymanie epidemii chorób układu sercowo-naczyniowego, wypowiada się prof. dr hab. n med. Piotr Ponikowski.



Prof. dr hab. n. med. Piotr Ponikowski
Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Serca
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

proc. zgonów rocznie odpowiadają choroby układu sercowo-naczyniowego – to ok. 175 tysięcy zgonów z przyczyn kardiologicznych każdego roku. Sytuacja na świecie również jest bardzo niepokojąca – jak wynika z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rocznie aż 17,5 miliona osób umiera z powodu chorób układu krążenia.

Te szokujące dane mogą na pierwszy rzut oka wydawać się nierealne, zważywszy na to, że nadal jesteśmy w czołówce państw europejskich pod względem leczenia zawału serca. W tym obszarze w polskiej kardiologii w ostatnich latach dokonał się olbrzymi postęp. Świadczy o tym chociażby fakt, że pacjenci coraz częściej przeżywają ostrą fazę zawału, a po zawale żyją znacznie dłużej niż jeszcze kilkanaście lat temu. Jednak serce po tak poważnym incydencie kardiologicznym jest dużo słabsze, dlatego u wielu pacjentów w dłuższej perspektywie diagnozuje się niewydolność serca, która jest końcowym etapem i konsekwencją przewlekłych chorób kardiologicznych. Obecnie w Europie jest już blisko 15 milionów osób chorych na niewydolność serca, a w Polsce – ok. miliona z rozpoznaną niewydolnością i 12 milionów zagrożonych jej rozwojem. Walka z niewydolnością serca, która jest globalnym problemem kardiologii, jest aktu-

alnie jednym z największych wyzwań kardiologii na świecie. Polskie i międzynarodowe grono ekspertów jest zgodne co do tego, że powstrzymanie tej światowej epidemii jest możliwe. Proponujemy, jako Polskie Towarzystwo Kardiologiczne szereg zmian systemowych, które mają służyć nie tylko pacjentowi, ale w dalszej perspektywie przekładają się na korzyści także dla gospodarki – świadczy o tym chociażby mniejsza liczba hospitalizacji i absencji chorobowych, a także możliwość kontynuowania przez chorych pracy zawodowej. Jednak to, co ma największe znaczenie i może być kluczem do kardiologicznego sukcesu jest świadomość społeczna. Bo owszem, choroby układu sercowo-naczyniowego to już prawdziwa epidemia, ale możemy ją zatrzymać. W jaki sposób? Przede wszystkim dzięki prewencji.

O wiele łatwiej radzić sobie z chorobą na poziomie profilaktyki. W przypadku osób zdrowych należy zrobić wszystko, aby osoby te nie doznały zawału i nie rozwinęły niewydolności serca. U osób chorych musimy zadbać, by ponownie nie trafiły one do szpitala z kolejnym zawałem czy udarem. Zasady w obu przypadkach są takie same – polegają na prowadzeniu zdrowego stylu życia, czyli zbilansowanej diety, regularnej aktywności fizycznej, badań profilaktycznych. Badania

wykazały, że ryzyko wystąpienia niewydolności serca spada o ok. 60 procent, gdy wyeliminujemy brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu oraz otyłość. Dlatego też od początku swojej działalności Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zachęca do stosowania zasad profilaktyki i podkreśla znaczenie zdrowego trybu życia, jednocześnie działając na rzecz podnoszenia świadomości społeczeństwa i edukacji już od najmłodszych lat. Naszą misję edukacyjną realizujemy na wielu płaszczyznach, ale dwie inicjatywy mają dla nas szczególne znaczenie. Pierwsza to Program Kompleksowej Opieki nad Pacjentem po Zawałe Serca, czyli KOS-Zawał, a druga to KONS, czyli Program Kompleksowej Opieki nad Pacjentem z Niewydolnością Serca. KONS jest autorskim i nowatorskim rozwiązaniem, którego strategicznym celem jest zatrzymanie epidemii niewydolności serca.

Profilaktyka pozostaje niezmiennie naszym priorytetem, dlatego chcemy edukować społeczeństwo na temat czynników ryzyka, wpływających na rozwój chorób kardiologicznych. Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja będzie dla Państwa źródłem wiedzy i przyczyni się do podniesienia świadomości na temat zagrożeń, jakie niosą za sobą choroby układu sercowo-naczyniowego, a także pomoże przeciwdziałać ich konsekwencjom.

Mamy powód do dumy



Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala
Kardiolog, transplantolog Dyrektor Naczelny
SCCS Zabrze, Kierownik Katedry i Oddziału
Klinicznego Kardiologii, Transplantologii,
Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularej SUM,
Prezydent EACTS 2016 - 2017

2018 według danych Ogólnopolskiego Rejestru Operacji Kardiologicznych KROK w Polsce wykonano ogółem w 38 oddziałach kardiologii, 25 810 operacji serca, znacząco poprawiając dostępność chorych do kardiologicznego leczenia. W tej liczbie było 6000 operacji serca z powodu nabytych wad zastawkowych, oraz 10 954 operacje serca z powodu choroby niedokrwiennej serca i jej powikłań, oraz 2408 operacji wad wrodzonych serca u dzieci i dorosłych. Zasadniczo na podkreślenie fakt, że wykonano w 2018 r. 2085 tak zwanych operacji skojarzonych u chorych wymagających jednocześnie operacji wady zastawkowej serca i operacji pomostowania aortalno - wieńcowego. Jest to rosnąca trudna grupa chorych, dla których leczenie kardiologiczne jest postępowaniem z wyboru. Szczególnym powodem do dumy i satysfakcji polskiego środowiska kardiologicznego jest fakt wykonania w roku 2018, 1774 operacji tętniaków aorty, w tym u sporej grupy chorych ze wskazań pilnych i życiowych z powodu rozwarstwień tętniaków aorty lub nawet ich pęknięcia wymagającego

natychmiastowej operacji. Trzeba wyraźnie podkreślić, że wśród rosnącej liczby chorych z zagrażającym życiu tętniakiem aorty, jest spora grupa chorych, zwłaszcza mężczyzn z nieleczonym nadciśnieniem tętniczym. Fakt, że dzięki kardiologii, chirurgom naczyniowym i endowaskularnym, większość z nich udaje się uratować, dobrze świadczy o postępie w polskiej medycynie sercowo - naczyniowej i współpracy zespołów leczących w zakresie wczesnej diagnostyki i terapii tętniaków aorty. Kolejnym powodem do dumy i satysfakcji polskich kardiologów i kardiologów jest fakt, że w roku 2018 u 479 chorych wykonano operacje serca z jednoczesną operacją antyarytmiczną, w tym także technikami hybrydowymi, wspomagając działanie elektrofizjologów i znacząco poprawiając wczesne i odległe wyniki leczenia. Postęp jaki obserwujemy w kardiologicznym leczeniu nabytych wad zastawkowych w Polsce to rezultat dobrej współpracy kardiologów ze środowiskiem kardiologów i lekarzy rodzinnych, w zakresie diagnostyki kardiologicznej, obrazowej, a także wpro-

wadzenia nowych metod chirurgicznego leczenia z rosnącą troską o rozwój zabiegów oszczędzających zastawkę tam gdzie tylko jest możliwe, zarówno technikami klasycznymi jak i małoinwazyjnymi. Wobec chorych starszych, trudnych, z grupy bardzo wysokiego ryzyka, coraz częściej z powodzeniem polscy kardiologowie i kardiologowie sięgają po alternatywne sposoby leczenia, z wykorzystaniem nowych, dostępnych w Polsce technologii, takich jak zabiegi przezcewnikowego wszczepienia zastawki aortalnej TAVI czy wykorzystanie techniki MITRACLIP u chorych z objawową niedokrwinną niedomykalnością mitralną, zdyskwalifikowanych do leczenia kardiologicznego ze względu na wysokie ryzyko.

Jesteśmy przekonani, że dzięki dobrej i bliskiej współpracy kardiologiczno - kardiologicznej i wsparciu anestezyjologów, polska kardiologia w bardzo znaczący sposób przyczynia się do ratowania chorych ze schorzeniami serca i poprawy jakości ich życia.

PARTNERZY MERYTORYCZNI



PARTNERZY STRATEGICZNI



PARTNERZY



PARTNERZY MEDIALNI



Postęp w leczeniu chorych z niewydolnością serca

O tym jak dzięki sile innowacyjnych technologii, rozwojowi medycyny zmienia się rzeczywisty obraz diagnostyki i leczenia pacjentów z niewydolnością serca w Polsce, wypowiadają się Specjaliści ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Dzienny oddział niewydolności serca

TEKST/ **Prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior**

Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii, SCCS Zabrze

Powołanie przy naszej klinice pierwszego w kraju Dziennego Oddziału Niewydolności Serca wynikało z konieczności objęcia chorych kompleksową opieką w celu zmniejszenia częstości rehospitalizacji i śmiertelności. Nasze doświadczenia obejmujące ponad 3 tysiące pobyków oraz reakcje pacjentów i ich rodzin pozwalają na stwierdzenie, że to było konieczne. Ta forma opieki (dzienne kilkugodzinne pobyty, w tym dla chorych przed transplantacją) z możliwością korekcji leczenia, edukacji, 24 godzinnego nadzoru telemedycznego stanowi kolejny krok w poprawie opieki nad tą niezwykle trudną grupą chorych.

Rozwój diagnostyki obrazowej

TEKST/ **Prof. dr hab. n. med. Tomasz Kukulski**

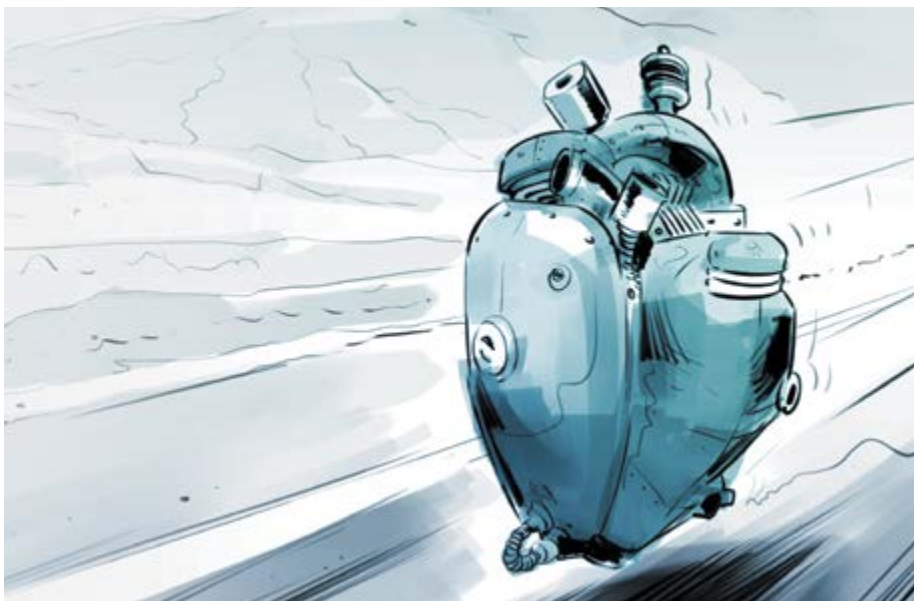
Kierownik Pracowni Echokardiografii, Elektrokardiografii Dorosłych, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym SUM

Niewydolność serca to obecnie najczęściej stawiane rozpoznanie w kardiologicznej izbie przyjęć. Echokardiografia stała się podstawowym narzędziem diagnostycznym wykorzystywanym na co dzień przez kardiologa w warunkach ambulatoryjnych jak i ostrego dyżuru kardiologicznego. Pozwala ona precyzyjnie ustalić przyczynę i stopień zaawansowania niewydolności serca, ocenić obecność niedokrwienia mięśnia sercowego, stopień zaawansowania wad zastawkowych serca oraz powikłania nadciśnienia tętniczego i migotania przedsionków. Badanie echokardiograficzne ułatwia kwalifikację chorego do określonego typu leczenia zabiegowego: przeciewnikowego, elektrofizjologicznego lub chirurgicznego. Dzięki temu możliwa jest optymalizacja terapii chorego z niewydolnością serca.

TEKST/ **dr n. med. Karol Miszański-Jamka**

Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii, SCCS Zabrze

Rezonans magnetyczny jest jedną z najnowocześniejszych metod obrazowania w kardiologii. Dostarcza często informacji niemożliwych do uzyskania innymi metodami nie narażając pacjenta na szkodliwe promieniowanie jonizujące. Aż u 6 na 10 pacjentów metoda ta pozwala na zmianę rozpoznania lub leczenia. Jest wykonywany przy podejrzeniu choroby wieńcowej, po zawale serca, przy zaburzeniach rytmu, zapaleniu, chorobach mięśnia sercowego oraz wadach zastawkowych i wrodzonych serca.



Możliwości wykorzystania mechanicznego wspomaganie serca u dorosłych

TEKST/ **dr hab. Michał Zembala**

Kierownik Oddziału Kardiologii i Transplantologii SCCS Zabrze

dr Agnieszka Kuczaj

Oddział Kardiologii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomaganie Krążenia, SCCS Zabrze

dr n. med. Justyna Małyszek-Tumidajewicz

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii SUM - Oddział Chorób Serca i Naczyń

mgr. Izabela Copik

Oddział Kardiologii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomaganie Krążenia, SCCS Zabrze

W grudniu bieżącego roku mija 10 rocznica pierwszego zastosowania pompy implantowanej w Polsce. Metoda ta daje możliwość ratowania życia pacjentów ze skrajną niewydolnością serca, oporną na inne formy leczenia. Powodzenie tego rodzaju terapii możliwe jest dzięki współpracy interdyscyplinarnego VAD Teamu kardiologów, kardiologów, anestezjologów, asystentów lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, przygotowanego do prowadzenia opieki od etapu kwalifikacji, przez zabieg implantacji, opiekę w trakcie i po oraz program opieki domowej.

Nowe możliwości telemedycyny dla chorych trudnych, z grupy wysokiego ryzyka

TEKST/ **dr hab. n. med. Mateusz Tajstra**

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, SCCS Zabrze, SUM

”

Niewydolność serca to obecnie najczęściej stawiane rozpoznanie w kardiologicznej izbie przyjęć

➔ W Polsce rocznie wszczepia się około 15000 ICD/CRT u chorych z niewydolnością serca. Jest to jeden z elementów kompleksowej opieki. Łącznie pozostaje pod opieką zdalnego monitorowania 2000 chorych. Szybka reakcja medyczna poprzez taki model nadzoru nad chorymi z implantowanym ICD/CRT, redukuje śmiertelność i rehospitalizację co wykazaliśmy w naszych opracowaniach naukowych.

Utlenianie pozaustrojowe (ECMO)

TEKST/ **Prof. dr hab. n. med. Piotr Knapik**

Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, ordynator Oddziału Klinicznego Kardiologii i Intensywnej Terapii SCCS Zabrze

Utlenianie pozaustrojowe (ECMO) jest bardzo zaawansowaną i inwazyjną technologią medyczną, polegającą na czasowym, pozaustrojowym zastąpieniu funkcji płuc, ser-

ca lub obu tych narządów równocześnie. Wskazaniem do zastosowania ECMO jest niewydolność oddechowa lub niewydolność krążenia o przebiegu nie dającym szans przeżycia przy zastosowaniu innych metod leczenia. W ostatnich latach na całym świecie (w tym również w Polsce) obserwowany jest bardzo szybki wzrost liczby wykonywanych procedur ECMO.

Rozwój programu transplantacji serca

TEKST/ **Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala**

Dyrektor Naczelny SCCS Zabrze, Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM, Prezydent EACTS 2016 - 2017

Prof. dr hab. med. Piotr Przybyłowski

Dyrektor ds. Medycznych SCCS Zabrze, Oddział Kardiologii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomaganie Krążenia, Narodowa Rada Rozwoju Sekcja Ochrona Zdrowia, Prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego

Prof. dr hab. n. med. Michał Wojciech Zakliczyński

Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM, Zastępca Koordynatora Oddziału Kardiologii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomaganie Krążenia SCCS Zabrze

dr hab. Michał Zembala

Koordynator Oddziału Kardiologii, Transplantacji Serca i Płuc oraz Mechanicznego Wspomaganie Krążenia Transplantologii SCCS Zabrze

dr Agnieszka Kuczaj

Oddział Kardiologii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomaganie Krążenia, SCCS Zabrze

dr hab. n. med. Paweł Nadziakiewicz

Oddział Kliniczny Kardiologii i Intensywnej Terapii SUM, Zastępca Koordynatora Oddziału Intensywnej Terapii, SCCS Zabrze

Transplantacja serca od lat pozostaje najsukcesowniejszą metodą leczenia krańcowej niewydolności serca. O jej znaczeniu świadczy fakt, że według danych ISHLT w 2016 r. na świecie wykonano ogółem 5832 transplantacji serca. W naszym kraju, za sprawą ambitnych ośrodków transplantacyjnych - liczba przeszczepionych chorych stale wzrasta, w zeszłym roku wykonano łącznie 145 transplantacji serca i 43 transplantacje płuc (tab.1). Nowością w naszym kraju, były udane retransplantacje serca. Rozwój programu transplantacji narządów w Polsce jest możliwy dzięki dobrej współpracy ze środowiskiem anestezjologów i ich wysiłkiem w opiece nad dawcą z rozpoznaniem śmierci mózgu. Program TAK dla transplantacji zyskuje rządowe i społeczne poparcie oraz potrzebny priorytet. Profesjonalizm i dobra organizacja POLTRANSPLANTU w Polsce pomaga uratować rosnącą liczbę chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem narządów.



Beata Ambroziewicz

Prezes Polskiej Unii Organizacji Pacjentów, lider koalicji Serce dla Kardiologii



Agnieszka Wołczenko

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce

Działajmy razem

O inicjatywach realizowanych z myślą o pacjencie kardiologicznym, opowiada Beata Ambroziewicz i Agnieszka Wołczenko.

Na czym ma polegać "Dekalog dla Kardiologii"?

Koalicja Serce dla Kardiologii jako jeden z kluczowych celów stawia sobie edukację pacjentów i ich bliskich na temat tego, jak żyć z chorobą, aby jakość tego życia była jak najwyższa, pacjenci pozostawali aktywni zawodowo i społecznie, samodzielni, prowadzili zdrowy styl życia oraz przestrzegali zaleceń terapeutycznych. Bardzo ważne jest też uświadomienie, że choroby serca i naczyń, to schorzenia przewlekłe, które wymagają stałego leczenia, monitorowania objawów i poziomu parametrów takich jak poziom cholesterolu, glukozy we krwi czy ciśnienia tętniczego. Dlatego niezwykle istotne jest, aby pacjent był zmotywowany od samego początku i miał wsparcie w samodzielnym monitorowaniu swojego stanu zdrowia oraz zmianie codziennych nawyków w zakresie diety czy aktywności fizycznej. Wszystkie te kwestie poruszamy podczas warsztatów i spotkań edukacyjnych organizowanych w różnych regionach Polski, przy wsparciu klinicystów, trenerów zdrowia, dietetyków i psychologów.

Jakie nowe wyzwania czekają na Koalicję Serce dla Kardiologii w nowym roku?

Stale wzrastająca zachorowalność i śmiertelność na choroby kardiologiczne są wyzwaniem dla całego społeczeństwa, organów państwa, systemu ochrony zdrowia, ekspertów i nas przedstawicieli organizacji

pacjentkich, którym zależy, aby jakość życia i standard opieki nad chorymi w Polsce cały czas się poprawiała. W związku z nadchodzącym Światowym Dniem Serca zmapowaliśmy kluczowe obszary wymagające zmian, które będziemy wspierać, jako koalicja. Potrzeba działań wielokierunkowych o charakterze kompleksowym, aby spadek zachorowań i zgonów o min. 30% był realnie możliwy. Najwyższy czas na wprowadzenie stałej edukacji zdrowotnej w szkołach oraz realizacji ciągłej ogólnopolskiej kampanii edukacyjnej finansowanej z publicznych środków, przy współpracy z organizacjami pacjentkimi i towarzystwami naukowymi. Poprawa dostępu do innowacyjnego leczenia (technologie lekowe i nielekowe) oraz poszerzenie grupy chorych korzystającej z opcji już refundowanych. Ponadto kontynuacja wdrażania modeli opieki koordynowanej w niewydolności serca i cukrzycy, powrót do idei utworzenia Narodowego Programu Zdrowe Serce. Niezbędne jest również stworzenie ścieżki szybkiego dostępu do konsultacji kardiologicznych osobom chorym przewlekłe z pogorszeniem stanu zdrowia lub w przypadku nieskuteczności terapii. Kluczowe jest także zwiększenie roli prewencyjnej medycyny pracy (badań okresowych).

Świadomość społeczeństwa polskiego w temacie chorób układu sercowo-naczyniowego jest wciąż niska. W jaki sposób Koalicja Serce dla Kardiologii stara się zmienić tę sytuację?

Organizujemy spotkania dla chorych, które są doskonałą platformą wymiany doświadczeń w zakresie radzenia sobie z chorobą. Angażujemy do tego wybitnych specjalistów kardiologii, ale również rozmawiamy z poziomem pacjenta, wspólnie szukamy rozwiązań, które ułatwią chorym codzienne funkcjonowanie. Oprócz tego bierzemy udział w konferencjach, aktywnie uczestniczymy m.in. w I Forum Serce Pacjenta, bierzemy też udział w posiedzeniach komisji i zespołów parlamentarnych, aby i w ten sposób pokazywać punkt widzenia pacjenta i jego potrzeby.

Dlaczego zależy Państwu na powrocie do idei Narodowego Programu Zdrowe Serce?

Jako przedstawiciele pacjentów wspieramy ideę utworzenia Narodowego Programu, który w jednym dokumencie wskaże najważniejsze wyzwania i działania jakie należy podejmować, aby skutecznie walczyć z epidemią chorób układu krążenia i pozwoli na koordynację różnych programów, które już istnieją w kardiologii lub powstają. Między innymi w zakresie prewencji oraz rozwiązań organizacyjnych takich jak pilotaże opieki koordynowanej. Będzie to wyraz uznania tej dziedziny za priorytetowy obszar w ochronie zdrowia, ale także sygnał dla nas wszystkich, społeczeństwa, że walka z plagą chorób serca i naczyń leży w naszym wspólnym interesie, a zdrowie publiczne jest dobrem narodowym.

Kardiochirurgia Dziecięca w Polsce



Prof. dr hab. n. med. Bohdan Maruszewski

Kierownik Kliniki Kardiochirurgii Instytutu "Pomnika - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie

mocy sztucznych komór, a także transplantacja serca u dzieci i młodzieży. Narastającym problemem w skali całego kraju jest rosnąca liczba pacjentów dorosłych i dorastających po różnego rodzaju operacjach wad wrodzonych serca. Liczbę tych chorych ocenia się na 80 - 100 tys. Wymagają oni specjalistycznej opieki, wynikającej z przebytych zabiegów operacyjnych i interwencji kardiologicznych. Mają różnorakie problemy z zaburzeniami rytmu serca, wielu wymaga późnych reoperacji, badań diagnostycznych jak również dotyczą ich wszystkie nabyte problemy kardiologiczne wieku dojrzałego, w tym choroba niedokrwienna serca. Chorzy ci potrzebują zorganizowanego systemu wielospecjalistycznej opieki medycznej, posiadającego doświadczenie zarówno w leczeniu wad wrodzonych serca jak kardiologii dorosłych. Lepsze wyniki leczenia związane są nieodmiennie z większą ilością wykonywanych świadczeń, w tym przede wszystkim procedur zabiegowych, w jednym ośrodku. Nie mamy obecnie problemu z operowaniem nawet najbardziej złożonych wad wrodzonych serca u noworodków, natomiast należy dołożyć wszelkich wysiłków aby zwiększyć liczbę reoperacji i skrócić istniejące kolejki. Aby było to możliwe konieczna jest poprawa wyceny operacji kardiochirurgicznych u dzieci i ich odrębne finansowanie. W innym wypadku liczba niezbędnych zabiegów będzie spadać, a zespoły i szpitale najbardziej obciążone wykonywaniem najtrudniejszych operacji serca u dzieci i długotrwałą intensywną opieką będą popadać w coraz większe długi. Wykształcenie współczesnego kardiochirurga dziecięcego jest długie, wymaga szczególnych predyspozycji i największego wysiłku. Niewystarczająca motywacja finansowa powoduje brak chętnych do tej elitarniej i wymagającej specjalności medycznej.

W trosce o pacjenta od 40 lat



Dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki, prof. inst.

Dyrektor Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Kierownik Kliniki Wad Nabytych Serca

go leczenia nieoperacyjnego w kardiologii była wdrożona w Polsce przez specjalistów z Instytutu Kardiologii.

Jako Instytut obejmujemy cały zakres kardiologii i kardiochirurgii. Należy do nich transplantologia serca oraz transplantologia wielonarządowa. W tym obszarze jesteśmy jedynym ośrodkiem, który wykonuje zabiegi jednoczesnego przeszczepienia serca i nerki oraz jednoczesnego przeszczepienia serca i wątroby u jednego pacjenta. Normalnie taki chory byłby zdyskwalifikowany do przeszczepienia serca z powodu niewydolności innego narządu. Jedyną szansą jest przeszczepienie u niego dwóch narządów jednocześnie. Są to pojedyncze przypadki. Serce i nerkę przeszczepiliśmy w Instytucie u jednego pacjenta, a serce i wątrobę - już u czterech.

Specjalizujemy się także w mechanicznym wspomaganiu krążenia. Rozwijamy program leczenia niewydolności serca, co wiąże się nie tylko z przeszczepianiem tego narządu, ale też ze wspomaganiami krążenia za pomocą pomp. Wykorzystujemy wszystkie rodzaje pomp, jakie są dostępne na świecie.

Instytut od czterech lat jest intensywnie rozbudowywany. W połowie 2020 zostanie oddany nowy budynek z nowym blokiem zabiegowym zaburzeń rytmu serca, oddzielnym oddziałem wspomagania krążenia, oddziałem dla pacjentów po przeszczepieniu serca i nowe sale hybrydowe, w których nowoczesniejsze zabiegi mogą wykonywać zarówno chirurdzy, jak i kardiolodzy.

Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Wyszyńskiego w Warszawie-Aninie przez ostatnie cztery dekady stał się jednostką kliniczną i naukowo-badawczą, której dokonania i pionierskie metody leczenia wpłynęły na kształt polskiej kardiologii i kardiochirurgii. Pracownicy naukowcy współpracują z najlepszymi ośrodkami na świecie, publikują wyniki badań w prestiżowych czasopiśmie i mają udział w opracowywaniu wytycznych najważniejszych światowych towarzystw naukowych. Szczególnego podkreślenia wymaga pionierska rola Instytutu we wprowadzaniu w Polsce wszystkich nowych metod diagnostyki i terapii kardiologicznej oraz kardiochirurgicznej. Większość głównych nowych metod zabiegowe-

Specyfiką polskiej kardiochirurgii dziecięcej jest leczenie wszystkich dzieci i noworodków z najbardziej złożonymi wadami serca, w tym z sercem jednokomorowym. Odsetek operacji paliatywnych u noworodków z sercem jednokomorowym wynosi 30%. Najczęstsza operacja serca u noworodka w Polsce to operacja Norwooda. Dzieci te wymagają planowo dalszych etapów leczenia chirurgicznego i interwencyjnego. Wyniki ich leczenia są porównywalne z najlepszymi na świecie i wynikają z koncentracji doświadczenia w największych ośrodkach. To jeden z naszych największych sukcesów. Niestety zbyt długie są kolejki w wiodących ośrodkach do planowych operacji etapowych.

Do niewątpliwych osiągnięć polskiej kardiochirurgii dziecięcej należy stosowanie od około 10 lat wspomaganie serca u dzieci przy po-

Niebezpieczny cholesterol

Na temat wysokiego stężenia cholesterolu, nadciśnienia tętniczego i zespołu metabolicznego, wypowiada się prof. dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak.

TEKST/ Ewa Kulczuga

Panie Profesorze, co jest ważniejszym czynnikiem ryzyka sercowo - naczyniowego? podwyższone stężenie cholesterolu, czy nadciśnienie tętnicze?

Z punktu widzenia epidemiologii można już uznać, że to równoważne czynniki ryzyka. Około 18 milionów osób ma w Polsce podwyższone stężenie cholesterolu, nadciśnienie tętnicze dotyczy z kolei 10 - 11 milionów Polaków, ale gdyby przyjąć bardziej restrykcyjną, nową, amerykańską definicję nadciśnienia tętniczego (>130/80 mmHg, a nie jak przyjmujemy w Europie >140/90 mmHg), to okazałoby się, że również 18 milionów Polaków ma nadciśnienie tętnicze.

Czy wysokie stężenie cholesterolu to częściej problem osób młodszych?

Rzeczywiście częstość hipercholesterolemii spada nieco z wiekiem, podczas gdy częstość nadciśnienia tętniczego rośnie. Ale oba stany coraz częściej dotyczą osób młodych, między innymi dlatego, że zaostrzyliśmy normy i definicje zarówno nadciśnienia, jak i podwyższonego stężenia cholesterolu – hipercholesterolemii. Z punktu widzenia „wagi epidemiologicznej” możemy też szacować, który czynnik ryzyka ma większe znaczenie dla wywoływania zdarzeń sercowo-naczyniowych (zawałów serca, udarów mózgu, zgonów) w określonym wieku. Patrząc w ten



Prof. dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak

Kardiolog, internista, hipertensjolog i farmakolog kliniczny, profesor zwyczajny w I Katedrze i Klinice Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego

sposób, w dużym uproszczeniu, hipercholesterolemia jest groźniejsza u młodszych, a nadciśnienie tętnicze – u starszych.

Kiedy należy zacząć kontrolę stężenia cholesterolu we krwi?

Co prawda najnowsze europejskie wytyczne zalecają, aby badanie lipidów przeprowadzić po 40. roku życia, ale zalecenie to dotyczy zdrowych osób bez żadnych innych czynników ryzyka. Jeżeli mamy chociaż jeden z czynników takich jak:

„Około 18 milionów osób ma w Polsce podwyższone stężenie cholesterolu

nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, otyłość, nadwagę, palimy papierosy, mamy obciążający wywiad rodzinny lub inną przewlekłą chorobę zapalną, stężenie cholesterolu należy oznaczyć jak najwcześniej, najlepiej u każdego dorosłego, a w przypadku podejrzenia tzw. hipercholesterolemii rodzinnej – nawet u małych dzieci.

Gdy modyfikacja stylu życia nie przynosi rezultatów, a jeszcze nie ma wskazań do leczenia farmakologicznego statynami, czy istnieje alternatywny sposób porażenia sobie z wysokim stężeniem złego cholesterolu?

U części osób można próbować naturalnych preparatów i produktów – żywności modyfikowanej fitosterolami (modyfikowane margaryny łagodnie obniżające cholesterol), polifenoli z owoców bergamoty, monakaliny (wyciągi z czerwonych drożdży ryżu chińskiego o składzie chemicznym identycznym ze statynami), polikonaoli. Jednak wiele z tych osób i tak będzie musiało w przyszłości rozpocząć terapię statynami.

Jak do tych dwóch czynników ryzyka – nadciśnienia tętniczego i podwyższo-

nego stężenia cholesterolu ma się tzw. „zespół metaboliczny”

Zespół metaboliczny jest takim trochę sztucznym tworem – zespołem wielu czynników, które połączono w trosce o prewencję chorób miażdżycowych i cukrzycy. Najczęściej definiuje się go jako obecność otyłości brzusznej z co najmniej 2 dodatkowymi czynnikami ryzyka spośród czterech: ciśnienia tętniczego >135/80 mmHg lub leczonego nadciśnienia tętniczego, podwyższonego stężenia triglicerydów we krwi lub leczonych zaburzeń lipidowych, podwyższonej glikemii na czczo >100 mg/dl lub leczonej cukrzycy oraz obniżonego stężenia dobrego cholesterolu (HDL-cholesterolu). Tak definiowany zespół metaboliczny ma od 10 do 12 milionów Polaków, w zależności czy weźmiemy pod uwagę mniej restrykcyjne (mężczyźni >102 cm; kobiety >88 cm w talii) czy bardziej restrykcyjne (mężczyźni >94 cm; kobiety >80 cm w talii) definicje otyłości brzusznej. Śmiem twierdzić, że dzisiaj zespół metaboliczny nie zaprzęta nam aż takiej uwagi jak najważniejsze czynniki ryzyka – nadciśnienie tętnicze i podwyższone stężenie cholesterolu. Ale o tych, jak i innych czynnikach ryzyka dowiecie się Państwo z mojej strony facebook.com/profKrzysztofJFilipiak, jak i na moim koncie Instagramowym.

Cukrzyca Problemy kardiologiczne

Akcja badań wątroby

Centrum Medyczne Synexus prowadzi akcję badań kontrolnych wątroby dla osób z cukrzycą typu II lub stłuszczeniem wątroby.

W ramach prowadzonej akcji pacjenci mogą skorzystać z nieinwazyjnego badania wątroby metodą elastograficzną pozwalającą na uzyskanie specjalistycznego obrazu ultrasonograficznego wątroby. Badanie to służy do oceny zmian miąższu wątroby, które mogą nastąpić, gdy dochodzi do odkładania się w nim tłuszczu (ocena stłuszczenia), a także dokonuje pomiaru włóknienia. Metoda ta daje pacjentowi i lekarzowi informację na temat stanu wspomnianego narządu.

**Szczegóły: 22 163 27 68
lub na www.przychodniasynexus.pl**

SYNEXUS



Częstochowa Gdańsk Gdynia Katowice Łódź Poznań Warszawa Wrocław

Zabiegowa prewencja udaru mózgu

Na temat innowacyjnej technologii zabiegu zamknięcia uszka lewego przedsionka, wskazań do jego stosowania oraz szans jakie daje chorym, wypowiadają się prof. Zbigniew Kalarus oraz dr hab. Marek Grygier.



Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus
Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii SUM, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

.....
podstawowej formy leczenia przeciwkrzepliwego. Zabieg ten proponowany jest osobom, które nie mogą brać leków przeciwkrzepliwych.

Istnieją dwie metody zabiegowe dla tych pacjentów. Pierwszą z nich wykonuje się podczas zabiegów kardiologicznych, np. wszczepienia by-passów. Drugą metodą jest zabieg przezskórny podczas którego poprzez nakłucie żyły udowej, dalej prawy i lewy przedsionek wprowadzamy do uszka okluder. Zamyka on i izoluje uszko lewego przedsionka. Zabiegów zamknięcia uszka lewego przedsionka jest coraz więcej i jest to metoda rozwojowa. Chory dzięki takiemu zabiegowi jest zabezpieczony przed udarem mózgu, oraz nie musi przyjmować leków przeciwkrzepliwych.

Na czym polega mechanizm działania okludera?

Poprzez żyłę udową wprowadzany jest cewnik, w którym jest samo rozprężalne system. Następnie po wprowadzeniu tego systemu do uszka lewego przedsionka system ten się rozpręża i wypełnia uszko przy tym go zamykając. Wyglądem może przypominać sprężynę. Ponieważ jest to sprzęt medyczny, niezwykle ważne są jego techniczne aspekty. Uszko lewego przedsionka przed zabiegiem powinno zostać dokładnie zmierzone, tak by okluder nie był za duży ani za mały. Zabieg ten ponadto przeprowadzany jest pod kontrolą echokardiografii przez przełykową, lub wewnątrz sercowej tak, aby okluder znalazł się w dobrym miejscu.

Jaką rolę zabieg ten odgrywa u pacjentów z migotaniem przedsionków?

Działa on protekcyjnie przed udarem mózgu. Metoda farmakologiczna jak i metoda zabiegu zamknięcia uszka lewego przedsionka według opublikowanych danych są porównywalnie skuteczne, jeżeli chodzi o zabezpieczenie przed ryzykiem wystąpienia udaru mózgu. Dzięki takiemu zabiegowi moi pacjenci z grupy, która leków przeciwkrzepliwych nie może stosować, jest zabezpieczona przed udarem mózgu, który w przypadku migotania przedsionków jest najbardziej niebezpiecznym powikłaniem.

Na czym polega zabieg zamknięcia uszka lewego przedsionka?

Metoda zamknięcia lewego uszka przedsionka jest metodą równoważną do stosowania antagonistów witaminy K, czyli

”

Metoda zamknięcia lewego uszka przedsionka jest metodą równoważną do stosowania antagonistów witaminy K, czyli podstawowej formy leczenia przeciwkrzepliwego. Zabieg ten proponowany jest osobom, które nie mogą brać leków przeciwkrzepliwych



Dr hab. n. med. Marek Grygier
I Klinika Kardiologii - Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

.....

Co to jest migotanie przedsionków i z jakim ryzykiem się wiąże?

Migotanie przedsionków to najczęstsza arytmia, jaka występuje u ludzi. Dotyczy ona około 0,5% chorych przed sześćdziesiątym piątym rokiem życia a częstość jej występowania wzrasta wraz z wiekiem sięgając nawet kilkunastu procent u chorych w podeszłym wieku. U chorych z migotaniem przedsionków częściej występuje niewydolność serca, ale największym zagrożeniem jest zwiększone ryzyko wystąpienia udaru mózgu, którego ryzyko, w zależności od współistnienia innych chorób, może sięgać nawet 15% rocznie.

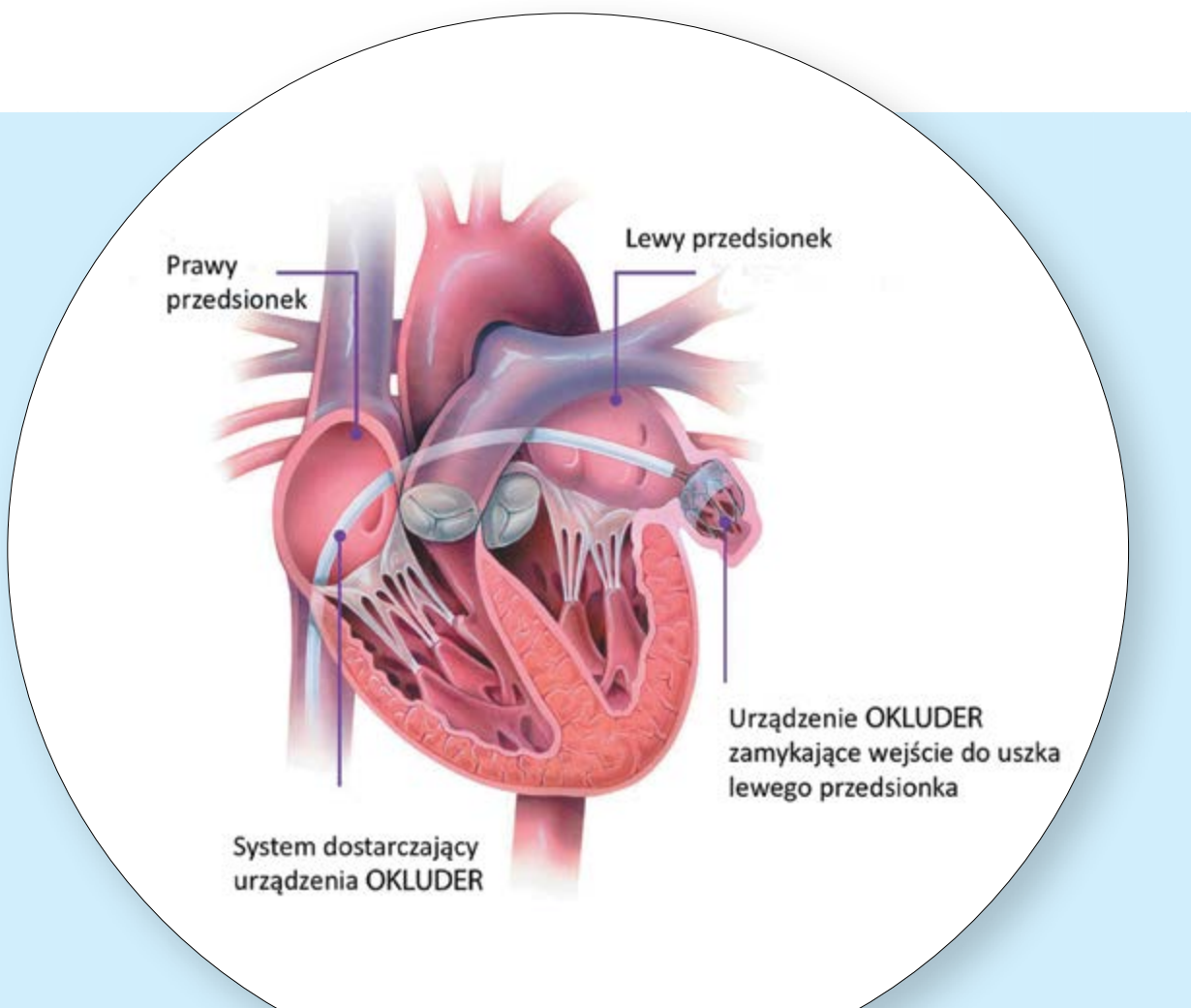
Czy i jak można zapobiegać udarowi u chorego z migotaniem przedsionków?

Aby zapobiegać udarowi mózgu u chorych z migotaniem przedsionków konieczne jest stosowanie leków przeciwkrzepliwych (doustnych antykoagulantów), czyli takich, które mówiąc potocznie „rozrzedzają krew”. Niestety u pewnej grupy pacjentów (szacuje się iż od dwóch do nawet dziesięciu procent) leków takich nie można stosować, ponieważ istnieją bezwzględne czy względne przeciwwskazania do ich stosowania. Co więcej u pewnego odsetka chorych (około 3% rocznie) po takiej terapii występują powikłania nawet zagrażające życiu najczęściej krwotoczne (krwawienia z różnych narządów). Ponadto około 20-25% chorych odstawia takie leki z uwagi na ich nietolerancję. Chorzy często stosują wtedy tylko sam kwas acetylosalicylowy, o którym wiadomo, iż nie zapobiega udarowi u chorych z migotaniem przedsionków.

Co można zaproponować chorym, którzy nie mogą stosować leków przeciwkrzepliwych?

Dla takiej grupy pacjentów opracowany został innowacyjny zabieg zamykania uszka lewego przedsionka. Uszko lewego przedsionka jest strukturą, która znajduje się w obrębie serca jak sama nazwa wskazuje łączy się z lewym przedsionkiem. Udowodniono, że to właśnie tam u chorego z migotaniem przedsionków powstają skrzepy krwi, które po uwolnieniu się stamtąd z prądem krwi mogą powodować do różnych narządów, najczęściej do mózgu, będąc przyczyną udaru. Zamykając uszko lewego przedsionka zapobiegamy udarowi mózgu w takim samym stopniu jak stosując leki przeciwkrzepliwie.

Czy zabieg zamknięcia uszka lewego przedsionka można zaliczyć do zabiegów mało inwazyjnych?



Zabieg zamknięcia uszka lewego jest procedurą mało inwazyjną i nie wymaga użycia skalpela aby dostać się do serca.

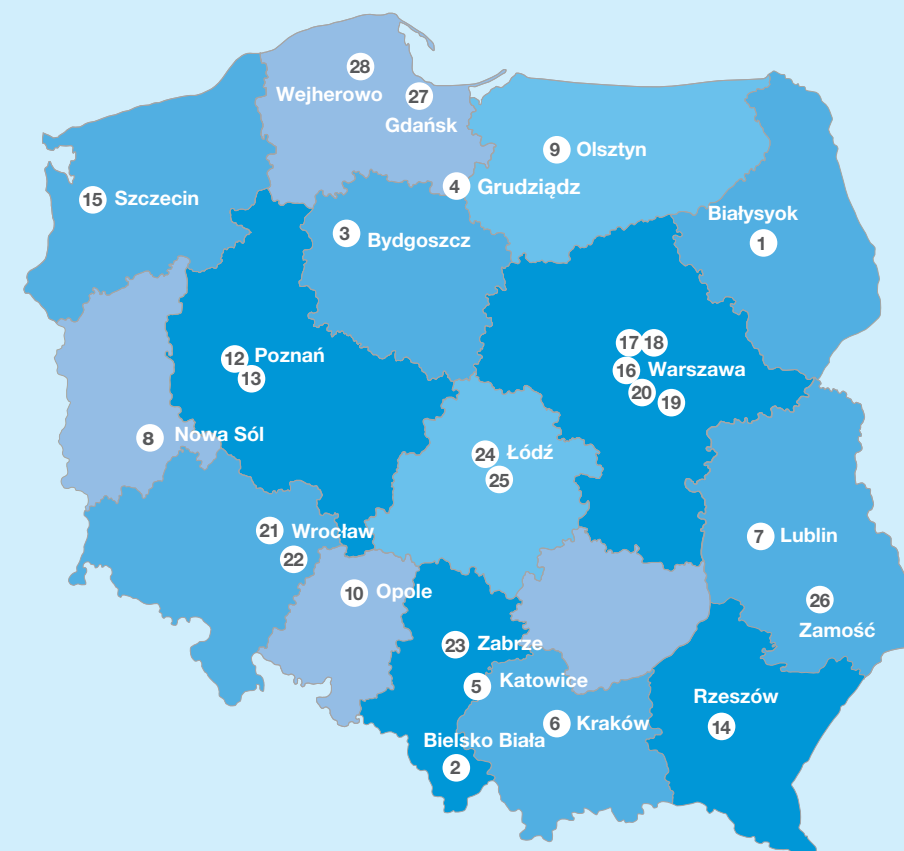
Jak wygląda przeprowadzenie tego zabiegu i jak długo on trwa?

Zabieg zamknięcia uszka lewego przedsionka jest wykonywany raz w życiu i nie wymaga powtarzania, trwa on od 30 do 45 minut i związany jest z dwudniowym pobytem w szpitalu. Wykonywany jest przez kardiologów, kardiologów interwencyjnych a także elektrofizjologów. Zabieg można przeprowadzić tylko w znieczuleniu miejscowym. Kardiolog poprzez niewielkie nakłucie naczyń w pachwinie wprowadza do serca specjalną zapinkę, której pozycję w trakcie zabiegu obserwuje w badaniu USG przezprzełykowym oraz w promieniowaniu rentgenowskim. Podkreślić należy, iż u chorego, u którego zabieg zamknięcia uszka lewego został skutecznie przeprowadzony, dalsza konieczność stosowania leków przeciwkrzepliwych zostaje wyeliminowana.

Jak przedstawiają się dane kliniczne dotyczące bezpieczeństwa stosowania tej metody?

Ryzyko związane z jego przeprowadzeniem jak wykazały ostatnie badania, sięga około 1,5% a najgroźniejsze powikłania to krwawienia związane z samą procedurą (do worka osierdziowego). Jednak z takimi powikłaniami nauczyliśmy się sobie radzić, a wraz z wzrastającym doświadczeniem ryzyko takich zabiegów się zmniejsza. Pozornie może się wydawać, że jest to znaczny odsetek, lecz musimy pamiętać, iż chronimy w ten sposób chorego przed udarem, którego ryzyka sięga, jak już wspomniałem kilku do nawet kilkunastu procent chorych rocznie. Również przy stosowaniu leków przeciwkrzepliwych powikłania krwotoczne występują u kilku procent chorych rocznie.

Ośrodki w Polsce przeprowadzające zabiegi



- 1) Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Białystok
- 2) Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca, Bielsko – Biala
- 3) Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza, Bydgoszcz
- 4) Regionalny Szpital Specjalistyczny, Grudziądz
- 5) SP Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego GCM im. prof. Leszka Gieca, Katowice
- 6) Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków
- 7) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, Lublin
- 8) Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ, Nowa Sól
- 9) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, Olsztyn
- 10) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Opole
- 11) Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, Opole
- 12) Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM, Poznań
- 13) Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia, Poznań
- 14) Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej, Rzeszów
- 15) SP Szpital Kliniczny Nr 2 PUM, Szczecin
- 16) Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa
- 17) Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa
- 18) Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny, Warszawa
- 19) Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa
- 20) Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa
- 21) Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Wrocław
- 22) Czwarty Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław
- 23) Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
- 24) Uniwersytet Medyczny Centrum Kliniczno-Dydaktyczne, Łódź
- 25) Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Dr Wł. Biegańskiego, Łódź
- 26) Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II, Zamość
- 27) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk
- 28) Szpital Specjalistyczny, Wejherowo

KOMPLEKSOWA OPIEKA KARDIOLOGICZNA

O potrzebie szybkiej i skutecznej diagnostyki, dostępie do specjalistów i rzeczywistości pacjenta kardiologicznego w Polsce, wypowiadają się prof. Piotr Jankowski oraz Agnieszka Wołczenko.



Prof. dr hab. med. Piotr Jankowski
Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum w Krakowie, sekretarz
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w
kadencji 2017-2019

.....
informacji dotyczących zdrowia. Dotyczy to zarówno mediów tradycyjnych, jak i treści, które można znaleźć w internecie, szczególnie w mediach społecznościowych. Za szczególnie niebezpieczne uważam reklamy niektórych suplementów diety, które sugerują, że kupując je można bezkarnie prowadzić niezdrowy tryb życia, można nie wykonywać badań profilaktycznych, a nawet można nie rozpoczynać leczenia, albo go przerwać. W tym zakresie zdecydowanie brakuje nam spójnej polityki państwa.

Jak ważna w ujęciu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo – naczyniowego jest szybka i skuteczna diagnostyka?

W mojej opinii sprawna diagnostyka chorób układu krążenia ma podstawowe znaczenie. Jestem przekonany, że można by uniknąć wielu przypadków zawałów serca, udarów mózgu, potrzeby hospitalizacji np. z powodu niewydolności serca, a nawet wielu zgonów gdybyśmy doprowadzili w Polsce do poprawy w tym zakresie. Myślę, że poprawa dostępu do diagnostyki chorób, które stanowią największe zagrożenie i w przypadku których opóźnienie kończy się poważnymi konsekwencjami, ze śmiercią pacjenta włącznie, powinna być priorytetem dla osób decydujących o kształcie opieki zdrowotnej w Polsce.

Dlaczego nadal mimo wielu programów realizowanych w obszarze zdrowia układu sercowo – naczyniowego dostęp do specjalisty, odpowiedniej diagnostyki jest tak trudny?

Skrócenie kolejek do specjalistów to nielatawy do rozwiązania problem. Przyczyn jest wiele. Po pierwsze nie ma merytorycznej potrzeby, by np. każdy pacjent z nadciśnieniem tętniczym, albo hipercholesterolemią był konsultowany przez kardiologa. Częściej też pacjenci po konsultacji np. z kardiologiem, po ustaleniu diagnozy i ścieżki dalszego postępowania powinni być dalej prowadzeni przez lekarzy POZ. W ten sposób zwalniałoby się miejsce dla nowych pacjentów, którzy rzeczywiście wymagają

konsultacji ze specjalistą. Można sobie wyobrazić system, w którym płatnik płaci nie za konsultację, a za zdiagnozowanie pacjenta i ustalenie dalszego postępowania. Na pewno trzeba też zwiększyć finansowanie ambulatoryjnej opieki kardiologicznej. Trzeba też poprawić koordynację opieki między podstawową opieką zdrowotną, specjali-

stami pracującymi w lecznictwie otwartym i szpitalami. Szeroka implementacja osiągnięć technologicznych na pewno może znacząco to ułatwić. Można oczekiwać znaczących oszczędności, jeśli ostatecznie mniej pacjentów będzie hospitalizowanych dzięki sprawnemu prowadzeniu diagnostyki i leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

Sprawną diagnostyką chorób układu krążenia ma podstawowe znaczenie. Moglibyśmy uniknąć wielu przypadków zawałów serca, udarów mózgu, potrzeby hospitalizacji np. z powodu niewydolności serca a nawet wielu zgonów, gdybyśmy doprowadzili w Polsce do poprawy w tym zakresie

Udar czy zawał to tragedia nie tylko dla samego chorego, ale również dla całej rodziny. Jak zmienia się codzienność takiej rodziny?

Życie zarówno chorego, jak i jego rodziny zmienia się diametralnie. Skutki obydwu powikłań zdrowotnych wymagają często radykalnej zmiany trybu życia, a przez to wpływają na codzienność całej rodziny, bowiem proste, podstawowe czynności stają się dla chorego nie do udźwignięcia. Chorzy zdani są na pomoc członków rodziny, nierzadko zdarza się, że bliscy muszą zrezygnować z pracy zawodowej, aby móc zająć się bliską osobą. Pacjenci po udarze czy zawale mogą mieć trudności z poruszaniem się, widzeniem czy mówieniem, a więc ich samodzielność jest bardzo ograniczona. Dostajemy też sygnały od rodzin pacjentów, że zostawienie chorego bez opieki (jeśli rodzina nie może zrezygnować z pracy ani wynajmując kogoś do pomocy) jest tak stresogenne, że niesie ze sobą ryzyko obniżonego samopoczucia i pogorszenia stanu zdrowia u bliskich chorego. Błędne koło.

Na jakie dodatkowe koszty narażona jest rodzina, w której jeden z członków rodziny przeszedł zawał, udar?

Bardzo ważna jest dieta, dzięki której można uniknąć kolejnych powikłań, niestety jednak zdrowa żywność nie należy do najtańszych. Kolejna rzecz to dodatkowa osoba do opieki nad chorym, ponieważ często rodzina nie jest w stanie samodzielnie zająć się bliskim chorym, bądź członkowie rodziny są również zdrowotnie obciążeni, a więc niezdolni do zajęcia się jeszcze inną osobą. Do tego koszty rehabilitacji czy nawet dojazdu do specjalisty albo opłacenie rehabilitanta, który składa wizyty domowe - to są ogromne koszty. No i farmakoterapia. Choć mamy dostępne innowacyjne leki, często są one nierefundowane, a więc pacjent chcący możliwie sprawnie funkcjonować musi zapłacić za leki od kilkuset do kwot powyżej tysiąca złotych. Dla przeciętnego Polaka to nieosiągalne sumy.

Czy można w jakikolwiek sposób ustrzec się przed dodatkowymi wydatkami, które mogą być spowodowane zawałem serca lub udarem jednego z członków rodziny?

Oczywiście można, ale nie do końca zależy to od chorego. Po pierwsze dostęp do leków - jak przystało na kraj, który chce być światową potęgą, powinniśmy mieć dostęp do najnowszych osiągnięć medycyny, dzięki którym Polacy mogą być sprawniejsi pomimo poważnych powikłań zdrowotnych. Wy-



Agnieszka Wołczenko
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów
ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce

.....
daje się jednak, że na ten moment decydenci zapomnieli, że silny kraj to przede wszystkim silni, zdrowi obywatele. Kompleksowa opieka kardiologiczna to rozwiązanie, które znacząco ułatwia życie chorych, szczególnie w mniejszych miejscowościach, gdzie często dostęp do lekarza jest utrudniony, a koszty dojazdu do większego miasta są dla niektórych pacjentów po prostu nieosiągalne. Refundacja innowacyjnych leków oraz opieka kompleksowa to rozwiązania, które mogą uchronić pacjentów przed dodatkowymi kosztami, bo te koszty powinno ponosić państwo. Jeśli pacjent przez całe zawodowe życie płaci gigantyczne składki, to w sytuacji zdrowotnego kryzysu powinien mieć dostęp do najwyższej jakości leczenia, bez konieczności opłacania ich z własnej kieszeni.

Jak długi jest czas oczekiwania na wizytę u specjalisty kardiologa w dużych miastach, a jak przedstawia się to w mniejszych miejscowościach?

W mniejszych miejscowościach na wizytę czeka się średnio kilka miesięcy, przy czym warto zaznaczyć, że często do lekarza trzeba dojechać nawet kilkadziesiąt kilometrów. W prywatnych gabinetach to kwestia około miesiąca, pytanie tylko jakiego pacjenta stać na opłacenie takiej wizyty. W dużych miejscowościach jest zdecydowanie większa ilość gabinetów, ale czas oczekiwania to około trzy miesiące. W przypadku powikłań w układzie sercowo-naczyniowym liczy się czas, dlatego tak długi okres oczekiwania jest po prostu niedopuszczalny, ale pewnie dlatego choroby serca zajmują wciąż niechlubne pierwsze miejsce pod względem ilości zgonów.

TEKST/ Ewa Kulczuga

Nawet ponad kilkanaście milionów Polaków może być zagrożone zawałem serca, lub udarem mózgu. Dlaczego mimo tak niebezpiecznych dla nas statystyk wciąż powszechny jest brak świadomości społeczeństwa na temat ryzyka związanego z chorobami sercowo naczyniowymi i ich powikłaniami?

To prawda wiele milionów Polaków jest zagrożonych wystąpieniem zawału serca, udaru mózgu albo innych chorób układu krążenia. Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego choroby serca i naczyń są przyczyną 43% wszystkich zgonów Polaków. To bez wątpliwości najważniejsze zagrożenie zdrowia polskiego społeczeństwa. Duże rozpowszechnienie chorób układu krążenia w Polsce wynika w dużej mierze z dużej częstości występowania tzw. czynników ryzyka tych chorób, a więc stanów, które prowadzą do rozwoju tych schorzeń. Według ostatnich badań prawie 20 mln. Polaków ma za duże stężenie cholesterolu, 13 mln. choruje na nadciśnienie tętnicze, prawie 8 mln. Polaków pali, a na cukrzycę cierpi prawie 3 mln. osób. Wśród przyczyn tego stanu należy wymienić przede wszystkim niezdrowe wybory żywieniowe („niezdrową dietę”) oraz brak regularnej aktywności fizycznej i wynikającą z nich epidemię nadwagi i otyłości. Brak świadomości, o którym Pani redaktor wspomniała wynika między innymi z rozpowszechnienia w przestrzeni publicznej wielu wprowadzających w błąd

Bądź o krok przed chorobą i zadbaj o zdrowie

Ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby z Pre-diagnozą oraz Pakietem Kardiolog i Neurolog



Co daje ubezpieczenie?



Profilaktyka

Poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad swoim zdrowiem dzięki Pre-diagnozie i badaniom genetycznym



Pieniądze na walkę z chorobą

Wypłata środków w przypadku poważnego zachorowania, m.in.: zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek



Szybki powrót do zdrowia

Wdrożenie optymalnego leczenia i rehabilitacji po zawale serca lub udarze mózgu

Co otrzymasz w ramach pakietów?



Pre-diagnoza i badania genetyczne

Daje Ci szybki dostęp do konsultacji medycznych pozwalający potwierdzić lub wykluczyć chorobę i obejmuje m.in.: ocenę ryzyka zachorowania, badania genetyczne, wizyty u specjalisty.



Pakiety Neurolog i Kardiolog

- Konsultacje specjalisty: kardiologa, dietetyka, psychologa, logopedy,
- Badania laboratoryjne: lipidogram,
- Badania czynnościowe: Echo serca, EKG, holter 24h,
- Zabiegi rehabilitacji: fizjoterapia instruktażowa indywidualna.



**nationale
nederlanden**

Skontaktuj się z nami:

www.nn.pl 801 20 30 40



Joanna Walczuk
Menedżer ds. Produktów Ochronnych,
Indywidualnych i Grupowych
Nationale-Nederlanden

Choroby układu krążenia są od lat największym zagrożeniem życia. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego odpowiadają one za 46 proc. zgonów Polaków. Jednak zdaniem ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, aż 80 proc. przypadków chorób serca można uniknąć, stosując zasady profilaktyki.

Jako firma ubezpieczeniowa od lat angażujemy się w działania popularyzujące zdrowy tryb życia i profilaktykę zdrowotną. Uświadamiamy Polaków, że ich samopoczucie i kondycja w dużym stopniu zależą od ich codziennych przyzwyczajeń. Zachęcamy do wprowadzania w życie zdrowych nawyków związanych z odżywianiem, aktywnością ruchową i oczywiście badaniami profilaktycznymi. Kontrolowanie stanu swojego zdrowia powinno być na liście priorytetów każdego z nas. Dlatego co roku przypominamy o tym Polakom, organizując bezpłatne badania czy wspierając CITY TRAIL – biegi przełajowe dla osób, które chcą aktywnie wypocząć również w sezonie jesienno-zimowym.

Oczywiście są sytuacje, kiedy nawet zdrowy tryb życia nie jest w stanie uchronić nas

„Chcemy jak najwięcej obowiązków zrealizować w imieniu klienta

przed chorobą. Zarówno zawał serca jak i udar mózgu są jednymi z najczęstszych przyczyn zgonów i plasują się wysoko na liście przyczyn nabywania niepełnosprawności. Rehabilitacja zaraz po zająciu zdarzenia jest niezwykle ważna. Odpowiednio wcześniej wdrożona może znacząco poprawić jakość życia.

To, na czym ostatnio skupiamy się podczas konstruowania produktów ubezpieczeniowych, to zapewnienie kompleksowego wsparcia na etapie diagnozy, leczenia i dochodzenia do zdrowia. Dlatego w razie zdarzenia, oprócz pieniędzy klient otrzymuje wsparcie w najważniejszych obszarach związanych z jego stanem zdrowia.

Zdecydowaliśmy się na rozwinięcie naszej oferty właśnie w tym kierunku, ponieważ wiemy jak może zmienić się rzeczy-

wistość chorego i jego rodziny w wyniku ciężkiej choroby. Chcemy jak najwięcej obowiązków zrealizować w imieniu klienta. Dysponując takim świadczeniem ubezpieczony może szybko potwierdzić bądź wykluczyć poważną chorobę, a w przypadku jej wystąpienia – uzyskać dostęp do najlepszych specjalistów. Takie świadczenie będzie pomocne też na etapie dochodzenia do zdrowia, kiedy niezbędnym elementem leczenia okaże się rehabilitacja.

Wierzmy, że ubezpieczenia powinny dziś nie tylko wspierać klientów w trudnych sytuacjach, po ciężkich zdarzeniach. Zdecydowaną przewagę mają te produkty, które pomagają im rozwiązywać ich problemy tu i teraz. Dlatego tworząc naszą ofertę poszukujemy rozwiązań, które odpowiedzą na takie oczekiwania i potrzeby.

Dlaczego była potrzeba powstania dodatków do ubezpieczenia, i w jaki sposób Nationale-Nederlanden kształci świadomość społeczeństwa wokół odpowiedniej profilaktyki jako przeciwdziałanie chorobom układu sercowo – naczyniowego?

Gdy choruje kobiece serce

Kobiety też umierają na powikłania chorób układu sercowo – naczyniowego. W temacie dalszej edukacji kobiet w kierunku zagrożeń jakimi są zawały serca, opowiada Sylwia Stachura.

TEKST/ **Sylwia Stachura**
dziennikarka, wydawca serwisu Medonet.pl

Kobiety częściej niż mężczyźni chorują na serce i z tego powodu umierają - tak wynika ze statystyk Głównego Urzędu Statystycznego. Codziennie z tego powodu umiera nawet 250 Polek.

Od 40 lat choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w Polsce - zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Tyle tylko, że jeśli dokładniej przyjrzymy się danym, okaże się, że ponad połowa przypadków śmierci wśród kobiet to wynik chorób serca, które zabijają częściej niż rak. W przypadku mężczyzn odpowiadają za 40 proc. zgonów. Przeświadczenie, że zawał to typowo męska przypadłość, nie ma więc żadnego potwierdzenia w faktach.

Dlaczego kobiety umierają na serce? Najłatwiej odpowiedzieć na to pytanie, mówiąc: bo inaczej chorują. Do okresu menopauzy damskie hormony, estrogeny, chronią serca kobiet. Podnoszą poziom dobrego cholesterolu i zapobiegają miażdżycy. Dlatego problemy z sercem zaczynają się u kobiet nawet 10 lat później niż u mężczyzn. Dolegliwości pojawiają się zwykle po sześćdziesiątce.

To jednak mit, że objawy zawału są u nich zupełnie inne. - Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn klasyczne objawy zawału serca są takie same: bóle w klatce piersiowej, zazwyczaj określane jako gniecenie, rozpieranie, dławienie czy ucisk nie do zniesienia. Bóle są silne i promieniują do żuchwy, ramion, towarzyszyć im może niepokój, zasłabnięcie, arytmia, zawroty głowy - wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz, specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii, kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II WL WUM. Ekspert dodaje, że zdarzają się też objawy nietypowe, na które koniecznie trzeba zwrócić uwagę. Są to np. bóle w nadbrzuszu, nudności, wymioty.

Ból to najbardziej charakterystyczny objaw zawału. - Jest intensywny, towarzyszy mu uczucie lęku, zagrożenia - wyjaśnia prof. Mamcarz. I chociaż to bardzo specyficzny symptom, zdarza się, że panie myślą go np. z nerwobólem i decydują się przeczekać. Lekarze alarmują: kobiety trafiają do szpitala później niż mężczyźni, co w przypadku zawału może być śmiertelnie niebezpieczne. W kardiologii mówi się o tzw. "złotej godzinie" - pacjent z objawami zawału, powinien otrzymać pomoc w ciągu 60 minut. To zwiększa szanse na przeżycie.

Nowe możliwości elektrofizjologii i elektroterapii



dr hab. Oskar Kowalski

Kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Elektrostymulacji Serca w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, były przewodniczący Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Migotanie przedsionków to najczęściej spotykana w populacji arytmia. Ma ją w Polsce kilka milionów ludzi, a że u wielu przebiegać może bezobjawowo, część z nich nawet o niej nie wie. Manifestuje się nierównym biciem serca, wyczuwalnym np. jako nierówne, niemiernie tętno. Bez względu jednak na to czy powoduje dolegliwości czy jest przez pacjenta w ogóle niewyczuwalna, niestety niesie ze sobą ryzyko udaru mózgu, bo prawdopodobnie jest jedną z najpoważniejszych przyczyn niedokrwiennego udaru mózgu. Pacjenci cierpiący na migotanie przedsionków mogą być również poddani

leczeniu zabiegowemu. Zabieg nazywa się ablacją, liczba wykonywanych w Polsce procedur tego typu w ostatnich latach dynamicznie rośnie. Na razie nie wiemy, czy ablacja może chronić przed udarem mózgu, do zabiegu kierowani są więc dziś pacjenci, którzy w trakcie napadu mają wyraźne objawy: osłabienie (czasem z omdleniem), złe samopoczucie, obniżoną wydolność wysiłkową. Obecnie stosowane metody ablacji obejmują np. zastosowanie balonów, które oziębiane do temperatury ponad -50stC niszczą tkankę odpowiedzialną za powstawanie arytmii. Inną techniką jest wykorzystanie specjalnych systemów komputerowych tworzących trójwymiarowe mapy serca. Do ablacji używa się wówczas specjalnych elektrod przewodzących prąd o częstotliwości radiowej, dające możliwość wykonania punktowych aplikacji.

Oczywiście w sercu człowieka spotykamy różne rodzaje arytmii. Są postaci wrodzone, powodujące kołatania serca już u najmniejszych dzieci. Są też takie będące wynikiem wieku czy przebytych chorób serca. W chwili obecnej elektrofizjologia dysponuje jednak możliwościami technologicznymi dającymi możliwość podjęcia próby usunięcia wszelkiego typu arytmii. Skuteczność tego rodzaju zabiegów przekracza w większości typowych postaci zaburzeń rytmu serca w 90 procentach. Co roku pojawiają się nowe technologie poprawiające efektywność leczenia. Warto o tym pamiętać, nie lekceważyć arytmii, bo arytmia niezauważona, zlekceważona może dać trwałe, niekorzystne następstwa, których można było uniknąć.

WYBIERZ BERIMAL - NOWOCZESNE ROZWIĄZANIE NA CHOLESTEROL

USP Zdrowie

CHOLESTEROL POD KONTROLĄ*

BERIMAL

PRAWDŁOWY POZIOM CHOLESTEROLU

Zawiera unikalną, standaryzowaną kompozycję polifenoli z bergamoty

- ✓ prawidłowy poziom cholesterolu
- ✓ prawidłowy poziom glukozy
- ✓ prawidłowe mikrokrążenie

30 KAPSULEK

SUPLEMENT DIETY

1 produkt - 3 korzyści:

- wspiera utrzymanie prawidłowego poziomu **cholesterolu**
- pomaga w utrzymaniu prawidłowego poziomu **glukozy** i wrażliwości na **insulinę**
- wspomaga funkcjonowanie **wątroby**

NAJWYŻSZA ZAWARTOŚĆ ActiBPF

BERIMAL FORTE

NAJWYŻSZA ZAWARTOŚĆ SUBSTANCJI AKTYWNEJ

- ✓ Unikalna, standaryzowana kompozycja polifenoli z bergamoty
- ✓ Naturalny składnik aktywny*

30 KAPSULEK

SUPLEMENT DIETY

Berimal Forte:

- Pierwszy w Polsce preparat zawierający ActiBPF** - standaryzowaną kompozycję polifenoli z bergamoty
- Unikalny skład przebadany naukowo**

* Czosnek zawarty w preparacie Berimal wspomaga utrzymanie prawidłowego poziomu cholesterolu, wspomaga utrzymanie prawidłowego poziomu glukozy i wrażliwości na insulinę oraz wspomaga prawidłowe funkcjonowanie wątroby

Przyszłość elektroterapii

Szanse i wyzwania zastosowania elektroterapii w kardiologii, omawiają prof. Jarosław Kaźmierczak, prof. Mariusz Kuśmierczyk oraz Wojciech Szeffe.



Prof. dr hab. med. Jarosław Kaźmierczak
Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii
Kierownik Kliniki Kardiologii Pomorskiego
Uniwersytetu Medycznego, Szczecin

TEKST/ Joanna Myrcha

Jakie znaczenie w ujęciu leczenia pacjentów kardiologicznych odgrywa innowacyjna elektroterapia?

Do innowacyjnej elektroterapii możemy obecnie zaliczyć niektóre zabiegi lecznicze związane z implantacją nowoczesnych urządzeń leczniczych (stymulatorów, defibrylatorów serca) i diagnostycznych (wszczepialne rejestratory arytmii) oraz niektóre zabiegi

abłacji podłoża zaburzeń rytmu serca, szczególnie te, gdzie wykorzystywane są najnowocześniejsze techniki lokalizacji substratu arytmii. Z urządzeń wszczepialnych wyróżnia się stymulator bezelektrodowy. To marzenie kardiologów od 30 lat. Teraz się spełnia. Stymulator o masie kilku gramów i objętości 1,5 cm³, jest umieszczany w prawej komorze serca przez specjalny cewnik, poprzez nakłucie żyły udowej. Po zamocowaniu stymulatora do wewnętrznej ściany prawej komory serca, cewnik jest usuwany, nie pozostają żadne elektrody w układzie żylnym, tylko mały „stymulator” w środku serca. Drugą innowacyjną technologią sprzętową jest całkowicie podskórny kardiowerter-defibrylator serca (S-ICD). Całe urządzenie i elektroda defibrylująca umieszczone są pod skórą klatki piersiowej. Nie ma nic w układzie żylnym, ani w środku serca. Obie technologie przyczynią się do zmniejszenia powikłań związanych z umieszczeniem elektrod w układzie żylnym pacjenta, co miało miejsce i ciągle ma w metodach tradycyjnych. Przy leczeniu zaburzeń rytmu serca metodami zabiegowymi (abłacja) podstawową rolę odgrywa zlokalizowanie miejsc w środku serca (w przedsionkach lub komorach - w zależności od rodzaju arytmii) odpowiedzialnych za powstawanie tych zaburzeń. Tutaj mają zastosowanie innowacyjne metody obrazowania elektroanatomicznego, które polegają na stworzeniu przestrzennej mapy wnętrza serca i zobrazowaniu przebiegu impulsów

elektrycznych. Wątro też zwrócić uwagę na telemedycynę - w wielu płaszczyznach. W elektroterapii to w szczególności zdalna kontrola wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów serca i stymulatorów. Pacjent jest skontrolowany bez wychodzenia z domu. Poprzez połączenie wszczepialnego urządzenia z centrum monitoringu przez internet sprawdzamy jego funkcję, wykrywamy zaburzenia rytmu serca i możemy szybko zareagować.

Na czym polega innowacyjność wszczepialnego rejestratora pętlowego arytmii? Z jakimi korzyściami wiąże się jego implantacja dla samych pacjentów, ale i ich lekarzy?

Wszczepialny rejestrator pętlowy arytmii to urządzenie stosowane w kardiologii od co najmniej 10 lat. Sama idea nie jest już innowacyjna. Niestety brak refundacji powoduje, że technologia nie przebiła się do codziennej praktyki. W najnowszych urządzeniach tego typu innowacyjna jest ich wielkość - porównywalna z 3-4 cm ołówkiem, metoda implantacji - wkłucie podskórne i możliwość komunikacji z telefonem komórkowym pacjenta i dalej w sposób ciągły z centrum monitoringu. Pozwala to w zasadzie na natychmiastowe wykrycie zaburzeń rytmu serca.

Dlaczego istotne jest, aby Państwo zwróciło uwagę na problem związany

z dostępem do nowoczesnego leczenia za pomocą innowacyjnych technologii dla polskich pacjentów?

W przypadku wszczepialnych rejestratorów pętlowych arytmii to przyspieszenie diagnozy, uniknięcie wielu, często kosztownych badań, szybsze zastosowanie odpowiedniej terapii i w konsekwencji zmniejszenie kosztów - tych bezpośrednich związanych z samą diagnostyką i leczeniem, ale także pośrednich np. związanych z absencją chorobową w pracy.

Ministerstwo Zdrowia w ostatnim czasie uruchomiło kilka programów dedykowanych pacjentom z chorobami układu sercowo - naczyniowego, dostrzegając tym samym problem wysokiej śmiertelności Polaków z powodu chorób kardiologicznych. Czy w związku z tym istnieje szansa aby Ministerstwo Zdrowia włączyło takie technologie do systemu co w perspektywie mogłoby okazać się opłacalne?

Szansa na pewno istnieje. Nowe technologie tylko na początku są drogie. Z czasem tanieją i przynoszą korzyści nie tylko lecznicze ale także ekonomiczne. Wspomniane już stymulator bezelektrodowy, podskórny kardiowerter-defibrylator serca, czy wszczepialny rejestrator pętlowy arytmii są już procedowane w MZ jako potencjalne świadczenia gwarantowane - oczywiście w odpowiednich wskazaniach medycznych.



Prof. dr hab. n. med. Mariusz Kuśmierczyk
Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologii
Torakochirurgów Kierownik Kliniki, Kardiokirurgii
i Transplantologii, Instytut Kardiologii im. Prymasa
Tysiąclecia Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

Jak wygląda dostęp polskich pacjentów do nowoczesnych metod zabiegowych w leczeniu niewydolności serca?

Pacjenci w Polsce mają dostęp do pięciu ośrodków wykonujących zabiegi przeszczepienia serca oraz wszczepiających pompy wspomagania krążenia. Są one zlokalizowane w Warszawie, Zabrzu, Krakowie, Poznaniu oraz Gdańsku. Ponadto każdy oddział kardiokirurgii w Polsce dysponuje aparatem ECMO zapewniającym krótko- oraz średnioterminowe wspomaganie pracy serca lub/oraz płuc. Liczba zabiegów przeszczepienia serca w Polsce jest niewystarczająca z powodu zbyt małej liczby dawców. Dlatego w ostatnim czasie intensywnie zwiększa się liczba wszczepień pomp wspomagających pracę lewej komory. Mam nadzieję, że w najbliższej przyszłości w Polsce będziemy wszczepiać około 300 takich urządzeń rocznie.

Jakiemu pacjentowi polecany jest zabieg wszczepienia pompy wspomagającej lewą komorę serca, jakie korzyści wynikają z implantacji takiej pompy?

Zabieg wszczepienia pompy wspomagającej pracę lewej komory serca polecany jest pacjentom z końcową niewydolnością krążenia, u których nie możemy w potrzebnym czasie wykonać przeszczepu. Chodzi tutaj zarówno o pacjentów w bardzo ciężkim stanie, przebywających w oddziałach intensywnej terapii oraz oczekujących długi czas na planowy przeszczep. Jeżeli oceniamy, znając statystyki, że pacjent ma bardzo małe szanse przeszczepu w odpowiednim dla siebie czasie, to decydujemy się na wszczepienie pompy. Osobną grupę stanowią pacjenci z nadciśnieniem płucnym będącym przeciwwskazaniem do transplantacji. Zastosowanie u tych chorych mechanicznego wspomagania krążenia daje szansę na wycofanie

nadciśnienia płucnego a tym samym przeszczep w przyszłości. Należy pamiętać, że całkowicie wszczepialne pompy wspomagają jedynie pracę lewej komory, co u większości pacjentów jest wystarczające. Bardzo rzadko, w przypadku ciężkiej niewydolności prawej komory musimy zastosować jej wspomaganie pompą pozaustrojową, najczęściej okresowe. Z całkowicie wszczepionym urządzeniem wspomagającym pacjent może być wypisany do domu. Wszczepione jest ono do klatki piersiowej pacjenta a zasilanie z baterii zapewnione jest przez kabel wyprowadzony przez powłoki brzuszne.

Taki sposób leczenia daje pacjentom możliwość powrotu do normalnego życia. Nie mogą oni wykonywać pewnych czynności (przykładowo pływać), konieczne jest przyjmowanie leków rozrzedzających krew ale możliwy jest nawet powrót do niektórych rodzajów pracy.



Wojciech Szeffe
Prezes Zarządu Organizacji Pracodawców
Przemysłu Medycznego Technomed

Jakie korzyści z punktu widzenia systemowego wiążą się z możliwością stosowania innowacyjnych technologii w elektroterapii?

Postępujący obecnie proces starzenia się społeczeństwa wymusza na polskim systemie ochrony zdrowia wprowadzania innowacyjnych technologii medycznych zapewniających coraz nowocześniejsze rozwiązania medyczne nad coraz liczniejszą grupą pacjentów ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Nowoczesne technologie medyczne to w wielu aspektach bezpośrednie korzyści dla pacjenta i systemu ochrony zdrowia. Zastosowanie nowoczesnych rozwiązań w praktyce skraca czas hospitalizacji w placówce medycznej, wpływa na istotne zmniejszenie liczby powikłań jakie występują u pacjenta i ograniczają ilość zużywanych leków. Należy pamiętać, iż pozwalają one także na zdecydowanie szybszy powrót do zdrowia, przynoszą w wielu przypadkach natychmiastową poprawę jakości życia pacjenta a także członków jego rodziny.

Jak wygląda obecnie proces wdrażania przez system innowacji technologicznych? W jaki sposób proces ten można przyspieszyć?

W naszym kraju pomimo zachodzącej obecnie poprawy nadal występuje utrudniony dostęp pacjenta do nowoczesnych rozwiązań w ochronie zdrowia. Aby dana procedura w zakresie technologii nie lekowych mogła być powszechnie dostępna dla pacjenta tj. finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, musi znaleźć się w wykazie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Praktyka pokazuje, że często czeka tak długo, że innowacyjne technologie przestają być innowacyjne. Na świecie są już bowiem zastępowane przez kolejne generacje wyrobów. Jednym z powodów tego stanu rzeczy jest brak jasnej ścieżki prawnej pozwalającej producentom i dystrybutorom wyrobów medycznych i dostawcom technologii do przedkładania bezpośrednio Ministrowi Zdrowia wniosków o objęcie refundacją nowoczesnych procedur medycznych przeprowadzanych z użyciem nowoczesnych technologii medycznych. Optymalnym rozwiązaniem byłoby skopiowanie obecnie obowiązujących rozwiązań jakie funkcjonują na rynku lekowym i wprowadze-

nie m.in. zapisów o 180 dniowym terminem przekazania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych rekomendacji Ministrowi Zdrowia czy też zezwalających firmom na składanie wniosków w tym zakresie. Musimy pamiętać, iż przemysł technologii medycznych jest jedną z najbardziej innowacyjnych branż na świecie i obejmuje ponad 500 000 produktów stosowanych w diagnostyce, prewencji i leczeniu chorób oraz kompensacji niepełnosprawności. Postęp techniczny i innowacyjność przynosi natychmiastowe korzyści pacjentom - każda kolejna generacja wyrobów jest mniej inwazyjna, ma lepsze wyniki kliniczne, przyczynia się do skrócenia czasu rekonwalescencji. Średnio po 12-18 miesiącach dany produkt medyczny/technologia zastępuje się jej ulepszoną wersją. Niestety, nie oznacza to, że polscy pacjenci mogą korzystać z tych osiągnięć i cieszyć się z leczenia na możliwie najlepszym i najnowocześniejszym poziomie. Liczymy, iż po wyborach resort zdrowia wprowadzi odpowiednie zmiany prawne i unormuje tę sytuację biorąc pod uwagę postulaty przemysłu.

Wsparcie w walce z nałogiem

Palenie jest niezaprzeczalnie szkodliwe nie tylko dla zdrowia naszego serca, ale i całego organizmu. Rzucenie nałogu jest trudne, wsparciem w tej walce mogą okazać się produkty NTZ, pozwalające na indywidualizację terapii.

TEKST/ Anna Szymańska

Mimo coraz większej wiedzy i świadomości społeczeństwa na temat groźnego w skutkach dla całego organizmu palenia tytoniu, nadal Polacy sięgają po ten zgubny nałóg. Palenie tytoniu jest niebezpieczne zwłaszcza dla układu krążenia, ponieważ szkodliwe związki chemiczne znajdujące się w dymie tytoniowym trafiają najpierw do płuc, a następnie bezpośrednio do krwi, co oddziałuje na naczynia krwionośne oraz serce. Prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę wieńcową i udar mózgu może być aż czterokrotnie wyższe niż u osób, które nie palą. Niestety u biernych palaczy ryzyko również jest zwiększone do 25 – 30 %. Na szczęście ze względu na zdrowie swoje i swoich rodzin oraz wysoki spadek popularności palenia coraz więcej palaczy próbuje z różnym skutkiem z nim skończyć.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż bez dobrej wewnętrznej motywacji palącego, rzucenie palenia jest nie tylko trudne, ale czasem wręcz niemożliwe. Jeżeli palacz odnajdzie

Prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę wieńcową i udar mózgu u osób palących może być aż czterokrotnie wyższe

w sobie motywację do rzucenia palenia, jakie powinny być jego kolejne kroki?

Niewątpliwie wychodzenie z nałogu jest dużym wyzwaniem, gdyż palacz może odczuwać dokuczliwe objawy związane z odstawieniem nikotyny, w tym głód nikotynowy. Ponadto, palenie często jest utożsamiane ze szczególną dla palacza sytuacją, na przykład przerwą podczas pracy, paleniem przy alkoholu, piciem kawy. Poza prozaicznymi sytuacjami jak te powyżej, dochodzi indywidualne dla każdego z palaczy rytuały, przy których sięga po papierosa lub po prostu duży i narastający stres. Nikotynowa Terapija Zastępcza (NTZ)

jest jedną z możliwych form wsparcia palaczy, którzy samą silną wolą nie potrafią sobie poradzić z nałogiem. Produkty NTZ dostępne bez recepty w każdej aptece pomagają łagodzić objawy głodu nikotynowego. Odpowiednio i indywidualnie dobrana do jej odbiorcy terapia produktami NTZ może skutecznie pomóc rzucić palenie. Aktualnie w aptekach oferowanych jest wiele produktów w różnych postaciach, np. plastry do przyklejania na skórę lub formy doustne. Rynek w ten sposób wychodzi naprzeciw oczekiwaniom palaczy, którzy dzięki szerokiemu wyborowi mogą dopasować terapię NTZ do swoich preferencji i potrzeb. W ramach rzucania pale-

nia z produktami NTZ, warto wspomnieć również o terapii łączonej. Można sięgnąć po nią, jeśli mimo stosowania plastrów na skórę palacz nadal odczuwa silną chęć zapalenia papierosa. Terapia ta polega na jednoczesnym stosowaniu plastrów oraz form doustnych, które pacjent może przyjmować wtedy, kiedy nagle poczuje silny głód nikotynowy. Jest ona prowadzona etapami, co oznacza to, że osoba w trakcie walki z nałogiem może obserwować swoje postępy w rzucaniu palenia. Ponadto, samo przejście kolejnych etapów może zaowocować nie tylko zwiększoną pewnością siebie, ale również motywacją do dalszego działania. Wraz z kolejnymi etapami, dawki plastrów i form doustnych powinny być zmniejszane, co wymaga oceny postępów terapii i obserwacji własnego samopoczucia. Zmniejszanie dawek obu preparatów pozwala na stopniowe wyjście z nałogu.

Oprócz samych walorów zdrowotnych związanych z rzuceniem palenia nie zominajmy także o wielkiej satysfakcji z realizacji wytyczonego celu i odzyskaniu kontroli nad własnym ciałem.

Bibliografia Główny Inspektorat Sanitarny, 2018, *Palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn chorób serca i udaru mózgu w Polsce*, <https://gis.gov.pl/zdrowie/swiatowy-dzien-bez-papierosa-pod-haslem-nie-niszcz-sobie-serca/> [dostęp 23.09.2019] Szpringer M, Makowska A, Olędzka M.: The nicotine addiction and the assessment of the effectiveness of smoking cessation in adults. Environmental Medicine 2016, Vol. 19, No. 1, 43-50. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;(5):CD009329.

Zwiększ swoją szansę na rzucenie palenia z terapią łączoną NiQuitin.

Jeśli stosując plastry NiQuitin nadal czujesz silną ochotę na zapalenie papierosa możesz zastosować dodatkowo tabletki do ssania NiQuitin MINI lub pastylki do ssania NiQuitin.

Takie połączenie może zapewnić większą szansę na skuteczne rzucenie palenia!

Stosuj razem

PLASTRY



TABLETKI

LUB

PASTYLKI



NiQuitin MINI, 1,5 mg/4 mg, tabletki do ssania. NiQuitin, 2 mg / 4 mg, pastylki do ssania. NiQuitin Przezroczysty, 114 mg; 21 mg/24 godz., 78 mg; 14 mg/24 godz., 36 mg; 7 mg/24 godz., system transdermalny. **Skład:** Nicotinum. 1 tabletkę do ssania NiQuitin Mini zawiera odpowiednio 1,5 mg lub 4 mg nikotyny (w postaci nikotyny z kationem). 1 pastylka do ssania NiQuitin zawiera 2 mg lub 4 mg nikotyny (w postaci nikotyny z kationem). Substancje pomocnicze (w jednej pastylce): aspartam (E951) 6,1 mg, mannitol (E421) 1028,37 mg (2mg) lub 1015 mg (4 mg), sól 15 mg. Jeden plaster NiQuitin Przezroczysty, odpowiednio: o powierzchni 7 cm² zawiera 36 mg nikotyny i dostarcza 7 mg nikotyny w ciągu 24 godzin; o powierzchni 15 cm² zawiera 78 mg nikotyny i dostarcza 14 mg nikotyny w ciągu 24 godzin; o powierzchni 22 cm² zawiera 114 mg nikotyny i dostarcza 21 mg nikotyny w ciągu 24 godzin. **Wskazania do stosowania:** NiQuitin Przezroczysty, NiQuitin, pastylki do ssania oraz NiQuitin Mini są wskazane do łagodzenia objawów wynikających z odstawienia nikotyny, takich jak: uczucie głodu nikotynowego, nerwowość, niepokój, drażliwość, zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, zaburzenia koncentracji, zwiększenie apetytu, łagodne zaburzenia somatyczne (ból głowy, ból mięśni, zaparcie, zmęczenie), związanych z rzucaniem palenia tytoniu. Końcowym celem terapii jest trwałe zaprzestanie palenia tytoniu. Jeżeli to możliwe produkty NiQuitin należy stosować jednocześnie z programem wspierającym rzucenie palenia. **Przeciwwskazania:** Nie należy stosować w razie nadwrażliwości na nikotynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu, u dzieci w wieku poniżej 12 lat (dotyczy: NiQuitin Przezroczysty), u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat (dotyczy: NiQuitin, pastylki do ssania), u osób z nadwrażliwością na orzeszki ziemne lub soję (dotyczy: NiQuitin, pastylki do ssania), u osób niepalących. **Podmiot odpowiedzialny:** Omega Pharma Poland Sp. z o.o. NIQU/JSK/2019/037

PRZED UŻYCIEM ZAPOZNAJ SIĘ Z ULOTKĄ, KTÓRA ZAWIERA WSKAZANIA, PRZECIWWSKAZANIA, DANE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH I DAWKOWANIE ORAZ INFORMACJE DOTYCZĄCE STOSOWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO, BĄDŹ SKONSULTUJ SIĘ Z LEKARZEM LUB FARMACEUTA, GDYŻ KAŻDY LEK NIEWŁAŚCIWIE STOSOWANY ZAGRAŻA TWOJEMU ŻYCIU LUB ZDROWIU.