

Reflektorem po świecie kardiologii

Prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę wprowadzającą tak zwaną sieć szpitali. Zdaniem autorów projektu ustawy „jej celem jest poprawa dostępu pacjentów do świadczeń specjalistycznych, w szczególności poprzez zapewnienie kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych”, a „posiadanie przez pacjenta skierowania do szpitala ma pozwolić mu uzyskać, w zależności od oceny specjalisty, świadczenia bądź w szpitalu, bądź w formie ambulatoryjnej, oraz skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych”.

Oficjalne stanowisko urzędników Kancelarii Prezydenta przekonuje nawet że „ustawa zmierza do zagwarantowania odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach”, a także do „zagwarantowania ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych, przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom”, czy też do „zoptymalizowania liczby oddziałów specjalistycznych i poprawy elastyczności zarządzania szpitalem oraz optymalizacji struktury kosztów leczenia”, a nawet — co zdaniem ekspertów organizacji służby zdrowia wzbudza największą kontrowersję — do „uporządkowania struktury szpitali i określenia obszarów odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali i stworzenia mechanizmu przenoszącego wąkospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych”.

Ustawa wprowadza do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci „systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej”, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”. Według autorów ustawy „ma on być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń zarówno z zakresu leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanej w przychodniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii, jak i nocnej oraz świątecznej opieki zdrowotnej. W ramach systemu zabezpieczenia planuje się wyodrębnić „sześć poziomów zabezpieczenia świadczeń, wyznaczanych przez rodzaje udzielanych świadczeń i określanych przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji”, określonym w przepisach tak zwanych rozporządzeń koszykowych.

Autorzy ustawy podkreślają, że: „świadczeniodawca zakwalifikowany do danego poziomu będzie miał zagwarantowane zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a na zakres tej umowy wpłynie przynależność do poziomu zakwalifikowania”. Wykaz

świadczeniodawców wraz ze szczegółowymi danymi dotyczącymi ich kwalifikacji do poszczególnych poziomów systemu będzie sporządzał i ogłaszał w Biuletynie Informacji Publicznej dyrektor wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Wykaz ogłaszany 27 marca będzie obowiązywał od 1 lipca 2017 przez okres czterech lat. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umów zawartych ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia finansowane będą w sposób ryczałtowy. Wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustalana będzie za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy, i uwzględniać będzie między innymi wskaźniki dotyczące struktury udzielanych świadczeń. Zawieranie umów na realizację świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w trybie konkursu ofert lub rokowań, będące dotychczas podstawą kontraktowania, pozostawiono jako rozwiązanie o charakterze uzupełniającym, założono bowiem, że system zabezpieczenia nie pokryje w pełni zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie porównania planu zakupu świadczeń zdrowotnych ze świadczeniami zdrowotnymi, które będą wykonywane w ramach systemu zabezpieczenia, będzie przeprowadzał konkursy ofert na świadczenia zdrowotne, co do których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą właściwie zaspokojone.

Ustawa wprowadza również nową regulację dotyczącą nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Świadczenia z tego zakresu będą udzielane w pierwszej kolejności przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, a jedynie subsydiarnie będą mogły być kontraktowane na zasadach konkursowych.

W myśl nowych przepisów dostosowujących pierwsze wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia ogłoszone zostaną dla terenu poszczególnych województw w terminie do 27 czerwca 2017 r. Będą one obowiązywać od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r.

Polskie protezy serca POLVAD Religa sprawdzają się i są bezpieczne — ogłosił w Zabrze prof. Marian Zembala. Dodał również, że badania nad ich unowocześnieniem trwają nadal i już za parę lat na rynku powinny pojawić się rodzime, tym razem już wszczepialne urządzenia.

Niestety obecnie istotnym problemem jest to, że pacjent, któremu one służą, musi przez cały czas leczenia przebywać w szpitalu, z dala od rodziny. Podobne wszczepialne urządzenia wytworzyli już specjaliści w Stanach Zjednoczonych. Dzięki nim chory może być wypisany do domu. Niestety

osiągnięcie tego celu w naszym kraju wymaga zdaniem prof. Zembali „jeszcze kilku lat pracy i badań”. Warto jednak podkreślić, że stosowana od 1999 r. do dziś proteza serca POLVAD jest pierwszym polskim urządzeniem tego typu, które zostało opracowane dzięki zaangażowaniu pracowników Fundacji Rozwoju Kardiologii w Zabrze (FRK) powstałej w 1991 r. z inicjatywy prof. Zbigniewa Religi i noszącej dziś jego imię.

Najdłuższy okres mechanicznego wspomaganie pracy serca dzięki tej protezie wynosi prawie dwa lata. Przeżył je 32-letni Marcin Drab z woj. mazowieckiego, który w sierpniu 2015 r. trafił do Śląskiego Centrum Chorób Serca z objawami będącej konsekwencją infekcji wirusowej ostrej niewydolności serca. W Zabrze wszczepiono mu pneumatyczną sztuczną lewą komorę wspomaganie krążenia typu POLVAD Religa. Niestety przez prawie dwa lata pacjent ten, będący mężem i ojcem, musiał spędzić w zabrzańskim szpitalu, gdzie był poddawany wielokierunkowemu leczeniu i codziennie zabiegom rehabilitacyjnym. Mimo wysiłków zespołu SCCS, nie udało się wprawdzie zapobiec dwóm mikroudarom, ale w marcu br. pacjent doczekał się transplantacji serca i obecnie czuje się dobrze. Pytany przez dziennikarzy o samopoczucie z radością odpowiada: „Nie mam duszności, nie męczę się, tak że jest rewelacja. Teraz marzę o powrocie do domu”. Warto podkreślić, że w 2016 r. lekarze ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze przeprowadzili 46 transplantacji serca i 19 transplantacji płuc, dzięki temu są zdecydowanymi liderami w Polsce.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne nadal poszukuje firmy będącej w stanie podjąć się zadania organizacji obrad XXII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który ma odbyć się w Krakowie w dniach od 13 do 15 września 2018 r. Potencjalny oferent musi liczyć się z trudnym wyzwaniem, gdyż Zarząd Główny PTK szacuje przewidywaną liczbę uczestników na ponad 4500 osób. Główne zadania mogą być realizowane łącznie przez jedną firmę lub osobno przez dwie lub trzy firmy wyłonione w drodze konkursu. Muszą one jednak zadeklarować chęć wzajemnej współpracy, a szczegółowy zakres i warunki ewentualnej współpracy będą musiały zostać sprecyzowane przez wszystkie strony w odpowiedniej umowie. Komisja zastrzega sobie prawo swobodnego wyboru oferty lub jej elementów, jak również niewybrania żadnej ze złożonych ofert bez konieczności uzasadnienia swojej decyzji i bez konieczności zawiadamiania o powziętej decyzji. Komisji przysługuje prawo swobodnego prowadzenia negocjacji. Oceny przedstawionych propozycji dokonać ma komisja złożona z członków zaakceptowanego przez Zarząd Główny PTK Komitetu Organizacyjnego Kongresu.

Rodzice dzieci z wadami serca podarowali sprzęt medyczny dla Oddziału Kardiologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Małym pacjentom służyć będą nowe pompy infuzyjne i pulsoksymetry zakupione dzięki zbiórce zorganizowanej przez Stowarzyszenie „Serduszka z Prokocimia” i wsparciu Fundacji „Serce Dziecka”. Jak poinformował rzecznik tej placówki: „wyremontowany Oddział Kardiologii Dziecięcej funkcjonuje już od prawie dwóch miesięcy”. Tuż przed przeprowadzką rodzice małych pacjentów własnoręcznie przygotowywali obiekty do użytku, między innymi przeprowadzając szeroki zakres prac porządkowych, takich jak mycie okien, podłóg i ścian oraz ścieranie kurzu pozostałego po remoncie. Rodzice zorganizowali też zbiórkę pieniędzy. Początkowo plany były skromne — zebrane środki miały wystarczyć na zakup pościeli, koców i poduszek. Ku zaskoczeniu organizatorów zebrano ponad 15 000 zł. Do tej kwoty drugie tyle dołożyła Fundacja „Serce Dziecka” i dzięki hojności ofiarodawców 11 kwietnia 2017 r. na oddział kardiologiczny trafiły w sumie cztery pompy infuzyjne i trzy komplety pulsoksymetrów, a także pościel i koce. Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie dr hab. Maciej Kowalczyk, dziękując za przekazany sprzęt i zaangażowanie rodziców, powiedział, że „aby prowadzić wojnę potrzeba trzech rzeczy: pieniędzy, pieniędzy i jeszcze raz pieniędzy. Niestety, w nierównej walce z chorobami najmłodszych ta zasada jest również aktualna”.

W dniu 22 kwietnia 2017 r. w Instytucie Kardiologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego mieszającym w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II, odbyła się VI Ogólnopolska **Konferencja Sekcji Wad Zastawkowych** Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jej program wypełniły bardzo ciekawe wykłady, ożywione dyskusje i gorące spory. W trakcie tego spotkania omówiono między innymi nowe metody leczenia niedomykalności mitralnej, aortalnej i stenozy aortalnej, oceniono nowe aspekty diagnostyki oraz leczenia wad wielozastawkowych i nadciśnienia płucnego towarzyszącego wadom zastawkowym, zaprezentowano osiągnięcia w leczeniu zaburzeń zatorowo-zakrzepowych w przebiegu wad zastawkowych. Przedstawiono także krytyczne spojrzenie na standardy postępowania w wadach zastawkowych i nowe metody leczenia przecieków okołozastawkowych. W programie znalazły się również zagadki z interny dla kardiologów dotyczące nadciśnienia tętniczego i wad zastawkowych serca. Program konferencji mógł usatysfakcjonować zarówno początkującego lekarza przygotowującego się do specjalizacji, jak i doświadczanego kardiologa. Udział w konferencji upoważnił do uzyskania punktów edukacyjnych i pozwolił uczestnikom kolejny raz przekonać się, jak piękny może być wiosenny Kraków.

Kolejna Ogólnopolska **Konferencja Sekcji Echokardiografii** Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego odbędzie się dniach 12–13 maja 2017 w Lublinie. Organizatorzy podali, że podobnie jak w poprzednich latach w spotkaniu konferencji uczestniczyło blisko 1000 lekarzy z całej Polski. Patronat Honorowy nad konferencją objęli – prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego — prof. dr hab. med. Piotr Hoffman, Konsultant krajowy ds. kardiologii — prof. dr hab. med. Jarosław Kaźmierczak oraz JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie — prof. dr hab. med. Andrzej Drop. Konferencja Sekcji Echokardiografii jest tradycyjnym dorocznym spotkaniem członków największej sekcji PTK. Tradycyjnie była poświęcona najnowszym osiągnięciom technologicznym oraz naukowym w dziedzinie echokardiografii, a także zastosowaniom praktycznym w konkretnych sytuacjach klinicznych. Podczas wystawy towarzyszącej konferencji prezentowana będzie również najnowsza aparatura echokardiograficzna.

Jubileuszowa 80. już Wiosenna Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i IX Konferencja „Kardiologii Polskiej”, odbyła się w dniach 19–20 maja 2017 r. w Centrum Kongresowym w Hotelu Warszawianka położonym nad Zalewem Zegrzyńskim k. Warszawy w malowniczym otoczeniu terenów parkowo-leśnych, co „zapewniło wyjątkowy klimat spotkania”. Jej wiodącym tematem były opublikowane w 2016 r. zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące niewydolności serca, migotania przedsionków, hiperlipidemii, prewencji sercowo-naczyniowej oraz rozpoznawania i leczenia kardiologicznych powikłań terapii onkologicznej. W trakcie obrad najwybitniejsi eksperci przedstawią także nowości i omówią ich praktyczne zastosowania, a także przeprowadzą analizę przypadków klinicznych z aktywnym udziałem uczestników. W dniu 19 maja 2017 r. odbyło się także Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Członków Sekcji.

Zarząd Sekcji Niewydolności Serca PTK zaprasza natomiast do Poznania, gdzie w dniach 2–3 czerwca 2017 r. odbędzie się Konferencja Sekcji Niewydolności Serca pod hasłem **„Postępy w terapii niewydolności serca 2017”**. Tym razem tematem wiodącym będą nowości w leczeniu niewydolności serca, implementacja zeszłorocznych zaleceń ESC w praktyce klinicznej oraz dotychczasowe doświadczenia z nowymi lekami. Program tegorocznej konferencji będzie obejmował ponadto wszystkie najważniejsze aspekty leczenia chorób towarzyszących i rehabilitacji pacjentów z niewydolnością serca. Zgodnie z tradycją w pierwszym dniu konferencji odbędą się sesje warsztatowe, przeznaczone nie tylko dla kardiologów. W tym roku eksperci w przystępny i interaktywny sposób omówią „krok po kroku” sposoby oceny echokardiograficznej (funkcja rozkurczowa, wady zastawkowe, stress echo), przybliżony zostanie problem rozpoznawania i leczenia zaburzeń rytmu

w różnych grupach pacjentów z niewydolnością serca, przedstawione zostaną także techniki telemedyczne. Organizatorzy szczególną uwagę chcą poświęcić ocenie skuteczności realizacji nowych zaleceń w praktyce klinicznej oraz dotychczasowym doświadczeniom z nowo wprowadzonymi lekami (sakubitryl/walsartan). W programie konferencji znajdują się również zagadnienia dotyczące organizacji nowoczesnego systemu opieki nad pacjentem z niewydolnością serca. W programie spotkania nie zabraknie sesji dedykowanej lekarzom rodzinnym, pielęgniarkom i rehabilitantom. W trakcie konferencji odbędzie się walne zebranie członków sekcji NS PTK, mające na celu wyłonienie nowych władz na kolejną dwuletnią kadencję oraz przewodniczącego elekta na lata 2019–2021.

„Kardiologia dziecięca 2017 — gorące tematy” to motto XVI Konferencji Sekcji Kardiologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, która odbędzie się w dniach 9–10 czerwca 2017 r. w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Program naukowy konferencji, której patronują między innymi JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mirosław Wielgoś oraz prezes PTK prof. Piotr Hoffman, będzie obejmował aktualne problemy związane z diagnostyką i terapią schorzeń układu sercowo-naczyniowego w populacji pediatrycznej. Na konferencję przyjęli zaproszenie wybitni specjaliści, którzy obiecali dołożyć starań „aby program naukowy spełnił wszelkie oczekiwania, a ciekawe sesje były źródłem najnowszej wiedzy, impulsem do żywiłowej, konstruktywnej dyskusji i refleksji”. Część naukową rozpoczną tematy dotyczące metod prewencji chorób serca związanych z coraz poważniejszymi zagrożeniami cywilizacyjnymi i ponownie nasilającą się epidemią chorób układu sercowo-naczyniowego, zmuszającymi lekarzy praktyków, do coraz intensywniejszych działań profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży. Kolejne sesje będą poświęcone diagnostyce i leczeniu chorób serca, począwszy od okresu płodowego i noworodkowego. W przeddzień, to jest 8 czerwca, zostały zaplanowane warsztaty praktyczne z EKG, kardiologii płodowej, interaktywne warsztaty z technik obrazowania i transmisje zabiegów. Ze względu na interdyscyplinarny charakter konferencja jest adresowana nie tylko do kardiologów dziecięcych, ale także do szerokiego grona pediatrów, neonatologów, kardiologów, kardiochirurgów, internistów, lekarzy medycyny rodzinnej i sportowej, studentów, pielęgniarek i techników. Szczegółowe informacje można znaleźć pod adresem: dziecieca2017.ptkardio.pl.

„Od nauki do praktyki klinicznej” to hasło przewodnie organizowanej co roku w Zabrzu XXIV Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń”. Organizatorzy podkreślają, że decyzje w codziennej praktyce powinny być oparte na dowodach

(*evidence-based medicine*). Jednak w natłoku nowych doniesień, nowych wytycznych oraz pojawiających się sprzecznych wyników badań, postępowanie w codziennej praktyce klinicznej może być utrudnione. W takich przypadkach ogromnie ważną rolę odgrywają eksperci z wieloletnim doświadczeniem klinicznym, którzy są zawsze gotowi do udzielania porad i wskazówek w przypadkach, gdy postępowanie nie jest poprawne. Przygotowane tematy będą między innymi obejmowały: niewydolność serca, ostre zespoły wieńcowe, wady serca, zatorowość płucną i nadciśnienie płucne, zaburzenia rytmu serca, problemy kardiologiczne u chorych ze schorzeniami pozasercowymi nowoczesne leczenie przeciwkrzepliwe i przeciwplatekcyjne, leczenie diabetologiczne pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, medycynę eksperymentalną. W programie znajdują się sesje dedykowane kardiologom interwencyjnym, elektroterapeutom i echokardiografistom, które będą skoncentrowane w formule warsztatów. Oprócz wykładów, prezentowane będą ciekawe i trudne przypadki kliniczne. Ponadto, jak co roku, można liczyć na profesjonalnie przygotowane sesje pielęgniarskie i studenckie.

Badacze po raz pierwszy opracowali test, który może poprawić leczenie pacjentów z niewydolnością serca przez diagnozowanie jej z większą dokładnością. Badania zostały opublikowane w nowym numerze *Cardiovascular Disease of Clinical Chemistry*, czasopiśmie AACC.

W Stanach Zjednoczonych, podobnie jak w wielu krajach Europy, to właśnie niewydolność serca jest najczęstszą przyczyną hospitalizacji osób powyżej 65. roku życia. W chwili obecnej głównym badaniem krwi wykorzystywanym w diagnostyce niewydolności serca są testy na ilość peptydu natriuretycznego typu B i Pro peptydu natriuretycznego N-końcowego typu B (NT-proBNP). Jednak testy na obecność peptydów natriuretycznych mają wysoki wskaźnik fałszywych wyników pozytywnych i ograniczoną zdolność wykrywania wczesnego i bezobjawowego stadium choroby. Mając na celu poprawę skuteczności rozpoznawania, grupa naukowców opracowała panel diagnostyczny zapewniający pełniejszą reprezentację funkcjonowania serca przez pomiar wielu cząsteczek biologicznych. Niemieccy badacze zaczęli identyfikować grupę 92 metabolitów, czyli produktów ubocznych metabolizmu organizmu, które zmieniały się istotnie u pacjentów z niewydolnością serca, w porównaniu do osób zdrowych. Do sercowego panelu lipidów (CLP, *cardiac lipid panel*) wybrali trzy z metabolitów, które należą do klas lipidów co sfingomielina, trójglicerydy i fosfatydylocholina. Ich przydatność sprawdzili w badaniu, podczas którego testowano możliwości CLP w połączeniu z pomiarami NT-proBNP do diagnozowania niewydolności serca u 649 osób, którzy albo mieli niewydolność serca bezobjawową, albo mieli choroby płuc (które

mogą być często mylone z niewydolnością serca). CLP wraz z NT-proBNP diagnozowały niewydolność serca ze znacznie większą pewnością niż sam NT-proBNP, nawet we wczesnym i bezobjawowym stadium, wykazując wysoką specyficzność (97,6%), co stanowi istotnie lepszy wynik niż przypadku samego NT (88,1%).

Jazda na rowerze do pracy jest ważną strategią zapobiegania czynnikom ryzyka sercowo-naczyniowego, które mogłyby prowadzić do chorób serca — według dwóch oddzielnych badań opublikowanych jednocześnie w *American Heart Association's Journal Circulation* oraz *Journal of American Heart Association*. Aktywne dojazdy, chodzenie pieszo lub na rowerze do pracy i z pracy oraz w innych celach, takich jak zakupy spożywcze i przewożenie dzieci — jest to forma ćwiczeń, które mogą stać się częścią codziennego życia. Dla wielu chodzenie pieszo i jeżdżenie na rowerze nie tylko przyczynia się do wzrostu dziennego poziomu aktywności fizycznej i poprawy stanu zdrowia, ale także jest korzystne pod względem kosztów i czasu alternatywnych dojazdów samochodem lub komunikacją miejską przy jednoczesnym zmniejszeniu czasu spędzanego w korkach oraz zanieczyszczenia powietrza i hałasu. Chociaż aktywne dojazdy już wcześniej powiązano z mniejszym ryzykiem chorób serca i przedwczesnej śmierci, tylko kilka badań specjalnie oceniło korzyści zdrowotne wpływające na układ krążenia wynikające z poruszania się na rowerze. Niewiele też badało wpływ zmiany trybu dojazdów do pracy z samochodu i środków transportu publicznego na aktywne dojazdy. Celem badania *Circulation* było zbadanie związku między jazdą rowerową, zmianą nawyków rowerowych, a ryzykiem choroby niedokrwiennej serca u duńskich kobiet i mężczyzn. Wyniki potwierdziły, że grupie 45 000 osób dorosłych w Danii w wieku 50–65 lat, którzy regularnie jeździli na rowerze do pracy lub dla rozrywki, mieli 11–18%

mniej zawałów serca w ponad 20-letniej obserwacji. Analiza wykazała, że pewna ochrona przed chorobami serca została osiągnięta w ciągu zaledwie 30 minut jazdy na rowerze w tygodniu. Uczestnicy, którzy zmienili swoje nawyki i przenieśli się na jazdę rowerze w ciągu pierwszych pięciu lat obserwacji mieli 25% mniejsze ryzyko wystąpienia chorób serca, w porównaniu z mężczyznami i kobietami, którzy nie korzystali z rowerów w następnym okresie 15 lat. Wyniki badań są zdecydowanie obiecujące, mimo to naukowcy twierdzą, że nie są w stanie udowodnić, że rower używany w celu dojazdów lub wypoczynku zapobiega zawałom serca. Wyniki potwierdzają jednak, że uczestnicy, którzy regularnie jeździli na rowerze mieli mniej zdarzeń sercowo-naczyniowych, co jest zatem dobrym wskaźnikiem, że jazda na rowerze jest korzystna dla zdrowia układu sercowo-naczyniowego. Niektórzy eksperci twierdzą nawet, że „regularna jazda na rowerze mogłaby przyczynić się do uniknięcia 7% zawałów serca”.

„Kolarstwo rekreacyjne i w celu dojeżdżania do pracy jest łatwym i przyjemnym sposobem na fizyczną aktywność. W oparciu o wyniki, władze zdrowia publicznego, rządy i pracodawcy powinni rozważyć inicjatywy promujące jazdę rowerową jako sposób na wsparcie dużych wysiłków profilaktyki chorób układu krążenia” mówi mgr Kim Blond, główny autor badania i asystent na Uniwersytecie Południowej Danii.

Redakcja „Kardiologii Inwazyjnej” dołącza się do grona osób zaangażowanych w popularyzowanie turystyki rowerowej i kolarstwa, i zaprasza do zaplanowania czasu wolnego w towarzystwie dwóch kótek.

Adres do korespondencji:

Lek. Artur Krzywkowski
ul. Romantyczna 22/11, 70–789 Szczecin