



Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy,

Działamy wszyscy od kilku miesięcy w rzeczywistości „zawirusowanej”, co niestety wiąże się z różnymi obostrzeniami w życiu zawodowym, socjalnym i rodzinnym. Jak źle odbiło się to w marcu i kwietniu na leczeniu naszych pacjentów, pokazuje chociażby sytuacja z ostrymi zespołami wieńcowymi, opisana przez Legutkę i wsp. w „Kardiologii Polskiej” (Kardiol Pol. 2020; 78, 6: 574–576). Spadek zabiegów angioplastyki wieńcowej wykonywanych w ostrym zawale serca o średnio 30% w porównaniu z okresem sprzed wprowadzenia „lock down” musi budzić niepokój. Nie jest to tylko zjawisko opisane w Polsce, podobne dane napływają z Austrii, Włoch czy USA. O ile można dyskutować o przyczynach spadku liczby leczonych OZW w czasach pandemii COVID-19 (strach pacjentów przed hospitalizacją z powodu możliwości zakażenia się koronawirusem w szpitalu *versus* spadek liczby OZW spowodowany np. lepszą jakością powietrza), o tyle jeden czynnik pozostaje niepodważalny: śmiertelność w nieleczonym zawale serca sięga 40%, a więc jest około ośmiokrotnie większa w stosunku do leczenia zabiegowego. Potwierdzają to ostatnie doniesienia z Włoch (De Rosa i wsp., European Heart Journal 2020; 41(22): 1–6). Z tego wszystkiego wynika kampania medialna, przeprowadzona przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne wspólnie z Ministerstwem Zdrowia „#Nie Zostań w Domu z Zawalem”, której celem było zachęcenie i przekonanie osób z silnym i przedłużającym się bólem w klatce piersiowej, żeby nie zwlekali z wezwaniem pogotowia ratunkowego. Kampania dotarła do 15 milionów osób i, mam nadzieję, przyczyniła się do zmniejszenia strachu przed infekcją szpitalną i uratowania życia i zdrowia pacjentów z ostrymi stanami kardiologicznymi.

Drugą ważną sprawą jest odkładanie leczenia szpitalnego pacjentów z przewlekłymi chorobami serca,

ale tu można mieć nadzieję, że telemedyczne porady lekarskie, recepty wystawiane on-line oraz stopniowe „odmrażanie” życia stopniowo zmienią tę sytuację.

A tymczasem w PTK mamy już za sobą przeprowadzoną w trybie on-line 83. Wiosenną Konferencję, a jesteście przed również planowanym on-line 24. Międzynarodowym Kongresem Towarzystwa. Konferencja się udała, za co podziękowania należą się prof. Robertowi Gilowi i jego Zespołowi, więc można mieć nadzieję, że dużo większa konferencja, jaką jest Kongres PTK, też się powiedzie. Niestety, tym razem z przykrością stwierdzam, że nie mogę Państwa zaprosić do Krakowa i spotkać się z wieloma Koleżankami i Kolegami osobiście, ale trawstując znane powiedzenie, „taki mamy (wierzę, że tylko na razie) klimat”.

Ponadto Zarząd Główny PTK odbył w ciągu ostatniego miesiąca cały cykl spotkań w Ministerstwie Zdrowia oraz w Senackiej Komisji Zdrowia, które dotyczyły między innymi zwiększenia dostępności testów wykrywających wirusa SARS-CoV-2 dla personelu medycznego i pacjentów, wprowadzania nowych procedur kardiologicznych, nowych programów lekowych dla najbardziej zagrożonych pacjentów czy zmian w zapisie procedowanej nowej ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Teraz czekamy na efekty w nadziei, że nastąpią one raczej szybciej niż później... Będziemy to na pewno monitorować.

Na zakończenie życzę wszystkim Państwu udanych i bezpiecznych letnich wakacji. I jeszcze tego, żebyśmy wszyscy jak najprędzej mogli wrócić do takiego sposobu życia, do jakiego byliśmy przyzwyczajeni.

Z koleżeńskim pozdrowieniem,
Adam Witkowski
Prezes Polskiego
Towarzystwa Kardiologicznego

XXIV Międzynarodowy Kongres

17-19 IX 2020 | Kraków | Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

data: 16.09.2020–19.09.2020

miejsce: ONLINE, Polska

organizator: Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

strona www: <http://kongres2020.ptkardio.pl>

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

Już dziś z największą przyjemnością zapraszamy Państwa do udziału w XXIV Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który odbędzie się w Internecie w dniach 16–19 września 2020 roku.

Długa historia naszych corocznych spotkań, wysoka frekwencja uczestników oraz zainteresowanie mediów i innych partnerów pokazują, że Kongres od lat jest wydarzeniem ważnym i cenionym nie tylko wśród kardiologów, ale także lekarzy innych specjalności.

Jesteśmy przekonani, że nie inaczej będzie także w 2020 roku. Tradycyjnie już zaprezentujemy najnowsze doniesienia ze świata kardiologii i po raz kolejny zmierzmy się z wyzwaniem leczenia chorób układu krążenia. Kongres, jak co roku, będzie stanowił wyjątkową okazję, by wysłuchać wykładów wybitnych ekspertów z kraju i z zagranicy.

W tym roku Międzynarodowy Kongres PTK po raz pierwszy w historii odbędzie się w Internecie. Wyzwania, które pojawiły się na początku 2020 roku pozwoliły na szybszą ewolucję naszych Kongresów. Dzięki temu każdy lekarz, niezależnie od miejsca zamieszkania w łatwy, przyjemny i bezkosztowy sposób może uczestniczyć w Kongresie. Mamy nadzieję, że tegoroczny Kongres, wzorem poprzednich, okaże się wielkim sukcesem.

Do zobaczenia na ekranach Państwa komputerów!

*Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski
Prof. dr hab. n. med. Danuta Czarnecka
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
XXIV Międzynarodowego Kongresu PTK*



WCCI

WARSZTATY KARDIOLOGII
INTERWENCYJNEJ
W WARSZAWIE

Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej w Warszawie

Szanowni Państwo,

WCCI, czyli *Warsaw Course on Cardiovascular Interventions* jest jedną z najważniejszych konferencji organizowanych w Warszawie pod auspicjami Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych (AISN) Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Gromadzi ona kardiologów, kardiologów interwencyjnych, kardiochirurgów i specjalistów z całego świata. Multimedialne prezentacje, symultaniczne konferencje oraz interaktywne warsztaty praktyczne organizowane przez Fundację Wspierania Kardiologii Interwencyjnej odbywają się pod patronatem Kliniki Kardiologii Inwazyjnej CSK MSWiA oraz Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie.

24. edycja Warsztatów WCCI 2020 odbędzie się w dniach 28–30 września 2020. Dnia 30 września 2020 roku odbędzie się druga edycja Sympozjum Warsaw CTO.

Pragniemy jednocześnie poinformować, że ze względu na zagrożenie epidemiologiczne koronawirusem SARS-CoV-2, obrady odbędą się wyłącznie on-line.

WAR-CTO Symposium

W tym roku tematem przewodnim jest rewaskularyzacja tętnic wieńcowych ze szczególnym uwzględnieniem wielonaczyniowej choroby wieńcowej oraz choroby pnia lewej tętnicy wieńcowej. Dodatkowo w trakcie Warsztatów omówimy zagadnienia dotyczące chorób strukturalnych serca, w tym interwencje na zastawce aortalnej i mitralnej, a także zamykania uszka lewego przedsionka. W programie Warsztatów znajdują się także sesje poświęcone interwencjom na tętnicach szyjnych i obwodowych. Jednak jedną z najważniejszych sesji WCCI będzie ta dotycząca interwencyjnego leczenia udaru mózgu, podsumowująca dwa lata doświadczeń w tej kwestii. Wezmą w niej udział kardiolodzy, neurologi, radiolodzy, kardiochirurdzy i chirurdzy naczyniowi, a także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Tradycyjnie, w trakcie Warsztatów zaplanowane są transmisje na żywo w ośrodków w Warszawie, Budapeszcie, Brnie i innych krajów. Jak zwykle program WCCI uzupełnią sesje satelitarne sponsorów Warsztatów. Tak jak każdego roku, przyznamy Nagrodę Andreasa dla członka naszej społeczności, który w ostatnich 12 miesiącach wyróżnił się ponadprzeciętną aktywnością w kardiologii inwazyjnej.

Dyrektorzy WCCI

Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski

Raport z działań Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w czasie pandemii SARS-CoV-2

11 maja 2020 roku

W wielu krajach świata epidemii SARS-CoV-2 miała duży wpływ na liczbę chorych zgłaszających się do szpitala z powodu ostrych zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego, w szczególności ostry zawał serca. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK), aby ograniczyć to zjawisko w Polsce, podjęło opisane niżej działania.

Już na początku epidemii w Polsce, 19 marca 2020 roku, zostały wysłane do wszystkich członków Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK (AISN PTK) zalecenia postępowania dla ośrodków leczących pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW).

W tym samym czasie, po przeprowadzeniu ankiety wśród ośrodków kardiologii inwazyjnej, Zarząd Główny PTK oraz Zarząd AISN PTK wspólnie z Konsultantem Krajowym ds. Kardiologii przesłał pismo do Ministra Zdrowia z prośbą o pilne zaopatrzenie wszystkich pracowni kardiologii interwencyjnej OZW w trybie dyżuru 24/7 w niezbędne do ochrony przed zakażeniem SARS-CoV-2 środki ochrony osobistej.

W połowie kwietnia (17.04.2020 r.) zostało opublikowane stanowisko PTK pt. „Kardiologia podczas epidemii COVID-19. Stanowisko Polskiego Towar-

zystwa Kardiologicznego” zawierające praktyczne schematy postępowania z pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi w dobie pandemii.

Dnia 20 kwietnia br. rozpoczęła się wspólna akcja medialna ZG PTK i AISN PTK skierowana do pacjentów i całego społeczeństwa pt. „Chroń życie, NIE #zostańwdomu z zawałem!”. Jej celem było zachęcenie pacjentów do zgłaszania się z powodu OZW do leczenia. Akcja medialna, w której oprócz Prezesa PTK i Przewodniczącego AISN PTK, uczestniczyło wielu znanych lekarzy, dotarła do co najmniej 14 mln odbiorców (do dnia 6.05.2020 r.). Akcja trwa.

Dnia 21 kwietnia br. zostały opublikowane wytyczne ESC pt. ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic. Wśród autorów dokumentu znajdują się Dariusz Dudek, Tomasz Guzik i Piotr Pruszczyk.

Wspólne stanowisko dotyczące leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego przygotowuje Sekcja Wad Zastawkowych Serca PTK oraz AISN PTK.

AISN PTK prowadzi ankietę dotyczącą faktycznych zmian w liczbie leczonych pacjentów z OZW w marcu i kwietniu 2020 w stosunku do tych samych okresów czasu w 2019 roku.

Stanowisko PTK na temat raportu NFZ o chorobie niedokrwiennej serca. Nakłady na leczenie kardiologiczne spadają, śmiertelność z powodu chorób serca nadal jest największa

W ostatnich dwóch latach ukazały się raporty dwóch znanych w kraju instytucji, traktujące o zdrowiu ludności Polski: NIZP-PZH pod redakcją prof. Bogdana Wojtyniaka i dr. Pawła Goryńskiego (2018) oraz NFZ, przygotowany przez Departament Analiz i Innowacji NFZ (2020). Ten pierwszy zajmuje się wieloma aspektami zdrowia i różnymi chorobami, drugi – zgodnie z tytułem, skupia się na chorobie niedokrwiennej serca, także w aspekcie ekonomicznym. Komentarz, który napisaliśmy w imieniu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego do tych dwóch raportów, z przyczyn oczywistych odnosi się do chorób serca, tak więc komentując „Sytuację zdrowotną ludności Polski i jej uwarunkowania” zawężamy temat naszej krótkiej analizy do tego obszaru zdrowia. I jeszcze ważna wydaje się odpowiedź na pytanie, dlaczego komentujemy te dwie publikacje razem? Otóż uważamy, że pokazanie rzeczywistej sytuacji pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego (ChUSN) w kraju, w tym przede wszystkim z chorobą niedokrwienną serca (ChNS) będzie najbardziej obiektywne przez porównanie danych płynących z obu tych raportów.

Autorzy publikacji NIZP-PZH nie pozostawiają żadnych wątpliwości pisząc, że „Dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia”, które w 2016 roku były odpowiedzialne aż za 43,3% wszystkich zgonów w Polsce, co przekłada się na 437 osób zmarłych z powodu ChUSN na 100 tysięcy mieszkańców. Przy czym za zgony przedwczesne, występujące przed ukończeniem 75 roku życia odpowiadają u mężczyzn właśnie ChUSN, w tym przede wszystkim choroby serca. U kobiet przed 75. rokiem życia są to nowotwory, w wieku późniejszym proporcja odwraca się i, podobnie jak u mężczyzn, dominują zgony z przyczyn CHUSN. Nie zmienia to faktu, że w Polsce mężczyźni są obciążeni dwuipółkrotnie większą przedwczesną umieralnością niż kobiety. Autorzy raportu odnotowują jednak ważny fakt, że w porównaniu z 2000 rokiem przedwczesna umieralność z powodu ChUSN zmniejszyła się u kobiet i u mężczyzn. Dotyczy to także chorób serca. Według autorów publikacji NIZP-PZH za obserwowane wydłużenie życia Polaków w latach 1991–2016 odpowiada przede wszystkim spadek umieralności z powodu ChUSN o 52% u mężczyzn i 64% u kobiet. Jednak nadal to ChUSN, a przede wszystkim ChNS stanowi największe zagrożenie dla życia mieszkańców Polski, przy różnej strukturze wiekowej dla kobiet i mężczyzn – dla tych ostatnich już po 44. roku życia. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów spowodowanych ogólnie ChUSN są choroby serca, odpowiedzialne za 101,8 tysiąca zgonów w 2016 roku, w tym zawał serca za 12,5 tysiąca zgonów. Należy jednak zauważyć, że zgony z powodu chorób serca zmniejszyły się w porównaniu z rokiem 2015

o 14%. Kolejną przyczynę zgonów z powodu ChUSN stanowią choroby naczyń mózgowych.

Warto odnotować, że zahamowanie spadku umieralności w Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich niestety utraciło swoją dynamikę. W latach 2006–2016 ten spadek wyniósł w Europie 14,5%, w kolejnych dwóch latach zmniejszył się do 0,5% rocznie (prof. B. Wojtyniak, prezentacja podczas XII Konferencji Naukowej Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Kraków, 22–23.11.2019).

Kolejnym ważnym zagadnieniem poruszonym w tej publikacji jest orzekana niezdolność do pracy służąca celom rentowym. W 2017 roku ChUSN plasowały się w tym względzie na drugim miejscu (po chorobach nowotworowych) i stanowiły 19,5% wydanych orzeczeń (7985 orzeczeń).

Cennym uzupełnieniem są także dane epidemiologiczne przytoczone w raporcie NFZ na podstawie danych *Institute for Health Metrics and Evaluation*. Otóż wynika z nich, że odsetek chorych na ChNS w Polsce wynoszący około 4% dla mężczyzn i kobiet, jest wyższy o 12,5% w stosunku do średniej europejskiej (3,5%) oraz aż o 50% w porównaniu z krajami Europy Zachodniej o najniższym odsetku chorych na ChNS (Cypr, Irlandia, Luksemburg).

Po analizie przedstawionych danych wnioski nasuwają się same:

1. Chorobami układu sercowo-naczyniowego, w tym przede wszystkim ChNS nadal stanowią główną przyczynę zgonów mieszkańców Polski, mimo znaczącego spadku spowodowanej nimi umieralności w latach 1991–2016.
2. Odsetek chorych na ChNS w Polsce wynosi 4% i jest wyższy od średniej europejskiej o 12,5% oraz aż o 50% w porównaniu z krajami Unii Europejskiej o najniższym odsetku chorych na ChNS.
3. Choroba niedokrwienna serca jest główną przyczyną zgonów mężczyzn już po 44. roku życia oraz przyczyną ich przedwczesnej umieralności, co powoduje zbyt wczesne „schodzenie” z rynku pracy oraz inwalidztwo skutkujące przejściem na rentę, a więc generowaniem dodatkowych kosztów dla budżetu państwa.
3. Za obserwowane wydłużenie życia mieszkańców Polski odpowiada przede wszystkim spadek umieralności z powodu ChUSN.

Komentując ww. analizę, można pokusić się o wyciągnięcie logicznego wniosku, że wobec opisanej w raporcie sytuacji niezbędne jest zwiększenie nakładów na prewencję, diagnostykę, leczenie interwencyjne i farmakologiczne oraz rehabilitację, a także szybkie wprowadzanie najnowszych innowacyjnych leków i technologii medycznych o udokumentowanym wpływie na zmniejszenie śmiertelności sercowo-

-naczyniowej. Tylko takie podejście pozwoli na ponowną poprawę trendu umieralności z powodu ChUSN, w tym chorób serca oraz zmniejszenie kosztów związanych z przedwczesną umieralnością i inwalidztwem.

Na tle rzetelnych danych epidemiologicznych dostarczonych przez autorów raportu NIZP-PZH można przystąpić do krótkiego omówienia i skomentowania opracowania przygotowanego przez NFZ (autorzy personalnie nieznanymi). Dotyczy on wyłącznie ChNS. Zdecydowanie najciekawsze są dane dotyczące liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych i kosztów leczenia ChNS. Świadczenia z powodu ChNS udzielono w 2019 roku 1,2 milionom osób (22% spadek w porównaniu do roku 2014). Wartość refundacji ww świadczeń wyniosła w 2019 roku prawie 2 miliardy złotych i była o 529 milionów złotych niższa od refundacji w roku 2014 (spadek o 21%), co autorzy opracowania składają na karb istotnie mniejszej refundacji u pacjentów z powodu niestabilnej dławicy (UA). Jednak spadek wartości refundacji świadczeń zanotowano także u pacjentów z przewlekłą ChNS. Gdyby odnieść poziom finansowania świadczeń w zakresie ChNS do całkowitych nakładów NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej to ten spadek jest jeszcze bardziej spektakularny i wynosi 46% (z 3,9% w roku 2014, kiedy to całkowite nakłady NFZ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 64 517 195 tys. zł) do 2,1% w roku 2019, kiedy to całkowite nakłady NFZ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 91 136 250 tys. zł).

Ciekawe jest zestawienie, porównujące wartość świadczeń na jednego pacjenta z rozpoznaniem ChNS w latach 2014–2019. Obniżyła się ona o 581 zł (z 2997 do 2578 zł). Pod względem wartości refundacji świadczeń udzielonych w 2019 roku z rozpoznaniem głównym ChNS dominowały te udzielone w ramach leczenia szpitalnego – 1,8 miliarda zł, Wartość refundacji świadczeń udzielanych w ramach leczenia szpitalnego zmalała w latach 2014–2019 o 538,3 milionów zł (spadek o 22,6%). Z kolei w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej odnotowano wzrost wartości refundacji świadczeń w tym okresie odpowiednio o 7,1 mln zł i 4 mln zł. Szczególnie istotny wzrost liczby pacjentów rehabilitowanych nastąpił pomiędzy rokiem 2017 i 2018, kiedy został wprowadzony program KOS-Zawał mający m.in. na celu zapewnienie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej. Jego finansowanie sukcesywnie rosło z 20,1 miliona zł w 2017 roku do ponad 196 milionów zł w roku 2019.

W 2019 roku w ramach leczenia szpitalnego dominowały świadczenia udzielone z powodu OZW – 61,4% wartości, refundacji świadczeń z powodu ChNS, a następnie z powodu przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz duszniczy innej niż niesta-

bilna dotyczyły odpowiednio 32,7% i 5,4% wartości refundacji szpitalnej.

Liczba ostrych zespołów wieńcowych (OZW) zmalała w latach 2014–2019 o 19% (102,7 v. 98,4 tysiące), co było spowodowane zmniejszeniem liczby pacjentów z UA o 30 tysięcy w latach 2017–2018. Anonimowi autorzy raportu odnotowali także wzrost ostrych zawałów serca (STEMI i NSTEMI) w tym okresie o 6 tysięcy, choć mógłby być on większy, gdyby zaliczono do zawałów także te, które wystąpiły w ciągu 28 dni od poprzedniego. Przeżycie pacjentów po wszystkich postaciach OZW (UA, NSTEMI, STEMI) i we wszystkich analizowanych grupach wiekowych rośnie w latach 2014–2018. Odnotowano, że w 2018 roku zabiegi przeszłokrojnej angioplastyki wieńcowej (PCI) wykonano w przeciągu 7 dni od początku hospitalizacji u 88% pacjentów ze STEMI, 64% z NSTEMI i 48% z UA.

Zwraca uwagę dramatyczny wzrost kosztów leczenia pacjentów z niewydolnością serca, aż o 107% w latach 2014–2019, w 95% spowodowany wzrostem kosztów związanych z hospitalizacją, których liczba zwiększyła się ze 152 tysięcy w 2014 roku do 209 tysięcy w 2019 roku. Niepokoi również chorobowość spowodowana niewydolnością serca wynosząca 1,39 mln, dotąd szacowana tę wartość w przedziale 0,7–1,0 mln. Rehabilitacja podjęta w ciągu 60 dni od wystąpienia zawału serca istotnie zmniejszyła prawdopodobieństwo wystąpienia niewydolności serca.

Zwrócono również uwagę na choroby współistniejące z ChNS, a szczególnie na pacjentów po przebytych OZW w kontekście leczenia takich chorób współtowarzyszących jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy hiperlipidemia. Leczenie tych chorób podano jako odsetek pacjentów, którzy mieli udzielone odpowiednie świadczenia 1 rok przed lub 1 rok po OZW i wahał się on 55,6% dla nadciśnienia tętniczego, poprzez niespełna 23% dla cukrzycy i 6,2% dla hiperlipidemii. Nie do zaakceptowania jest cytowanie rekomendacji WHO z 2007 (!!!) roku dotyczące zalecanych stężeń cholesterolu frakcji LDL w grupie wysokiego ryzyka, kiedy już od dawna rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego podają wartość 1,7, a w dokumencie dotyczącym hipercholesterolemii z 2019 roku nie więcej niż 1,4 !!!

Główne wnioski wyciągnięte przez autorów opracowania są dwa: należy modyfikować czynniki ryzyka ChNS, a więc położyć nacisk na profilaktykę, oraz zapewnić dostęp do rehabilitacji jak największej liczbie pacjentów po OZW.

Komentując dane i wnioski raportu NFZ na tle omówionej wcześniej publikacji NIZP-PZH, można zasadniczo stwierdzić, że fragmentaryczne przedstawianie rzeczywistości nie jest właściwe. Na analizie NFZ niestety ciąży ten mankament, a wady raportu widać w zderzeniu z publikacją prof. B. Wojtyniaka i dr.

P. Goryńskiego. Autorzy opracowania NFZ, jakby nie dostrzegając faktu, że ChUSN, w tym ChNS, stale są dominującą przyczyną zgonów w Polsce i przedwczesnej umieralności mężczyzn, spokojnie piszą o dużym, bo sięgającym ponad pół miliarda złotych spadku nakładów na świadczenia związane z tą chorobą. Podczas gdy w świetle tej informacji należałoby się spodziewać raczej alarmistycznego tonu, komentującego tak niezwykle spadek wartości świadczeń na diagnostykę i leczenie jednostki chorobowej będącej głównym zabójcą ludności w naszym kraju. Może cieszyć informacja o istotnym wzroście nakładów na rehabilitację w ramach programu KOS-Zawał, co z pewnością przyczyniło się do spadku śmiertelności u pacjentów (nota bene NFZ nie podaje tych danych w swoim raporcie), którzy z tego programu skorzystali, jednak od razu należy powiedzieć, że po 3 latach funkcjonowania KOS-Zawał do programu weszło zaledwie ok. 12% pacjentów po przebytych zawałach serca. Ponadto, o czym w ogóle autorzy nie napisali, program KOS-Zawał jest rozwiązaniem kompleksowym, zapewniającym nie tylko rehabilitację po zawałach serca, ale także kolejne etapy rewaskularyzacji, implantacje elektronicznych urządzeń wszczepialnych, jak kardiowertery-defibrylatory i systemy do stymulacji resynchronizującej serce (choć odsetek pacjentów, którzy otrzymali te urządzenia w ramach KOS-Zawał, jest znikomy [2,3%], biorąc pod uwagę liczbę chorych z pozawałową niewydolnością serca – 10,3% w okresie hospitalizacji związanej z zawałem) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną zapewniającą optymalizację leczenia nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i hiperlipidemii oraz interwencje behawioralne. Nie umniejszając zatem wagi rehabilitacji, te wszystkie inne elementy kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem po zawałach serca w sposób synergistyczny przyczyniły się do istotnego spadku śmiertelności. Idąc dalej śladem toku rozumowania NFZ widzimy też, jak bardzo wzrosły nakłady na leczenie niewydolności serca w ostatnich latach, ale jedynym wnioskiem, jaki z tego płynie jest słuszny postulat zwiększenia dostępności pacjentów po przebytych zawałach serca do rehabilitacji kardiologicznej. Ale to już wiemy! Działa przecież program KOS-Zawał, który z uwagi na zbyt małą liczbę włączanych pacjentów powinien ulec modyfikacjom. I znowu autorzy widzą tylko jeden mechanizm częściowo zapobiegający wystąpieniu niewydolności serca, a zupełnie zapominają, że opieka nad pacjentami z tą jednostką chorobową musi być kompleksowa, od tworzenia dziennych oddziałów dla uzyskania doraźnej poprawy klinicznej, po nowoczesne terapie lekowe i sprzętowe, których w kraju albo używa się w zbyt mało, albo w ogóle są niedostępne, także z uwagi na brak refundacji. Leczenie interwencyjne OZW, przede wszystkim przy pomocy zabiegów PCI, jest kamieniem węgielnym terapii w tej grupie

chorych. Ale również w tym obszarze kardiologii nakłady ponoszone przez płatnika istotnie spadły, co jest w oczywisty sposób związane z całkowicie sztucznym i wbrew aktualnym wytycznym wszystkich towarzystw naukowych wyjęciem niestabilnej choroby wieńcowej z możliwości nielimitowanego rozliczania, podobnie jak innych postaci OZW, których UA jest częścią. Ponadto zwraca uwagę brak bardzo ważnej analizy, która porównuje śmiertelność dla OZW leczonego przy pomocy zabiegów PCI lub pomostowania aortalno-wieńcowego z tą po leczeniu wyłącznie zachowawczym. Oczywiście dobrze wiemy, jak to wygląda, ale dziwi, że NFZ, mając z pewnością takie możliwości, tego nie zrobił i nie umieścił w swoim raporcie.

Wobec ogólnego spadku nakładów na świadczenia związane z ChNS otwarte pozostaje pytanie, co

się z tymi środkami stało? Część zapewne została przekazana do programu KOS-Zawał, a co z resztą? Chcąc dbać o życie i zdrowie swoich obywateli, wszyscy interesariusze systemu ochrony zdrowia: politycy, płatnicy, lekarze oraz pacjenci powinni poprzez swoje wspólne działania przyczynić się do wzrostu nakładów na leczenie ChUSN, będącej od wielu lat największym zagrożeniem dla życia i zdrowia mieszkańców Polski, albowiem wydane na to pieniądze nie będą stanowiły tylko bezpośredniego kosztu, ale będą przed wszystkim długofalową inwestycją w zdrowie całego społeczeństwa, co zawsze przekłada się na wzrost dochodu narodowego z przyczyn opisanych już wyżej. Zrozumienia tego najważniejszego i podstawowego zagadnienia także w tym raporcie brakuje.

Reflektorem po świecie kardiologii

Profesor Zdzisława Kornacewicz-Jach nie żyje

Zmarła była absolwentką Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Jako stypendystka rządu francuskiego, kształciła się między innymi: w College de Médecine des Hôpitaux de Paris w zakresie kardiologii inwazyjnej (koronariografii, cewnikowania serca, elektrofizjologii). W 1981 roku asystowała prof. Andreasowi Grüntzigowi. W Klinice



Kardiologii PUM stworzyła pracownię kardiologię inwazyjną i elektrofizjologii. Należała do nielicznych kobiet w kraju, które wykonywały zabiegi kardiologii interwencyjnej. Aktywnie działała w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym jako wieloletni członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W 1993 roku była organizatorem Kongresu PTK w Szczecinie. Z zaangażowaniem działała także w Sekcji Chorób Serca u Kobiet. Będąc jej Przewodnicząca organizowała Ogólnopolskie Konferencje Naukowo-Szkoleniowe. Pani profesor była również współredaktorem monografii poświęconych chorobom serca u kobiet. Za wybitne osiągnięcia naukowe i dydaktyczne w dziedzinie kardiologii dla kobiet obdarzona została nagrodą – statuetką Sekcji. Profesor Zdzisława Kornacewicz-Jach była autorką i współautorką wielu publikacji naukowych, redaktorką i komentatorką „Kardiologii Polskiej”. Była również popularyzatorką wiedzy kardiologicznej wśród szerokich rzesz Pacjentów, między innymi współtworząc adresowane dla nich audycje w Polskim Radio Szczecin. Medycyna była jej wielką pasją.

Wykorzystać bluetooth

W Klinice Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie wszczepiono pierwszy w Polsce defibrylator, który łączy się ze smartfonem pacjenta, wykorzystując technologię bluetooth – poinformowało biuro prasowe Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM).

Dzięki temu zespół Oddziału Elektrokardiologii I Kliniki Kardiologii, kierowanej przez prof. Grzegorza Opolskiego, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Centralnego Szpitala Klinicznego WUM jako pierwszy w Polsce dołączył do grona kilku ośrodków na świecie, które mają możliwość stosowania tego

rodzaju rozwiązań. Prof. Marcin Grabowski, dr med. Marcin Michalak i dr Jakub Kosma Rokicki, którzy przeprowadzili ten zabieg u pacjenta z przewlekłą niewydolnością serca zagrożonego nagłym zgonem sercowym i jako pierwsi wprowadzili polski ośrodek do bardzo elitarnego grona. Warto podkreślić, że prócz standardowych rozwiązań urządzenie ma dodatkowo możliwość zdalnej kontroli z zastosowaniem smartfonu pacjenta. Dzięki takiemu rozwiązaniu pacjent będzie mógł przekazać warszawskim specjalistom dane z wszczepionego kardiowertera-defibrylatora z każdego miejsca na świecie. Ponieważ urządzenie komunikuje się za pomocą bluetooth z telefonem komórkowym pacjenta, nie ma potrzeby stosowania dodatkowych nadajników. Niskoenergetyczna technologia bluetooth zapewnia odpowiedni poziom zabezpieczenia danych medycznych oraz niskie zużycie baterii urządzenia. Jak podkreślono w komunikacie WUM, możliwość zdalnego monitorowania pacjentów z wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca jest szczególnie pożądana w sytuacji ryzyka epidemiologicznego, jak w przypadku pandemii COVID-19.

Tydzień dla serca w dobie pandemii

„Kardiologia w dobie koronawirusa” – to hasło kolejnego zorganizowanego w dniach 17–24 kwietnia 2020 roku przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne kolejnego „Tygodnia dla Serca”. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zwróciło w tym czasie szczególną uwagę na zagrożenia, jakie niosą choroby serca i układu krążenia, a także, jak ważne dla serca szczególnie teraz, w czasie epidemii koronawirusa są zdrowa dieta i właściwy styl życia. Organizatorzy tygodnia chcieli również w ten sposób podkreślić i przypomnieć, że choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią nadal najczęstszą przyczynę zgonów na świecie. W Polsce, w przeciwieństwie do wielu innych krajów europejskich, są bowiem także wiodącą przyczyną nadumieralności, czyli zgonów w grupie pacjentów poniżej 65. roku życia.

Oczywiście, chociaż w naszym kraju od około 20 lat obserwuje zmniejszenie się śmiertelności z powodu zawałów serca, nadal jest ona o 50% wyższa niż w innych krajach Europy Zachodniej. W Polsce najczęściej występujące choroby układu krążenia to: zawał serca, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, przewlekła niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca. Szacuje się, że w naszym kraju występuje rocznie prawie 70 tys. zawałów serca zdiagnozowanych koronarograficznie, z czego niemal 20% umiera w ciągu pierwszego roku od zawału. Głównymi przyczynami chorób serca i układu krążenia są m.in. niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, palenie papierosów, ale także uwarunkowania genetyczne i zaburzenia gospodarki lipidowej. Choroby te potrafią rozwijać się przez długie lata bez żadnych

objawów, dlatego tak ważne jest wykonywanie regularnych badań profilaktycznych, do których należą m.in. pomiary ciśnienia tętniczego, EKG, morfologia krwi, lipidogram, badanie poziomu glukozy i ocena funkcji nerek. Zdaniem prof. Adama Witkowskiego, obecnego prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, by zredukować w Polsce śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych, niezbędne jest kontynuowanie prac nad Narodowym Programem Zdrowego Serca i Naczyń. Ułatwi to nie tylko koordynację już obowiązujących programów opieki nad pacjentem kardiologicznym, a także pozwoli rozwijać kolejne.

NIE #zostańwdomu z zawałem!

Oprócz zasad dotyczących profilaktyki należy pamiętać o osobach, które już borykają się z chorobami sercowo-naczyniowymi. Jest to grupa pacjentów szczególnie narażona na zakażenie koronawirusem, która nie tylko ciężiej przechodzi chorobę, ale również częściej umiera z powodu COVID-19 w przeciwieństwie do osób, u których te choroby nie występują. Na ciężki przebieg COVID-19 składa się wiele czynników, m.in. wiek pacjenta, wiemy przecież, że śmiertelność u osób poniżej 50. roku życia z powodu infekcji koronawirusa to około 1%, a rośnie już do 1,5% dla osób powyżej 50 lat. Następnie wzrasta do 3,6% dla osób powyżej 60. rż. i aż do 8% u osób powyżej 70 lat i tak dalej. Im wyższy wiek, tym większe ryzyko zgonu. Prezes PTK prof. Adam Witkowski wielokrotnie podkreślał, że sam wirus SARS-CoV-2 może nieodwracalnie uszkadzać serce u wcześniej zdrowych osób, co może w konsekwencji narazić na niebezpieczeństwo pogorszenia już istniejących chorób serca u pacjentów już leczonych kardiologicznie, ale również może spowodować ich wystąpienie u osób młodych i zdrowych. W związku z tym zalecane jest dla tej grupy pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą układu sercowo-naczyniowego zachowanie szczególnych środków ostrożności i ograniczenie wizyt lekarskich do tych realizowanych obecnie w formie teleporady.

W kilku krajach europejskich został zauważony i potwierdzona tendencja do znacznego zmniejszenia liczby pacjentów zgłaszających na leczenie szpitalne z ostrym zawałem serca Oczywiście może to wynikać ze strachu pacjentów przed wezwaniem pogotowia i hospitalizacją, w obawie przed zarażeniem się koronawirusem w trakcie hospitalizacji. Eksperti PTK, którzy starają się na bieżąco analizować sytuację w Polsce, zaobserwowali już, że w okresie pandemii liczba zabiegów wszczepiania stymulatorów i kardiowerterów-defibrylatorów, a także ablacji spadła co najmniej o połowę. Na podstawie tej wiedzy z inicjatywy Zarządu Głównego PTK niezależnie od środków ostrożności wyrażonych w hasle „Zostań w domu”, której celem jest przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu

się koronarwiusa, należy, zachowując zdrowy rozsądek, lansować inne bardziej kardiologiczne wezwanie **NIE #zostańwdomu z zawałem!** Nieleczony zawał serca jest obarczony 40-procentową śmiertelnością, a leczony za pomocą zabiegu pierwotnej angioplastyki wieńcowej – 5-procentową, czyli aż ośmiokrotnie mniejszą! Jeżeli ktoś ma silny ból w klatce piersiowej, powinien kierować się zasadą „Wezwij pogotowie ratunkowe i pojedź do szpitala” bez względu na to, czy ma, czy nie ma koronawirusa, bo może być to zawał serca, masywna zatorowość płucna lub rozwarstwienie aorty (głównej tętnicy organizmu). Pilne interwencje są stale realizowane niezależnie od sytuacji z koronawirusem, a potrzebujący pacjenci są otoczeni niezbędną opieką.

W Polsce rocznie stwierdza się około 40 tys. zawałów serca i 30 tys. przypadków tak zwanej niestabilnej choroby wieńcowej leczonej zabiegowo w trybie pilnym. Śmiertelność w przypadku nieleczzonego ostrego zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI, *ST-elevation myocardial infarction*) wynosi około 40%, a w przypadku zawału leczonego za pomocą procedur pierwotnej angioplastyki wieńcowej – 3,5–5%, czyli ośmiokrotnie mniej. Liczba nagłych incydentów sercowo-naczyniowych nie spadła nagle w warunkach epidemii, ale właśnie w trakcie epidemii obserwuje się niepokojący spadek liczby zgłaszających się po pomoc pacjentów. Według wyników ankiety, przeprowadzonej w dziesięciu polskich ośrodkach, liczba wykonywanych przeskórnych interwencji wieńcowych w ostrym zawałe serca (STEMI i NSTEMI), zaledwie w ciągu ostatniego miesiąca spadła o 25%. To sytuacja groźna dla zdrowia i życia chorych.

Komentując obecną sytuację, przewodniczący Asojacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, prof. Stanisław Bartuś, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii oraz Interwencji Sercowo-Naczyniowych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, podkreślił, że w karetkach pogotowia, szpitalnych oddziałach ratunkowych, oddziałach kardiologii i pracowniach hemodynamicznych obecnie jest bezpiecznie. Zespoły tych pracowni i oddziałów są bowiem dobrze przygotowane do przyjęcia każdego pacjenta i odpowiednio zabezpieczeni, zarówno przed zakażeniem personelu, jak i pacjentów.

Eksperti PTK zwracają także uwagę, że w placówkach, w których leczy się osoby z zawałem serca, wdrożono procedury chroniące przed wzajemnym zakażaniem się oczekujących na badania i terapie pacjentów.

Instytut Kardiologii włączony do POLCRIN

W związku z rozwojem jednostki POLCRIN (polskiego oddziału organizacji ECRIN [*European Clinical Re-*

asearch Infrastructure Network]) oraz tworzeniem sieci współpracujących ze sobą ośrodków badań klinicznych w naszym kraju, do grona ośrodków badawczych w sieci POLCRIN dołączył Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

POLCRIN (*Polish Clinical Research Infrastructure Network*) to krajowa sieć placówek prowadzących badania kliniczne produktów leczniczych i wyrobów medycznych, będąca częścią ogólnoeuropejskiej sieci, która jest organizacją typu non-profit i powstała, aby promować i ułatwiać prowadzenie międzynarodowych badań klinicznych na naszym kontynencie. Działalność ECRIN skupia się na badaniach klinicznych zainicjowanych przez sponsorów akademickich, a także przez małe i średnie przedsiębiorstwa z sektora biotechnologii i wyrobów medycznych. Dnia 23 sierpnia 2019 roku Polska – jako POLCRIN – oficjalnie dołączyła do sieci ECRIN, ze statusem tzw. obserwatora. Instytucją reprezentującą nasz kraj w ECRIN została Agencja Badań Medycznych. Aktualnie do sieci ECRIN należy dwanaście krajów: dziewięć z nich posiada status członka (Czechy, Francja, Hiszpania, Irlandia, Niemcy, Norwegia, Węgry, Włochy i Portugalia), a pozostałe trzy ma status obserwatora (Polska, Słowacja, Szwajcaria). Tym samym sieć ECRIN obejmuje obszar zamieszkały przez około 350 mln obywateli Europy. Obecnie, w ramach Sieci POLCRIN, współpracę rozpoczęły trzy placówki: Narodowy Instytut Kardiologii, Instytut „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, a także Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Młodzi polscy kardiolodzy docenieni

Dr hab. n. med. Agnieszka Kapłon-Cieślicka z I Katedry i Kliniki Kardiologii UCK Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Prof. Miłosz J. Jaguszewski z I Katedry i Kliniki Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zostali zakwalifikowani do prestiżowego dwuletniego programu szkoleniowego dla młodych naukowców „Advanced Cardiovascular School – International program for young cardiologists”, prowadzonego przez byłego Prezydenta Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) prof. Panosa Vardasa. Program ma na celu poprawę statusu naukowego, wymianę doświadczeń między specjalistami oraz podniesienie kompetencji zawodowych młodych kardiologów z krajów członkowskich Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Do współpracy w programie zaproszono 16 naukowców z ESC. Ze względu na zainteresowania naukowe uczestnicy zostaną przydzieleni do dwóch grup, związanych z kardiologią inwazyjną oraz z niewydolnością serca.

W trakcie dwuletniego kursu stypendyści będą brali aktywny udział w radzie programowej kongresów ESC, będą mieli również okazję do współpracy

z czołowymi liderami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Nowy rozdział

XXIV Międzynarodowym Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, odbędzie się wyłącznie w Internecie w dniach 16–19 września 2020 roku.

Długa historia dorocznych spotkań, wysoka frekwencja uczestników oraz zainteresowanie mediów i innych partnerów przekonują, że Kongres, który od lat jest wydarzeniem ważnym i cenionym nie tylko wśród kardiologów, ale także lekarzy innych specjalności, i w tym roku dostarczy uczestnikom wielu pozytywnych wrażeń. Organizatorzy są przekonani, że mimo całkowitej zmiany jego formuły także w tym roku będzie bardzo ważnym wydarzeniem. W jego trakcie tradycyjnie już zaprezentowane będą najważniejsze i najnowsze doniesienia ze świata kardiologii pozwalające na skuteczne przyjęcie wyzwania jakim jest nowoczesna terapia chorób układu krążenia. Kongres, jak co roku, będzie stanowił wyjątkową okazję, by wysłuchać wykładów wybitnych ekspertów z kraju i z zagranicy.

W tym roku Międzynarodowy Kongres PTK po raz pierwszy w historii odbędzie się w Internecie. Wyzwania, które pojawiły się na początku 2020 roku pozwoliły na szybszą ewolucję naszych Kongresów. Dzięki temu każdy lekarz, niezależnie od miejsca zamieszkania w łatwy, i niewymagający ponoszenia

dotychczasowy kosztowy sposób może uczestniczyć w tym ważnym spotkaniu.

WCCI także na nowo

WCCI, czyli *Warsaw Course on Cardiovascular Interventions* jest jedną z najważniejszych konferencji organizowanych w Warszawie pod auspicjami Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych (AISN) Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Gromadzi ona kardiologów, kardiologów interwencyjnych, kardiochirurgów i specjalistów z całego świata. Multimedialne prezentacje, symultaniczne konferencje oraz interaktywne warsztaty praktyczne organizowane przez Fundację Wspierania Kardiologii Interwencyjnej odbywają się pod patronatem Kliniki Kardiologii Inwazyjnej CSK MSWiA oraz Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Dwudziesta czwarta edycja Warsztatów WCCI 2020 odbędzie się w dniach 28–30 września 2020 roku. Ostatniego dnia obrad w dniu 30 września 2020 roku odbędzie się druga edycja Sympozjum Warsaw CTO.

W tym roku ze względu na zagrożenie epidemiologiczne koronawirusem SARS-CoV-2, obrady podobnie jak w przypadku Kongresu odbędą się wyłącznie on-line.

Redakcja „Kardiologii Inwazyjnej” poleca i... zachęca, by wspólnie uczestniczyć w otwarciu tych nowych dla wszystkich rozdziałów...