



**Prof. Artur
Mamcarz**
Profilaktyka to
dziś fundament



**Prof. Marcin
Grabowski**
Operacje
nowej ery



**Prof. Maciej
Banach**
Miażdżycy jest
jak nowotwór

wprost **newsmed**

WRZESIEŃ 2025

O KARDIOLOGII



XXIX MIĘDZYNARODOWY KONGRES PTK

**TWOJE SERCE – TWOJE ŻYCIE.
ŻYJ ZDROWO, PRZESTRZEGAJ ZALECEŃ**

WYDANIE POD PATRONATEM



**Prof. Adam
Witkowski,**
europoseł
Adam Jarubas:
Strategia dla
kardiologii

**Prof. Robert
Gil, prof. Marek
Gierlotka:**
Kardiomiopatia
przerostowa

**Prof. Andrzej
Januszewicz,**
dr hab. **Jacek
Wolf:**
Nadciśnienie
tętnicze

**Prof. Jacek
Legutko:**
To zmiana
praktyki
klinicznej

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2025

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

XXIX Międzynarodowy Kongres PTK

Twoje serce – Twoje życie. Żyj zdrowo, przestrzegaj zaleceń

PROF. DR HAB. N. MED. ROBERT GIL,
prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Ostatni rok to był czas bardzo intensywnej pracy i wyzwań. Cieszy fakt, że Polskie Towarzystwo Kardiologiczne staje się coraz silniejsze, skuteczniejsze. Gdy dziś patrzę na to, z kim współpracujemy, jak jesteśmy proszeni do pomocy ekspercką, to wiem, że nigdy wcześniej tak nie było. Z pełną odpowiedzialnością mogę powiedzieć, że dziś jesteśmy postrzegani jako reformatorzy, ale realistyczni, a także jako bardzo spójne i pracowite środowisko.

Widzimy jedną kardiologię i wiemy, że razem możemy zrobić więcej, jesteśmy bardziej skuteczni. Stworzenie pewnej spójności w działaniach „Trzech Muszkieterów” – czyli prezesa elekta, bieżącego prezesa i past prezesa – powoduje, że prof. Marek Gierlotka będzie mógł kontynuować w przyszłej kadencji to, co ja rozpocząłem. A ja będę go wspierał, zarówno w realizacji tego, co już rozpoczęliśmy, jak jego nowych pomysłów. 

PROF. DR HAB. N. MED. JACEK LEGUTKO, przewodniczący
Komitetu Naukowego Kongresów PTK, przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego 29. Kongresu PTK

Profilaktyka i leczenie chorób układu krążenia powinny pozostać najwyższym priorytetem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Podczas tegorocznego Kongresu omawiane będą najważniejsze zagadnienia związane z profilaktyką, diagnostyką i leczeniem chorób układu krążenia jako głównej przyczyny zgonów Polaków. Tak jak zawsze szczególna uwaga skupiona będzie wokół najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), opublikowanych podczas Kongresu ESC w Madrycie.

Myślą przewodnią tegorocznego kongresu jest zwrócenie uwagi na korzyści dla pacjenta wynikające z przestrzegania zaleceń lekarskich i utrzymywania się w długoterminowych terapiach nakierowanych na zmniejszenie ryzyka wystąpienia ponownych incydentów sercowo-naczyniowych, jak nagła śmierć sercowa, zawał serca, udar mózgu czy też zaostrzenie niewydolności serca wymagające ponownych hospitalizacji. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

wprost
O KARDIOLOGII

Wydanie specjalne Wprost, pod patronatem PTK,
na XXVIII Międzynarodowy Kongres Polskiego
Towarzystwa Kardiologicznego. Tylko dla lekarzy
Agencja Wydawniczo-Reklamowa
„Wprost” sp. z o.o.
Batory Office Building II,
Al. Jerozolimskie 212, 02-486 Warszawa,

tel.: 22 347 50 00 (recepcja),
www.wprost.pl
Opieka merytoryczna, redaktor
prowadząca: Katarzyna Pinkosz
Redakcja, korekta: Dorota Bardzińska
Opiekun Projektu: Danuta Szyszeń-
-Lasocka

Dyrektor Projektów Zdrowie:
Mariola Wiercińska
Studio graficzne:
Karol Kinal (szef studia), Anna
Abratańska
ISSN 2082-0135

PATRONAT MERYTORYCZNY



PARTNERZY



Spis treści



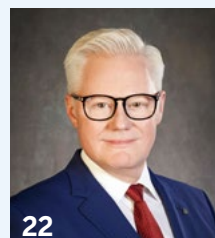
8 Prof. ROBERT J. GIL, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2023-2025
PTK jest dziś postrzegane jako stowarzyszenie tworzone przez osoby, które mogą wyznaczać kierunki, wspomagać zmiany i potrafią współpracować.



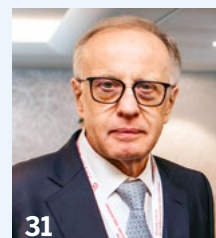
12 Prof. MAREK GIERLOTKA, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego na lata 2025-2027
Zasadniczym priorytetem, myślą przewodnią mojej kadencji, będzie szeroko rozumiana prewencja chorób sercowo-naczyniowych.



15 Prof. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2021-2023
Zrobiliśmy skok. Tak, to nie był krok, to był skok. Oczywiście, wiele procesów, które wówczas zostało zapoczątkowanych, nadal się toczy.



22 Prof. JACEK LEGUTKO, przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresów PTK, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego XXIX Kongresu PTK
Profilaktyka i leczenie chorób układu krążenia powinny pozostać najwyższym priorytetem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.



31 Prof. ADAM WITKOWSKI, prezes PTK w latach 2019-2021, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. NPCHUK w latach 2024-2025
Krajowa Sieć Kardiologiczna powstała przede wszystkim dla pacjentów, ale też po to, by podciągnąć poziom opieki kardiologicznej w całym kraju.

NA POCZĄTEK

3 PROF. ROBERT GIL, PROF. JACEK LEGUTKO: XXIX Kongres PTK. Twoje serce – Twoje życie

WYZWANIA POLSKIEJ KARDIOLOGII

8 PROF. ROBERT J. GIL: Kardiologia jest jedna, a razem możemy zrobić więcej. Dialog trzech prezesów

12 PROF. MAREK GIERLOTKA: Chciałbym, żeby profilaktyka była myślą przewodnią kadencji. Dialog trzech prezesów

15 PROF. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI: Zrobiliśmy skok w kardiologii. Dialog trzech prezesów

19 EUROPOSEŁ ADAM JARUBAS: Czas na europejską strategię także w kardiologii

KARDIOLOGIA 2025

22 PROF. JACEK LEGUTKO: Realna zmiana praktyki klinicznej

24 PROF. AGNIESZKA TYCIŃSKA, PROF. OLGA TROJNARSKA, PROF. KAROL KAMIŃSKI, PROF. TOMASZ KUKULSKI, DR ANNA MIERZYŃSKA: Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2025

30 SENATOR DR AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR: Musimy poprawić profilaktykę i zmienić styl życia

31 PROF. ADAM WITKOWSKI: Krajowa Sieć Kardiologiczna powstała dla pacjentów

34 MATEUSZ OCZKOWSKI: Nie boimy się śmiałych decyzji

35 PROF. MACIEJ BANACH: Miażdżycza jest jak rozsiany nowotwór

39 PROF. JACEK WOLF: Możemy skutecznie leczyć pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

41 PROF. ANDRZEJ JANUSZEWICZ: Denerwacja nerkowa to skuteczna metoda leczenia nadciśnienia tętniczego

44 PROF. ROBERT J. GIL: Kardiomiopatia przerostowa. Możliwość stosowania tego leczenia jest fascynująca

45 PROF. MAREK GIERLOTKA: Kardiomiopatia. Dzięki leczeniu poprawia się stan zdrowia pacjentów

46 PROF. MARCIN GRABOWSKI: Leczą otyłość, ale też chronią serce

SERCE BEZ RYZYKA

50 PROF. ARTUR MAMCARZ: Filary nowoczesnej kardiologii

52 PROF. MAREK POSTUŁA: Elik sir długowieczności na wyciągnięcie ręki

NOWOCZESNE TECHNOLOGIE

56 PROF. MARCIN GRABOWSKI: Rewolucja

w leczeniu wad zastawkowych serca

59 PROF. MACIEJ STERLIŃSKI, PROF. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI: Kamizelka defibrylująca efektywna klinicznie i kosztowo

61 PROJEKT EUROHEARTPATH: Unia zmienia leczenie chorób układu krążenia

62 PROF. ELŻBIETA KATARZYNA BIERNACKA: Dostęp do badań genetycznych w Polsce to fikcja

SUBIEKTYWNE SPOJRZENIE

66 PROF. AGNIESZKA TYCIŃSKA: Polska obecność w centrum europejskiej kardiologii

67 PROF. PIOTR JANKOWSKI: Serce na wakacjach

68 AGNIESZKA WOŁCZENKO, MARCIN RUCIŃSKI: Okiem pacjentów

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

Wyzwania polskiej kardiologii

Dostęp do nowych leków i nowoczesnych technologii nielekowych, coraz lepsza diagnostyka, Krajowa Sieć Kardiologiczna – w ostatnich sześciu latach wiele zmieniło się w polskiej kardiologii: mówią o tym „Trzej Muszkieterowie” – prezesi PTK.

„To nie był krok, to skok” – ocenia prof. Przemysław Mitkowski, prezes PTK w latach 2021-2023. Jesteśmy postrzegani jako reformatorzy – podkreśla prof. Robert J. Gil, podsumowując kadencję prezesa PTK 2023-2025. Prof. Marek Gierlotka, prezes na lata 2025-2027, zapowiada kierunek, w jakim będzie podążać polska kardiologia.

To konsekwentny plan: zmniejszenie umieralności Polaków z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Pomóc mogą działania nie tylko w Polsce, ale też w Europie.



Kardiologia jest jedna, a razem możemy zrobić więcej

Rozmowa z **PROF. DR. HAB. ROBERTEM J. GILEM**, prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2023-2025.

Jak zmieniła się polska kardiologia w ciągu ostatnich dwóch lat, kiedy pełni Pan funkcję Prezesa PTK? Co uważa pan za największe osiągnięcia, sukcesy?

Prof. Przemysław Mitkowski pierwszy ogłosił swój „Dekalog potrzeb polskiej kardiologii”. Mówimy o nim: wersja 1.0. Z kolei dziesięć punktów „Dekalogu”, które ogłosiłem na kongresie PTK w Poznaniu, czyli wersja 2.0 było dla mnie wyznacznikiem dalszych działań. Wydawało mi się, że to będą punkty, które trzeba będzie realizować, żeby utrzymać wysoką pozycję PTK w świecie towarzystw naukowych, w środowisku medycznym. Byłem wówczas przekonany, iż to właśnie one określają właściwe kierunki działania, wręcz warunkując rozwój polskiej kardiologii.

Muszę powiedzieć, że nie spodziewałem się wtedy, że wiele rzeczy będzie wyglądać zupełnie inaczej, niż planowałem.

Pod jakim względem inaczej?

Profesor Mitkowski jako prezes PTK położył podwaliny pod refundację kilku urządzeń związanych z leczeniem pacjentów kardiologicznych, a tym samym wyznaczył pewien kierunek działań. Naturalną sprawą było, że staraliśmy się o urealnienie wycen koszyka naszych procedur, jak i refundacji tych, które mają uzasadniony i udowodniony pozytywny wpływ na rokowanie pacjentów. Do tego chcieliśmy stworzyć szybką ścieżkę refundacji zarówno dla wyrobów medycznych, jak i dla technologii lekowych.

Trzeba przyznać, że dyskusje na ten temat były bardzo zaawansowane. Była to końcówka rządów PiS i wydawało się, że wszystko dobrze się układa, tylko trzeba jeszcze trochę czasu, by wszystko „zagrało”... Pozostanie na stanowisku wiceministra Miłkowskiego w nowym rządzie dawało takie nadzieje. Niestety, okazało się, że nowe



Ministerstwo Zdrowia skoncentrowało się na swoich nowych zadaniach i nie udało się „domknąć” sprawy. W rezultacie trzy punkty „Dekalogu” nie miały możliwości jakiegokolwiek realizacji.

Których punktów nie udało się zrealizować?

Pierwsza kwestia dotyczy wycen w zakresie kardiologii, zwłaszcza kardiologii interwencyjnej (punkt 2.). Podczas spotkania w AOTMiT dowiedzieliśmy się, że agencja w ogóle nie dostała takiego zlecenia, a poza tym inne dziedziny medycyny mają dużo większe zaległości niż my, jeśli chodzi o wyceny, więc tam przede wszystkim trzeba dokonywać zmian. A teraz słyszymy, że być może wyceny w kardiologii w ogóle zostaną

obniżone. Rozumiem, że w budżecie brakuje pieniędzy, ale nie chcielibyśmy, by ofiarą poszukiwania pieniędzy „padła” np. elektrofizjologia. Tak na marginesie, to przypomina mi się „cięcie” wycen procedur kardiologii interwencyjnej w latach 2014-2015. Takie podejście strasznie osłabiło kardiologię. Wówczas „ratowała” nas elektrofizjologia. Dzisiaj żaden z działów kardiologii nie da rady utrzymać finansów kardiologii...

Druga kwestia: chcieliśmy stworzyć szybką refundację procedur o udowodnionych korzyściach w poprawie rokowania pacjentów oraz szybką ścieżkę refundacji skutecznych leków i wyrobów medycznych (punkty 3. i 4. „Dekalogu”). Tego nie udało się zrealizować. Ministerstwo skupiło się na swoich priorytetach: na kwestii odwróconej

piramidy świadczeń, nad zmianami pozycji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w celu odciążenia szpitalnictwa oraz nad Krajową Siecią Kardiologiczną.

Widząc, że część moich postulatów na razie nie ma szans być realizowana, postanowiłem zając się pewnymi fundamentami, które pozwolą w kolejnych latach realizować kolejne punkty.

W mojej analizie punkty z „Dekalogu” dzielę na trzy części. W pierwszej były te, których na razie nie udało się zrealizować. W drugiej – które w dużej części udało się zrealizować, a i nagłośnić.

Powiedzmy: co się udało?

To np. punkt 5: „Przyjęcie kryteriów włączenia do programu NFZ leczenia hipercholesterolemii w oparciu o wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz połączenie go z programem KOS-zawał”. Hipercholesterolemia jest najlepiej zidentyfikowanym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Wiemy, że odpowiednio wczesne i skuteczne agresywne leczenie jest w stanie w zdecydowany sposób ograniczyć śmiertelność w naszej populacji. Jednak wcale nie było łatwo ten punkt zrealizować. Cieszę się jednak, że po długich dyskusjach i przekonywaniach udało się zliberalizować kryteria wejścia do programu B.101, co jest związane z możliwością stosowania nowoczesnych leków. Jesteśmy po rozmowach w ministerstwie, które budują nadzieję, że już wkrótce te największe ograniczenia (np. zmuszające chorego kolekcjonować kolejne epizody sercowo-mózgowo-naczyniowe) zostaną zlikwidowane. Paradoks polega na tym, że dziś – według zapisów programu – jeden zawał serca to za mało, żeby spełnić kryteria wejścia do programu: trzeba mieć drugi zawał serca albo zawał plus udar mózgu, by zostać zakwalifikowanym do nowoczesnej terapii. Rozmawialiśmy o tym z Ministerstwem Zdrowia. Ostatnie rozmowy pokazują, że te blokady zostaną ograniczone do pojedynczego epizodu sercowo-naczyniowego, jak również zostanie przyjęty poziom cholesterolu LDL 55 mg/dL jako docelowy. Uważam, że jesteśmy blisko realizacji tego punktu; mamy zapewnienie ważnych osób w Ministerstwie Zdrowia, że tak się stanie.

Druga rzecz, w przypadku której wydawało się, że nic z tego nie wyjdzie, to

punkt 6: „Stworzenie systemu umożliwiającego kardiologom szkolenie i nabywanie kompetencji w zakresie samodzielnego wykonywania i oceniania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w zakresie kardiologii”. Dziś te kompetencje należą do radiologów: ocena badań TK i rezonansu magnetycznego w zakresie układu sercowo-naczyniowego. Dla nas ten postulat jest bardzo ważny, ponieważ znamy klinicznie naszych pacjentów, a to bardzo pomaga w prawidłowej interpretacji wyniku. Oczywiście, współpraca z radiologami jest konieczna, żeby nie przeoczyć w badaniu innych jednostek chorobowych, np. procesów nowotworowych. Widzimy konieczność współpracy, jednak sami również chcielibyśmy mieć możliwość interpretacji badań. Podczas licznych rozmów i spotkań Ministerstwo Zdrowia nie chciało zaognić sytuacji, a jednocześnie rozumiało potrzebę, żeby kardiologowie mieli możliwość wykonywania tego typu badań. Mamy obietnicę, że uda się to zrealizować – co prawda była ona złożona przez poprzednią panią minister, mamy jednak nadzieję, że nowa pani minister przychyli się do naszego postulatu.

Punkt 8. „Dekalogu” zakładał stworzenie systemu diagnostyki genetycznej na po-

z Council on Cardiovascular Genomics Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, co może zaowocować uruchomienia naszego pilotażu...

Dziś czas oczekiwania na badania genetyczne w kardiologii jest nie do przyjęcia: w normalnym trybie na badanie genetyczne trzeba czekać dwa lata, w przypadku pilnym – rok. W wyjątkowych sytuacjach, gdy jest to kwestia życia – sześć miesięcy. Mamy obietnicę, że to się zmieni. Na pewno w kolejnej kadencji trzeba będzie ten proces kontynuować.

Z realizacji których punktów „Dekalogu” jest Pan najbardziej zadowolony?

Pierwsza kwestia to uruchomienie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (punkt 1. „Dekalogu”), co się udało dzięki ogromnemu zaangażowaniu profesora Adama Witkowskiego. Ten program stał się popularny i znany w środowisku, udało się też uruchomić pieniądze, które były przeznaczone na ten 10-letni Program – ok. 250 mln zł rocznie.

Kolejna rzecz – punkt 7. „Dekalogu” – to w zasadzie, pozwolę sobie na to – mój program, czyli Narodowy Program Leczenia Wstrząsu Kardiogennego. Leczenie pacjenta

Dziś Polskie Towarzystwo Kardiologiczne jest traktowane jeszcze bardziej poważnie niż kiedyś, i do tego po partnersku. Jesteśmy postrzegani jako reformatory, ale realistyczni, jako bardzo spójne i pracowite środowisko.

trzeby kardiologii. Stworzyliśmy stosowne rekomendacje we współpracy z Polskim Towarzystwem Genetyki Człowieka. One powinny „ucywilizować” ten niezbędny obszar diagnostyki. Problemem jest to, że bardzo często diagnostyka genetyczna jest postrzegana przez pryzmat chorób rzadkich, a większość chorób sercowo-naczyniowych nie jest chorobami rzadkimi. Zapewne obawia, że kardiologia może za mocno obciążyć budżet, powoduje, że jesteśmy postrzegani przez pryzmat chorób rzadkich, co jest błędem. Mamy gotowy program pilotażowy (autorką jest prof. Katarzyna Biernacka) dla wzorcowych pracowni genetycznych pracujących na rzecz kardiologii. Aktualnie szukamy finansów... No i wiadomość z ostatniej chwili. Udało się rozpocząć współpracę

ze wstrząsem kardiogennym to nie tylko leczenie kardiologiczne. W zespołach muszą być zarówno kardiologowie, jak i kardiochirurdzy, anestezjologowie, specjaliści intensywnej terapii. Przedstawiciele tych dziedzin medycyny muszą wziąć na siebie diagnostykę i leczenie tych pacjentów. O takich zespołach mówi się Shock Teams. W maju rozpoczęliśmy pilotaż programu. Obejmuje on trójstopniowy model interwencji: ośrodki podstawowe (ang. spoke) pełnią rolę pierwszej linii, gdzie powinna być wykonywana przede wszystkim rewaskularyzacja przezskórna. Ośrodki specjalistyczne, posiadające w swojej strukturze kardiochirurgię (ang. hub), mają zajmować się pacjentami, którym sama rewaskularyzacja nie pomogła, czyli wymagającymi specjalistycznej opieki,

w tym czasowego mechanicznego wspomagania lewej komory. Zwiększeniem systemu są ośrodki najwyższego poziomu (tzw. superhuby) mające przyjmować pacjentów na zaawansowane leczenie, jak wszczepienie stałej pompy wspomagania serca czy potrzebujących przeszczepu serca. Wygląda na to, że system nie działa jeszcze w sensie pionowym, to znaczy nie działa sprawnie przenoszenie pacjentów z podstawowych ośrodków do hubów i superhubów. Wymaga to na pewno czasu i pewnych systemowych zmian, żeby ośrodki, które w to się zaangażują, nie traciły finansowo. Okazuje się jednak, że samo powołanie tych ośrodków i lepszy transfer chorych, a jednocześnie wypracowane procedury na różnych poziomach w szpitalu powodują, że śmiertelność we wstrząsie kardiogenym z 60 proc. obniża się do 50 proc. Moim zdaniem, jeśli wdrożymy wszystkie procedury, to spadnie ona poniżej 40 proc. Jeśli uda nam się ten system w pełni wprowadzić, to uratujemy rocznie 6-10 tys. osób, czyli miasteczko rocznie. Jestem jednak realistą. Ten proces potrwa, bo oprócz nauki własnej z naszej strony, nabywania doświadczenia, chodzi jak zawsze o pieniądze...

Kolejny punkt dotyczy rozwoju kardiologii dziecięcej. W poprzednim roku mocno wspieraliśmy kardiologów dziecięcych. Dostali oni także wsparcie z Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Trzymamy rękę na pulsie, żeby kardiologia dziecięca

jako dziedzina wysoko specjalistyczna miała odpowiednie wsparcie.

Na początku swojej kadencji zapowiadał Pan też duże zmiany w PTK. Czy to się udało?

Punkt 10. „Dekalogu” dotyczył usprawnienia funkcjonowania Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, z demokratycznymi zmianami statutowymi. Chodziło o to, żeby przygotować PTK na nowe, bardzo wymagające czasy. Nasz statut powstał w latach 50. XX wieku; był pisany zupełnie

zadania prof. Marek Gierlotka, dzisiaj prezes elekt. Oczywiście nie poddałem się i jednak coś udało się pozmienić... Poprawiliśmy, a nawet stworzyliśmy pewne regulaminy, obecnie w sposób bardziej przejrzysty, jednoznaczny i jasno określający również kwestie finansowe i prawne, jeśli chodzi o PTK.

Ustanowiliśmy tytuł Fellow of the Polish Cardiac Society; otrzymują go osoby z ogromnym doświadczeniem, to pewnego rodzaju elita. Dziś mamy 18 osób, które uzyskały taki tytuł, sześć kolejnych czeka. Uzgodniliśmy również, że praca w Polskim

Stworzenie pewnej spójności w działaniach „Trzech Muszkieterów”, czyli prezesa elekta, bieżącego prezesa i past prezesa, powoduje, że prof. Marek Gierlotka może kontynuować to, co rozpocząłem. A ja będę go wspierał.

innym językiem, niż jest dziś. Zależało mi m.in. na wprowadzeniu zmiany do statutu polegającej na tym, żeby głosowanie na władze PTK odbywało się powszechnie. Okazało się, że na razie te zmiany są za bardzo rewolucyjne dla części delegatów reprezentujących członków PTK, a bez ich zgody zmiany nie przechodzą. W efekcie tej sytuacji powstała uchwała Zarządu Głównego PTK, że w następnej kadencji cały statut zostanie zmieniony, uaktualniony. Podjął się tego

Towarzystwie Kardiologicznym powinna być honorowana: ustanowiliśmy medale za zasługi dla PTK. Powołaliśmy wiele nowych komisji, jak komisja do spraw chorób zawodowych w kardiologii, komisja historyczna, która dba i archiwizuje wydarzenia dotyczące PTK. Powstała komisja do spraw przestrzegania równości, ponieważ słyszymy głosy części kobiet, które uważają, że nie do końca są oceniane obiektywnie. Mamy wyniki ankiety i pewne wnioski, jak ułatwić kobietom odniesienie sukcesu w PTK. Powołaliśmy też szereg pełnomocników, m.in. do spraw omawianej wyżej diagnostyki genetycznej, kardiologii dziecięcej, niewydolności serca, współpracy z parlamentaryzmem i administracją państwową, z innymi towarzystwami naukowymi. Powołaliśmy również komisję pełnomocnika do spraw współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologicznym. Uważam to za jedno z większych osiągnięć mojej kadencji: dosyć dąsów i wzajemnych oskarżeń. Musimy współpracować z onkologami dla dobra naszych wspólnych chorych. Poza tym jeśli chodzi o profilaktykę pierwotną, to mamy wspólne czynniki ryzyka. Dlatego więc nie walczyć o jej rozwój wspólnie?

Wiele można mówić o zmianach w obrębie PTK, ale warto wspomnieć, że pojawiło się coś takiego, co zostało nazwane „podatkiem Gila”.

Co taki podatek oznacza?



▲ Polskie Towarzystwo Kardiologiczne otrzymało Nagrodę Specjalną Wizjonerzy Zdrowia 2025 w uznaniu działań na rzecz zmian w polskiej kardiologii w ciągu 70 lat istnienia



△ Dzięki niezwykle prężnej działalności PTK oraz konsolidacji środowiska udało się dokonać wielu zmian – mówił prof. Robert Gil, dziękując za Nagrodę Wizjonerzy Zdrowia dla PTK

To jest 3 proc. odprowadzane do PTK od sumy grantu otrzymanego przez daną strukturę PTK, w sytuacji kiedy Zarząd Główny poprzez swoje biuro finansowe i prawne daje temu obsługę. Nic nowego i strasznego. Przecież koszty pośrednie są znanym obciążeniem, a 3 proc. kwoty nie zaburza realizacji projektu, natomiast nam pozwalała to w pewien sposób zdobywać środki na wynagrodzenia osób, które pracują w biurze prawnym i finansowym.

Z innych kwestii: rozszerzyliśmy granty dla młodych kardiologów, granty naukowe – również we wsparciu z firmami farmaceutycznymi i sprzętowymi. Bardzo ważną kwestią było powołanie Sekcji Sztucznej Inteligencji i Rozwiązań Cyfrowych. W dzisiejszych czasach sztuczna inteligencja odgrywa coraz ważniejszą rolę, musimy mieć swoich specjalistów w tej dziedzinie.

O Polskim Towarzystwie Kardiologicznym było w ostatnich latach równie głośno w mediach...

Myślę również, że dokonaliśmy pewnego przełomu, jeśli chodzi o współpracę z szeroko pojętymi mediami. Podpisaliśmy umowy o współpracy z „Wprost” i z Pulsem Medycyny, a także z częścią organizatorów dużych kongresów i konferencji poświęconych organizacji ochrony zdrowia. Dzięki temu na wielu konferencjach jesteśmy proszeni o głos ekspercki. Nasze głosy mają

szansę dotrzeć do decydentów w innym wymiarze, z większą mocą.

Udało nam się też dobrze zorganizować obchody 70-lecia PTK; było o nich głośno, na konferencjach prasowych byli przedstawiciele ważnych mediów, wszystkich ważnych struktur, łącznie z Ministerstwem Zdrowia. Wspomagał nas wiceminister Wojciech Konecny, współpracowaliśmy z przedstawicielami Sejmu, Senatu. Udało nam się również wykorzystać prezydencję Polski do propagowania kardiologii – dzięki współpracy z panią wiceminister Kacperczyk. Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia i Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym zorganizowaliśmy dużą konferencję, która zbudowała mocną pozycję PTK w Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym. PTK jest dziś postrzegane jako stowarzyszenie tworzone przez osoby, które mogą wyznaczać kierunki, wspomagać zmiany i potrafią współpracować, a nie jątrzyć i dbać o poklask. Mamy zadania, które chcemy wykonać; nie chcę głośno mówić o pewnych sprawach, ale moim zdaniem bliski realizacji jest plan wspomagający stworzenie osobnego budżetu dla chorób

sercowo-naczyniowych w europarlamencie. Tutaj doskonale współpracujemy z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym.

Z 10 punktów „Dekalogu” przez te dwa lata udało się dużo zrealizować. W ostatnich latach bardzo dużo zmieniło się w polskiej kardiologii, pojawiło się też wiele nowych punktów, które dają otwarcie na przyszłość...

Początkowo miałem klasyczne podejście do „Dekalogu”: wyznaczam punkty, realizuję je, a po drodze patrzymy na kolejne rzeczy. Szybko jednak zorientowałem się, że w pewnych miejscach mam zamknięte drzwi. Stwierdziłem, że nie ma sensu podwyższać temperatury sporu, lepiej znaleźć wspólne mianowniki, żeby je współrealizować.

To czas bardzo intensywnej pracy, wyzwań, ale też dający dużo energii; widziałem, jak ludzie się zmieniają, jak można wpływać na to, żeby PTK stało się silniejsze, skuteczniejsze. Gdy dziś patrzę na to, z kim współpracujemy, jakie dostajemy propozycje do rozważenia, jak jesteśmy proszeni o pomoc ekspercką, to widzę, że nigdy wcześniej tak nie było. Z pełną odpowiedzialnością mogę powiedzieć, że dziś na pewno Polskie Towarzystwo Kardiologiczne jest traktowane jeszcze bardziej poważnie niż kiedyś, i do tego po partnersku. Jesteśmy postrzegani jako reformatorzy, ale realistyczni, jako bardzo spójne i pracowite środowisko. Mimo że nie we wszystkim się zgadzamy, to staramy się mówić jednym głosem. Widzimy jedną kardiologię i wiemy, że razem możemy zrobić więcej, jesteśmy bardziej skuteczni. Stworzenie pewnej spójności w działaniach „Trzech Muszkieterów” – czyli prezesa elekta, bieżącego prezesa i past prezesa – powoduje, że prof. Marek Gierłotka może kontynuować to, co ja rozpocząłem. A ja jednocześnie będę go wspierał zarówno w realizacji tego, co już rozpoczęliśmy, jak i w realizacji jego nowych pomysłów. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

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

– prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2023-25, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii i intensywnej terapii. Od 2015 r. jest członkiem Zarządu Głównego PTK.

Chciałbym, żeby profilaktyka była myślą przewodnią kadencji

Rozmowa z **PROF. DR. HAB. MARKIEM GIERLOTKĄ**, prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego na lata 2025-2027.

Panie Profesorze, czy ma Pan już swój „Dekalog potrzeb polskiej kardiologii”, który zaprezentuje Pan na Kongresie PTK?

Mogę powiedzieć, że „Dekalog” mam już praktycznie ułożony, jednak raczej nie zaprezentuję go jeszcze podczas kongresu PTK. Myślę, że przedstawię go po ukonstytuowaniu się nowego zarządu jako „Dekalog Zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego”. Na pewno jednak podczas kongresu szeroko opowiem o moich priorytetach i zasadniczych zadaniach, które chciałbym, żeby były realizowane w nowej kadencji.

Ma Pan już jednak zarysowane priorytety – jakie uważa Pan za najważniejsze dla rozwoju polskiej kardiologii i PTK w najbliższych latach?

Zasadniczym priorytetem, myślą przewodnią mojej kadencji, będzie szeroko rozumiana prewencja chorób sercowo-naczyniowych. To ostatni moment, by opracować długofalową strategię na najbliższą dekadę. Statystyki są alarmujące – Polska wciąż jest krajem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, a umieralność z powodu chorób układu krążenia jest u nas niemal dwukrotnie wyższa niż w krajach Europy Zachodniej. To skraca życie Polaków o kilka lat w porównaniu ze średnią unijną. Z jednej strony doskonale radzimy sobie w medycynie naprawczej (np. leczenie zawału serca), a z drugiej – systemowo nie radzimy sobie z czynnikami ryzyka. Chodzi o to, by obok innowacyjnych terapii równie mocno zainwestować w profilaktykę, edukację i nowe technologie cyfrowe, które ją wspierają.

Chciałbym, żeby profilaktyka to była myśl przewodnia mojej kadencji.

Druga rzecz to dostęp do nowych technologii. Obecnie mamy problem, ponieważ nie-

które technologie, które już udało nam się wprowadzić jako refundowane, napotykać trudności i nie jesteśmy w stanie zaoferować ich wszystkim pacjentom, którym chcemy.

Problemem jest brak odpowiedniego finansowania?

Tak, ale mamy nadzieję, że jest on chwilowy. Zapewnienie polskim pacjentom dostępu do innowacji, które na świecie są standardem, to kolejny kluczowy priorytet. Myślę tu zarówno o terapiach farmakologicznych, gdzie wiele leków zalecanych w najwyższej klasie wciąż nie jest refundowanych, jak i o zabiegach. Wykonujemy coraz więcej np. zabiegów przezskórnej implantacji zastawki aortalnej, czyli TAVI, ale wciąż jesteśmy daleko za europejską czołówką z powodu niedostatecznego finansowania. Podobnie jest z mechanicznym wspomaganiem krążenia u pacjentów we wstrząsie kardiogenym czy z dostępem do nowoczesnej diagnostyki obrazowej serca, jak tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny. Należy też pamiętać o rosnącej roli badań genetycznych, kluczowych w diagnostyce wielu schorzeń, a już niebawem niezbędnych w precyzyjnej stratyfikacji ryzyka. Wymaga to pilnych rozwiązań sys-

temu finansowania działań w zakresie tego programu, ponieważ są to pacjenci w bardzo ciężkim stanie, leczeni przez wielu specjalistów w wielu oddziałach naraz, nie tylko kardiologicznych, ale też na oddziałach intensywnej terapii, kardiochirurgicznych, czasem chirurgii naczyniowej i innych, z mocnym zaangażowaniem systemu ratownictwa medycznego. Chciałbym wspólnie z ABM i AOTMiT przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia, zwłaszcza Departamentu Opieki Koordynowanej, zrealizować projekt, który pozwoli nam oszacować, jakie produkty kontraktowe można zaoferować tak, by wszystkie oddziały zaangażowane w leczenie pacjenta miały odpowiednie finansowanie i mogły dzięki temu leczyć pacjentów we właściwy sposób.

A jeśli chodzi o priorytety związane z PTK? W jakim kierunku widziałby Pan jego dalszy rozwój?

Tutaj konieczna jest nasza cyfrowa transformacja. Mamy Platformę Edukacyjną, która ma przestarzałą formułę. Musimy stworzyć jej nową wersję – taki polski odpowiednik ESC 365, ale jeszcze lepszy. Nowoczesny portal z inteligentną wyszukiwarką, najlepiej wspartą AI, gdzie znajdą

Wykonujemy coraz więcej np. zabiegów przezskórnej implantacji zastawki aortalnej, czyli TAVI, ale wciąż jesteśmy daleko za europejską czołówką z powodu niedostatecznego finansowania.

temowych i będziemy tu blisko współpracować z Ministerstwem Zdrowia, AOTMiT i NFZ, aby te bariery znieść.

Na pewno będziemy też kontynuować Narodowy Program Leczenia Wstrząsu Kardiogenego. Musimy znaleźć właściwą

się nagrania, prezentacje w formacie PDF ze wszystkich konferencji struktur PTK, podcasty i kursy. Równolegle chcemy rozwijać Platformę Naukową. Jest również czas, aby Towarzystwo mocniej włączyć w ogólnokrajowe i europejskie projekty badawcze.



Chcemy też jeszcze mocniej otworzyć się na naszych pacjentów. Planujemy powołać przy Zarządzie Głównym stałą Komisję ds. Współpracy z Organizacjami Pacjentkimi. Aby pacjenci stali się naszymi aktywnymi partnerami – współtworzyli z nami kampanie edukacyjne i konsultowali projekty systemowe, żeby ich głos był słyszalny na naszych konferencjach i w gremiach eksperckich.

mo do katalogu NFZ powinny być wpisane świadczenia związane z profilaktyką, realizowane przez różne jednostki: POZ, AOS, szpitale. Wtedy będziemy mogli bardziej zachęcać pacjentów do profilaktyki i oferować ją też szeroko przez jednostki opieki zdrowotnej. Najlepiej działają zachęty finansowe – być może warto pomyśleć o rozwiązaniu, w którym realizacja badań profilaktycznych wiązałaby się z ulgą w składce zdrowotnej.

wynikają z różnic w stylu życia? Czy jednak są to pewne czynniki genetyczne, środowiskowe?

Przynajmniej 2/3 przypadków chorób sercowo-naczyniowych można zapobiec. Należy skoncentrować się na zapobieganiu i leczeniu czynników ryzyka. Jeśli chcemy zmniejszyć różnicę, która jest między nami a krajami Europy Zachodniej, to musimy postawić na profilaktykę.

Musimy mieć nowoczesną wersję platformy edukacyjnej PTK: polski odpowiednik „ESC 365”, ale lepszy. Portal z nagraniami, prezentacjami, podcastami i kursami.

Równie ważna jest też inwestycja w przyszłość, czyli w młode pokolenie kardiologów. Będziemy wzmacniać rolę Klubu 30 PTK. I wszystkich asocjacji, sekcji i oddziałów regionalnych. Aby zapewnić im jeszcze większe możliwości rozwoju i działania, myślimy o zmianach w statucie Towarzystwa. Jest czas, aby pewne aspekty ułożyć od nowa, po prostu lepiej, we wspólnej dyskusji.

Na poziomie międzynarodowym naszym naturalnym partnerem jest Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. Będziemy dążyć do zwiększenia obecności i roli polskich kardiologów w strukturach ESC, aby nasze doświadczenia i potrzeby były słyszalne w Europie i abyśmy mieli realny wpływ na kierunki rozwoju europejskiej kardiologii. Ważna jest również współpraca z innymi narodowymi towarzystwami, szczególnie naszych sąsiadów.

Wracając do profilaktyki: jak zrobić, żeby była efektywna?

Mamy dobrą sytuację, jeśli chodzi o możliwości leczenia, natomiast jeśli chodzi o profilaktykę, to jest to problem. Są prowadzone kampanie, akcje edukacyjne, jednak do badań profilaktycznych zgłasza się niewielki procent pacjentów. Nie ma popytu na badania profilaktyczne. Kolejki ustawiają się do leczenia, ale nie ma kolejek do profilaktyki.

Jak to zmienić?

Świadczenia związane z profilaktyką docelowo powinny być tak samo kontraktowane jak inne usługi w NFZ. To powinny być produkty kontraktowe. Tak jak mamy kontrakt na leczenie zawału serca, tak sa-

Aby to zmienić, potrzebujemy strategicznej, interdyscyplinarnej koalicji. Chciałbym wspólnie z innymi towarzystwami naukowymi zajmującymi się chorobami układu krążenia, we współpracy z organizatorami służby zdrowia, opracować Narodową Strategię Prewencji Chorób Układu Krążenia na najbliższe 10-15 lat. Z jasno zdefiniowanymi celami, do których dążymy, i sposobami na ich osiągnięcie.

Jak ocenia Pan dziś stan serc Polaków? Jak wyglądamy na tle innych krajów w Europie?

Niestety, jesteśmy w grupie krajów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Choroby układu krążenia odpowiadają w Polsce za ponad jedną trzecią wszystkich zgonów, a w niektórych statystykach nawet za 45 proc. Jeśli chodzi o czynniki ryzyka, wypadamy słabo na tle UE. Mamy ponad 20 mln osób z hipercholesterolemią, 11 mln z nadciśnieniem, 7 mln z otyłością i 8 mln palaczy. To pokazuje skalę wyzwania.

Te różnice między Polską a innymi krajami, jeśli chodzi o czynniki ryzyka,

A jak ocenia Pan możliwości leczenia w Polsce: dostęp do nowych leków, technologii nielekowych?

Cały czas widzimy postęp, jednak dostęp do leczenia w zakresie nowych terapii zgodnych z wytycznymi cały czas jest ograniczony. Wiele leków jest nierefundowanych lub refundowanych w ograniczonym stopniu, co ma wpływ na wyniki leczenia. Dopiero od niedawna udaje się wprowadzić nowoczesne terapie w zakresie niewydolności serca. Zdarza się, że pojawiają się leki generyczne, a my nadal nie mamy refundacji w niektórych wskazaniach.

Na pewno jest jeszcze wiele do zrobienia. Jeśli chodzi o dostęp do nowoczesnych metod zabiegowych, to można powiedzieć, że dostęp jest w zasadzie dobry, natomiast oferujemy ich zdecydowanie za mało. Dotyczy to szczególnie nowoczesnych zabiegów przezskórnych, strukturalnych, jak implantacja zastawek aortalnych, zabiegi TAVI. Niektóre metody zabiegowe nadal nie znajdują się w katalogu świadczeń, musimy je refinansować indywidualnie dla pacjentów, którzy tego wymagają. Dotyczy to np. mechanicznego przezskórnego wspomaganie krążenia. Tak więc można powiedzieć, że pacjenci mogą być dobrze leczeni, ale nie jesteśmy w stanie zaoferować tych terapii dla wszystkich pacjentów zgodnie z wytycznymi; dlatego tworzą się kolejki. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka

– dyrektor Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego, kierownik Kliniki Kardiologii INM i Oddziału Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii dla województwa opolskiego. Jest współpomysłodawcą akcji profilaktycznej „Dzień Serca. Opolska Ścieżka Profilaktyki Sercowo-Naczyniowej”, która jest cyklicznie organizowana jesienią dla mieszkańców województwa opolskiego.



W kardiologii zrobiliśmy skok

– mówi **PROF. DR HAB. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI**,
prezes PTK w latach 2021-2023

Panie Profesorze, kończy Pan 6-letnią kadencję: najpierw prezesa elekta, później prezesa, a następnie poprzedniego prezesa PTK. Jak przez ten czas zmieniła się polska kardiologia? Gdy został Pan prezesem elektem PTK, był rok 2019, czyli początek pandemii COVID-19...

Epidemia zaczynała się wtedy w Chinach; w Polsce pierwszy potwierdzony przypadek zachorowania stwierdzono 4 marca 2020 r. Ten pierwszy okres był bardzo trudny. Wszystko się „zamknęło”, także szpitale i przychodnie. Zaczęliśmy przekładać planowe zabiegi w kardiologii, liczba niektórych procedur spadła nawet o 80 proc. Co gorsza, panował powszechny strach, żeby nie za-

chorować na COVID-19. Pacjenci unikali wizyt w szpitalu, również w stanach ostrych. Jedną z pierwszych aktywności Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego była akcja zaproponowana przez prof. Adama Witkowskiego „Nie zostań w domu z zawałem”. Pacjenci z obawy przed zakażeniem, nawet mając objawy zawału serca, zgłaszali się bardzo późno do szpitali. Podobnie było w przypadku zatorowości płucnej. To był ogromny problem.

Musieliśmy jak najszybciej wrócić do normalnej sytuacji, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentami, zwłaszcza skuteczne i szybkie leczenie. Udało się to w trzecim-czwartym kwartale 2020 r., kiedy do szpitali dotarły już w wystarczającej ilości

środki ochrony osobistej i kiedy udało się optymalnie do warunków lokalowych dostosować infrastrukturę placówek ochrony zdrowia.

W trakcie pandemii musieliśmy ograniczyć wiele kontaktów naukowych. Kongres PTK miał charakter hybrydowy. Wykładowcy częściowo byli na miejscu, częściowo online, nie było uczestników stacjonarnych. Wymiana informacji była gorsza, osłabły też nasze kontakty z kolegami z zagranicy. Błogosławieństwem było wprowadzenie spotkań zdalnych, a w przypadku pacjentów możliwość wykorzystania takich rozwiązań elektronicznych, jak: e-recepta, e-skierowanie, e-ZLA (zwolnienie lekarskie).

Dopiero w 2021 r. rozpoczęło się ponowne nawiązywanie kontaktów i współpracy zarówno międzynarodowej, jak i z Ministerstwem Zdrowia. Rozpoczął to prof. Adam Witkowski, ja to kontynuowałem. Zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że zmiany systemowe wymagają ścisłej współpracy z ministerstwem.

Jak ocenia Pan ten okres z punktu widzenia nadmiarowych zgonów, w tym nadmiarowych zgonów z przyczyn kar-

diologicznych? Długość życia w Polsce uległa wówczas skróceniu.

Każda infekcja u chorego ze schorzeniem układu sercowo-naczyniowego pogarsza rokowanie, a skala zakażeń była dramatycznie wysoka. Z pewnością jednak dużej części nadmiarowych zgonów nie można tłumaczyć tylko zachorowaniem na COVID-19 i powikłaniami. Było też bardzo wiele zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych. Przyczyn tego zjawiska było wiele: opóźnienie zgłoszenia się po pomoc do systemu ochrony zdrowia, kwarantanny. Na pewno w 2021 r. można było uniknąć części nadmiarowych zgonów.

Wpływ pandemii na długość życia Polaków w dalszym ciągu jest zauważalny; jednak dane z ostatniego okresu pokazują, że długość życia wróciła już do tej sprzed okresu pandemii, a nawet jest nieco większa.

Ogromnym wyzwaniem w trakcie Pana prezesury była również sytuacja związana z wojną w Ukrainie...

Pełnoskalowa napaść Rosji na Ukrainę doprowadziła do kolejnych wyzwań, które stanęły przed nami. Przede wszystkim pojawiła się duża fala emigracji z Ukrainy. Staraliśmy się tych pacjentów zaopatrzyć medycznie; wyzwanie było duże, ponieważ organizacja ochrony zdrowia w Ukrainie różni się jednak od opieki zdrowotnej w Polsce. PTK i jego struktury przekazały też ok. 200 tys. zł na zakup najpotrzebniejszego sprzętu i wyrobów medycznych dla Ukrainy, dodatkowo Sekcja Rytmu Serca PTK przekazała ze swoich funduszy kilka kompletów stymulatorów do jednego ze szpitali, podobnie Sekcja Krążenia Płucnego przekazywała sprzęt i pieniądze od sponsorów. To były potężne wyzwania dla całego społeczeństwa. Jestem przekonany, że ten egzamin zdaliśmy, i to całkiem dobrze.

A jak w ciągu tych sześciu lat zmieniła się polska kardiologia, jeśli chodzi o możliwości leczenia?

Zrobiliśmy skok. Tak, to nie był krok, to był skok. Wiele procesów, które wówczas zostało zapoczątkowanych, nadal się toczy. Udało się jednak bardzo wiele zrobić. Naszym sztandarowym programem jest program KOS-zawał, który spowodował znaczne zmniejszenie śmiertelności po zawałe serca. Czekamy na kolejne wyniki, które pokażą, że dzięki stosowaniu pełnego armamentarium



^ Najważniejsza jest pasja, pokora i praca – mówił prof. Przemysław Mitkowski, dziękując za Nagrodę Specjalną Wizjonerzy Zdrowia dla PTK

leków, dotyczącego m.in. redukcji cholesterolu, wprowadzeniu koordynowanej opieki udało nam się bardzo znacząco zredukować śmiertelność po zawałe serca u pacjentów, którzy znaleźli się w programie.

Drugi sztandarowy program to program lekowy B.101, który był w ostatnich latach trzykrotnie modyfikowany. Mam nadzieję, że kolejna modyfikacja spowoduje, że będzie on już w pełni odzwierciedlał wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczące nie tylko opieki nad pacjentami po zawałe serca, ale także prewencji wtórnej zawału. Ogromnym osiągnięciem jest dołączenie do tego programu kolejnych leków. Obecnie znajdują się w nim trzy leki: ewolokumab, alirokumab i inkisiran. Udało nam się przekonać NFZ, że w programie KOS-zawał powinny być ustalone inne cele terapeutyczne w zakresie stężenia lipidów (zgodne z wytycznymi), a także, żeby wypłacać premie ośrodkom, które prowadzą tak efektywne leczenie w ramach programu.

Sporym osiągnięciem był pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej, choć na początku nie obyło się bez zgrzytów. Program początkowo objął tylko województwo mazowieckie, co zostało bardzo źle przyjęte przez środowisko kardiologiczne. Były dyskusje na temat jego rozszerzania, ale tylko o dwa kolejne województwa. Publicznie wyrażaliśmy niepokój, że tak nie powinno być. W rezultacie

rozszerzono pilotaż o sześć województw, obejmujących ok. 65 proc. populacji ludności Polski. Dziś wiemy, że pilotaż można było zrobić inaczej, jednak oceniamy go pozytywnie. Łączył ośrodki różnych poziomów, a doświadczenia nabyte w jego trakcie doprowadziły do powstania ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, do podziału ośrodków na trzy poziomy, stworzenia kryteriów ich oceny i powstania ośrodków doskonałości kardiologicznej. W opiece kardiologicznej systemowo wydarzyło się bardzo dużo, a od 1 stycznia 2026 r. zostanie wprowadzona elektroniczna Karta Opieki Kardiologicznej. Za trzy lata ośrodki, które wejdą w skład Krajowej Sieci Kardiologicznej, będą oceniane, a te najlepsze będą mogły uzyskać dodatkową premię w wysokości nawet do 25 proc. kontraktu na procedury kardiologiczne. To bardzo dużo, jeśli chodzi o budżety szpitali.

Bardzo ważny jest też Narodowy Program Chorób Układu Krążenia: z budżetem do 270 mln zł ma wspomóc ośrodki kardiologiczne pod kątem inwestycji, wprowadzania nowych procedur. To realne pieniądze na poprawę opieki kardiologicznej. Pracownicy działała też Krajowa Rada ds. Kardiologii, szczególnie w drugiej kadencji. Mielśmy różne poglądy, ale zawsze udawało się osiągnąć konsensus. To spora zasługa przewodniczącej – prof. Janiny Stępiń-

skiej i przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, pana Konrada Korbińskiego. Udział w pracach Rady był dla mnie wspaniałym doświadczeniem.

Wiele zmieniło się przez te lata, jeśli chodzi także o refundację leków?

Bardzo dużo: pojawiły się floszyny w cukrzycy, w niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową, w niewydolności nerek, niedawno jedna floszyna pojawiła się w niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową. To olbrzymi postęp – niezwykle szybko zbliżamy się do standardów leczenia opublikowanych przez ESC.

Zmienił się też program B.101, który coraz bardziej odzwierciedla wytyczne ESC. Kolejna rzecz to refundacja tafamidisu w amyloidozie transtyretynowej. Wreszcie chyba najszybsza refundacja w historii kardiologii w Polsce: mavacamten w kardiomiopatii przerostowej. Udało się w niespełna rok od rejestracji leku w Europie.

„Na deser”, jeśli chodzi o zmiany dotyczące leczenia pacjentów, zostawiłem wprowadzenie do katalogu świadczeń gwarantowanych wielu technologii diagnostycznych oraz nefarmakologicznych technologii leczniczych. To m.in. optyczna tomografia koherentna, telemonitoring urządzeń wszczepialnych (żałuję, że wciąż nie we wszystkich województwach jest on refundowany), stymulatory bezelektrodowe, wszczepialne rejestratory zdarzeń, leczenie niedomykalności zastawki mitralnej i trójdzielnej metodą „brzeg do brzegu”. Udało się też wprowadzić do katalogu świadczeń gwarantowanych mechaniczne długookresowe wspomaganie krążenia – LVAD – nie tylko jako „pomost” do transplantacji, ale też jako terapię docelową. Wszystko to wymagało dziesiątków spotkań, rozmów, debat, w których uczestniczyliśmy – w tym organizowanych przez media. Uczestniczyliśmy także w posiedzeniach komisji sejmowych i senackich. Braliśmy udział w Forum Ekonomicznym i w szeregu innych spotkań. Dziękujemy parlamentarzystom, którzy dostrzegali problemy kardiologii. Organizowaliśmy spotkania z agendami rządowymi, by prześledzić procesy refundacyjne, żeby bardziej świadomie w nich uczestniczyć i zgłaszać uwagi.

Był Pan twórcą pierwszego „Dekalogu niezaspokojonych potrzeb w kar-

diologii”. Większość Pana postulatów udało się zrealizować?

Przyznam, że kiedy tworzyłem „dekalog”, to nie spodziewałem się, że cokolwiek uda się zmienić, a okazało się, że udało się to za mojej kadencji w ok. 70 proc.! Bardzo dziękuję także dziennikarzom, że pomogli nam promować ten projekt – niezaspokojone potrzeby polskiej kardiologii.

Bardzo ważny był dla nas rok 2023: po raz pierwszy ogłosiliśmy „rok świadomości”. Wówczas był to rok świadomości zaburzeń lipidowych (wspólnie z Polskim Towarzystwem Lipidologicznym). W bardzo krótkim czasie udało się poprawić skuteczność leczenia pacjentów. To napawa optymizmem. Okazuje się, że tego typu działania budujące świadomość są bardzo efektywne, i to bez ogromnych nakładów finansowych. Kolejny rok był rokiem świadomości kardiologii dziecięcej. Cieszę się, że udało się wprowadzić obligatoryjne badanie profilu lipidowego w ramach bi-

o stanie polskiej kardiologii na tle kardiologii europejskiej. Dzięki wsparciu Ministerstwa Zdrowia i „zielonemu światłu” od wiceminister Katarzyny Kacperczyk udało nam się w lutym tego roku zorganizować w Warszawie konferencję międzypaństwową z udziałem prawie całego zarządu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W tym roku w Warszawie odbyło się kolejne spotkanie zarządu ESC dotyczące wdrażania wytycznych.

Wiele zmieniło się też w samym Polskim Towarzystwie Kardiologicznym?

Mnie bardzo zależało na tym, by promować aktywność młodych kardiologów z Klubu 30 PTK. Wielu z nich jest już doktorami habilitowanymi albo profesorami: ich zapał, entuzjazm, kontakty międzynarodowe, ciężka praca powodują, że zaczynają być rozpoznawani w gremiach międzynarodowych. To wspaniała grupa ludzi, z którymi nawiązałem doskonałe kon-

Prezydent Kennedy mówił: Nie pytaj, co Twój kraj może zrobić dla Ciebie; powiedz, co Ty możesz zrobić dla swojego kraju. Chciałbym, żeby podobnie myśleli kandydaci na Prezesa PTK: co mogą zrobić dla kardiologii.

lansu zdrowia sześciolatka: pozwoli to na wczesne wykrycie genetycznych obciążeń związanych z hipercholesterolemią.

W Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym, również m.in. z naszej inspiracji, została utworzona Cardiopolicy Group. To grupa, która zajmuje się bardziej systemowym podejściem do kardiologii, skupiająca przedstawicieli państw członkowskich. Rozmawialiśmy m.in. o programach, które miały na celu wspomaganie opieki kardiologicznej. Zaprezentowaliśmy Narodowy Program Chorób Układu Krążenia; był to pierwszy w Europie niezwykle holistyczny program, którego celem jest poprawa opieki kardiologicznej. Wcześniej podobny program miała Hiszpania, ale nie miał finansowania. Za nami poszły inne kraje, jak Bułgaria, Węgry, Włochy, Portugalia. Z tego programu również możemy być dumni.

Wreszcie sukcesem była polska prezydencja, w trakcie której staraliśmy się promować polską kardiologię na arenie międzynarodowej. Przygotowaliśmy raport

takt. Przewodniczącą grupy była wówczas dr hab., a obecnie już profesor Agnieszka Kapłon-Cieślicka. Doprowadziłem do tego, że w każdej komisji Zarządu Głównego PTK był jeden przedstawiciel Klubu 30 PTK. Młodzi ludzie muszą wiedzieć, czym jest PTK, w jaki sposób w nim się działa, by za kilka, kilkanaście lat, gdy przejmą stery, byli doskonale przygotowani do pełnienia obowiązków w strukturach PTK. Wprowadziłem również kadencyjność w komisjach: uważałem, że nie powinniśmy przekraczać dwóch, maksymalnie trzech kadencji przewodniczącego.

Byłem też inicjatorem tego, żeby zastępcą przewodniczącego komitetu naukowego Kongresu PTK była osoba odpowiedzialna za sesje interdyscyplinarne. Mieliśmy takie sesje, m.in. z chirurgami naczyniowymi, onkologami, diabetologami, neurologami, nefrologami. Ważne jest to, żebyśmy nauczyli się swoich „języków”, ponieważ często o tych samych problemach mówimy nieco inaczej.

Cieszę się też ze znakomitej współpracy w zarządzie PTK. Z prof. Adamem Witkowskim doskonale się uzupełnialiśmy, nauczyliśmy pewnego podejścia „pragmatycznie politycznego” – wprowadziliśmy kilka terminów, takich jak „krocząca liberalizacja”. Co pewien czas robiliśmy przegląd programów lekowych, mówiliśmy, że skoro populacja

nym z priorytetów powinny być szkolenia zagraniczne dla młodych kardiologów dziecięcych, których w Polsce brakuje. Skomplikowana, zaawansowana operacja kardiologiczna jest bardzo kosztowna, to często miliony dolarów, które płacimy za operacje wykonywane w renomowanych ośrodkach zagranicznych.

Hasło mojej kampanii wyborczej brzmiało: „Razem możemy więcej!”.

Nie porzuca Pan jednak PTK? Jakie są Pana dalsze plany?

Pierwszy raz w zarządzie PTK byłem w 2001 r., gdy mój ówczesny szef – prof. Andrzej Cieśliński – objął prezesurę. Ja objąłem fotel prezesa dokładnie w 20 lat potem. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne jest mi bardzo bliskie, czuję się za nie współodpowiedzialny. Wiem jednak, że w PTK są też młodzi ludzie, którzy chcą dać mu część siebie. Nie mam zamiaru im przeszkadzać, choć chętnie będę służył pomocą. Jestem w dalszej gotowości, by służyć swoją wiedzą i doświadczeniem. PTK jest dla mnie bardzo ważne i to nie tylko jako instytucja, ale też jako grupa ludzi, która chce dać coś od siebie dla innych. 24 lata doświadczeń powodują, że będę wyrażał swoje opinie, adresując je raczej do konkretnych osób, w sprawach, które uznaję, że są warte zainteresowania albo które nieco wymykają się spod kontroli.

W tym roku będą wybory nowego prezesa elekta PTK i nowego zarządu – najważniejsze jest, żebyśmy wybierali osoby, które faktycznie chcą pracować na rzecz naszego środowiska. Prezydent John F. Kennedy powiedział kiedyś: „Nie pytaj, co twój kraj może zrobić dla ciebie, zapytaj, co ty możesz zrobić dla swojego kraju”. Chciałbym, żeby nasi kandydaci nie zastanawiali się, co może dać im Towarzystwo, tylko odpowiedzieli na pytanie, co oni mogą mu dać. To jest priorytet. PTK to nie jest Towarzystwo „kanapowe”: dyskutujemy, wypracowujemy rozwiązania, by system działał jak najlepiej, a nasi pacjenci mogli dostać jak najlepszą opiekę. Jeśli chcemy działać i być skuteczni, to nie możemy zajmować się tylko nauką, musimy też wykonywać pewne działania o charakterze politycznym. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

PTK to nie Towarzystwo „kanapowe”. Dyskutujemy, wypracowujemy rozwiązania, by system działał jak najlepiej, a pacjenci mogli dostać jak najlepszą opiekę.

osób biorących udział w programie jest dużo mniejsza niż wcześniej zakładana, to można nieco zliberalizować kryteria. Początkowo spotykało się to z różnym odzewem, ale po pewnym czasie udawało się wrócić do rozmów i zrobić kolejny krok, by być bliżej wytycznych. Znakomicie układała się też współpraca w ostatnim zarządzie z prof. Robertem Gilem i prof. Markiem Gierlotką: zresztą mówiono o nas „Trzej Muszkieterowie”.

Mieliśmy też wspaniałą współpracę z organizacjami pacjentów – głos pacjentów jest coraz lepiej słyszalny, są oni włączani do komitetów redakcyjnych tworzących wytyczne ESC. Bez pacjentów nasze działania nie miałyby sensu. Musimy robić wszystko, by umożliwić im dostęp do najnowszych technologii dostępnych na świecie.

A co się nie udało w ciągu tych sześciu lat?

Jeśli chodzi o refundację, to nie udało się uzyskać refundacji leku sakubitryl/walsartan, choć wydawało się kilka razy, że jesteśmy bardzo blisko. Bardzo tego żałuję, bo to ważny lek dla pacjentów.

Druga rzecz – mimo że nasze pismo „Kardiologia Polska” zyskuje na wartości, jeśli chodzi o cytowania, i możemy się nim szycić, to trzeba było podejmować trudne decyzje ekonomiczne i wprowadzić opłaty dla autorów artykułów. Współpraca z wydawcą też mogłaby być lepsza.

Jakie obecnie widzi Pan wyzwania dla kolejnych prezesów – przede wszystkim prof. Marka Gierlotki, który już wkrótce obejmie prezesurę PTK?

Wyzwań jest wiele i na pewno prof. Gierlotka przedstawi swój „dekalog”. Jed-

Przeznaczenie tej sumy na wyszkolenie 3-4 operatorów byłoby z korzyścią dla naszych pacjentów – znacznie większej ich liczbie można by zaoferować najlepsze leczenie.

Na pewno wyzwaniem będzie też dążenie do tego, by w Polsce można było leczyć zgodnie ze wszystkimi wytycznymi ESC.

A czego Pana nauczyło to doświadczenie sześciu lat prezesury?

Bardzo wiele się nauczyłem. Między innymi tego, że nie należy oceniać pacjenta, czy stać go na zakup danego leku. Zawsze trzeba mówić, jeśli jest lepsza alternatywa, nawet jeżeli to terapia nierefundowana. Często takie leki mogą dramatycznie poprawić rokowanie. Przykład: 65-latek leczony optymalnie z niewydolności serca może zyskać ponad cztery lata dodatkowego życia; 55-latek – nawet do sześciu lat.

Doskonale też wiem, że sukcesu w kardiologii nie osiągnie się bez stosowania zasady „3 razy P”. Po pierwsze: praca – bez ciężkiej pracy nic nie da się osiągnąć; po drugie: pokora – bo nigdy nie wiemy wszystkiego. Po trzecie: pasja – trzeba naprawdę bardzo kochać to, co się robi, żeby być efektywnym. Bardzo ważne jest wsparcie środowiska i wspólne działanie.

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski

– kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2021-2023. W pracy klinicznej i badawczej zajmuje się m.in. zaburzeniami rytmu serca, elektrokardiologią nieinwazyjną, wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca oraz leczeniem inwazyjnym w chorobie niedokrwiennej serca.

W trakcie prezydencji w Radzie UE Polska kładła duży nacisk m.in. na zwiększenie roli polityki zdrowotnej, toczyły się też intensywne prace dotyczące Pakietu Farmaceutycznego, Critical Medicines Act. Wspominał Pan, że UE może zwiększyć zaangażowanie w ochronę zdrowia; do tej pory w dużej mierze dotyczyło to onkologii. Czy są podobne plany dotyczące kardiologii, zważywszy że choroby sercowo-naczyniowe to główna przyczyna zgonów w Europie?

Bazując na dobrych doświadczeniach Europejskiego Planu Walki z Rakiem, który był pierwszą dużą strategią zdrowotną Unii Europejskiej po pandemii, uważam, że są duże szanse na to, że uda budować kolejne strategie zdrowotne. Mówimy o strategiach zdrowotnych, które w przypadku UE przybierają kształt rekomendacji dla państw członkowskich, ponieważ zdrowie pozostaje ich kompetencją. Mając jednak na uwadze doświadczenia z pandemią oraz kryzysu lekowego, który boleśnie obnażył kwestię zależności Europy od dostaw leków z Azji, pojawiły się deklaracje z najwyższego politycznego poziomu – myślę tu o Ursuli von der Leyen, a także komisarzu ds. zdrowia Olivérze Várhelyi – dotyczące nowych strategii europejskich: w obszarze chorób układu krążenia, chorób neurodegeneracyjnych oraz zdrowia psychicznego i schorzeń psychicznych. Wiemy, że strategia kardiologiczna jest już niemal gotowa. Chcielibyśmy, by nie były to tylko deklaracje. Gdy rozmawialiśmy z komisarzem Várhelyi, to jemu również zależało na tym, żeby nie były to wyłącznie strategie, czyli zestaw pewnych rekomendacji dla państw członkowskich, ale żeby za nimi pojawiły się pieniądze na ich wdrażanie, np. na badania przesiewowe, działania w obszarze profilaktyki.

Do tej pory był wyodrębniony program zdrowotny EU4Health wraz z budżetem; obecnie nowa propozycja zakłada rozproszenie wydatków na zdrowie, miałyby one znajdować się w różnych źródłach, m.in. w Funduszu Konkurencyjności, programie Horyzont. Nasza komisja to krytykuje; uważamy, że dobrym sygnałem byłoby stworzenie odrębnego budżetu na zdrowie, ponieważ dzięki temu w tym obszarze Europa może zrobić więcej.

Jeśli chodzi o choroby układu krążenia, to są już deklaracje ze strony Komisji

Czas na europejską strategię, także w kardiologii

– mówi **ADAM JARUBAS**, europoseł, przewodniczący Komisji Zdrowia Publicznego w Parlamencie Europejskim.



Europejskiej i silna presja ze strony naszej Komisji; odbywamy konsultacje ze środowiskiem kardiologów, zarówno z asocjacjami europejskimi, jak i z PTK. Są deklaracje, że pojawi się strategia dotycząca chorób układu krążenia. Ma ona objąć też profilaktykę cukrzycy i otyłości. Spodziewamy się, że w najbliższym czasie zostanie zaprezentowana.

Podczas Forum Ekonomicznego mówił Pan, że gdy powstawała Unia Europejska, to była idea, że Unia powinna być nastawiona nie tyle na gospodarkę, ile właśnie na zdrowie i obronność. Czy dziś – patrząc na doświadczenia pandemii i sytuację geopolityczną – byłby dobry czas na zmianę priorytetów?

Sądzę, że tak. W 1952 r. Paul Ribeyre, francuski minister zdrowia zaprzyjaźniony z Robertem Schumanem, zaproponował, żeby zacieśniać współpracę w Europie w ob-

szarze zdrowia. Wtedy to się nie powiodło; podobnie jak koncepcja, żeby jednoczyć się w Europie wokół polityki obronnej. Dziś, paradoksalnie, wracamy do korzeni. Dwie nowe komisje, które pojawiały się w ostatnim czasie – co zdarza się rzadko, bo ostatnia modyfikacja układu komisji była 30 lat temu – to komisja zdrowia i komisja obrony. To również pokazuje, że w tych dwóch obszarach powinniśmy robić więcej jako Europa.

Czy europejska strategia dla kardiologii ma szansę przełożyć się na poprawę zdrowia Polaków? Świecimy na mapie czerwonym kolorem wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych...

Wierzę, że to się zmieni. Elementem strategii zapewne będą wspólne standardy dotyczące np. dostępności do diagnostyki, do świadczeń zdrowotnych. Oczywiście, w zależności od wydolności systemów poszczególnych państw może to wyglądać różnie. Uważam jednak, że szanse na wyleczenie – nie tylko w kardiologii – mogą zależeć od naszego kodu genetycznego, ale nie powinny zależeć od kodu pocztowego, czyli od tego, w jakim kraju żyjemy. Wyrównywanie dystansu między poszczególnymi krajami zapewne zajmie trochę czasu.

Jeśli pojawi się osobny budżet, to, patrząc na doświadczenia płynące z polityki spójności i aktywność samorządów, te dystanse uda się szybciej zniwelować. Ważne są zachęty finansowe, impulsy, które spowodują, że np. badania profilaktyczne, przesiewowe, będą w większym stopniu realizowane, poprawi się diagnostyka i leczenie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

Kardiologia 2025

- > Nowe wytyczne po Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Madrycie
- > Narodowy Program Leczenia Chorób Układu Krążenia i Krajowa Sieć Kardiologiczna
- > Polityka lekowa w kardiologii: co dalej z refundacją leków
- > Aktualne zalecenia leczenia miażdżycy, hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego, otyłości
- > Program lekowy kardiomiopatii przerostowej: doświadczenia pierwszego roku





Realna zmiana praktyki klinicznej

Rozmowa z **PROF. DR. HAB. JACKIEM LEGUTKO**, przewodniczącym Komitetu Naukowego Kongresów PTK, przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego XXIX Kongresu PTK.

Jakie najważniejsze tematy będą omawiane podczas najważniejszego w Polsce wydarzenia naukowego i edukacyjnego w dziedzinie kardiologii?

Podczas tegorocznego kongresu będą omawiane wszystkie najważniejsze zagadnienia związane z profilaktyką, diagnostyką i leczeniem chorób układu krążenia jako głównej przyczyny zgonów Polaków. Tak jak zawsze szczególna uwaga skupiona będzie wokół najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), opublikowanych podczas kongresu ESC w Madrycie. W sesjach poświęconych wytycznym wezmą udział najwybitniejsi polscy eksperci, a także goście zagraniczni, w tym również współautorzy i recenzenci z ramienia ESC i PTK.

Kongres odbywać się będzie przez trzy dni w 15 salach wykładowych jednocześnie. W programie jest ponad 100 sesji naukowych i dydaktycznych z udziałem kilkuset wykładowców z Polski i ze świata. Jakie sesje będą najważniejsze?

Najważniejszym wydarzeniem pierwszego dnia kongresu będzie wspólna sesja PTK i ESC na temat diagnostyki i leczenia migotania przedsionków. Weźmie w niej udział prezydent elekt Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. Cecilia Linde ze Sztokholmu.

Bardzo ważne dla Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego są sesje organizowane wspólne z towarzystwami naukowymi reprezentującymi inne dyscypliny

w medycynie, w tym z Polskim Lekarskim Towarzystwem Radiologicznym na temat nowoczesnej diagnostyki przebiegów zespołów wieńcowych, z Polskim Towarzystwem Neurologicznym na temat diagnostyki neurologicznych i kardiologicznych przyczyn omdleń, z Towarzystwem Internistów Polskich na temat interdyscyplinarnego podejścia do trudnych pacjentów z chorobami układu krążenia i współistniejącymi innymi schorzeniami internistycznymi, z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej na temat optymalnej organizacji diagnostyki chorób układu krążenia w ramach koordynowanej opieki w podstawowej opiece zdrowotnej oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej czy też z Polskim Towarzystwem Pulmonologicznym, Polskim Towarzystwem Reumatologicznym i Polskim Towarzystwem Endokrynologicznym na temat postępowania u pacjentów z chorobami układowymi z zajęciem serca.

Wszystkie inne najważniejsze zagadnienia współczesnej medycyny sercowo-naczyniowej będą dyskutowane w trakcie kilkudziesięciu sesji dydaktycznych przygotowanych przez grupy tematyczne Komitetu Naukowego Kongresów PTK w oparciu o propozycje członków naszego towarzystwa, a także przez asocjacje, sekcje oraz Klub 30 PTK.

Jako towarzystwo naukowe przywiązujemy także dużą wagę do promocji najważniejszych badań klinicznych i eksperymentów medycznych prowadzonych aktualnie w polskich ośrodkach. W trakcie tegorocznego kongresu odbędzie się łącznie 13 sesji naukowych prezentujących wyniki najlepszych prac oryginalnych, w tym sesje konkursowe na najlepszą pracę w zakresie badań klinicznych, badań eksperymentalnych oraz najlepszą pracę nadesłaną przez studentów.

wokół zagadnień medycznych, szczególnie w przestrzeni medialnej oraz w internecie. Z tego powodu podczas kongresu odbędzie się sesja specjalna połączona z konferencją prasową na temat fake newsów i dezinformacji w medycynie. Wezmą w niej udział m.in. prof. Robert M. Califf ze Stanów Zjednoczonych, były komisarz amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (FDA), oraz dr Michał Boni, medioznawca, ekspert ds. polityki cyfrowej i członek pierwszego składu Komisji Europejskiej ds. dezinformacji.

jeszcze nikomu nie zaszkodził”. Tego typu obiegowych opinii odbiegających od prawdy jest znacznie więcej, dlatego zwróciliśmy się do wszystkich wykładowców, aby w swoich wystąpieniach je przytaczali i dementowali.

Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów w Polsce. Czy te dane mają szansę się zmienić?

GUS opublikował pod koniec lipca br. raport „Trwanie życia w 2024 roku”. Dowiedzieliśmy się z niego, iż średnia długość życia Polaków uległa wydłużeniu do nieco ponad 82 lat dla kobiet i niespełna 75 lat dla mężczyzn. Jest to, niestety, w dalszym ciągu o wiele lat mniej niż w większości krajów Unii Europejskiej i w Stanach Zjednoczonych. Najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce pozostają nadal choroby układu krążenia. W 2023 r. odpowiadały za niemal 37 proc. wszystkich przyczyn zgonów. Dlatego profilaktyka i leczenie chorób układu krążenia powinny pozostać najwyższym priorytetem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Od lat mówi się o dużych nakładach finansowych ponoszonych przez NFZ na kardiologię. To nie do końca prawda. Biorąc pod uwagę przytoczone przeze mnie dane epidemiologiczne oraz fakt, iż współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce i interwencji medycznej są w Polsce ciągle powyżej średniej europejskiej, musimy dalej zabiegać o zwiększenie nakładów i poza-limitowe finansowanie terapii i procedur medycznych o udokumentowanym pozytywnym wpływie na przeżycie pacjenta. Bez tego nie uzyskamy tak oczekiwanego dalszego istotnego spadku śmiertelności sercowo-naczyniowej, która w naszym kraju nadal jest, niestety, wysoka. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ANNA KOPRAS-FIJOŁEK**

W internecie metody nie odgrywają roli. Nawet jako specjaliści czasami dajemy się nabrać na fake newsy, a co dopiero nasi pacjenci. Jedna z sesji kongresu nosi tytuł „Czego lekarz ci nie powie, to dr Google podpowie”.

Hasłem i mottem tegorocznego kongresu jest „Twoje serce – Twoje życie. Żyj zdrowo, przestrzegaj zaleceń”.

Myślą przewodnią tegorocznego kongresu jest zwrócenie uwagi na korzyści dla pacjenta wynikające z przestrzegania zaleceń lekarskich i utrzymywania się w długoterminowych terapiach nakierowanych na zmniejszenie ryzyka wystąpienia ponownych incydentów sercowo-naczyniowych, takich jak nagła śmierć sercowa, zawał serca, udar mózgu czy też zaostrenie niewydolności serca wymagające ponownych hospitalizacji. Z codziennej praktyki klinicznej popartej dowodami naukowymi wiemy, że nawet w pierwszych miesiącach po zawale serca pacjenci rzadko zmieniają swój styl życia na bardziej prozdrowotny, większość palaczy kontynuuje palenie papierosów, a część osób w ogóle nie przyjmuje koniecznych leków. Efektem tego jest ciągle wysoka śmiertelność po wypisie ze szpitala chorych skutecznie leczonych w ostrym okresie zawału serca. Wielu tym zgonom można by zapobiec, gdyby pacjenci lepiej przestrzegali naszych zaleceń. Dotyczy to nie tylko pacjentów po zawale serca, ale większości pacjentów leczonych z powodu przewlekłych schorzeń układu krążenia.

Jednym z nierozwiązanych problemów, jedną z przyczyn, iż pacjenci zaprzestają terapii albo nie poddają się niezbędnym procedurom diagnostycznym i terapeutycznym, jest powszechna dezinformacja

Internet, oprócz wartościowych treści, niesie wiele zagrożeń, również dla pacjentów. Na każdym kroku spotykamy się z szerzącą się dezinformacją...

To jest dramat. Teraz w internecie każdy walczy o swoje interesy, a metody nie odgrywają roli. Wszyscy się z tym borykamy i nawet jako specjaliści czasami dajemy się nabrać na wiarygodnie brzmiące fake newsy, a co dopiero nasi pacjenci. Jedna z sesji podczas kongresu nosi nawet tytuł „Czego lekarz ci nie powie, to dr Google podpowie...”. W jej trakcie wybitni specjaliści w oparciu o medycynę opartą na dowodach naukowych odpowiedzą na pytanie, czy to prawda, że: „nie mogę schudnąć, bo mam brzuszki kortyzolowy, insulinooporność i tarczycę”, „normy cholesterolu są zaniżone, a statyny zabijają lub w najlepszym wypadku prowadzą do kalectwa”, „homocysteina jest najważniejszym czynnikiem ryzyka miażdżycy”, „dieta ketogeniczna jest najlepszą ze wszystkich diet”, a „kieliszek na zdrowie



Prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko

– dyrektor Instytutu Kardiologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (UJ CM), kierownik Kliniki Kardiologii Interwencyjnej UJ CM oraz Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Szpitala im. św. Jana Pawła II w Krakowie.



^ Kongres ESC, Madryt,
29 sierpnia-1 września 2025 r.

Nowe wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Kongres European Society of Cardiology (ESC) od lat wyznacza kierunki, w jakich rozwija się nowoczesna, interdyscyplinarna kardiologia. **TEGOROCZNA EDYCJA PRZYNIOSŁA PAKIET NOWYCH WYTYCZNYCH, KTÓRE W NAJBLIŻSZYCH MIESIĄCACH I LATACH Z PEWNOŚCIĄ BĘDĄ MIAŁY REALNY WPŁYW NA CODZIENNĄ PRAKTYKĘ LEKARZY** – nie tylko kardiologów, ale także specjalistów innych dziedzin i lekarzy rodzinnych.



Prof. dr hab. n. med. AGNIESZKA TYCIŃSKA, Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, członek zarządu European Society of Cardiology (ESC)

W tym roku w centrum uwagi znalazły się m. in. rekomendacje dotyczące opieki nad kobietami w ciąży z chorobami układu krążenia. To wyjątkowa grupa pacjentek, zdrowie i życie matki nierozdzielnie wiążą się z bezpieczeństwem dziecka, dlatego wymagają szczególnej czujności i współpracy wielu specjalistów. Ogromne zainteresowanie budzą również nowe zalecenia dotyczące współistnienia chorób serca i zaburzeń psychicznych – problemu, który w ostatnich latach nabiera szczególnego znaczenia.

Eksperci przygotowali także praktyczne wskazówki w zakresie rozpoznawania i leczenia zapalenia mięśnia sercowego oraz zapalenia osierdza – schorzeń, które często pojawiają się nagle i potrafią diametralnie zmienić życie pacjenta. Z kolei w obszarze wad zastawkowych wytyczne akcentują coraz większą rolę nowoczesnych metod przezskórnych i decyzji podejmowanych wspólnie przez interdyscyplinarne zespoły, tzw. heart team. Ważnym punktem jest też aktualizacja rekomendacji dotyczących dyslipidemii – jednego z kluczowych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Wytyczne podkreślają potrzebę indywidualizacji terapii i wcześniejszego sięgania po skuteczne strategie obniżania poziomu cholesterolu.

Za każdym takim dokumentem stoją miesiące, a często lata pracy ekspertów

z całej Europy. W zespołach roboczych zasiadają nie tylko kardiolodzy, lecz także specjaliści z innych dziedzin, epidemiolodzy i przedstawiciele pacjentów. Analizują setki badań naukowych, oceniają ich wiarygodność i wspólnie wypracowują zalecenia, które następnie przechodzą szeroką dyskusję i akceptację w ramach ESC. Dzięki temu wytyczne stają się nie tylko zbiorem zaleceń opartych na najnowszej wiedzy, ale i praktycznym przewodnikiem, do którego lekarze zaglądają każdego dnia.

Tegoroczne wytyczne to więc nie tylko podręcznik dla środowiska medycznego. To także sygnał dla pacjentów – że medycyna coraz lepiej rozumie ich potrzeby i coraz skuteczniej odpowiada na wyzwania współczesnych chorób serca.

Zapraszam Państwa do lektury „Wprost o Kardiologii”, w którym polscy eksperci przybliżają szczegóły najnowszych wytycznych ESC.

Choroby sercowo-naczyniowe u ciężarnych



Prof. dr hab. n. med. OLGA TROJNARSKA, I Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dane epidemiologiczne zebrane w ciągu ostatniej dekady wskazują na dramatycznie rosnącą liczbę schorzeń sercowo-naczyniowych u ciężarnych. Na taką sytuację składa się wiele przyczyn. Część z nich wynika z faktu, iż – osiągnąwszy wiek dojrzały – rodzą skutecznie zoperowane kobiety z wadami wrodzonymi serca. Nie są

one jednak wolne od powikłań pooperacyjnych i pozostałości wady. W ciążę zachodzą też będące po skutecznej terapii pacjentki onkologiczne. Negatywny wpływ ma jednak przede wszystkim coraz starszy wiek rodzących, co nieuchronnie związane jest ze zwiększoną częstością chorób towarzyszących, a w tym znacznie nasilających ryzyko powikłań naczyniowych chorób cywilizacyjnych: cukrzycy, nadciśnienia tętniczego czy choroby wieńcowej. Wszystko to uzasadnia konieczność działań profilaktycznych, jak i zwiększenia opieki nad owymi pacjentkami.

Autorzy rekomendacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego wiele uwagi poświęcają stratyfikacji ryzyka ciąży i porodu w określonych sytuacjach klinicznych, jak i sposobu jego zmniejszania. Dla oceny ryzyka przedstawiono zmodyfikowaną skalę mWHO2.0, szeregującą kobiety w ciąży z określonymi schorzeniami, dodatkowo z uwzględnieniem ich stopnia zaawansowania klinicznego. Dla przykładu kardiomiopatię przerostową, rozpoznaną jedynie na podstawie badań genetycznych, umieszczono w grupie pierwszej, czyli najmniejszego ryzyka. W zależności od narastania objawów, a więc obecności istotnego gradientu śródkomorowego, arytmii komorowej czy niewydolności serca, chore z tą postacią kardiomiopatii znajdują się w grupach od drugiego do czwartego stopnia ryzyka. Autorzy standardów założyli, że kobiety w ciąży zaszerogowane do tych właśnie grup skali mWHO2.0 powinny być pod opieką Heart Teamu – wielospecjalistycznego zespołu zaznajomionego z tym zagadnieniem.

Istotną zmianą rozłożenia akcentów podejmowanego ryzyka nie jest jednoznaczne zakazywanie zajścia w ciążę przez prowadzącego lekarza, a dokładne przedstawienie prawdopodobnego scenariusza przez Heart Team i przedyskutowanie go z kobietą, pozostawiając jej ostateczną decyzję. W poważnych przypadkach wskazana jest konsultacja psychologiczna. Kolejną możliwością zmniejszenia potencjalnego ryzyka jest prowadzenie przez okres ciąży i porodu pacjentki z mechaniczną protezą zastawkową w sposób zgodny z najnowszą wiedzą medyczną.

Standardy poświęciły wiele uwagi dynamicznie rozwijającej się diagnostyce genetycznej, osobny rozdział poświęcając kardiomiopatiom i często związanym z nimi pierwotnymi zaburzeniom rytmu.

Znacznie szerzej omówiona jest groźna kardiomiopatia połogowa. Pojawiły się nowe rozdziały o kobietach w ciąży po transplantacji serca oraz po leczeniu onkologicznym. Bardzo przejrzyste przedstawione zostały leki, które są w ciąży i w okresie laktacji wskazane, a które w tym czasie nie są dopuszczone.

Reasumując: omawiane standardy leczenia kobiet w ciąży z chorobami sercowo-naczyniowymi to dokument nowoczesny, przedstawiający przejrzyste większość problemów, na które napotykać może lekarz prowadzący taką pacjentkę.

Zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia



Prof. dr hab. n. med.

KAROL KAMIŃSKI

kierownik Kliniki Kardiologii Chorób Wewnętrznych oraz Zakładu Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prorektor ds. Medycyny Prewencyjnej i Otwartej Nauki UMB

Po raz pierwszy europejskie zalecenia ujmują zapalenie mięśnia sercowego i zapalenie osierdzia jako spektrum jednego zespołu chorobowego. Wytyczne zaczynają od tego, z czym pacjent trafia do lekarza: bólem w klatce piersiowej, arytmia, cechami niewydolności serca czy ciężkim stanem ostrym. Do każdego „wejścia” przypisano algorytmy diagnostyczne i decyzje terapeutyczne. Takie podejście ułatwia różnicowanie z ostrym zespołem wieńcowym,

zatorowością płucną czy zapaleniem płuc i skraca czas do właściwego rozpoznania.

Dokument precyzuje definicje czasowe (ostre <4 tyg., podostre, przewlekłe) oraz zwraca szczególną uwagę na nawrotowość. Przy nawracających epizodach zaleca rozszerzenie diagnostyki w kierunku podłoża autoimmunologicznego i genetycznego, zwłaszcza gdy utrzymują się biomarkery uszkodzenia mięśnia sercowego lub cechy zapalne w obrazowaniu.

Choć EKG, biomarkery i echo pozostają punktami wyjścia, rezonans magnetyczny serca (CMR) stał się badaniem przełomowym – zarówno do potwierdzenia zapalenia mięśnia sercowego, jak i do oceny rokowania oraz wyznaczenia momentu powrotu do aktywności fizycznej. Wytyczne rekomendują nowoczesne protokoły z mappingiem T1/T2 i oceną obrzęku oraz włókienia (LGE). Echo ma kluczowe znaczenie w zapaleniu osierdzia i do oceny funkcji lewej/prawej komory, ale prawidłowe echo nie wyklucza zapalenia mięśnia sercowego. Biopsja endomiokardialna jest wskazana u chorych wysokiego ryzyka (ciężka dysfunkcja, arytmie zagrażające życiu, brak odpowiedzi na leczenie), bo wynik może zmienić terapię. Dostępność biopsji i zaawansowanego CMR powinna rosnąć także w Polsce.

Do objawów i danych klinicznych, które powinny budzić czujność („czerwone flagi”) w kierunku zapalenia, należą m.in.: ból w klatce piersiowej o charakterze zapalnym, gorączka lub infekcja w wywiadzie, podwyższona troponina, nowe zaburzenia rytmu lub przewodzenia, niewydolność serca bez istotnej choroby wieńcowej, wysięk osierdziowy, a w wywiadzie choroby autoimmunologiczne, ekspozycja na leki immunomodulujące (checkpoint inhibitors) czy zdarzenia infekcyjne.

U wszystkich chorych zaleca się co najmniej miesięczne ograniczenie aktywności. Decyzję o powrocie do pełnego wysiłku opiera się na przebiegu klinicznym oraz kontrolnym CMR w pierwszych sześciu miesiącach: brak obrzęku, brak aktywnego zapalenia i normalizacja funkcji komór to zielone światło. Sport wyczynowy wymaga jeszcze bardziej rygorystycznej oceny. Pacjenci z utrwalonymi lub nawrotowymi arytmiami komorowymi wymagają ścisłego nadzoru. Wytyczne przewidują czasowe zabezpieczenie kamizelką defibrylującą w okresie największego ryzyka; przy utrzy-

mujących się zaburzeniach po 3-6 mies. należy rozważyć ICD zgodnie ze standardami.

W zapaleniach osierdzia podstawą terapii pozostają NLPZ + kolchicina, a w opornych/ nawrotowych postaciach po raz pierwszy zalecono antagonistów interleukiny-1 jako opcję dla chorych nieskutecznie leczonych standardowo. W zapaleniu mięśnia sercowego leczenie jest zindywidualizowane; kluczowe jest leczenie niewydolności serca zgodnie z wytycznymi, kontrola rytmu i przewencja arytmii. Immunosupresję rozważa się w wybranych rozpoznaniach histopatologicznych/etiologiach.

Mocno akcentuje się opiekę zespołową: kardiolog kliniczny, elektrofizjolog, kardiolog interwencyjny, patolog, specjalista chorób zakaźnych, reumatolog, genetyk, onkolog, kardiochirurg, a także doświadczeni radiolodzy CMR. To warunek krótszej ścieżki diagnostycznej i lepiej dobranej terapii. Wytyczne ESC wskazują, byśmy patrzyli szerzej, wszechstronnie. Dzięki temu będziemy mogli zapewnić pacjentowi lepszą opiekę.

Wady zastawkowe



Prof. dr hab. n. med. TOMASZ KUKULSKI, FESC,

kierownik II Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Szpital Specjalistyczny w Zabrze

Nowe wytyczne ESC dotyczące leczenia wad zastawkowych wprowadzają 28 istotnych zmian. Dokument akcentuje wcześniejszą interwencję, indywidualizację terapii oraz konieczność planowania leczenia na dekady życia pacjenta. Pacjenci

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

z wadami zastawek to chorzy sprawiający wiele problemów diagnostycznych i terapeutycznych z licznymi współchorobowościami, takimi jak niewydolność serca, choroba wieńcowa czy migotanie przedsionków. Nowe wytyczne mocno akcentują interdyscyplinarność i spójność z innymi rekomendacjami.

Najważniejsza zmiana dotyczy kryterium wieku przy kwalifikacji do zabiegu TAVI. Dla pacjentów ≥ 70 lat preferowaną metodą jest TAVI, poniżej 70 – chirurgia. Nie kierujemy się już wskaźnikami rokowniczymi, takimi jak Euroscore 2, a jedynie wiekiem. Wiek chorego poniżej 70 lat to wskazanie do klasycznej chirurgii, czyli wymiany zastawki, o ile ryzyko zabiegu jest akceptowalne. U bezobjawowych pacjentów z EF $> 50\%$ zalecono wczesną interwencję (II a) jako alternatywę dla systematycznej obserwacji, aby chronić lewą komorę przed jej dysfunkcją.

Jeśli chodzi o niedomykalność aortalną, nowym parametrem jest ESV index – dodatkowe narzędzie rokownicze przy kwalifikacji pacjentów bezobjawowych do leczenia zabiegowego. W niedomykalności mitralnej pierwotnej standardem pozostaje chirurgia naprawcza. Pacjentów bezobjawowych należy kwalifikować wcześniej, jeśli spełniają trzy z czterech kryteriów: powiększony lewy przedsionek, co najmniej średnia TR, PH > 50 mmHg, udokumentowane AF (zalecenie I b).

Po raz pierwszy oficjalnie wyróżniono dwa fenotypy wtórnej niedomykalności mitralnej: komorowy i przedsionkowy. Największą nowością jest wpisanie zabiegu „brzeg do brzegu” do klasy I zaleceń, jeśli pacjent spełnia kryteria echokardiograficzne i kliniczne.

W fenotypie przedsionkowym leczenie „brzeg do brzegu” uzyskało klasę II b. W stenozie mitralnej u chorych z MAC i ciężką dysfunkcją zastawki pojawiło się zalecenie II b dla przeszłokórnej implantacji protezy. W niedomykalności trójdzielnej wytyczne klasy I obejmują pełną ocenę funkcji prawej komory, ocenę mechanizmu wady oraz inwazyjny pomiar ciśnień płucnych. Zabiegi przeszłokórne awansowały do klasy II a.

Jeśli chodzi o wady złożone i wielozastawkowe, nowością jest leczenie zabiegowe w wadzie złożonej aortalnej objawowej

Wytyczne stają się zbiorem zaleceń opartych na najnowszej wiedzy, ale i praktycznym przewodnikiem, do którego lekarze zaglądają każdego dnia.

i bezobjawowej (klasa I a, I b), jeśli średniej niedomykalności aortalnej towarzyszy gradient średni AV > 40 mmHg. Wytyczne wskazują na konieczność samokontroli leczenia p/zakrzepowego przez chorych oraz ich udział w podejmowaniu wspólnych decyzji przy wyborze sposobu leczenia. Podkreślono znaczenie planowania leczenia zabiegowego. Wybierając protezę, musimy myśleć o strategii kolejnych interwencji np. valve-in-valve. Pacjenci żyją coraz dłużej i wymagają takiego podejścia do problemu.

Nowe wytyczne ESC wskazują kierunek: wcześniejsza interwencja, indywidualizacja i strategiczne planowanie leczenia. To dokument, który zmieni codzienną praktykę kardiologów.

Choroby sercowo-naczyniowe a choroby psychiczne



Dr n. med. i n. o zdr. ANNA MIERZYŃSKA, psycholog kliniczny z Wojskowego Instytutu Medycznego – PIB

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) po raz pierwszy wydało wytyczne, które łączą zdrowie psychiczne z chorobami sercowo-naczyniowymi. To nie jest nowa wiedza, ale pierwsza

próba jej usystematyzowania i nadania rangi. Bardzo często obszar psychiczny bywa zaniewany, co odbija się na jakości życia i rokowaniu pacjentów. Wytyczne mają to zmienić: porządkują wiedzę i proponują praktyczne algorytmy – kto i kiedy powinien oceniać stan psychiczny chorego, jak prowadzić screening i kiedy kierować na specjalistyczne leczenie.

Zalecenia ESC rekomendują proste testy przesiewowe, dotyczące lęku i depresji, oba oparte na dwóch pytaniach. Każdy pacjent powinien być przebadany jak najwcześniej, a także przy kontrolach czy pogorszeniu stanu. Wynik dodatni oznacza potrzebę szerszej oceny i ewentualnej diagnozy. Nowością jest propozycja tworzenia zespołów psychokardiologicznych, w których obok kardiologów pracują psychologowie i psychiatry we współpracy z pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi czy lekarzami POZ. Chodzi o opiekę skoncentrowaną na pacjencie, uwzględniającą wszystkie jego potrzeby – zarówno medyczne, jak i psychiczne.

Najwięcej uwagi poświęcono najczęstszemu problemom: depresji, zaburzeniom lękowym i zespołowi stresu pourazowego. Wytyczne pokazują, jak wpływają one na przestrzeganie zaleceń, jakość życia i wyniki leczenia. Dokument podkreśla znaczenie powtarzania oceny stanu psychicznego i dostosowania interwencji do potrzeb pacjenta – od psychoedukacji i wzmocnienia relacji społecznych, przez psychoterapię, po farmakoterapię z uwzględnieniem bezpieczeństwa kardiologicznego.

W powstaniu dokumentu ważny udział mieli pacjenci z ESC Patient Forum. To wyraźny sygnał: pacjent nie jest tylko obiektem leczenia, ale partnerem. Jeśli chcemy skutecznie poprawić przeżycie i jakość życia, musimy tak samo poważnie traktować psychikę i serce. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Oprac. ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

Musimy poprawić profilaktykę i zmienić styl życia

– mówi senator **DR AGNIESZKA GORGON-KOMOR**, kardiolog, wiceprzewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii.

Jak z perspektywy Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii widzi Pani rozwój kardiologii w Polsce? W jakim kierunku idą obecnie prace zespołu?

Wprowadzenie Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) spowodowało skoordynowanie opieki kardiologicznej – wcześniej często można było mówić o odysei pacjentów w poszukiwaniu ośrodka leczenia. Zobaczymy jednak, jak KSK sprawdzi się w praktyce, ponieważ mamy już pierwsze sygnały, że być może kwalifikacja do niektórych poziomów sieci powinna być zmieniona. Np. w Bielsku-Białej są dwa oddziały kardiologiczne drugiego stopnia referencyjności i jeden pierwszego poziomu. Mamy sygnały, że być może nie da on rady zabezpieczyć pacjentów z całego miasta na podstawowym poziomie. Jest też obawa, że niektóre ośrodki będą zajmowały się tylko tymi pacjentami, za których NFZ więcej płaci, a ci, których leczenie jest gorzej wycenione, pozostają w ośrodku pierwszego stopnia. Według mnie te kwestie trzeba będzie poprawić. Mam jednak nadzieję, że KSK będzie udoskonalana. Wdrożenie Krajowej Sieci Kardiologicznej było krokiem milowym w KPO; mieliśmy bardzo mało czasu na wdrożenie sieci, ponieważ poprzedni rząd tego nie procedował.

Na pewno polska kardiologia jest dobrze wyceniona, aczkolwiek nadal obserwujemy sytuacje, kiedy lekarze kardiologowie szkolą się, zdobywają specjalizacje, a później zaczynają pracować w medycynie prywatnej albo np. trafiają do POZ, gdyż tam są lepsze wyceny.

Jeśli chodzi o wdrażanie nowych technologii, innowacji, to mamy do nich dostęp, jednak tylko dla części pacjentów. Przykładem jest program B.101 – leczenia zaburzeń lipidowych. Powinien on być



rozszerzony, ponieważ dziś zbyt mało pacjentów z niego korzysta.

Ważne jest też uświadamianie pacjentów, że konieczne jest leczenie. Dużym problemem jest rozpowszechnianie fake newsów dotyczących statyn. Pamiętam, jak cieszyliśmy się, gdy te leki wchodziły na rynek, że dzięki nim będziemy mogli uniknąć wielu nagłych zgonów sercowych, ciężkich zawałów serca, uszkodzenia lewej komory serca.

Problemem jest też to, że w gabinecie cały czas mamy bardzo mało czasu dla pacjentów. Musimy też uczyć pacjentów współodpowiedzialności za wizyty, żeby przygotowywali się do nich, nie szukali np. podczas rozmowy z lekarzem nazw leków, które przyjmują. Wtedy będziemy mieć więcej czasu na rozmowę, przedstawienie pacjentowi nowych propozycji leczenia.

Polacy za często umierają z powodów sercowo-naczyniowych, coraz

więcej mówi się o tym, że kluczowa jest tu profilaktyka. Jak ocenia Pani jej realizację?

Po to, żeby wydłużyć średnią długość życia w Polsce, musimy przede wszystkim poprawić profilaktykę i zmienić styl życia. Trzeba przestać palić, zadbać o swoją wagę, być bardziej aktywnym fizycznie – gdy pacjenci zauważają, że przynosi to efekty, to często sami zaczynają dbać o zdrowie. Zmiana stylu życia jest zawsze z korzyścią dla naszego zdrowia. Nigdy nie jest na to za późno.

Cieszę się, że coraz więcej młodych osób uczestniczy w programie „Moje Zdrowie”. Program Profilaktyka 40 Plus nie obejmował osób młodszych, dziś widać, jak wiele osób w wieku 20-40 lat przychodzi na badania profilaktyczne. Moim zdaniem procentuje to, że tak dużo mówimy o tym w przestrzeni publicznej. Mamy w Senacie Rok Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki, również dziennikarze nagłaśniają kwestię profilaktyki: dzięki temu edukujemy społeczeństwo, żeby było bardziej świadome. Zawsze lepiej jest zapobiegać, niż leczyć. To ważne zarówno dla pacjenta, jak i dla państwa – w znaczeniu ekonomicznym. Z drugiej strony zewsząd otaczają nas reklamy używek, przetworzonego jedzenia, słodczy... Mamy jednak wybór i lepiej zrobić wszystko, by później nie borykać się z powikłaniami nadwagi, otyłości. Musimy pamiętać, że co prawda są coraz skuteczniejsze leki poprawiające metabolizm, ale najważniejsza jest zmiana stylu życia. Powinien powstać ogólnonarodowy program profilaktyczny, a zdrowie publiczne powinno być na pierwszym miejscu w polityce zdrowotnej. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**



Krajowa Sieć Kardiologiczna powstała dla pacjentów

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia wchodzi w kluczową fazę realizacji. Zdaniem **PROF. ADAMA WITKOWSKIEGO NAJWIĘKSZYM OSIĄGNIĘCIEM JEST UCHWALENIE USTAWY O KRAJOWEJ SIECI KARDIOLOGICZNEJ**, która od 2026 r. ma objąć całą Polskę. – Sieć została stworzona przede wszystkim dla pacjentów, ale też po to, by wyrównać poziom opieki kardiologicznej w regionach – podkreśla prof. Witkowski.

Tekst: **ANNA KOPRAS-FIOŁEK**

Program Chorób Układu Krążenia został przyjęty w grudniu 2022 r. i zaplanowany do 2032 r. Obejmuje pięć głównych filarów: rozwój kadr, edukację i profilaktykę, zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawę ich jakości przez inwestycje w pacjenta, wsparcie

nauki m. in. poprzez biobankowanie materiału genetycznego oraz optymalizację procesu leczenia, w tym wdrożenie jednolitych standardów opieki kardiologicznej na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia, przez inwestycje w system opieki kardiologicznej. Każdy z nich ma kluczowe znaczenie dla poprawy systemu opieki nad pacjentami kardiologicznymi.

– To jest bardzo duży program, zawierający wiele zadań i działań. Chodzi zarówno o inwestycje w kadry, działania profilaktyczne, rozwój badań naukowych, jak i biobanków, bez których trudno myśleć o nowoczesnej kardiologii – mówi prof. Adam Witkowski, pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia w latach 2024-2025.

KRAJOWA SIĘĆ KARDIOLOGICZNA – OD PILOTAŻU DO OGÓLNOPOLSKIEGO WDROŻENIA

Jednym z najważniejszych elementów programu jest Krajowa Sieć Kardiológiczna (KSK). Pilotaż zakończył się w grudniu 2024 r., a od stycznia 2026 r. sieć zacznie działać na poziomie ogólnopolskim. – Szkoda, że nie wcześniej, ale kwestie administracyjno-logistyczne wymagały

naczyniowych i skłania do wcześniejszej wizyty u lekarza.

BIOBANKOWANIE I GENETYKA – KARDIOLOGIA NADRABIA ZALEGŁOŚCI

Program przewiduje także rozwój biobanków. Do tej pory w Polsce szybciej rozwijała się onkologia, ale kardiologia zaczyna nadrobić dystans. – Biobankowanie materiału genetycznego to przy-

W planach jest rozszerzenie podobnego modelu na osoby z niewydolnością serca.

INWESTYCJE I WYRÓWNYWANIE RÓŻNIC REGIONALNYCH

Program zakłada również zakupy sprzętu dla ośrodków, m.in. aparatów echokardiograficznych czy angiografów. Istotnym celem jest wyrównanie dostępu do nowoczesnej opieki w całym kraju. – Widać duże różnice w śmiertelności między województwami. Niektóre regiony radzą sobie znacznie lepiej, inne gorzej. Sieć ma pomóc zmniejszyć śmiertelność i wyrównać poziom – zaznacza prof. Witkowski. Dlatego ośrodki, które nie spełniają jeszcze wymagań kadrowych czy sprzętowych, dostaną czas na ich nadrobienie.

Często pacjenci, zwłaszcza starsi, gubią się w systemie. Koordynatorzy będą prowadzić ich przez kolejne etapy, od wizyt po hospitalizację. To rola absolutnie kluczowa.

czasu. Najważniejsze jednak, że ustawa przeszła całą ścieżkę legislacyjną i mamy ramy prawne do wdrożenia – zaznacza prof. Witkowski.

Sieć ma obejmować trzy poziomy ośrodków różnicowanych pod względem możliwości diagnostycznych i terapeutycznych. Kluczowym elementem będą koordynatorzy opieki, którzy zdejmą z pacjentów ciężar organizowania diagnostyki i leczenia. – Często pacjenci, zwłaszcza starsi, gubią się w systemie. Koordynatorzy będą prowadzić ich przez kolejne etapy, od wizyt po hospitalizację. To rola absolutnie kluczowa – podkreśla ekspert.

EPIDEMIOLOGIA I BADANIA PRZESIEWOWE – WOBASZ III RUSZYŁ

Kolejnym ważnym zadaniem programu są badania epidemiologiczne. W 2025 r. uruchomiono ogólnopolskie badanie WOBASZ III, które pozwoli ocenić czynniki ryzyka chorób układu krążenia w populacji. – To bardzo ważny projekt. WOBASZ pokaże nam, jak wygląda sytuacja zdrowotna Polaków i jak zmienia się ona w czasie. To fundament do planowania polityki zdrowotnej – ocenia prof. Witkowski.

Równolegle wprowadzono narzędzie samooceny pacjenta – „Dziesiątkę dla serca”, dostępną na Internetowym Koncie Pacjenta. Pozwala ona szybko oszacować indywidualne ryzyko zdarzeń sercowo-

złość. W wielu chorobach, jak kardiomiopatie czy amyloidozę serca, podłoże genetyczne odgrywa zasadniczą rolę. Bez badań genetycznych nie zrobimy kroku naprzód – mówi prof. Witkowski.

PREWENCJA – OD DZIECI PO PACJENTÓW PO ZAWALE

Prewencja pierwotna i wtórna stanowią jeden z fundamentów programu. Skierowana jest zarówno do dzieci i młodzieży, jak i do osób po incydentach sercowo-naczyniowych. – Niestety, mamy epidemię nadciśnienia, cukrzycy i otyłości. Prewencja pierwotna musi uczyć młodych ludzi prawidłowych nawyków, a wtórna – przekonywać pacjentów po zawale czy udarze, że sam zabieg nie wystarczy. Potrzebne jest dalsze leczenie farmakologiczne i zmiana stylu życia – podkreśla prof. Witkowski.

Przykładem skutecznej interwencji jest program KOS-zawał, obejmujący opiekę pacjentów po zawale mięśnia sercowego.

BARIERY I WYZWANIA

Mimo sukcesów tempo realizacji programu bywa spowalniane przez czynniki zewnętrzne, głównie procedury przetargowe i wymogi zamówień publicznych. To właśnie z tego powodu uruchomienie WOBASZ III opóźniło się o kilka miesięcy. – Takie procedury są nieuniknione, ale hamują dynamikę wdrażania. Mimo to cieszę się, że program krok po kroku się rozwija – podkreśla prof. Witkowski.

PERSPEKTYWA NA PRZYSZŁOŚĆ

Zdaniem eksperta pełne efekty programu będzie można ocenić dopiero po jego zakończeniu w 2032 r. Jednak już teraz widać, że jego elementy zmieniają system opieki kardiologicznej w Polsce. – Sieć powstała przede wszystkim dla pacjentów, ale też po to, by podciągnąć poziom opieki kardiologicznej w całym kraju. Mam nadzieję, że dzięki programowi uda się wprowadzić trwałą, systematyczną zmianę – podsumowuje prof. Witkowski. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone



Prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski

– prezes PTK w latach 2019-2021, członek Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Fellow of the European Society of Cardiology), a od 2020 r. członek korespondent PAN. Kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej w Narodowym Instytucie Kardiologii. Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. NCHUK w latach 2024-2025.

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY



▲ Mateusz Oczkowski: – Myślę, że początek 2026 r. będzie dobry dla pacjentów

Nie boimy się śmiałych decyzji

– mówi **MATEUSZ OCZKOWSKI**, zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia.

W ostatnich latach wiele nowych terapii zostało zrefundowanych w kardiologii – m.in. w leczeniu hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, cukrzycy. Często jednak kryteria wejścia do programów lekowych są zawężone. Przykład: w 2023 r. zostały zliberalizowane kryteria włączenia chorych do programu leczenia hipercholesterolemii, ale wciąż są bardziej restrykcyjne niż zalecenia. Żeby dostać nowoczesne leki, nie wystarczy przejść zawał serca, musi to być np. zawał serca i udar mózgu. Czy w najbliższym czasie jest szansa na zmiany?

Rzeczywiście, program B.101 jest jednym z nielicznych, gdzie populacja osób leczonych nie urosła tak bardzo przez lata. Program pojawił się w 2018 r., później kilkakrotnie był zmieniany – nie tylko na

wnioszek podmiotu odpowiedzialnego, ale też z urzędu. Efekt populacyjny nie został osiągnięty na taką skalę, jak przewidywano.

Z drugiej strony – w Polsce jest ok. 20 mln pacjentów z hipercholesterolemią. Mamy refundację statyn i ezetymibu – to złoty standard leczenia hipercholesterolemii. Okazuje się jednak, że stosowanie tych leków w Polsce jest znikome, Polska jest rekordzistą, jeśli chodzi o procent osób nietolerujących statyn: to ok. 16 proc.! Tylko czy to jest faktycznie nietolerancja? Jeśli weźmiemy pod uwagę, jak duży procent pacjentów w ogóle nie wykupuje leków i jak duży procent ich nie stosuje, to mam pytanie: czy oni są nieskutecznie leczeni, bo leki są mało skuteczne, czy dlatego, że po prostu się nie leczą?

Nieporozumieniem jest to, że w programie leczenia hipercholesterolemii pacjentowi sprawdza się tylko cholesterol, a jest

on leczony w szpitalu. Tak nie powinno być. Te leki jako pierwsze powinny znaleźć się w pośredniej kategorii dostępności. Chcielibyśmy jednak, by było określone, którzy lekarze mieliby prawo do wypisywania recepty. W wielu krajach Europy pacjent ma do tych leków dostęp w aptece, ale jest wyraźnie powiedziane, jaki lekarz, jaki ośrodek ma prawo wypisywania recept na tego typu leki. Chcemy też wprowadzić pewne ograniczenia dotyczące liczby opakowań i czasu stosowania. Niestety, kwestia ograniczeń w zakresie specjalizacji lekarskiej jest jedną z najczęściej negatywnie komentowanych zmian w nowelizacji ustawy o refundacji. Przy tego typu lekach muszą być pewne ograniczenia, jeśli chcemy w Polsce osiągać lepsze efekty populacyjne. Toczy się rozmowy, jesteśmy po pierwszych negocjacjach, trzy firmy jednocześnie złożyły wnioski. Chcemy poprawić sytuację pacjentów, ale w przypadku gdy rozszerzenie wskazań spowoduje wielokrotne zwiększenie liczby pacjentów, oczekujemy od firm obniżek cen.

Sytuacja jest trudna również z tego powodu, że mamy wiele wytycznych, jak te leki powinny być stosowane. W Polsce wytyczne różnych towarzystw naukowych bardzo się różnią. Jesteśmy otwarci, by wskazania refundacyjne poszerzyć. Obecnie na ten program wydajemy ok. 27,5 mln zł, tymczasem według maksymalnych szacunków AOTMiT, jeśli zgodzilibyśmy się na propozycję firm, to przy modelu zawężonej rekrutacji na poziomie 6 proc., jaka jest obecnie, musielibyśmy zwiększyć wydatki nawet do ok. 700 mln zł.

Za dwa lata dwie z tych cząsteczek zgenerują się, wtedy cena leków może spaść nawet kilkakrotnie i będzie możliwość, żeby znalazły się one w refundacji aptecznej. Oczywiście, powinno się też poprawić stosowanie statyn i ezetymibu, należałoby też określić, jak oceniać nietolerancję statyn. Chcielibyśmy również wprowadzić konieczność sprawdzenia przez lekarza w IKP, czy pacjent wykupił leki. Jeśli nie, to nie powinno być możliwości kwalifikacji go do programu lekowego. Trudno oczekiwać efektów, jeśli pacjent nie stosuje poprzednich linii leczenia.

To jeden z najtrudniejszych procesów refundacyjnych w tym roku. Bardzo się jednak cieszymy, że przystąpiło do niego

kilka firm. Dzięki temu konkurenci widzą się nawzajem, dostrzegają, jak przebiega proces refundacyjny. Dla nas wystarczy porozumienie negocjacyjne, aby zapewnić realną zmianę dla pacjentów kardiologicznych (udało się to zrobić: program jest zmieniony od 1.10.2025 – przyp. red.).

Co jeszcze nowego w kardiologii, jeśli chodzi o leki?

Niedawno zostały rozszerzone wskazania dla floczyn w leczeniu niewydolności serca, niewydolności nerek, cukrzycy. Mamy jeszcze w procesie refundacyjnym dapagliflozynę (wejdzie na listę od 1.10.2025 – przyp. red). Być może generyczna dapagliflozyna uwolni pełen potencjał, zmiany będą jeszcze większe i floczyny będą traktowane jak gliptyny – czyli pacjenci będą je otrzymywać zgodnie z zarejestrowanymi wskazaniami. Na pewno zyskają pacjenci. Pytanie, jak zareagują konkurenci – producenci empagliflozyny i kanagliflozyny, jeśli chodzi o ceny.

Po zmianie ustawy refundacyjnej będzie wprowadzona uproszczona ścieżka dla terapii skojarzonych, a największa liczba terapii skojarzonych jest właśnie w kardiologii i hipercholesterolemii. Wiele z tych leków jeszcze nie mamy w refundacji. Myślę, że firmy chętnie złożą wnioski.

W procesie refundacyjnym są również – w dostępności aptecznej – nowe cząsteczki: leki przeciwzakrzepowe. Myślę, że początek 2026 r. będzie dobry dla pacjentów – generuje się wówczas sakubitryl w połączeniu z walsartanem; pojawiają się leki generyczne. Mieliśmy w procesie refundacji ten lek, nie mogliśmy się jednak zgodzić na refundację, ponieważ firma kilkakrotnie zawyżyła cenę w stosunku do tej, która była na polskim rynku, chcąc, by pacjent otrzymywał lek na ryczałt, a nie z odpłatnością 30 proc. Stąd porażka refundacyjna. W najbliższym czasie może się to zmienić. Rozmawiamy nie tylko z firmami innowacyjnymi, ale także generycznymi, żeby wiedzieć, co będzie się działo w najbliższym czasie, ale też tłumaczyć, dlaczego w przypadku jednej terapii wydajemy zgodę na refundację, a w przypadku innej wstrzymujemy się.

W ostatnich latach pokazaliśmy, że nie boimy się śmiałych decyzji, planowania, zwiększania potencjału refundacyjnego. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Miażdżycy jest jak rozsiany nowotwór

– mówi **PROF. DR HAB. MACIEJ BANACH**, prezes Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego



Cholesterol to najbardziej znany czynnik ryzyka miażdżycy; mamy bardzo dobre leki obniżające stężenie LDL, dlaczego jednak – pomimo dostępności najlepszych terapii – wciąż jesteśmy krajem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, miażdżycy i jej powikłań?

Myślę, że powoli to się zmienia i na kolejnych publikowanych skalach ryzyka

może nie będziemy już krajem wysokiego, tylko umiarkowanego ryzyka sercowo-naczyniowego. Jako społeczeństwo wciąż nie odczuwamy jednak hipercholesterolemii jako istotnego czynnika ryzyka w porównaniu z cukrzycą, otyłością czy nadciśnieniem. Cukrzyca daje powikłania właściwie natychmiast, choroba otyłościowa jest widoczna na pierwszy rzut oka, nadciśnienie tętnicze też może dawać

objawy, jak bóle głowy, kołatanie serce, złe samopoczucie. Natomiast wysoki LDL nie daje objawów; miażdżycy może rozwijać się wiele lat, stopniowo zwężając naczynia wieńcowe, mózgowie, obwodowe. Ważna jest edukacja, dlatego stworzyliśmy koalicję Liga Walki z Cholesterolem, by zwiększać świadomość na temat tego czynnika ryzyka. Jeżeli będziemy bardzo wcześnie w celu terapeutycznym cholesterolu LDL, to jesteśmy w stanie zmniejszyć liczbę incydentów sercowo-naczyniowych o 50-60 proc. i zapobiec w Polsce rocznie 30-40 tysiącom zgonów! Wciąż zbyt często się zdarza, że pacjent dostaje leki, ale przerywa ich przyjmowanie, bo nie ma świadomości i wiedzy, dlaczego ciągle leczenie jest konieczne. Do tego dochodzą fake newsy dotyczące statyn. Nie zarzucam

pacjentom, że wierzą fake newsom. Jeżeli pacjent przychodzi do lekarza i mówi, że słyszał, że statyny powodują określone skutki uboczne, to naszą rolą nie jest powiedzieć, że on nie ma racji. Trzeba podać konkretne argumenty, wyniki badań, by przekonać pacjenta, że stosowanie statyn i innych leków, takich jak ezetymib, inhibitory PCSK9 czy inkisiran, jest istotne z powodu możliwości wydłużenia życia pacjenta.

Jak ocenia Pan dostęp w Polsce do możliwości stosowania leków obniżających stężenie LDL?

Polska jest krajem, który ma jedną z najlepszych dostępności do leków: dotyczy to statyn we wszystkich dawkach, połączenia statyn z ezetymibem, które można od razu



KOMENTARZ

PROF. ROBERT J. GIL

prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2023-2025

Program lekowy B.101 „Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi” został wdrożony w 2018 r. z myślą o pacjentach z hipercholesterolemią rodzinną. Od 2020 r. istnieje drugie „ramię” tego programu dla pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, u których standardowe leczenie hipolipemizujące (statynami lub statynami z ezetymibem) nie przyniosło efektu lub jest źle tolerowane. Program ewoluował, kryteria włączania zmieniały się, ale nadal są takie, że do programu kwalifikuje się tylko niewielka część pacjentów. Obecnie bowiem w kryteriach kwalifikacji wymagane jest przebycie przez pacjenta dwóch incydentów sercowo-naczyniowych i nieskuteczność „klasycznego” leczenia (statyna plus ezetymib); a ta nieskuteczność została określona cholesterolu LDL > 70 mg/dl (zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego to 55 mg/dl). Paradoxem jest to, że rozpoczęcie nowoczesnego leczenia uzależnione jest od wystąpienia np. drugiego zawału: dziś jeden zawał nie wystarcza, by włączyć pacjenta do leczenia.

W marcu 2025 r. w „Kardiologii Polskiej” zostało opublikowane wspólne stanowisko sześciu towarzystw naukowych: kardiologów, lipidologów, neurologów, diabetologów, nefrologów i chirurgów naczyniowych. Wskazuje ono na potrzebę złagodzenia kryteriów włączenia do programu lekowego B.101, by móc kwalifikować do leczenia pacjentów po jednym incydencie sercowo-naczyniowym, jeśli pomimo terapii statynami i wypełniania zaleceń lekarskich nie uzyskują oczekiwanego obniżenia LDL. Drugi punkt to zlikwidowanie kryterium czasu wystąpienia zawału serca (obecnie w programie jest to dwa lata). Trzecim aspektem jest dopuszczenie lekarzy innych specjalności do kwalifikacji pacjentów do programu B.101 w przypadku potwierdzenia miażdżycy w innym łóżysku niż tętnice wieńcowe i braku możliwości obniżenia LDL klasycznym leczeniem. Uważamy też, że zasadnym byłoby obniżenie wartości LDL-C pozwalającej na kwalifikację pacjenta do programu B.101, do 55 mg/dl. Rozmawiamy z Ministerstwem Zdrowia; mamy obietnicę, że w najbliższym czasie uda się zmienić kryteria kwalifikacji do programu i więcej pacjentów będzie mogło być skutecznie leczonych.

stosować, a w niektórych innych krajach nie jest to możliwe, ponieważ trzeba stosować najpierw te leki oddzielnie przez trzy miesiące albo np. tylko kardiolodzy mogą je przepisać. Pewnym ograniczeniem są kryteria włączenia do programu B.101, nad czym pracujemy i rozmawiamy z Ministerstwem Zdrowia. Mamy nadzieję, że już wkrótce większa grupa pacjentów będzie mogła z takiego leczenia skorzystać. Jeśli to się zmieni, a lekarze będą zalecali pacjentom leki we właściwej dawce i połączeniu, to u 95 proc. pacjentów możemy mieć prawidłowe stężenie cholesterolu LDL w zależności od ryzyka sercowo-naczyniowego.

W trakcie Forum Ekonomicznego w Karpaczu wspominał Pan o wynikach stosowania leków w programie B.101, o czym mówił Pan również w trakcie niedawno zakończonego kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jakie są efekty stosowania tych leków?

Wyniki nawet nas zaskoczyły. Program lekowy B.101 dla rodzinnej hipercholesterolemii został wprowadzony w 2018 r., a w 2020 r. dodaliśmy w tym programie



W drugiej grupie, ostrych zespołów wieńcowych, 94 proc. pacjentów przeżywało 4-6 lat: to są najlepsze wyniki w kardiologii, jakie kiedykolwiek widziałem!

ramię ostrych zespołów wieńcowych z inhibitorami PCSK9, zaś w 2022 r. dodaliśmy do programu inkilisiran. Mamy już 6-letnie doświadczenie dla hipercholesterolemii rodzinnej (zaczęliśmy włączać pacjentów do programu na początku 2019 r.) oraz ponad 4-letnie doświadczenie w ostrych zespołach wieńcowych. W programie B.101 do końca czerwca 2025 r. mieliśmy 2844 pacjentów. Z naszych obserwacji wynika, że w obydwu grupach doszło do bardzo istotnego spadku cholesterolu LDL w jednym i drugim ramieniu tego programu – od 48 do 66,1 proc., w zależności od stosowanego leku. Najważniejsze jest jednak istotne zmniejszenie śmiertelności w obu grupach. A warto pamiętać, że w pierwszej grupie byli pacjenci z rodzinną hipercholesterolemią, czyli wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka, a w drugiej grupie – pacjenci nie tylko po zawał serca, ale też z innymi czynnikami ry-

zyka, często po drugim zawał serca, udarze mózgu, czyli ekstremalnie wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. W tej drugiej grupie okazało się, że 94 proc. pacjentów przeżywa 4-6 lat: to są najlepsze wyniki w kardiologii, jakie kiedykolwiek widziałem! Potwierdza to, że intensywne leczenie hipolipemizujące – złożone z optymalnej maksymalnej dawki statyny i ezetymibu, a następnie dodanie inhibitora PCSK9 albo inkilisiranu – jest bardzo efektywne. Ministerstwo Zdrowia po zapoznaniu się z tymi wynikami słusznie stwierdziło, że to najwyższy czas, aby większa grupa pacjentów mogła z takiego leczenia skorzystać, ponieważ jest to realna szansa, aby uniknąć kolejnego incydentu sercowo-naczyniowego (lub pierwszego w przypadku pacjentów z rodzinną hipercholesterolemią) i zmniejszyć liczbę zgonów w Polsce z powodu chorób sercowo-naczyniowych (nawet 170 tys. rocznie)



KOMENTARZ

SENATOR DR AGNIESZKA GORGON-KOMOR

kardiolog, wiceprzewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii

Program B.101 powinien być rozszerzony; dziś zbyt mało pacjentów z niego korzysta, kryteria włączenia są bardzo wyśrubowane. Myślę że również część lekarzy nie wie, gdzie kierować pacjentów do tego programu. Na pewno, żeby zakwalifikować pacjenta do leczenia nowoczesnymi lekami, jakimi są inhibitory PCSK9 i inkilisiran, nie powinniśmy czekać na zagrożenie życia, jak drugi zawał serca czy udar mózgu. Mamy niechlubne statystyki, jeśli chodzi o amputację kończyn dolnych z powodu źle leczzonej miażdżycy, jedno z pierwszych miejsc w Europie. Ogromnym wyzwaniem dla lekarzy zajmujących się zaburzeniami lipidowymi jest to, żeby leczyć pacjentów skutecznie, zgodnie z rekomendacjami.

Leczenie kardiologiczne zmienia się na naszych oczach, trzeba jednak mieć z tego leczenia korzystać. Często potrzebna jest bardzo intensywna farmakoterapia, żeby miażdżycy się nie rozwijała. W badaniach klinicznych udowodniono, że skuteczne leczenie (statyny, ezetymib, inhibitory PCSK9, inkilisiran) powoduje ogromne zmniejszenie ryzyka zawałów serca, udarów mózgu, amputacji kończyn – powinniśmy mieć możliwość skutecznego leczenia. Walczymy o długość życia i jakość życia; dzięki skutecznemu leczeniu pacjent często może wrócić do życia, do pracy, może normalnie funkcjonować.



KOMENTARZ

PROF. BARTOSZ KARASZEŃSKI

krajowy konsultant w dziedzinie neurologii, kierownik Katedry Neurologii i Kliniki Neurologii Dorosłych Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Miażdżycą jest chorobą wielołożyskową, jej konsekwencją może być również ostry udar mózgu. W naszej populacji 20-30 proc. udarów niedokrwiennych to te o przede wszystkim etiologii miażdżycowej; w ich patogenezie istotną rolę odgrywa zatem wysokie stężenie cholesterolu LDL. Najogólniej jednak w większości przypadków etiologia udarów niedokrwiennych mózgu jest złożona – do incydentu prowadzi wiele mechanizmów, najczęściej powiązanych ze sobą patofizjologicznie, ale u 20-30 proc. miażdżycą jest procesem w pewnym sensie „centralnym”. W tej grupie intensywne leczenie hipolipemizujące, podobnie jak u pacjentów po zawale serca, zmniejsza ryzyko kolejnych incydentów i zgonu.

W zdecydowanej większości sytuacji u tych pacjentów jesteśmy w stanie osiągnąć cele terapeutyczne definiowane stężeniami cholesterolu LDL w surowicy przy pomocy leczenia statynami i ezetymibem. Jest jednak niewielka grupa chorych, u których to się nie uda; w tej grupie konieczne może być podawanie leków dostępnych w programie B.101. U pacjentów po udarze terapię tę mogliby prowadzić zatem także neurologi; a w każdym razie to oni powinni móc inicjować i planować ścieżkę etiologizacji i cele prewencji wtórnej, co mocno podkreślam – już w oddziale udarowym. W określonych sytuacjach w proces etiologizacji powinni być zaangażowani także inni specjaliści; interdyscyplinarność w medycynie udaru mózgu jest pożądana szczególnie w kontekście dbałości o jak najlepsze rokowanie naszych pacjentów.

Leczenie na oddziałach udarowych powinno zatem obejmować leczenie fazy ostrej udarów, rehabilitację oraz etiologizację i planowanie spersonalizowanej prewencji wtórnej. To trzy zasadnicze zadania stroke units, a ostatnie ważne jest także dlatego, że mamy w Polsce sporą nawrotność udarów.

westujemy w nasze zdrowie, to „rozsiew” miażdżycy będzie mniejszy albo zupełnie go powstrzymamy. Później konieczne jest dalsze efektywne leczenie farmakologiczne, by wspomóc te efekty.

Wracając do programu B.101: jakie najważniejsze zmiany powinny być wprowadzanie, aby program odpowiadał rekomendacjom PTK i Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego?

W „ramieniu” rodzinnej hipercholesterolemii bardzo ważne jest obniżenie poziomu docelowego stężenia cholesterolu LDL zgodnie z rekomendacjami: w zależności od ryzyka powinien być odpowiednio niższy – 55 mg/dl lub 70 mg/dl. Konieczne jest też objęcie opieką całej rodziny. Natomiast jeśli chodzi o „ramię” ostrych zespołów wieńcowych, to powinno zostać wydłużone lub docelowo zlikwidowane kryterium czasowe występowania zawału serca (obecnie w programie jest to 24 miesiące). Dostępne wyniki z wielu badań epidemiologicznych potwierdzają, że okres 12 miesięcy (jak to jest w programie KOS-zawał) czy 24 miesięcy w programie B.101 jest niewystarczający.

Drugi element to właściwie zdefiniowanie pacjenta bardzo wysokiego ryzyka, nie tylko obecnej grupy ryzyka ekstremalnego, dla której próg powinien być zgodny z rekomendacjami, czyli „poniżej 55 mg/dl” lub nawet 40 mg/dl, a nie jak obecnie jest „poniżej 70 mg/dl”. Do programu powinniśmy móc kwalifikować pacjenta, który jest po zawale. Nie musi czekać na inne powikłania lub czynniki ryzyka, czyli np. mieć też udar mózgu czy drugi incydent. Docelowo chcielibyśmy, by te leki mogli otrzymywać też pacjenci z bardzo wysokim ryzykiem wystąpienia także pierwszego zawału serca czy udaru mózgu; tak, żebyśmy „nie czekali” na zawał i udar. Leki są tak skuteczne, że pozwoliłyby istotnie zredukować w Polsce dużą liczbę z obecnych 80 tys. zawałów serca, 70 tys. udarów mózgu i 15 proc. chorych z rozpoznaniem miażdżycy tętnic obwodowych (ok. 50 tys. hospitalizacji). 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

WAŻNA ZMIANA OD 1.10.2025

Program B.101 „Leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi” ulega zmianie od 1.10.2025 r.: zmieniają się kryteria kwalifikacji pacjentów do stosowania inhibitorów PCSK9 i inkusiranu, zgodnie z zaleceniami ESC i PTK.

W 2018 r., gdy planowaliśmy ten program lekowy, szacowaliśmy, że powinno do niego być włączonych do dzisiaj ponad 20 tys. pacjentów. Do tej pory zostało włączonych 2844 pacjentów – więc niewiele ponad 10 proc. Mamy nadzieję, że dzięki rozszerzeniu programu uda się uratować życie większej liczbie pacjentów.

O miażdżycy zwykle mówią kardiolog, jednak coraz częściej okazuje się, że jest to choroba wielołożyskowa: dotyczy całego organizmu?

Bardzo często zmiany miażdżycowe w naczyniach wieńcowych dotyczą również tętnic szyjnych, tętnic mózgowych. Z kolei gdy mamy zmianę w naczyniach kończyn dolnych, to możemy spodziewać się również zmian w innych łożyskach naczyniowych.

Miażdżycę można porównać do rozsianego nowotworu: na początku pojawia się ona

w jednym miejscu, a później rozprzestrzenia się na wszystkie naczynia krwionośne organizmu. Jeżeli zareagujemy wcześniej: wysiłkiem fizycznym, dietą, farmakoterapią – gdy to już konieczne – czyli zain-

Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach

– specjalista kardiologii i lipidologii, prorektor ds. badań Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, prezes Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, kierownik Zakładu Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii UM w Łodzi.

Jaka jest w Polsce skala problemu nadciśnienia? Ile osób choruje?

Na podstawie badań sprzed 10-15 lat szacujemy, że z nadciśnieniem tętniczym (NT) zmaga się 11-12 mln Polaków. Jedynie w populacji starszej dane zaktualizowano (przed pandemią w badaniu PolSenior 2). Pokłosiem pandemii COVID-19 była m.in. gorsza kontrola czynników ryzyka, w tym prowadzących do NT oraz jego powikłań, dlatego oczekujemy realizacji zapowiadanego badania WOBASZ III, abyśmy poznali, jakie są w Polsce realia epidemiologiczne.

Co trzeci dorosły Polak nie wie o problemie (3,5-4 mln), dlatego każda inicjatywa zwiększająca świadomość problemu jest na wagę złota. To właśnie terapia powikłań NT konsumuje istotną część budżetu asygnowanego na zdrowie Polaków. Do powikłań, które najboleśniej wpływają na jakość naszego życia, należą: udar i ołpienie, zawał mięśnia sercowego i niewydolność serca, przewlekła choroba nerek, zaburzenia erekcji, uszkodzenie wzroku.

Warto więc promować każdą inicjatywę podnoszącą świadomość w tym zakresie, jak ogólnoswiatowe badanie pomiarów ciśnienia tętniczego (MMM; May Measurement Month) oraz rozpoczynającą się wkrótce Gdańską Akcję Pomiarów Ciśnienia.

Czy potrafimy skutecznie leczyć nadciśnienie?

Potrafimy! Farmakologicznie i niefarmakologicznie, jednak problem nie sprowadza się tylko do zastosowania skutecznych leków – chodzi o leki złożone, zawierające dwie lub więcej substancji czynnych w jednej tabletkie (ang. SPC – single pill combination).

Problem sprowadza się do natury ludzkiej, a w tym obszarze medycyna ma mniejsze sukcesy. Pacjenci z różnych przyczyn nie przyjmują leków regularnie ani nie są wytrwali w tym aspekcie. Robimy wszystko, aby uprościć terapię, czego najznamienszym przykładem jest właśnie zastosowanie leków SPC. Skuteczna kontrola NT (za pomocą farmakologii) wyraźnie redukuje ryzyko udaru, ale też innych skutków z zakresu centralnego układu nerwowego, jak ołpienie. Rzecz w tym, że NT nie jest jedynym czynnikiem sprawczym tych ciężkich schorzeń. Udaru doświadczają osoby obciążone innymi czynnikami, niezależnie od nadciśnienia (jak zaburzenia rytmu serca, przyspieszona miażdżycowa powodowana np.



Możemy skutecznie leczyć pacjentów

Życie w lepszej kondycji i z dłuższą jego perspektywą – to zyskuje dobrze leczony pacjent z nadciśnieniem tętniczym, który regularnie przyjmuje leki – mówi

DR HAB. N. MED. JACEK WOLF z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, GUMed.

przez hipercholesterolemię, palenie papierosów, uwarunkowania genetyczne, itp.).

Czy pacjenci chętnie biorą leki? Obawiają się powikłań po długotrwałej terapii nadciśnienia tętniczego?

Poziom współpracy w zakresie farmakoterapii jest uwarunkowany licznymi czynnikami, z których istotną rolę odgrywają m.in. poziom wiedzy dotyczącej nadciśnienia tętniczego, jego powikłań i korzyści z leczenia, przekonania, a nawet wierzenia. Łatwiej jest nam skupić uwagę na obiektywnych wyróżnikach, takich jak stopień kontroli ciśnienia tętniczego w danej populacji. Tylko niewiele ponad 40 proc. osób z ustalonym rozpoznaniem i zaproponowanym leczeniem było skutecznie leczonych (w odniesieniu do obecnie nieaktualnych już wartości docelowych terapii). Spośród wszystkich obciążonych, włączając nieświadomych choroby, odsetek skutecznie leczonych oscyluje

wokół 25 proc. pacjentów. Wspominałem, że tzw. wartości docelowe ciśnienia zostały w ostatnich latach zmienione i wynoszą obecnie 120-129 mmHg dla ciśnienia skurczowego rejestrowanego w gabinecie lekarskim (z nielicznymi wyjątkami). Odniesienie starych danych epidemiologicznych do nowych norm nie jest właściwe, więc na precyzyjną odpowiedź, ilu chorych skutecznie leczymy, musimy poczekać. Zwłaszcza gdy oczekujemy dobrych wieści, bo jak uczy życie, wprowadzanie nowych wytycznych może trwać nawet dekadę.

Jakie są nowoczesne sposoby leczenia nadciśnienia?

Poszukiwania nowych terapii nie ustają, jednak muszę podkreślić, że nie wykorzystaliśmy jeszcze dostępnych, wysoce skutecznych metod. Bolesnym przykładem niech będzie nieoptymalne stosowanie leków złożonych SPC – taka terapia powinna być

Wartości docelowe ciśnienia zostały w ostatnich latach zmienione i wynoszą 120-129 mmHg dla ciśnienia skurczowego rejestrowanego w gabinecie.

udziałem 80-85 proc. pacjentów, podczas gdy kilka lat temu odnotowaliśmy ją zaledwie u 1/3 chorych leczonych przewlekłe, a poniżej 20 proc. – w pierwszym roku od rozpoznania. Oznacza to, że dalej mylnie wnioskujemy, że skoro potrafimy obniżyć ciśnienie tętnicze choremu w szpitalu monochęsteczkami hipotensyjnymi (lekami z jedną substancją obniżającą ciśnienie zawartą w tablecie), to pacjentowi tak zaordynowana garść leków do domu też powinna wystarczyć. Absolutnie tak nie jest! Największy benefit przewlekłej terapii NT lekami złożonymi bazuje na wysokiej adherencji oraz skuteczności hipotensyjnej, o czym konsekwentnie nie chcemy pamiętać.

Jak pokazują wytyczne, częściowo z reguły tej wyłamują się leki z grupy β -adrenolityków (BB), które otrzymały w wytycznych możliwości włączania do leczenia niezależnie, czy pacjent już stosuje 2-SPC, czy 3-SPC. Leki te można podać na każdym etapie terapii hipotensyjnej, bez względu na stosowanie innych, pamiętając, że należy to zrobić zgodnie ze wskazaniami. Mamy trzy grupy rekomendacji do terapii BB, gdzie decyzję należy podjąć, bazując na: powikłaniach sercowych nadciśnienia, wskazaniach dodatkowych, a także po wykozystaniu podstawowej trójki lekowej w celu poprawy kontroli ciśnienia tętniczego.

W przypadku stosowania BB, dla większości wskazań obowiązuje nas reguła „podaj małą dawkę i powoli ją zwiększaj”, gdyż precyzyjne i indywidualne dopasowywanie dawki stanowi gwarancję optymalnego efektu klinicznego. Liczne schorzenia kardiologiczne, w których kontrola rytmu serca w wąskim zakresie jest kluczowa dla optymalnego rokowania, unaocniają, że dopiero maksymalna tolerowana dawka jest tą, która kojarzy się z największą korzyścią dla pacjenta. Obecnie miareczkowanie leku jest łatwiejsze, gdy tylko dostępne są wszystkie podstawowe i pośrednie dawki w standardowym konfekcjonowaniu leku, co ma miejsce np. dla bisoprololu, wybitnie kardioselektywnego β -adrenolityku. Dostępność wszystkich dawek bisoprololu

bez konieczności trudnego do przewidzenia w skutkach dzielenia tabletki, jest ułatwieniem dla pacjentów, zwłaszcza z ograniczeniami ruchowymi. Warto zwrócić uwagę na te β -adrenolityki, które po ustaleniu dawki terapeutycznej można w kolejnym kroku złożyć w lek w formule SPC. To nie tylko ułatwia terapię pacjentów wymagających łączenia np. BB z inhibitorami konwertazy angiotensyny (ACEi) i wypełnia postulat przewlekłej terapii wielu chorób sercowo-naczyniowych (s-n), ale daje też realne korzyści wynikające z poprawy adherencji.

Dzięki badaniom β -adrenolityki vs. placebo BB utrzymały swoją pozycję w podstawowej lidze leków hipotensyjnych – obniżają ryzyko sercowo-naczyniowe chorych na NT. Dowodzą tego doniesienia opisujące wpływ na fenotyp naczyniowy u chorych poddanych terapii BB, zwłaszcza tych z wyjściową tachykardią spoczynkową. Badania z bisoprololem wskazały, że pacjenci z tachykardią w przypadku zastosowania wspomnianego leku cechują się nie tylko spodziewaną redukcją tętna, ale też poprawą – u osób z przerostem lewej komory serca (LVH), istotnie skojarzoną z gorszym rokowaniem. Od ponad dekady wszystkie zalecenia sercowo-naczyniowe wymieniają tachykardię jako istotny czynnik negatywny rokowniczo, powinniśmy więc obowiązkowo monitorować i interweniować w sytuacji stwierdzonej tachykardii spoczynkowej. Idealnie: niefarmakologicznie, choć nie zawsze jest to możliwe.

Mając dostęp do wyników metaanaliz, warto pamiętać, że pierwotna ostrożność w stosowaniu BB w takich schorzeniach, jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) bądź zespół metaboliczny (ZM),

a wcześniej też niewydolność serca, nie była konieczna. Obecnie stosowanie BB jest najczęściej nieodzowne w przewlekłej terapii tych pacjentów. Paradoksalnie, chorzy z POCHP, którzy z powodów sercowo-naczyniowych wymagają również leczenia wysoce kardioselektywnymi BB, nie mają częściej zaostrzeń choroby w porównaniu do chorych niepoddanych terapii BB. Efekt stosowania BB jest zatem neutralny w tym względzie, jednakże ich rokowanie jest zdecydowanie lepsze, gdy tylko kardioselektywne BB zostają utrzymane w terapii wieloletniej. Również w ZM, gdzie otyłość skojarzona jest z wyższym napięciem układu współczulnego, zastosowanie BB w terapii NT jest często nieodzowne. Coraz szerzej dyskutowanym powikłaniem otyłości jest współwystępowanie bezdechu sennego o typie obturacyjnym, którego przebieg bardzo często uniemożliwia dostateczną kontrolę ciśnienia w godzinach snu. Podanie BB istotnie zwiększa tę szansę.

Czy można obniżyć ciśnienie dietą, ruchem, zdrowym stylem życia?

Leki są niezbędne, należy przy tym przyznać, że w określonych sytuacjach można doprowadzić do remisji NT poprzez działania niefarmakologiczne (np. redukcja kilkudziesięciu kilogramów u osób otyłych). Wszystkie wysiłki zmierzające do redukcji nadmiaru kilogramów i natężenia stresu oraz zwiększenia aktywności fizycznej są naszym sprzymierzeńcem. Rozpoznanie NT można zawsze zweryfikować – osiągnąć remisję choroby i podjąć decyzję o ewentualnym zaprzestaniu farmakoterapii. Jednak z chwilą rozpoznania NT należy bezzwłocznie włączyć skuteczną farmakoterapię hipotensyjną u większości chorych, według wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego – Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2024. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **AGNIESZKA FEDORCZYK**



Dr hab. n. med. Jacek Wolf

– adiunkt w Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, koordynator Centrum Medycyny Translacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, past prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

Denerwacja nerkowa: małoinwazyjna procedura wykorzystująca fale radiowe do modulacji nerwów nerkowych, co prowadzi do obniżenia ciśnienia krwi – u jakich pacjentów, Panie Profesorze, taką metodę powinno się stosować?

Podczas kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego będę prowadził sesję na temat denerwacji, podczas której będziemy przedstawiać polski dokument przygotowany przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i Polskie Towarzystwo Nefrologiczne. Jest on pewnego rodzaju podsumowaniem dotychczasowych badań, stanu wiedzy i daje (pewne) rekomendacje odnośnie zabiegu denerwacji.

Nasza historia przeprowadzania zabiegów denerwacji jest dość długa. Zaproszenie do pierwszego badania otrzymałem razem z profesorem (prezesem) Adamem Witkowskim w 2008 r. Tak więc nasze badania trwają już 17 lat; to długi okres, który pozwala na dłuższe obserwacje pacjentów, u których ten zabieg został wykonany.

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2023 r. oraz wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (wydane rok później) jasno wskazują, że najlepszym kandydatem do zabiegu denerwacji jest przede wszystkim pacjent z opornym nadciśnieniem tętniczym; z prawdziwie opornym nadciśnieniem.

Co to oznacza: prawdziwie oporne nadciśnienie tętnicze?

Zgodnie z najnowszą obowiązującą definicją – oznacza to pacjenta, który jest leczony optymalnie trzema i więcej lekami hipotensyjnymi. W tym schemacie powinien być lek moczopędny, lek hamujący układ renina-angiotensyna-aldosteron oraz antagonistą wapnia. Jeżeli te trzy lub więcej leków nie obniżają ciśnienia poniżej 140/90 mmHg, udokumentujemy oporność w całodobowym ambulatoryjnym pomiarze ciśnienia tętniczego, to mówimy, że jest to prawdziwie oporne nadciśnienie. Musimy również wykluczyć wtórne przyczyny nadciśnienia tętniczego, jak zwężenie tętnicy nerkowej czy pierwotny hiperaldosteronizm, a także ustalić, czy chory przyjmuje leki na nadciśnienie i współpracuje ze swoim lekarzem.

Denerwacja nerkowa to skuteczna metoda leczenia

Rozmowa z **PROF. DR. HAB. ANDRZEJEM JANUSZEWICZEM**, kierownikiem Kliniki Nadciśnienia Tętniczego w Narodowym Instytucie Kardiologii w Warszawie, konsultantem krajowym w dziedzinie hipertensjologii, wiceprezydentem Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.



Kandydatem do zabiegu denerwacji jest więc chory na prawdziwie odporne nadciśnienie tętnicze. To 1-3 proc. chorych na nadciśnienie tętnicze, czyli 100-150 tys. pacjentów w Polsce.

Na czym polega sam zabieg denerwacji?

Od 2017 r. zmieniły się techniki wykonywania zabiegu denerwacji. Zmodyfikowano cewnik wprowadzany do wnętrza tętnicy nerkowej, który powoduje uszkodzenie i zniszczenie włókien doprowadzających impulsację współczulną do nerek. Postęp w zabiegach denerwacji

im końcu ma nie cztery elektrody, ale tzw. piezoelektryczny przetwornik emitujący innego typu energię, ponieważ generuje tzw. fale ultradźwiękowe powodujące uszkodzenie włókien nerwowych. Pierwszy system jest oparty na emisji energii o częstotliwości radiowej; drugi – poprzez przetwornik piezoelektryczny emituje energię będącą falą ultradźwiękową.

Skuteczność działania obu tych systemów jest porównywalna?

Systemy mają porównywalną skuteczność; wiemy to na podstawie badań klinicznych przeprowadzonych w ostatnich

dziwie opornym nadciśnieniu tętniczym. Zakłada się, że pacjent przyjmuje 3-4 leki, które nieskutecznie obniżają ciśnienie, a obniżenie go o 4-9 mmHg dzięki zabiegowi denerwacji przetłumaczy zazwyczaj oporność nadciśnienia tętniczego.

Po zabiegu pacjent nadal musi być leczony, przyjmować leki?

Oczywiście. Było przeprowadzone jedno badanie, w którym zabieg denerwacji był przeprowadzany u chorych, którzy nie przyjmowali lub nie chcieli przyjmować leków – zabieg denerwacji prowadził do uzyskania efektu hipotensyjnego, jednak nie był w pełni porównywalny z pełnym leczeniem farmakologicznym. Zabieg denerwacji wspomaga, uzupełnia działanie leków hipotensyjnych, które chory nadal powinien przyjmować. Jednak u części pacjentów po pewnym czasie można (będzie można) zmniejszyć dawki czy liczbę przyjmowanych leków na nadciśnienie.

W jedynych tego typu badaniach wykonanych na świecie wykazaliśmy, że jeżeli pacjent ma odporne nadciśnienie tętnicze i przewlekły obturacyjny bezdech senny, to zabieg denerwacji łagodzi również objawy obturacyjnego bezdechu sennego.

polegał na udoskonaleniu cewnika. Jest on wprowadzany przez tętnicę udową do aorty, a później do tętnicy nerkowej. Generalnie cewnik emituje różnego typu energię, która powoduje uszkodzenie włókien nerwowych biegnących w ścianie tętnicy nerkowej do nerek. Włókna nerwowe współczulne zostają uszkodzone i zniszczone. Przekłada się to na zmianę (w pewnych granicach fizjologicznych) funkcji nerek: dochodzi do zmniejszania wytwarzania przez nerkę substancji, które podnoszą ciśnienie tętnicze. Na tej drodze dochodzi do obniżenia ciśnienia tętniczego oraz do umiarkowanego obniżania przesączania kłębuszkowego w obrębie nerek.

Są dwa systemy służące do wykonywania zabiegu. Jeden opiera się na wykorzystaniu cewnika, tzw. simplicity spiral, który emituje energię o częstotliwości radiowej; powoduje ona uszkodzenie włókien nerwowych. Ten cewnik jest obecnie zmodyfikowany; na swoim zakończeniu ma wbudowane cztery elektrody, które emitują energię. Poprzez te elektrody system umożliwia zniszczenie włókien nerwowych na całym przebiegu tętnicy nerkowej, jak również we wszystkich miejscach ściany naczyniowej. Drugi system to system paradise. To również cewnik, który na swo-

latach. Grupę odniesienia stanowili pacjenci, u których wykonuje się tzw. zabieg pozorowany, czyli wprowadza się cewnik do tętnicy nerkowej, ale nie ma elementu emisji energii.

Jakich efektów można się spodziewać dzięki przeprowadzeniu zabiegu denerwacji?

Zakłada się, że bez względu na zastosowaną metodę zabieg denerwacji powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego skurczowego mniej więcej o 4-9 mmHg, a dla ciśnienia rozkurczowego o 3-7 mmHg. W większości badań klinicznych zabieg denerwacji nie jest metodą (zabiegiem), która może być wykonywana w sposób izolowany, tzn. odstawiamy leki na nadciśnienie i wykonujemy zabieg. Dzięki niemu wspomagamy już stosowane leki w praw-

Jak długo utrzymują się efekty zabiegu?

Obecnie mamy kilka rejestrów chorych na odporne nadciśnienie tętnicze, którzy mieli wykonywany zabieg denerwacji. Największym jest globalny rejestr simplicity (GSR). Zostało do niego włączonych ponad 2650 chorych, którzy mieli ten zabieg wykonany. Wiemy, że efekt denerwacji jest u nich trwały i utrzymuje się co najmniej przez trzy lata.

Wspomniał Pan o zaleceniach trzech towarzystw naukowych wykonywania zabiegu. A jak obecnie w Polsce wygląda dostęp pacjentów do tego zabiegu?

Aktualnie dostęp jest bardzo ograniczony, poza ośrodkami prowadzącymi badania kliniczne, do których mogą włączyć chorych. Będziemy się starali o refundację zabiegu denerwacji, oczywiście dla bardzo zawężonej grupy pacjentów.



Prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz

– kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiológii – PIB. Członek PAN, konsultant krajowy w dziedzinie hipertensjologii, wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

Jak wspominałem, prawdziwie odporne nadciśnienie tętnicze dotyczy 1-3 proc. pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Współczesne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętnicznego z 2023 r. jasno mówią, że zabieg denerwacji nie jest zabiegiem pierwszego wyboru. Nasze wytyczne określają, że zabieg pozostaje do rozważenia u pacjentów, którzy spełniają definicję prawdziwie opornego nadciśnienia tętniczego, a poza tym spełniają inne warunki, np. muszą mieć funkcję nerek – ocenianą wartością przesączania kłębuszkowego – powyżej 40 ml/min. Zabieg powoduje bowiem obniżenie stężenia wytwarzanych hormonów i dochodzi do niewielkiego (ale zauważalnego) obniżenia funkcji nerki. Dla osoby z nadciśnieniem tętniczym, która ma zachowaną funkcję nerek, to nie jest problemem, natomiast u chorego z (przewlekłą chorobą nerek) upośledzoną funkcją nerek (GFR <40 ml/min) może to doprowadzić do szybkiego dalszego obniżenia funkcji nerek. Poza tym pacjent musi spełnić warunki anatomiczne do wprowadzenia takiego cewnika.

Zabieg denerwacji ma jednak szansę uchronić tę grupę pacjentów przed powikłaniami nadciśnienia, takimi jak udar mózgu czy zawał serca?

Oczywiście. Mamy na ten temat badania własne, naszej kliniki, publikowane w znanych światowych czasopismach naukowych. Zabieg denerwacji – niezależnie od przyjmowanych leków na nadciśnienie tętnicze – powoduje zmniejszenie grubości ściany lewej komory, która powiększa się w przebiegu nadciśnienia tętniczego. Dochodzi do regresji istniejącego przerostu mięśnia lewej komory. Ponadto – wykazaliśmy to w jedynych badaniach wykonanych na świecie – jeżeli pacjent ma odporne nadciśnienie tętnicze i przewlekły obturacyjny bezdech senny, to zabieg denerwacji łagodzi również objawy obturacyjnego bezdechu sennego.

Podsumowując, mamy dowody świadczące o tym, że wykonanie zabiegu denerwacji zmniejsza ryzyko powikłań nadciśnienia tętniczego. Dzięki temu zmniejszamy ryzyko wystąpienia wszystkich klasycznych powikłań sercowo-naczyniowych. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone



KOMENTARZ

PROF. ROBERT J. GIL,
prezes Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego 2023-2025

Ta metoda powinna stać się refundowana

Zostało osiągnięte porozumienie pomiędzy trzema towarzystwami: Polskim Towarzystwem Kardiologicznym, Polskim Towarzystwem Nadciśnienia Tętniczego i Polskim Towarzystwem Nefrologicznym. Stworzyliśmy dokument, który niedługo zostanie opublikowany w Zeszytach Edukacyjnych „Kardiologii Polskiej”. W dokumencie mówimy dokładnie, którzy pacjenci powinni móc skorzystać z takiego leczenia. To jest leczenie tylko dla niektórych pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym, kiedy nie udaje nam się metodami klasycznymi poprawić wyników leczenia.

Wszystkie trzy towarzystwa podpisały się pod zaleceniami, opierając się na zaleceniach przyjętych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, jak i Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego. Jednocześnie opracowaliśmy wniosek do AOTMiT i Ministerstwa Zdrowia o to, żeby ta metoda leczenia stała się refundowana dla pacjentów. To konieczne; dziś już wiemy, jak tę metodę powinniśmy stosować, u których pacjentów oraz jakich wyników możemy się spodziewać, a nowo publikowane prace naukowe pokazują, że nie jest to ostatnie słowo, jeśli chodzi o interwencyjne leczenie opornego nadciśnienia tętniczego.

Problemem jest to, że obecnie nie mamy możliwości rozliczenia tej metody leczenia. Dopiero po nowych analizach, w oparciu o nowe dane może pojawić się zgoda płatnika dotycząca stosowania tej metody leczenia u wybranych pacjentów. Mam nadzieję, że tak się stanie. Wiemy, że pacjentów z opornością na leczenie nadciśnienia tętniczego jest w Polsce bardzo dużo. Może ich być nawet 300 tys. Jednak jesteśmy realistami; zakładamy, że w pierwszym roku moglibyśmy zastosować tę metodę leczenia u zdecydowanie mniejszej liczby chorych. Ta liczba maksymalnie może wynosić ok. 2 tys. pacjentów: to osoby, u których nie jesteśmy w stanie osiągnąć prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego mimo stosowania wszystkich dostępnych metod.

Prof. Adam Januszewicz będzie prowadził na kongresie PTK sesję dotyczącą denerwacji nerkowej – w jej trakcie będziemy starali się pokazać, jak powinniśmy pacjentów diagnozować, kogo w pierwszej kolejności powinniśmy kwalifikować do RDN. Chcemy też pokazać ośrodkom, które chciałyby zajmować się tą metodą leczenia, jakie powinny spełnić kryteria, żeby móc wykonywać tego typu zabiegi, by było to bezpieczne dla pacjentów i skuteczne. Bardzo ważny jest odpowiedni sprzęt oraz doświadczenie osób wykonujących tego typu zabiegi.

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Możliwość stosowania tego leczenia jest fascynująca

– mówi **PROF. DR HAB. ROBERT J. GIL**, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2023-2025.

Od lipca 2024 r. funkcjonuje w Polsce program B.162, który obejmuje m.in. leczenie kardiomiopatii przerostowej mawakamtenem. Lek jest pierwszym przyczynowym leczeniem kardiomiopatii z zawężeniem drogi odpływu lewej komory. Jak dziś ocenia Pan wprowadzenie tego programu?

Im więcej wiemy o danej jednostce chorobowej i im bardziej specyficzne leczenie możemy zaproponować naszym chorym, tym łatwiej jest nam ich zdiagnozować. Kardiomiopatia przerostowa – nie tylko podtyp z zawężeniem drogi odpływu – jest stosunkowo częstą jednostką chorobową, której w sposób celowany nie potrafiliśmy skutecznie leczyć. Najgorzej obciążeni byli właśnie pacjenci z zawężeniem drogi odpływu, ponieważ często dochodziło u nich do zaburzeń rytmu serca i nagłej śmierci sercowej. Pojawienie się leku spowodowało, że pacjenci mogą zacząć normalnie żyć, poprawia się wydolność wysiłkowa i jakość życia.

Pacjenci, u których rozpoznawaliśmy kardiomiopatię przerostową z zawężeniem



Przemysława Mitkowskiego i pana wiceministra Macieja Miłkowskiego; dzięki nim faktycznie program został stosunkowo szybko wdrożony. Bardzo dobrze wypadliśmy pod tym względem na tle Europy. Dwie rzeczy złożyły się na sukces: większa dostępność do rezonansu magnetycznego i echokardiografii oraz skuteczne leczenie. Okazało się, że warto szukać pacjentów

działną za zawał serca. Tylko w przypadku podania leku dzieje się to w dłuższym czasie. Pacjenci z ograniczeniami mogą powrócić do pełnej codziennej aktywności. To naprawdę coś wyjątkowego.

Czy liczba ośrodków biorących udział w programie jest wystarczająca?

Bardzo dobrze oceniam program, jest realizowany sprawnie. Wiem, że na początku były pewne utrudnienia, nie wszystkie oddziały wojewódzkie NFZ od razu rozpiły konkursy na ten program, co było związane z pewnymi brakami w finansowaniu. Pewnym problemem jest również to, że w ramach tego samego programu wchodziły jednocześnie dwa leki: jeden dla kardiomiopatii przerostowej z zawężeniem drogi odpływu, drugi – dla amyloidozy transtetynowej (ATTR), konieczne było również zapewnienie diagnostyki dla tych chorób. Była też kwestia spełniania kryteriów przez ośrodki mające zajmować się leczeniem.

Obecnie w programie jest leczonych ponad 300 pacjentów...

Na pewno jeszcze nie wszyscy są zdiagnozowani, jednak program będzie się rozwijał. Biologia molekularna, która wreszcie pojawiła się w chorobach sercowo-naczyniowych, przyspieszy rozwój kardiologii i rozpoznawanie nowych jednostek chorobowych. Do niedawna stan, który określaliśmy jako przerost mięśnia sercowego, był uznawany za kardiomiopatię przerostową. Dzięki nowoczesnej diagnostyce dziś często dowiadujemy się, że może to być zupełnie inna jednostka chorobowa. Żeby jednak to stwierdzić, trzeba zainwestować w diagnostykę, najlepiej genetyczną. Stąd nasze starania – Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – o wprowadzenie diagnostyki genetycznej w kardiologii. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE

Możliwość stosowania tego leczenia jest fascynująca.

To tak, jakbym komuś ratował życie, odblokowując tętnicę odpowiedzialną za zawał serca; tylko w przypadku podania leku dzieje się to w dłuższym czasie. Pacjenci z ograniczeniami mogą powrócić do pełnej, codziennej aktywności. To naprawdę coś wyjątkowego.

drogi odpływu, to były osoby w sile wieku. Nasz entuzjazm jest ogromny. Po pierwsze, dzięki poprawie diagnostyki, m.in. poprzez wykonywanie echokardiografii, ale także rezonansu magnetycznego, diagnozujemy więcej pacjentów. Po drugie, mamy im do zaproponowania skuteczne leczenie. To wszystko udało się dzięki pracy profesora

z kardiomiopatią przerostową, ponieważ mamy im do zaoferowania skuteczny lek. Wyniki badań randomizowanych są bardzo dobre, dlatego cieszymy się, że pacjenci mogą skorzystać z tej terapii.

Możliwość stosowania tego leczenia jest fascynująca. To jest tak, jakbym komuś ratował życie, odblokowując tętnicę odpowie-

Panie Profesorze, jak ocenia Pan funkcjonowanie programów lekowych w kierowanym przez Pana ośrodku?

Generalnie oceniam je bardzo dobrze. Prowadzimy dwa programy lekowe w kardiologii: program B.101 dla pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną i bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym oraz program B.162 dotyczący m.in. kardiomiopatii przerostowej. Mamy kilkudziesięciu pacjentów w pierwszym programie i czterech pacjentów w drugim.

Generalnie problemem jest jednak finansowanie programów lekowych. W pewnym momencie w ubiegłym roku nie byliśmy już w stanie włączać nowych pacjentów do programu B.101 – nie mieliśmy odpowiednio wysokiego kontraktu. Generalnie NFZ na kolejny rok przeznacza w kontrakcie środki takie, jak zostały wydatkowane w roku ubiegłym. Powoduje to problemy, gdyż pacjenci są przewlekłe leczeni, dlatego konieczne są pieniądze zarówno na leczenie chorych, którzy już są włączeni do programu, jak również dla nowych osób. Zdarzało się, że brakowało środków na włączanie kolejnych pacjentów – nie dotyczyło to wszystkich województw, ale przejściowo tak było u nas. Dlatego jeśli NFZ nie przeznaczy większej sumy pieniędzy na programy lekowe, to ledwo wystarczy nam dla tych pacjentów, którzy już są w programie.

A jak na tym tle wygląda program kardiomiopatii przerostowej?

To nie jest program dla każdego pacjenta z kardiomiopatią przerostową – musi on spełnić określone warunki. Obecnie mamy kontrakt, który jest wystarczający, jeśli chodzi o włączanie pacjentów. Wiem, że w programie w Polsce jest obecnie ponad 300 osób, w naszym województwie – cztery.

Część pacjentów może być jeszcze nierozpoznanych?

Oczywiście, na pewno jest wielu pacjentów, którzy albo nie mają jeszcze po-

Dzięki leczeniu poprawia się stan zdrowia pacjentów

– mówi **PROF. DR HAB. MAREK GIERLOTKA**,
prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
na lata 2025-2027.



stawionego rozpoznania, albo mieli kiedyś postawione rozpoznanie, ale jeszcze nie zostali włączeni do programu. Jeśli chodzi o pacjentów, których mieliśmy wcześniej pod swoją opieką i wiedzieliśmy, że potencjalnie będą kwalifikować się do programu, to zapraszaliśmy ich do ośrodka. Są sukcesywnie kwalifikowani do programu.

Ogromna jest tu rola ośrodków prowadzących program, a jednocześnie ośrodków ościennych. Informacje na temat programu przekazaliśmy innym oddziałom kardiologii i innym świadczeniodawcom realizującym na terenie Opolszczyzny świadczenia kardiologiczne. Kwalifikacja wymaga wysłania dokumentów i wyników badań do zespołu

koordynującego, który ostatecznie kwalifikuje pacjenta do leczenia.

Może tu pomóc lepszy dostęp do badań genetycznych?

Diagnostyka kardiomiopatii przerostowej z zawężoną drogą odpływu to przede wszystkim badania obrazowe: echo serca, rezonans magnetyczny. Na pewno jednak szeroki dostęp do badań genetycznych ułatwiłby proces diagnozy wielu chorób kardiologicznych, dlatego o to walczymy.

Gdy program wchodził w ubiegłym roku, mówiliśmy o sukcesie – to jedna z najszybszych refundacji w Polsce...

Oczywiście, to duży sukces, że lek został szybko wprowadzony i zaoferowany pacjentom. NFZ ma pełną kontrolę nad programami lekowymi, nad ich finansowaniem, co jednak powoduje problemy, o których wspominałem: często kontrakty są za niskie w stosunku do liczby pacjentów, którzy mogliby być włączani do leczenia. Mam nadzieję, że były to przejściowe trudności.

Możemy już mówić o efektach stosowania mawakamtenu u polskich pacjentów?

Jeszcze na to za wcześnie; wiemy jednak z badań klinicznych, że dzięki stosowaniu leczenia zmniejszają się objawy u pacjentów, poprawia się stan ich zdrowia. Myślę jednak, że już w najbliższym czasie pojawi się pierwsze opracowanie, jak wyglądają efekty leczenia w grupie pacjentów włączonych do tego programu lekowego. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Program „Leczenie pacjentów z kardiomiopatią” (B.162) jest realizowany obecnie w 33 ośrodkach w całej Polsce; opieką objęto już ponad 300 pacjentów. Pełna lista i mapa ośrodków biorących udział w programie znajduje się na stronach:

www.szpitaljp2.krakow.pl/crcd-kardiomiopatie/#orodki-leczenia-kardiomiopatii oraz ecoserce.pl/mapa-osrodkow-kardiomiopatia.

Aktualny kształt programu znajduje się na stronie: www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych

Najczęstszymi powikłaniami otyłości są powikłania kardiologiczne. Jaki jest mechanizm ich powstawania?

Jest on wielokierunkowy. Wiemy, że istnieje bardzo silny związek otyłości z chorobami metabolicznymi, takimi jak cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe, miażdżycę tętnic wieńcowych, zawał serca, niewydolność serca. Pacjent z otyłością prawdopodobnie ma też cukrzycę typu 2, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, co prowadzi do miażdżycy i jej powikłań, czyli m.in. zawału serca.

Dziś zwracamy jednak coraz większą uwagę także na inny mechanizm, którego wcześniej nie do końca byliśmy świadomi. Mamy obecnie lepsze możliwości rozpoznawania niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową. Wiemy od dawna, że w przypadku otyłości dochodzi do procesów zwłóknieniowych w mięśniu sercowym – do przebudowy struktury ścian serca, a przez to do większej sztywności oraz do rozwoju rozkurczowej niewydolności serca – z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF). Tak więc o ile powikłaniem zawału serca jest niewydolność serca ze zredukowaną frakcją wyrzutową (HFrEF), to w przypadku otyłości dochodzi też do niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową. U pacjenta, który ma otyłość, nadciśnienie tętnicze, wcale nie musi dominować miażdżycę tętnic wieńcowych. Nie musi on być po zawałe serca, a jednak rozwija objawy niewydolności serca. W badaniu echokardiograficznym mamy objawy niewydolności rozkurczowej. Wtedy dopatrujemy się innego patomechanizmu, w którym to otyłość doprowadziła do rozwoju niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową.

Już nasze wcześniejsze obserwacje pokazywały, że pacjenci, którzy mają otyłość, mają też bardziej aktywowany układ renina-angiotensyna-aldosteron. Wyniki badań nowych leków w nadwadze i otyłości pokazują, że dzięki ich stosowaniu redukujemy masę ciała u pacjentów, jednocześnie zapobiegamy rozwojowi niewydolności serca, w tym niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową. Utwierdza nas to w przekonaniu, że taki związek przyczynowo-skutkowy istnieje.

Czy możemy powiedzieć, w którym momencie u pacjenta z otyłością dojdzie do większego ryzyka rozwoju po-

Leczą otyłość, ale też chronią serce

Rozmowa z **PROF. DR. HAB. MARCINEM GRABOWSKIM**,
kierownikiem I Katedry i Kliniki Kardiologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.



wikłań sercowo-naczyniowych? Czy znamy ten moment, kiedy możemy powiedzieć, że one już się pojawiają?

Trudno jednoznacznie określić, kiedy u pacjenta z otyłością dojdzie do rozwoju niewydolności serca. Niekorzystne czynniki ryzyka nakładają się, potęgują, dlatego mówimy pacjentom, że w przypadku obecności kilku czynników ryzyka „dwa dodać dwa to więcej niż cztery”. Często jedna choroba jest objawem drugiej – otyłość, zespół metaboliczny to konglomerat czynników ryzyka: współistniejącej otyłości brzusznej, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych. Jest też kwestia nasilenia objawów – otyłość ma swoje stopnie, ale już nadwaga jest czynnikiem ryzyka niewydolności serca. Zarejestrowane wskazania nowych leków w leczeniu otyłości pokazują, że możemy je stosować już w przypadku nadwagi. Okazuje się nawet, że większe korzyści uzyskują pacjenci z nadwagą i we wcześniejszym

stadium otyłości niż z najbardziej nasiloną otyłością.

Trudno powiedzieć, kiedy zadziała ten niekorzystny czynnik, jednak jednoznacznie możemy powiedzieć, że mamy dziś wiedzę, że u pacjenta z otyłością może się rozwinąć niewydolność serca. Mamy też odpowiednie parametry, by potwierdzić, że tak się stało. Dobrą wiadomością jest to, że mamy bardzo skuteczne leki na nadwagę i otyłość, a także na niewydolność serca zarówno z obniżoną, jak i zachowaną frakcją wyrzutową.

Wspomniał Pan o skutecznych lekach stosowanych w otyłości. Najwięcej badań dotyczy semaglutynu (w dawce 2,4 mg), które potwierdzają zmniejszenie ryzyka zawału serca, udaru mózgu, zgonu. To m. in. badania SELECT, SCORE, STEP-HFpEF...

To jest naprawdę przełom, który – można wręcz powiedzieć – szokuje swoją skutecznością i jest potwierdzony w badaniach

klinicznych. W ostatnim czasie pojawiły się dwie grupy leków: flozyny oraz analogi GLP-1. Dla nas, kardiologów, niezwykle ważne było to, że pojawiły się leki, które obniżały poziom glukozy, a jednocześnie zaczęły poprawiać rokowanie sercowo-naczyniowe u pacjentów z cukrzycą typu 2. Wcześniej widzieliśmy związek cukrzycy z chorobami serca, a jednocześnie nie mieliśmy dowodów dla wielu leków przeciwcukrzycowych, że poprawiają rokowanie sercowo-naczyniowe. Leki skutecznie obniżały poziom cukru, ale nie poprawiały rokowań (wyjątkiem była metformina). Nie rozumieliśmy, dlaczego tak się dzieje. Natomiast analogi GLP-1 nie tylko normalizują poziom glikemii u pacjentów z cukrzycą, ale też mają wpływ na redukcję zdarzeń sercowo-naczyniowych: jest mniej zawałów serca, mniej powikłań choroby miażdżycowej.

Kardiolodzy szybko te leki przyjęli do praktyki klinicznej. Uznali, że każdy pacjent z cukrzycą, jeśli ma chorobę serca, to powinien przyjmować analog GLP-1 i/lub flozynę, a najlepiej oba leki. Okazało się także, że lecząc pacjentów z otyłością, zapobiegamy u nich rozwojowi niewydolności serca, zwłaszcza rozkurczowej. Mamy dowody na to, że możemy zapobiec niewydolności serca lub spowolnić jej przebieg, zmniejszać ryzyko zaostrzeń, ciężkiego przebiegu niewydolności serca.

Efekt kardiologiczny nie jest jedynie związany z redukcją masy ciała?

Nie. Oczywiście, jeśli pacjent zredukuję masę ciała, to łatwiej mu podjąć wysiłek fizyczny, ma lepszy komfort życia. Dochodzi też do normalizacji wielu parametrów – pacjenci mają nie tylko redukcję masy ciała, ale też poprawę parametrów ciśnienia tętniczego, parametrów lipidowych, glikemii, mniejsze ryzyko rozwoju cukrzycy. Efekt jest więc wielokierunkowy. Wykazano to w badaniach klinicznych. Badanie u pacjentów z chorobą serca i nadwagą lub otyłością, bez cukrzycy – badanie SELECT – wykazało, że dzięki podawaniu semaglutynu (2,4 mg) można zapobiec zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w tym związanym z niewydolnością serca. Z kolei badanie STEP-HFpEF było przeprowadzone u pacjentów z otyłością, z objawami niewydolności serca, bez powikłań sercowo-naczyniowych. U nich podawanie semaglutynu w dawce 2,4 mg zapobiegało kolejnym i cięższym zdarze-

niom związanym z niewydolnością serca, poprawiało wydolność i jakość życia.

Obecnie bardzo zabiegamy o zwiększenie świadomości na temat niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową: wiemy, że jest ona związana z równie złym rokowaniem jak niewydolność serca ze zredukowaną frakcją wyrzutową. Wiemy też, że rokowanie w niewydolności serca ze zredukowaną frakcją wyrzutową może być gorsze niż w chorobie nowotworowej.

Czy taki efekt jest związany ze stosowaniem wszystkich analogów GLP-1, czy semaglutyd się czymś wyróżnia?

Grupa agonistów GLP-1 to leki, które pobudzają receptory GLP-1. Wśród nich znajdują się analogi GLP-1, czyli cząsteczki, które przypominają strukturą ludzki hormon GLP-1. Semaglutyd jest rekombinowanym łańcuchem peptydowym w 94 proc. przypominającym ludzkie białko. Badania z tą cząsteczką wykazały zmniejszenie ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą.

Bardzo ważna jest dawka: pod tym względem semaglutyd też się wyróżnia. Od początku mówiliśmy, że dla leków z grupy agonistów GLP-1 w zasadzie nie ma dawki maksymalnej; to leki bezpieczne, związane z małym ryzykiem hipoglikemii. W leczeniu otyłości zarejestrowany jest semaglutyd

z nadwagą oraz otyłością, w celu zapobiegania incydentom sercowo-naczyniowym, rozwojowi niewydolności serca, szczególnie jeśli u pacjenta występują pierwsze cechy dysfunkcji rozkurczowej, niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową.

Dlaczego w przypadku pacjenta z otyłością rekomendowane są wyższe dawki niż u pacjenta z cukrzycą?

To wynika z przeprowadzonych badań klinicznych; w badaniach dla chorych z cukrzycą były stosowane niższe dawki semaglutynu. Okazało się, że są skuteczne. W tych badaniach skupiano się na obniżeniu glikemii, a redukcja masy ciała była drugorzędym wynikiem. Dowiedziono też, że te dawki u pacjentów z cukrzycą działają protekcyjnie na epizody sercowo-naczyniowe. W przypadku pacjentów z otyłością bez cukrzycy zastosowano wyższe dawki, nacelowane na maksymalizację efektu redukcji masy ciała. W każdym przypadku rozpoczynamy leczenie od dawek początkowych, aby zminimalizować działania niepożądane.

Jak długo należy stosować leczenie, jeśli pacjent zredukował masę ciała?

To pytanie wszyscy sobie zadajemy. Z jednej strony osiągnęliśmy efekt, więc być może dalsze leczenie nie jest już konieczne, jeśli

Badanie SELECT wykazało, że dzięki podawaniu semaglutynu 2,4 mg (Wegovy) można zapobiec zdarzeniom sercowo-naczyniowym.

w dawce 2,4 mg (Wegovy), większej niż stosowana w leczeniu cukrzycy, ponieważ Ozempic stosowaliśmy w znacznie niższych dawkach. Mamy jednak wyniki badań klinicznych, które potwierdziły bezpieczeństwo i skuteczność wyższej dawki. Mamy już wyniki badania dla dawki semaglutynu 7,2 mg – w których potwierdził się utrwalony profil bezpieczeństwa semaglutynu, a redukcja masy ciała była jeszcze większa.

Dla jakiego pacjenta przeznaczony jest semaglutyd i jakie korzyści może mu zapewnić?

Kardiolodzy mogą go stosować u pacjentów z cukrzycą typu 2 lub bez cukrzycy –

pacjent wytrwa w zachowaniach związanych z modyfikacją stylu życia. Jednak z drugiej strony uważamy otyłość za chorobę przewlekłą, a np. gdy leczymy nadciśnienie tętnicze i obniżymy je do prawidłowych wartości, to kontynuujemy leczenie. Coraz częściej mówi się, że podobnie może być z otyłością. W przypadku każdego leku zadajemy sobie pytania o długotrwałe bezpieczeństwo i poważane działania niepożądane. W przypadku analogów GLP-1 jak na razie stosunek korzyści ze stosowania do ewentualnego ryzyka pozostaje pozytywny. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

Serce bez ryzyka, czyli... profilaktyka

Co roku w Polsce dochodzi do ponad 80 tys. zawałów mięśnia sercowego i 74 tys. udarów niedokrwienych mózgu. Wiele tym incydentom można zapobiec dzięki zmianom w stylu życia. Coraz większego znaczenia nabiera obecnie medycyna prewencyjna, medycyna długowieczności.

- > Styl życia, szczepienia, prewencja, czyli fundamenty zdrowia
- > Medycyna w poszukiwaniu eliksiru długowieczności



Polacy są społeczeństwem z bardzo dużą wielochorobowością. Czy na starość można żyć w dobrej formie?

To zależy od tego, jak radzimy sobie m.in. z wielochorobowością. Zarówno w kardiologii, jak i w pulmonologii, onkologii i w zespołach bólowych wpływający czas wiąże się ze zwiększonym ryzykiem występowania danej choroby. Im więcej lat, tym prawdopodobieństwo wielu chorób, które współwystępują, jest większe.

Najczęstsze choroby współistniejące to choroby serca – szczególnie uskarżają się na nie seniorzy. Z jakimi konsekwencjami to się wiąże?

Rzadko zdarza się osoba starsza, która nie ma żadnej choroby układu sercowo-naczyniowego. Większość osób ma nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe. To przyczyny przewlekłych zespołów wieńcowych, niewydolności serca, arytmii, powikłań zatorowo-zakrzepowych, zawałów. Dotykam kardiologii, ale trzeba powiedzieć również o nadwadze, otyłości, cukrzycy, problemach metabolicznych, pewnych patologiiach dotyczących wątroby, ubytku funkcji nerek, zmianach zwyrodnieniowych w obrębie kręgosłupa i innych częściach układu kostno-stawowego.

Człowiek całe życie pracuje na to, jaka będzie jego starość. Właściwy styl życia determinuje dobrą jakość życia również w starości – wtedy prawdopodobieństwo wspomnianych chorób jest mniejsze. Jeśli na przykład ktoś jest szczupły, aktywny fizycznie całe życie, ma mniejsze prawdopodobieństwo wielu problemów. Jeśli ta refleksja przychodzi za późno i pewne problemy już się pojawiły, musimy znaleźć inne rozwiązania. Są nimi np. dobre decyzje zarówno w diagnostyce wielu chorób, jak i w ich terapii. Postęp w terapii jest ogromny i możemy dobrać leki, które nie tylko nie są uciążliwe, ale korygują wiele zaburzeń i dają poprawę jakości życia.

Poważnym problemem u osób z wielochorobowością są infekcje. Dlaczego?

Każda infekcja może spowodować zaostrzenie choroby przewlekłej. Sam proces zapalny może zdestabilizować blaszkę miażdżycową, gdyż infekcja jest stanem zapalnym, który ma wpływ na proces zapalny już wcześniej toczący się w organizmie. Pacjent, który miał dobrze kontrolowany



Filary nowoczesnej kardiologii

O jakości życia pacjentów decydują dziś nie tylko nowe terapie, lecz przede wszystkim profilaktyka: zdrowy styl życia i szczepienia, które mogą uratować i usprawnić życie seniorów – podkreśla

PROF. DR HAB. ARTUR MAMCARZ.

przewlekły zespół wieńcowy, może się po infekcji „zdestabilizować”. Rośnie ryzyko zaostrzenia choroby, hospitalizacji.

Układ immunologiczny, który determinuje walkę z powszechnie występującymi drobnoustrojami, jest mniej sprawny w dwóch okresach życia. Kiedy jeszcze niewypracowane zostały mechanizmy obrony przed infekcjami, zwłaszcza u dzieci, np. urodzonych przedwcześnie. W starości wynika to z naturalnego ubytku biologicznego pewnych reakcji immunologicznych, funkcji ochronnych. Prawdopodobieństwo zarówno zachorowania, jak i ciężkiego przebiegu chorób jest większe. To prawdopodobieństwo zwiększa wielochorobowość. Jeśli ktoś choruje na otyłość, ma gorszą funkcję nerek, niewydolność serca, palił i ma przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, która występuje we współchorobowości w 30 proc. z niewydolnością serca, jest osobą w wieku 65-75

lat, już nie mówiąc o 90-latkach, to infekcja wirusowa – która dla dwudziestoparolatka jest uciążliwa, daje pogorszenie jakości życia, ból głowy, kaszel, rozbicie – dla niego może być zagrożeniem życia. W związku z tym musimy poszukać rozwiązań, które to zmieniają. Takim rozwiązaniem jest szczepienie, szczepienie osób dorosłych.

Dlaczego szczepienia są tak ważne, szczególnie w grupie pacjentów ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi?

Jestem ortodoksyjnym zwolennikiem szczepień. Jeśli prześledzimy sukcesy zdrowia publicznego, dorobek naukowców, to stwierdzamy, że szczepienia są jednym z największych osiągnięć zdrowia publicznego w historii medycyny, a wiele osób uważa, że największym. W mojej opinii uratowały zapewne najwięcej osób przed kalectwem i śmiercią. Jeśli mamy takie narzędzia, które

są dostępne zarówno organizacyjnie, systemowo, jak i finansowo dla osób starszych, z wielochorobowością, to nieskorzystanie z nich jest po prostu błędem.

Drugim argumentem przemawiającym za szczepieniami jest bezpieczeństwo całej procedury. Każda terapia, wszystkie leki wiążą się z ryzykiem powikłań. Jeśli ktoś bierze lek przeciwkrzepliwy, który obniża ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, ma także większe ryzyko krwawienia, ale rekomendujemy to leczenie, które w warstwie korzyści jest 10 razy bardziej skuteczne niż ryzyko powikłania krwotocznego. W przypadku szczepienia jedyną obawą jest tak naprawdę ta przed bólem w miejscu wkłucia lub jakimś niezwykle rzadkim powikłaniem

Są dane, które mówią, że zaszczepienie się przeciwko półpaścowi spowalnia procesy odpornościowe albo im zapobiega. Tak więc wygenerowanie odporności przeciwko jednemu z problemów infekcyjnych czy półpaścowi powoduje także zmniejszenie ryzyka neurologicznego czy psychiatrycznego. Od niedawna dysponujemy skutecznymi szczepieniami przeciwko półpaścowi. Znajdujemy same zalety tego szczepienia.

Jak Polska wygląda na tle Europy, jeżeli chodzi o wielochorobowość?

Wymagałoby to przedstawienia statystyk, które porównywałyby skuteczność terapii – w przypadku chorób, którymi ja się zajmuję: nadciśnienia, niewydolności serca

sep Iberyjski, zwłaszcza Portugalia, która nawet wyprzedziła Hiszpanię w kontroli ciśnienia. Sześćdziesiąt parę procent ma tam dobrą kontrolę nadciśnienia tętniczego. To jest wynik absolutnie w czołówce. My mamy pewnie około 30 proc.; chciałbym wierzyć, że to jest 30 proc. Zakładając, że tak – tylko trzy osoby z dziesięciu, które chorują, mają rekomendowane wartości ciśnienia.

Ważna jest nie tylko zmiana stylu życia, ale także utrzymanie się w tej terapii...

Coś, co nazywamy persistence – uwierzyłem w to, że jestem chory, wiem, że należy coś zrobić i robię to tak naprawdę dla siebie. Utrzymuję się więc w terapii, modeluję swoje zachowania, przestaję palić, przyjmuję leki zgodnie z zaleceniami lekarza. Myślę o tym, że czas upływa i na starość, jeśli nawet wystąpi u mnie wielochorobowość, zmierzę się z nią skutecznie.

Ważna jest również prewencja – jeśli lekarz rekomenduje szczepienie przeciwko chorobom, na które można uzyskać odporność, zrobię to. Niestety, w tym zakresie jest także wiele do zrobienia, bo mamy zawstydzająco niskie wskaźniki szczepień przeciwko wirusom czy bakteriom.

Powiedzmy to sobie więc jeszcze raz jasno – jeśli ktoś ma 20 parę lat, jest aktywny fizycznie, nie pali, jest szczupły, wywodzi się z długowiecznej rodziny, to nawet jeśli zachoruje na RSV lub grypę, będzie miał przez parę dni trochę gorsze samopoczucie, ale prawdopodobieństwo ciężkich powikłań jest małe. Taka sama infekcja będzie jednak groźna w przypadku kogoś z cukrzycą, otyłością, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, palącego, po zawale serca, z niewydolnością serca. Banalne zachorowanie na jakąkolwiek infekcję będzie stanem zagrożenia życia. Dlatego trzeba, warto się szczepić. Liczba powikłań po szczepieniu jest naprawdę marginalna. Natomiast nieszczepienie się jest groźne i o tym trzeba głośno mówić. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Dla osoby z wielochorobowością banalne zachorowanie na jakąkolwiek infekcję będzie stanem zagrożenia życia. Dlatego trzeba, warto się szczepić.

poszczepiennym. Nauczył nas tego również COVID-19 – podczas pandemii podano miliardy dawek, a istotne powikłania liczone były w dziesiątkach, może setkach na świecie. Nie ma bezpieczniejszej procedury.

Wiele mówi się o szczepieniach przeciw chorobom układu oddechowego. Dlaczego również ważne jest szczepienie przeciw półpaścowi? Czy ta choroba może mieć wpływ na przebieg schorzeń kardiologicznych?

Półpasiec jak każda choroba, która jest związana z infekcją, daje zaostrzenie chorób przewlekłych. Zespół bólowy generuje aktywację współczulną. Np. półpasiec wiąże się z bólem, daje pewne procesy biologiczne, immunologiczne, które mogą zaostrzać chorobę. Sam zespół bólowy może też generować przyspieszenie rytmu, wzrost ciśnienia.

Błazka miażdżycowa, która u każdego zaczyna się od pewnego wieku pojawiać, zawęża światła naczyń w sposób, który nie daje żadnych objawów. Tymczasem wzrost aktywności, przyspieszenie rytmu, wzrost ciśnienia i sam proces zapalny – każda infekcja zaostrza bowiem uogólnione zapalenie, które jest typowe dla miażdżycy – może spowodować pęknięcie takiej blaszki i wystąpienie powikłań ostrych w postaci zawału czy udaru.

czy cukrzycy. Myślę, że coraz lepiej sobie radzimy. Coraz więcej wiemy, rekomendujemy terapię i rozwiązania terapeutyczne na podobnym poziomie co inne kraje, oczywiście wysoko rozwinięte.

Coraz więcej mówimy również o kwestii tzw. adherencji terapeutycznej. To dotyczy nie tylko metod terapii, ale także metod prewencji, którymi właśnie są szczepienia. U nas adherencja terapeutyczna pozostawia wiele do życzenia. Nie jesteśmy w czołówce europejskiej, jeśli chodzi o radzenie sobie z kontrolą ciśnienia, stosowanie leków przeciwkrzepliwych. Natomiast dostępność tych procedur jest na takim samym poziomie jak w Europie.

Adherencja to przestrzeganie zaleceń, stosowanie się przez pacjenta do rekomendacji, które przedstawia mu lekarz, a czasami nie tylko lekarz, ale zespół terapeutyczny: dietetyk, psychoterapeuta, fizjoterapeuta, pielęgniarka, ratownik.

Dobrym przykładem, jak można sobie poradzić z takimi problemami, jest Półwy-

Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

– kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Holistycznej.

Eliksir długowieczności na wyciągnięcie ręki

Rozmowa

Z **PROF. DR. HAB. MARKIEM POSTUŁĄ**, kardiologiem, specjalistą medycyny długowieczności.

Jest Pan naukowcem i kardiologiem zajmującym się długowiecznością w Polsce, w której żyjemy kilka lat krócej niż przeciętny Europejczyk, głównie z powodów kardiologicznych. Co to właściwie oznacza „długowieczność”? Odkrył Pan „eliksir” długowieczności?

Eliksir długowieczności jest na wyciągnięcie ręki dla każdego nas: to aktywność fizyczna. Podstawowa kwestia jest jednak moim zdaniem inna: czym jest długowieczność. Najczęściej w piśmiennictwie naukowym pojawia się granica 120 lat – są badania, które pokazują, że człowiek jest w stanie tyle żyć. Najbardziej długowieczne osoby żyją 110-120 lat. Ja jednak, myśląc o długowieczności, myślę nie tylko o długości życia, ale też o długim życiu w zdrowiu; to jest dla mnie definicja długowieczności.

Nie same lata są więc najważniejsze?

Nie; ja osobiście chcę jak najdłużej żyć w zdrowiu, żebym mógł jak najdłużej czerpać radość ze swojej codziennej aktywności. Poczuciem szczęścia jest dla mnie to, że mogę się rozwijać, realizować swoje pasje. Jednak żeby to było możliwe, to muszę być sprawny intelektualnie i fizycznie.

Niestety, po swoich pacjentach widzę bardzo często, że w pewnym wieku u niektórych spada sprawność intelektualna, u innych – sprawność fizyczna. A nawet jeśli są sprawni, to narzekają na ograniczenia życia codziennego związane z fizycznością. Ale z drugiej strony znam też pacjentów 90-letnich, którzy są sprawni



zarówno fizycznie, jak i psychicznie, cieszą się dobrym zdrowiem, życie sprawia im przyjemność. W długowieczności chodzi o to, by życie sprawiało przyjemność.

„Ruch jest najlepszym lekiem, żaden lek go nie zastąpi”: tę maksymę doskonale znamy, ale czy to da się sprawdzić, zmierzyć naukowo? Czy udało się udowodnić, że aktywność fizyczna nam się po prostu opłaca, bo będziemy żyć dłużej?

Tak, zostało to doskonale zmierzone. Wiemy, że dyscypliną, która najbardziej przedłuża życie, jest tenis. Badania duńskie pokazują, że sporty rakietowe, jak tenis, przedłużają życie o co najmniej 10 lat.

Czemu tenis?

Zanim odpowiem na pytanie o tenis, to powiem, że jako naukowiec zajmuję się m.in. biomarkerami. Większość moich ba-

dań dotyczy tego, co dzieje się na poziomie molekularnym: komórkowym, epigenetycznym, niekodującego RNA, mikroRNA (czyli mówimy o tym, za co w 2024 r. została przyznana Nagroda Nobla). W tym nasz zespół na WUM się specjalizuje, sprawdzamy m.in., jaki wpływ na te parametry ma uprawianie aktywności fizycznej.

Jest wiele rzeczy, które już potrafimy doskonale mierzyć. Parametrem, który dużo mówi, w jakiej jakości przeżyjemy ostatnie dekady życia, na ile będziemy sprawni, jest parametr VO2max, czyli maksymalna ilość tlenu, która może być zużyta przez organizm w ciągu jednej minuty wysiłku o maksymalnej intensywności. Są prace naukowe, które pokazują, jaka wartość VO2max zapewni to, że w wieku 70, 80, 90 lat będziemy w stanie zrobić coś, co w wieku 40, 50 czy 60 lat nie sprawia nam problemu, np. pójście po zakupy. Parametr VO2max doskonale to przewiduje. Fizjologicznie

spada on co roku mniej więcej o 0,5-1 ml na kg masy ciała minutę – jeśli nie jesteśmy aktywni fizycznie. Jeśli jesteśmy aktywni fizycznie, to będzie zmniejszał się mniej, a tym samym budujemy nasz kapitał na przyszłość. Najdokładniejszą metodą pomiaru VO2max jest badanie wydolności na

we wszystkim – mamy tzw. krzywą „U”, czyli: brak aktywności jest niekorzystny dla zdrowia, ale również niekorzystna jest nadmierna aktywność. Niedawna publikacja pokazywała, że jeśli chodzi o liczbę kroków, to 8,5 tys. kroków dziennie jest optymalne, a powyżej 13 tys. nie przynosi już dodatko-

wego starzenia się. Ja używam kilku biomarkerów – są to zegary biologiczne oparte na metylacji DNA, tzw. zegary epigenetyczne. Na podstawie analizy poziomu metylacji DNA można określić z dużą dokładnością wiek biologiczny organizmu. Obecnie mamy już zegary trzeciej generacji; bardziej skomplikowane algorytmy wyliczają, ile biologicznie mamy lat.

Ostatnia nowość opracowana naukowo i wprowadzona na rynek to DunedinPACE. Dunedin to miasteczko w Nowej Zelandii, gdzie prowadzono badania, wykonano analizę metylacji DNA i sprawdzono biomarker mówiący o szybkości starzenia. Potrafimy już nie tylko zmierzyć, jaki jest obecnie nasz wiek biologiczny, ale przede wszystkim DunedinPACE powie nam, jak szybko się starzejemy. Najważniejsze jest jednak to, czy jesteśmy w stanie – poprzez modyfikację stylu życia – zmienić szybkość starzenia. Jeśli chodzi o zegar biologiczny, to potrzeba 3-6 miesięcy, żeby zobaczyć różnicę w naszym wieku biologicznym. Dzięki DunedinPACE dużo szybciej obserwujemy zmianę, możemy więc szybciej ocenić, czy to, co robimy, ma sens i faktycznie spowalnia procesy starzenia. Starzenie jest elementem życia, ale możemy je spowolnić.

Mamy też biomarkery stanu zapalnego, które możemy obserwować, a jak wiemy, stan zapalny przyspiesza procesy starzenia. Jednak nawet zwykłe badanie biochemiczne, które wykonujemy raz na jakiś czas, zawiera dużo danych. Warto obserwować trend, w jakim idziemy. W naszym organizmie cały czas zachodzą dynamiczne zmiany; musimy je zrozumieć, a żeby zrozumieć, to musimy regularnie przyglądać się naszemu organizmowi poprzez dobrze zaplanowane badania krwi. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **KATARZYNA PINKOSZ**

Jeśli nie ćwiczymy, to po 30. roku życia tracimy od 3 do 8 proc. masy mięśniowej co dekadę, a po 60. roku życia ten proces przyspiesza. 70-latek ma połowę tkanki mięśniowej, którą miał w wieku 30 lat.

ergometrze (np. bieżni lub rowerze stacjonarnym) w laboratorium fizjologii sportu. Parametr ten bardzo łatwo może zmierzyć każdy z nas, wykonując tak zwany test Coopera. Na rynku dostępne też są smartwatche, które również potrafią w przybliżeniu podać wartość tego parametru.

Druga rzecz to siła mięśniowa. Jeśli nie ćwiczymy, to po 30. roku życia tracimy od 3 do 8 proc. masy mięśniowej co dekadę, a po 60. roku życia ten proces przyspiesza. Gdy porównamy 30-latkę i 70-latkę, to widzimy, że 70-latek ma połowę tkanki mięśniowej, którą miał w wieku 30 lat, a to przekłada się na ogólną sprawność i np. ryzyko upadków. I tu mogą znów wrócić do tego, dlaczego tenis jest tak ważny: jest to sport interwałowy – czyli są to krótkie treningi o wysokiej aktywności – które budują VO2max, a jednocześnie ogólną sprawność. Poza tym są to ćwiczenia poprawiające równowagę, bardzo ważną dla każdego z nas, by zniwelować ryzyko upadku. Koordynacja i sprawność są bardzo ważne, bo w przypadku upadku i złamania szyjki kości udowej u osoby starszej ryzyko zgonu w ciągu roku wynosi 50 proc.

Ile aktywności fizycznej jest potrzebne, by długo żyć?

Niektóre badania pokazują, że już 11 minut spaceru dziennie przynosi korzyści zdrowotne, redukuje ryzyko sercowo-naczyniowe. Oczywiście, te dane mają zachęcić jak najwięcej osób do aktywności fizycznej i pokazać, że nie trzeba kupować drogiego roweru, drogich butów, bo zwykły spacer w szybszym tempie już przynosi korzyści zdrowotne. To prawda, jednak ja jestem zdania, że im więcej, tym lepiej, choć – jak

wych korzyści zdrowotnych. A ze sportów najmniej korzystne są sporty walki, a także np. rugby, bardzo kontuzjogenne.

Optymalna dieta w kierunku długowieczności to?

Powiedziałbym: restrykcje kaloryczne. Jako naukowiec pasjonuję mnie szlaki metaboliczne na poziomie komórkowym. Są pewne mechanizmy w naszej komórce, które zawiadują metabolizmem komórkowym, np. szlak m-TOR. Korzystne jest hamowanie szlaku m-TOR. Są leki, które oddziałują na ten szlak, jak rapamycyna, metformina, inhibitory SGLT-2 (fiozyny), agoniści GLP-1. Coraz częściej mówimy o nich jako o gerontoterapeutykach, czyli lekach opóźniających procesy starzenia.

Najlepszym lekiem jest restrykcja kaloryczna. Zresztą fiozyny, analogi GLP-1 naśladują na poziomie komórkowym deficyt energetyczny. Powoduje to, że komórka przełącza się na tryb kataboliczny, aktywowane są pewne procesy zachowania energii, a przez to jest mniej produkowanych produktów ubocznych.

Możemy sprawdzić, w jakim wieku jest nasz organizm?

Bardzo dobrym markerem jest VO2max. Nie ma jednak jednego parametru zdro-



Prof. dr hab. n. med. Marek Postuła

– kierownik Pracowni Farmakogenomiki Centrum Badań Przedklinicznych, Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM, współzałożyciel i przewodniczący Polskiego Towarzystwa Medycyny Długowieczności.

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

Nowoczesne technologie

W Polsce potrafimy diagnozować i leczyć na najwyższym, światowym poziomie, wykorzystując nowoczesne technologie. Dzięki miniaturowym urządzeniom można stymulować pracę mięśnia sercowego, rejestrować epizody arytmii. Badania genetyczne pozwalają coraz częściej odpowiedzieć na pytanie o przyczyny choroby.

Nie zawsze jednak jeszcze te metody są w Polsce dostępne dla każdego pacjenta.

- > Rewolucja w leczeniu wad zastawkowych serca
- > Kamizelki defibrylujące
- > Badania genetyczne w kardiologii: postęp i ograniczenia

Na zdjęciu: Prof. Marcin Grabowski podczas operacji

Rewolucja w leczeniu wad zastawkowych serca

Od TAVI po pierwszą w Polsce przezskórną implantację zastawki mitralnej – **KARDIOLOGIA INTERWENCYJNA ZMIENIA OBLICZE LECZENIA WAD STRUKTURALNYCH SERCA**. Polska nie tylko wdraża światowe rozwiązania, ale też staje się miejscem, gdzie uczą się eksperci z zagranicy – **MÓWI PROF. DR HAB. MARCIN GRABOWSKI**.

Tekst: ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Przez wiele lat leczenie ciężkich wad zastawkowych pozostawało wyłączną domeną kardiochirurgów. Zabiegi wymagały otwarcia klatki piersiowej, zastosowania krążenia pozaustrojowego, z ograniczeniami w grupach pacjentów najwyższego ryzyka (najstarsi, z wielochorobowością). Dziś coraz więcej z nich można wykonać metodą przezskórną. – To są rzeczy, które powszechnie rozpoczęły się tzw. procedurą TAVI, czyli przezskórną implantacją zastawki aortalnej. To jest jak gdyby wchodzenie w domenę procedur, które dotychczas były tylko dostępne czy wykonywane przez kardiochirurgów – podkreśla prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

TAVI – ZŁOTY STANDARD W LECZENIU STENOZY AORTALNEJ W GRUPIE WYSOKIEGO RYZYKA

TAVI (ang. Transcatheter Aortic Valve Implantation) było początkowo zarezerwowane dla pacjentów najstarszych, obciążonych licznymi schorzeniami i niekwalifikujących się do zabiegu chirurgicznego. – Były to procedury, które wyjściowo były przeznaczone dla pacjentów bardzo obciążonych, starszych, z wieloma chorobami współistniejącymi. Wiemy, że ich pomyślny przebieg kardiochirurgiczny byłby bardzo wątpliwy – wyjaśnia prof. Marcin Grabowski.

Dziś TAVI jest refundowane w Polsce i wykonywane w kilku tysiącach przypad-



ków rocznie (4900 zabiegów w 2024 r.). Jak podkreśla ekspert, wraz z rosnącą liczbą danych dotyczących długoterminowej skuteczności, wskazania do TAVI są jasno zdefiniowane, ale także rozszerzają się np. na zabiegi u pacjentów po wcześniejszych wymianach zastawek, tzw. zastawka w zastawkę (ang. Valve-in-valve)

TEER – SKUTECZNA NAPRAWA NIEDOMYKALNOŚCI MITRALNEJ I TRÓJDZIELNEJ

Obok TAVI rozwijają się procedury naprawy niedomykalności zastawek metodą

brzeg do brzegu (ang. Transcatheter Edge-to-Edge Repair, TEER). Największe doświadczenie dotyczy zastawki mitralnej, gdzie stosuje się systemy klipsowania z zastosowaniem implantów-zapinek (MitraClip™, Pascal™). – To były zabiegi naprawy niedomykalności, przede wszystkim niedomykalności mitralnej, różnymi zapinkami, które łąpią płatków zastawek i przez to uszczelniają niedomykalność – tłumaczy prof. Marcin Grabowski.

Analogiczne rozwiązanie znalazło zastosowanie w leczeniu niedomykalności zastawki trójdzielnej – (TriClip™, Pas-

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

cal™). Obie metody należą do grupy TEER. W Polsce są już refundowane i w ubiegłym roku wykonano 670 zabiegów mitralnych i 230 trójdzielnych.

Co istotne, to właśnie polskie ośrodki zaczynają wyznaczać standardy. – Polska w pewnym sensie zaczęła być liderem, jeżeli chodzi o naprawę zastawki trójdzielnej. Wielu ekspertów, operatorów przyjeżdża do Polski się uczyć – mówi prof. Marcin Grabowski.

INNOWACYJNE TECHNIKI – CAVI I PIERWSZA PRZESKÓRNA IMPLANTACJA ZASTAWKI MITRALNEJ

Rozwój kardiologii strukturalnej obejmuje także nowe, mniej standardowe metody. Jedną z nich jest CAVI (ang. Caval Valve Implantation) – wszczepianie

Mitral Valve Replacement, np. zastawka Sapien M3™, TTVR (ang. Transcatheter Tricuspid Valve Replacement, np. zastawka Evoque™).

Choć na razie takie procedury są dostępne wyłącznie w ramach indywidualnych kwalifikacji i badań, ich potencjalne znaczenie kliniczne jest ogromne.

WYZWANIA REFUNDACYJNE I DOSTĘPNOŚĆ TERAPII

Każda nowa procedura wymaga nie tylko zaplecza technologicznego, ale także uregulowania kwestii finansowania. – To są procedury, o które zabiegamy, żeby były w koszyku świadczeń, żeby były refundowane. Żeby uzyskać refundację, muszą być pierwsze jaskółki, pierwsze zabiegi, pierwsze rejestry wykonanych procedur, analizy kosztowe, efektywności

echokardiografista-echonawigator mówi operatorowi, w którą stronę ma się poruszać systemem dostarczającym zastawkę, czy już jest uzyskana szczelność, czy nie – tłumaczy prof. Marcin Grabowski.

Kwalifikacja do zabiegów odbywa się podczas posiedzeń tzw. heart teamu, w skład którego wchodzi kardiolog interwencyjny, kardiochirurg, echokardiografista, lekarze prowadzący, coraz częściej radiolodzy i anestezjolodzy. To właśnie tam zapada decyzja o optymalnym postępowaniu i ocenia się stosunek ryzyka do potencjalnych korzyści.

PRZYSZŁOŚĆ – OBRAZOWANIE, ROBOTYKA I NAWIGACJA

Kardiologia interwencyjna stale poszukuje narzędzi zwiększających bezpieczeństwo i precyzję. – Ja zawsze zadaję sobie pytanie o możliwość wykorzystania narzędzi związanych z nawigacją, szczególnie zdalną, i z robotyzacją procedur. O ile robotyka jest już stosowana w kardiochirurgii, to na kardiologię interwencyjną jeszcze nie mamy dedykowanych, rutynowych rozwiązań – wskazuje prof. Marcin Grabowski.

Rozwój technologii nowoczesnego obrazowania i robotycznych może sprawić, że zabiegi staną się jeszcze bardziej małoinwazyjne i dostępne dla większej grupy pacjentów.

Leczenie wad zastawkowych serca w Polsce rozwija się niezwykle dynamicznie. Od TAVI po pionierskie zabiegi implantacji zastawki mitralnej – polskie ośrodki nie tylko wdrażają światowe standardy, ale coraz częściej stają się miejscem szkolenia dla zagranicznych ekspertów.

Kardiologia strukturalna stoi dziś przed wyzwaniami organizacyjnymi i refundacyjnymi, ale kierunek jest jasny: jeszcze mniej inwazyjne, bardziej precyzyjne i powszechnie dostępne terapie dla pacjentów z chorobami serca. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Za przełom można uznać pierwszy w Polsce i 20. w Europie zabieg przezskórnej implantacji zastawki mitralnej. – To jest już zdobycie Mount Everest. Na to czekaliśmy – podkreśla prof. Grabowski.

sztucznych zastawek w żyłę główną górną i dolną, co poprawia hemodynamikę u pacjentów z ciężką niedomykalnością trójdzielną. – Procedura ta w Polsce wykonywana jest jeszcze bez refundacji, zabiegamy o nią i z powodzeniem przeprowadzono procedurę już u kilkunastu pacjentów – mówi prof. Grabowski. Metoda (np. system TricValve™) pozwala na zmniejszenie nasilenia dolegliwości związanych z niedomykalnością trójdzielną poprzez funkcjonalną korekcję wady – nieszczelność w obrębie zastawki nadal pozostaje, ale obserwujemy zmniejszony zastój obwodowy. Co ważne, jest to metoda, która często może być zastosowana u pacjentów, którzy nie kwalifikują się do sposobów metod interwencji na zastawce.

Za prawdziwy przełom można jednak uznać pierwszy w Polsce, a dwudziesty w Europie, zabieg przezskórnej implantacji zastawki mitralnej. – To jest już, jak to u nas mówią, zdobycie szczytu Mount Everest. Na to czekaliśmy – podkreśla prof. Marcin Grabowski. Są to zabiegi określane skrótami TMVR (ang. Transcatheter

i bezpieczeństwa – wyjaśnia prof. Marcin Grabowski.

W przypadku TAVI i TEER refundacja już funkcjonuje. Nowe technologie – takie jak implantacja przezskórna zastawki czy CAVI – czekają na włączenie do systemu.

DIAGNOSTYKA I KWALIFIKACJA – ROLA HEART TEAMU

Nowoczesne leczenie wad zastawkowych opiera się na precyzyjnej diagnostyce obrazowej: tomografii komputerowej, rezonansie magnetycznym oraz echokardiografii przezprzełykowej z echonawigacją. – Echonawigacja to „trzecie oko” kardiologa interwencyjnego. Doświadczony



Prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski

– kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prodziekan Wydziału Lekarskiego WUM, członek Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Fellow of the European Society of Cardiology.

Prof. Maciej Sterliński,
Narodowy Instytut Kardiologii
w Warszawie, przewodniczący Sekcji
Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego w latach
2017-2019, członek EHRA Advocacy,
Quality Improvement and Health
Economics Committee (AQIHEC)

PIERWSZY REJESTR WCD W POLSCE

W lutym 2025 r. w „Polish Heart Journal” – „Kardiologii Polskiej” ukazała się pierwsza praca podsumowująca doświadczenia kliniczne z zastosowaniem WCD w Polsce¹ od początku dostępności tej metody w naszym kraju poza badaniami klinicznymi, czyli od 2020 r. Podsumowano w niej dane pozyskane z 36 ośrodków, dotyczące zastosowania kamizelki defibrylującej u 139 osób (21 proc. kobiet, śr. wiek 49 lat), którzy ukończyli okres zabezpieczenia WCD. Dominującą etiologią były różne patologie inne niż choroba wieńcowa (66 proc.). Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca stanowili 34 proc. badanej populacji, w tym u prawie 2/3 wskazaniem do zastosowania WCD był okres pomostowy związany z niską frakcją wyrzutową lewej komory serca bezpośrednio po zawale mięśnia sercowego/ostrym zespole wieńcowym. Obniżoną frakcję wyrzutową stwierdzono łącznie w 67 proc. przypadków. W całej grupie wskazania do prewencji NZS w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej wynosiły odpowiednio: 51 proc. i 49 proc. U 14 proc. WCD zastosowano po usunięciu układu ICD.

SKUTECZNOŚĆ METODY A ZNACZENIE ZJAWISKA COMPLIANCE

Kluczowym elementem dla uzyskania skuteczności zastosowania WCD jest *compliance*, czyli przestrzeganie przez pacjentów zaleceń, aby nosić kamizelkę defibrylującą przez jak największą część doby, czyli w praktyce zdejmować ją tylko w trakcie niezbędnych czynności higienicznych, takich jak prysznic czy kąpiel. Żadna metoda, która nie jest stosowana, nie ma prawa działać. W przypadku WCD nawet nieznaczne skrócenie czasu poniżej zalecanych wartości w ciągu doby, kiedy kamizelka defi-

Kamizelka defibrylująca efektywna klinicznie i kosztowo

Pierwsza w Polsce analiza farmakoeconomiczna dotycząca kamizelki defibrylującej wykazała, że WCD (ang. wearable cardioverter-defibrillator) jest rozwiązaniem kosztowo efektywnym.

To kolejne pozytywne doniesienie o WCD w 2025 r., obok pierwszego polskiego rejestru, w którym ta forma zabezpieczenia chorych przed nagłym zgonem sercowym potwierdziła swoją skuteczność i bezpieczeństwo.



brylująca jest noszona, może wiązać się z ryzykiem obniżenia skuteczności metody. Polscy pacjenci nosili WCD średnio aż przez 23,3 godz. w ciągu doby, byli zatem świadomi swojej choroby i zdyscyplinowani w procesie terapeutycznym. Kamizelka defibrylująca była stosowana przez pacjentów średnio przez 85 dni kalendarzowych.

IMPLANTACJA ICD PO OKRESIE ZABEZPIECZENIA WCD?

Po zakończeniu zabezpieczenia przy użyciu WCD do wszczepienia ICD zakwalifi-

kowano 47 proc. chorych, jednak ponad połowa tej grupy pochodziła z subpopulacji z uprzednio wszczepionym ICD (czasowe zabezpieczenie po eksplantacji aż do ponownego wszczepienia). Metoda pozwoliła zatem na rezygnację z ICD u ok 2/3 chorych, u których kamizelka defibrylująca była wyborem w prewencji pierwotnej NZS. Istotne znaczenie w tych decyzjach miał zaobserwowany w okresie zabezpieczenia WCD średni wzrost frakcji wyrzutowej lewej komory serca z 30 proc. do 39 proc. w całej badanej grupie, a jeszcze bardziej widoczny

¹ https://journals.viamedica.pl/polish_heart_journal/article/view/104890

w podgrupie kardiomiopatii niewieńcowej: z 24 proc. do 40 proc. Nasze badanie zawierało również subanalizę stosowanego leczenia farmakologicznego u chorych. Wskazuje ona na oczywiste korzyści dla odwracania arytmogennego remodelingu lewej komory, płynące z przestrzegania zaleceń dotyczących optymalnej farmakoterapii u chorych z niewydolnością serca i obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory serca.

WSKAŹNIK LECZENIA GROŹNYCH ARYTMIÍ KOMOROWYCH

Interwencje WCD w wyniku zagrażających życiu tachyarytmii komorowych zanotowano u czworga chorych, którzy stanowili prawie 3 proc. analizowanej populacji. Co ważne, nie zanotowano żadnej interwencji nieadekwatnej WCD. W trakcie noszenia kamizelki zmarła jedna osoba, ale potwierdzony mechanizm zgonu nie był arytmiczny. Liczebność badanej grupy i opisanych incydentów nie pozwala oczywiście na wysuwanie statystycznie istotnych konkluzji, ale w doniesieniach światowych odsetek chorych doświadczających adekwatnych terapii wynosił zazwyczaj 1,5-2 proc. – można podkreślić, że profil ryzyka NZS u chorych kwalifikowanych do WCD w Polsce w pełni uzasadniał zastosowanie tej metody.

Wyniki rejestru pokazują, że pomimo dużej niejednorodności klinicznej grup chorych kwalifikowanych do WCD polskie środowisko kardiologiczne jest w stanie dobrze zidentyfikować i prowadzić pacjentów, którzy pozostają istotnie zagrożeni NZS w sposób potencjalnie odwracalny, i w ten sposób pomóc im bezpiecznie doczekać chwili, w której u większości z nich nie będzie konieczności wszczepienia urządzenia defibrylującego na całe życie.

Prof. Przemysław Mitkowski
kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2021-2023

SKUTECZNOŚĆ KLINICZNA

Na podstawie danych z pierwszego polskiego rejestru wiemy, że kamizelka defibrylująca dowiodła swojej skuteczności i bezpieczeństwa w naszym kraju, a polscy pacjenci

Kamizelka defibrylująca okazała się bardziej efektywna kosztowo od innych standardowych form terapii stosowanych w takich samych wskazaniach.

wykazują się wysokim zdyscyplinowaniem w stosowaniu tej formy zabezpieczenia. Pojawiło się jednak nowe pytanie: czy to rozwiązanie jest kosztowo efektywną formą zabezpieczenia pacjentów przed nagłym zgonem sercowym z punktu widzenia płatnika publicznego? W tym celu podjęto pracę nad pierwszą w Polsce analizą farmakoekonomiczną dotyczącą kamizelki defibrylującej. Na początku września 2025 r. opracowanie to zostało przyjęte do publikacji w „Polish Heart Journal” – „Kardiologii Polskiej”.

WCD EFEKTYWNA KOSZTOWO

Przeprowadzona analiza wykazała jednoznacznie, że kamizelka defibrylująca jest rozwiązaniem kosztowo efektywnym. Terapia ta okazała się tańsza od innych standardowych form terapii stosowanych i powszechnie akceptowanych w takich samych wskazaniach.

W analizie bazowano na danych z badania VEST, odniesionych do polskich realiów, między innymi z uwzględnieniem danych z pierwszego rejestru dotyczącego zastosowania kamizelki defibrylującej w warunkach klinicznych w Polsce. Ocenie poddawano terapie stosowane u pacjentów po przebytym zawale serca, z frakcją wyrzutową lewej komory serca poniżej 35 proc., zagrożonych nagłym zgonem sercowym. Jedna grupa była poddana standardowej terapii, z hospitalizacją w prewencji NZS i uwzględnieniem możliwości użycia defibrylatora zewnętrznego dostępnego w domu pacjenta i/ lub miejscach publicznych (autorzy zaznaczyli przy tym, że możliwość ta jest jednak potencjalna, biorąc pod uwagę ograniczoną dostępność AED w przestrzeni publicznej w Polsce). Druga grupa pacjentów była zabezpieczona kamizelką defibrylującą i wypisana ze szpitala z optymalną terapią farmakologiczną. Uwzględniono prawdopodobieństwo nieadekwatnych wyładowań z kamizelki.

OSZCZĘDNOŚCI DLA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Istotne, że populacja pacjentów – kandydatów do zabezpieczenia przy użyciu

kamizelki defibrylującej – jest ograniczona. Wydatki związane z zastosowaniem nowej technologii nie tylko wiążą się z zaoferowaniem choremu nowego standardu opieki (w piśmiennictwie podkreśla się, że wielu pacjentów po przebytym zawale serca w miarę upływającego czasu optymalnej terapii odnotowuje stopniowy wzrost frakcji wyrzutowej lewej komory serca i poprawę stanu ogólnego, co powoduje, że przestają być oni kandydatami do implantacji układu na stałe). Możliwość czasowego i nieinwazyjnego zabezpieczenia chroni tych chorych przed niepotrzebnym wszczepieniem układu na stałe. Dodatkowo takie rozwiązanie jest przewidywalne i, jak wykazano, efektywne w ujęciu całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Chociaż okazało się, że w ujęciu bezpośrednim koszt terapii z wykorzystaniem kamizelki defibrylującej jest o 51 tys. zł wyższy od kosztu terapii standardowej, to osiąga się oszczędności związane z brakiem jednej z najbardziej kosztochłonnych form opieki, czyli hospitalizacji, oraz, co nie mniej istotne, w przypadku kamizelki defibrylującej osiąga się wyższy wskaźnik quality-adjusted life year (QALY; czyli inaczej lata życia skorygowane o jakość – wskaźnik ten służy do pomiaru skuteczności różnych rodzajów zabiegów medycznych w wydłużaniu i/ lub poprawianiu jakości życia pacjentów). Zyski zdrowotne wyniosły około 0,5 roku życia i 0,4 roku z uwzględnieniem jakości życia pacjentów (inaczej QALY). Inkrementalny współczynnik użyteczności kosztów (ang. incremental cost-utility ratio, ICUR) kształtował się na poziomie około 40 proc. poniżej progu efektywności kosztowej w Polsce: 132 tys. zł/ QALY, w odniesieniu do oficjalnego progu, według danych na listopad 2024, wynoszącego ponad 217 tys. zł. Z kolei inkrementalny wskaźnik efektywności kosztów (ICER, czyli incremental cost-effectiveness ratio) wyniósł około 105 tys. zł za 1 zyskany rok życia. Kamizelka defibrylująca okazała się zatem technologią bardzo opłacalną ekonomicznie. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Tekst: DIANA MROCZEK

EuroHeartPath ma zapewnić szybką transformację przełomowych odkryć w praktyczne, powszechne korzyści dla Europejczyków zagrożonych chorobą serca lub żyjących z nią. Projekt skupia 35 kluczowych partnerów z sektora akademickiego, klinicznego, przemysłowego i społecznego. EuroHeartPath jest wspólnym przedsięwzięciem Horyzont Europa i IHI (Innovative Health Initiative) z pięcioletnim budżetem na poziomie 27 mln euro. Na początku eksperci porównają i zoptymalizują organizację leczenia w 45 szpitalach zlokalizowanych w 15 krajach UE. Kluczowe znaczenie będzie miało nie tylko podsumowanie istniejących rozwiązań, lecz także ich praktyczna modernizacja przy pomocy technologii, danych i sztucznej inteligencji.

4 STRATEGICZNE FILARY

Poszczególne projekty EuroHeartPath są zorganizowane wokół czterech strategicznych filarów. Pierwszy to sztuczna inteligencja i uczenie maszynowe, zakładający rozwój algorytmów do automatycznej analizy EKG i Holtera oraz modelowania ryzyka kardiomiopatii. Drugi filar jest związany z cyfrową opieką zdrowotną, integrującą narzędzia, które umożliwiają lepszą diagnostykę np. zwężenia aorty i jednocześnie wspierają skuteczną profilaktykę wtórną. Kolejny obszar dotyczy wdrożenia mobilnych i szybkich metod diagnostycznych w POZ i karetkach, które pozwalają wykluczyć niewydolność serca i podjąć szybkie decyzje kliniczne w warunkach przedszpitalnych. Ostatni filar to technologia i robotyka: rozwijana jest robotyczna echokardiografia i nowe metody diagnostyki inwazyjnej, m.in. w leczeniu obturacyjnej choroby wieńcowej.

BADANIA W RAMACH EUROHEARTPATH

EuroHeartPath przewiduje realizację 18 pionierskich badań skoncentrowanych na wczesnym wykrywaniu, diagnostyce, monitorowaniu i leczeniu. Wspólnym mianownikiem jest silny nacisk na profilaktykę. PaceValue to projekt, który usuwa istotne luki w zarządzaniu kardiologicznymi wszczepialnymi urządzeniami elektronicznymi (CIED) w przypadku arytmii i niewydolności serca. Projekt Explain wykorzystuje sztucz-

Unia zmienia leczenie chorób układu krążenia

Projekt EuroHeartPath ma przełamać bariery pomiędzy innowacją a praktyką kliniczną. Zrzesza 18 pionierskich badań, m.in. z zakresu nowych technologii EKG, sztucznej inteligencji i robotyki – w tym nowych metod diagnostyki inwazyjnej.



ną inteligencję do ulepszenia interpretacji elektrokardiogramów (EKG).

Obok placówek naukowych w pracach konsorcjum udział biorą również firmy branżowe. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne wesprze EuroHeartPath dziesięcioletnim doświadczeniem w gromadzeniu danych w międzynarodowym środowisku z różnymi systemami i praktykami opieki zdrowotnej oraz programem GRASP. Jest to wieloletnie badanie 6 tys. pacjentów w 30 ośrodkach mające na celu pogłębienie wiedzy na temat kardiomiopatii i zapalenia mięśnia sercowego.

Fundacja Royal Free London NHS Foundation Trust podzieliła się wiedzą zgromadzoną w trakcie opracowania we współpracy z zespołem badawczym

z londyńskiego uniwersytetu kamizelki do obrazowania EKG. Projekt łączy dane elektryczne z 256 czujników z obrazami MRI, w celu wygenerowania trójwymiarowego cyfrowego modelu serca i jego aktywności elektrycznej. Brytyjski NHS przekazał dane dotyczące wykorzystania skanowania serca 3D Heartflow, opartej na sztucznej inteligencji. Wpływ rozwiązania na diagnostykę i wsparcie pacjentów z podejrzeniem choroby serca zweryfikowano w 56 szpitalach NHS. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Tekst został opublikowany w mzdrowie: mzdrowie.pl/medycyna/komisja-europejska-chce-przebudowac-kardiologie-w-europie/

Skróty pochodzą od redakcji

Jak dzisiaj wygląda dostęp do badań genetycznych w kardiologii?

Z przykrością muszę powiedzieć, że – mimo iż już od kilku lat mówimy głośno o tym, że musi się coś zmienić w sprawie dostępności do badań genetycznych w kardiologii w Polsce – to jednak nic w praktyce się jeszcze nie zmieniło. Ale jestem pewna, że moje działania, wspierane od dwóch lat przez prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. Roberta Gila, wkrótce przyniosą oczekiwane efekty. Co udało się osiągnąć? Większą świadomość potrzeby takich badań. Jeszcze niedawno w ogóle nie mówiło się o obowiązku wykonywania badań genetycznych w grupie pacjentów z dziedzicznymi chorobami układu krążenia lub z podejrzeniem takich chorób.

Kiedy to się zmieniło?

Od czasu ukazania się wytycznych dotyczących zaburzeń rytmu serca i wytycznych dotyczących kardiomiopatii – od 2022 i 2023 r. To nie jest badanie, które może być wykonane na pewnych sytuacjach, to badanie obowiązujące. Jeżeli chcemy leczyć pacjentów zgodnie z wytycznymi europejskimi, naszym obowiązkiem jest kierować pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby o podłożu genetycznym na badanie genetyczne.

Co zmieniło się od czasu, kiedy walczy Pani o to, żeby kardiolodzy mogli kierować na badania genetyczne?

Zmieniła się świadomość kardiologów – w tej chwili już wiedzą, że to badanie jest konieczne. W sytuacjach, w których mają do czynienia z pacjentem z chorobą o podłożu genetycznym, starają się takie badanie wykonać lub kierują do ośrodka, w którym takie badanie ma szansę być wykonane. To na pewno osiągnięcie, ale ciągle to za mało.

Wiemy już, że na badanie genetyczne do pracowni, która wykonuje takie badanie, może skierować każdy specjalista kardiolog. To jednak jest teoria.

Dlaczego?

Z wielu powodów. Żaden kardiolog w Polsce nie wie o tym, pracując w AOS czy w jakiegokolwiek poradni, że ma prawo wypisać skierowanie do pracowni biologii molekularnej na badanie genetyczne. Takiej świadomości wśród kardiologów nie ma. Nawet jeżeli kardiolodzy wiedzą, że takie skierowanie mogą wystawić, okazuje się, że nie można go nigdzie zrealizować. Pracownie diagnostyczne na ogół nie wykonują bowiem badań w kierunku chorób kardiologicznych. Pracowni, które zajmują się kardiologią, jest kilka w całej Polsce. One zwykle mają umowy z konkretnymi ośrodkami kardiologicznymi, częściej z poradniami genetycznymi, i tylko dla nich wykonują badania. Jeżeli zadzwoni pacjent ze skierowaniem od lekarza z ośrodka, który nie ma umowy z pracownią, spotyka się z odmową.



Dostęp do badań genetycznych w Polsce to fikcja

Dziś pacjenci słyszą terminy na lata 2027-2028. Tymczasem wynik badania może decydować o życiu: o wszczepieniu ICD, transplantacji serca, a czasem o wdrożeniu prostego leczenia farmakologicznego – mówi **PROF. DR HAB. KATARZYNA ELŻBIETA BIERNACKA**.

rowanie mogą wystawić, okazuje się, że nie można go nigdzie zrealizować. Pracownie diagnostyczne na ogół nie wykonują bowiem badań w kierunku chorób kardiologicznych. Pracowni, które zajmują się kardiologią, jest kilka w całej Polsce. One zwykle mają umowy z konkretnymi ośrodkami kardiologicznymi, częściej z poradniami genetycznymi, i tylko dla nich wykonują badania. Jeżeli zadzwoni pacjent ze skierowaniem od lekarza z ośrodka, który nie ma umowy z pracownią, spotyka się z odmową.

Jest kilka pracowni, które badania wykonują również na podstawie skierowań od specjalistów z całej Polski. Tyle że termin zapisania na badanie to 2028 r. Jeżeli badanie jest pilne – to 2027 r. Sprawdziłam to, dzwoniąc do tych poradni. Oczywiście, są wykonywane badania genetyczne w Polsce szybko, nawet w ciągu trzech tygodni. To są

jednak badania prenatalne, onkologiczne, ale nie kardiologiczne. Na wykonanie tego badania trzeba czekać do 2028 r., a po pobraniu materiału czeka się jeszcze pół roku na wynik. To nie do zaakceptowania dla kardiologów, którzy leczą pacjentów zagrożonych nagłym zgonem sercowym. Musimy mieć wynik badania tak szybko jak onkolodzy.

Dlaczego jest to tak ważne?

Pół roku to dla nas za długo, bo my decydujemy o wszczepieniu kardiowertera defibrylatora. Czasami wynik badania genetycznego może decydować o życiu człowieka. W niektórych sytuacjach wystarczy zastosować leczenie farmakologiczne – okazuje się, że wynik jest tak spektakularny, poprawa tak natychmiastowa, że pacjent, który był kierowany do przeszczepienia serca, ma

zupełnie inną chorobę, kanałopatię, którą można wyleczyć lekiem antyarytmicznym.

Badania genetyczne mają ogromne znaczenie diagnostyczne, ale chciałam podkreślić, jak ogromne znaczenie ma badanie genetyczne dla ustalenia odpowiedniej terapii i oceny rokowania u pacjenta. To jest dla pacjentów kardiologicznych niezwykle istotne, ale też niezwykle pilne.

Na różnych forach przedstawiam historię rodziny, w której kilka osób zmarło nagle lub z powodu niewydolności serca. Jedna była po przeszczepieniu serca, inna czekała na przeszczepienie. Dzięki badaniu genetycznemu okazało się, że chory nie potrze-

nych odrębnie. W związku z tym zostałam zaproszona przez przewodniczącą Rady ds. Kardiologii przy Ministerstwie Zdrowia, prof. Janinę Stępińską, która dała mi szansę przedstawienia problemu przed tym ważnym organem doradczym MZ. Rozmawiałam też z wiceministrami zdrowia, a także konsultantem krajowym ds. kardiologii.

Z jakim efektem?

Po raz pierwszy mam wrażenie, że zostałam usłyszana i że podjęto pewne konkretne działania. Jestem po rozmowie z prof. Adamem Witkowskim, pełnomocnikiem ds. NPCHUK. Wydaje się, że możliwe będzie

chorobami o podłożu genetycznym. Czterech dla dorosłych i jednego dla dzieci. Na początek – jako programu pilotażowego. Konsultując się z kolegami z różnych ośrodków, oszacowałam liczbę potrzebnych badań genetycznych w pierwszym roku – pilotażowym. Koszty pilotażu na pierwszy rok byłyby bardzo niskie w porównaniu do innych programów i wynosiłyby tylko 2 mln zł.

W jaki sposób można byłoby później ocenić wyniki takiego pilotażu?

Precyzyjnie określiłam warunki, jakie miałyby spełniać ośrodki, które by do tego pilotażu przystąpiły, i jak można później sprawdzić, czy wywiązały się z zadania. Wystarczyłoby ocenić konkluzywność badań. Jeżeli byłaby wysoka, to znaczyłoby, że ośrodek zdaje egzamin i może brać udział w programie na następne lata.

Jest szansa, by program zaistniał?

Tak. Program jest podobny do genialnego programu wprowadzonego przez ministrami Leszczyńskim dotyczącego leczenia endometriozy. Pani ministra powołała osiem ośrodków w Polsce i zapewniła finansowanie 200 mln zł na leczenie w nich endometriozy. Ja proponuję powołanie pięciu ośrodków leczenia chorób układu krążenia o podłożu genetycznym z finansowaniem 2 mln zł w ciągu roku. Jeżeli było możliwe powołanie ośmiu ośrodków leczenia endometriozy z tak ogromnym finansowaniem, co jest naprawdę wielkim osiągnięciem, myślę, że powołanie pięciu ośrodków za 2 mln zł nie powinno być problemem. Chodzi o to, żeby ktoś, kto podejmuje decyzje, o tym usłyszał. Mam nadzieję na spotkanie z Panią Ministrami Zdrowia.

Cieszę się, że nie jestem już sama. Jestem ogromnie wdzięczna prof. Banasiakowi i prof. Gilowi za podjęcie konkretnych działań. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Rozmawiała **ANNA KOPRAS-FIJOŁEK**

Badania genetyczne mają ogromne znaczenie – nie tylko diagnostyczne, ale również dla ustalenia odpowiedniej terapii i oceny rokowania u pacjenta.

buje nowego serca, gdyż w jego przypadku wystarczyło podanie odpowiedniego leku antyarytmicznego, aby wrócić do zdrowia.

W rodzinach pacjentów badamy też dzieci i innych krewnych, najpierw pierwszego stopnia i tych, którzy mają objawy choroby. Proszę sobie wyobrazić, z jaką ogromną ulgą pacjenci przyjmują informację, że dziecko nie ma wariantu i nie zachoruje na tę chorobę. Jeżeli krewny nie ma choroby, ale ma wariant, będzie obserwowany. Jeżeli ma chorobę, będzie leczony. To kolejny niezwykle ważny aspekt znaczenia tych badań.

Co można w tej sprawie zrobić?

Trwa moja walka i moich kolegów z PTK o to, żeby tę sytuację zmienić. Opublikowaliśmy dokument w „Kardiologii Polskiej”, w której napisaliśmy, jakie warunki musi spełniać ośrodek kierujący na badanie kardiologiczne, a jakie laboratorium genetyczne, które te wyniki wydaje. Dokument precyzyjnie określa, jakie są wskazania do badania genetycznego i w jakich chorobach jakie panele genów muszą być badane.

Rozmawiałam z wieloma osobami, które mają wpływ na finansowanie badań w kardiologii. W ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia wystąpiłam z inicjatywą powołania pięciu ośrodków zajmujących się chorobami o podłożu genetycznym, które mogłyby otrzymać finansowanie w ramach świadczeń kontraktowa-

finansowanie mojego projektu z Funduszy Narodowego Programu Układu Chorób Krążenia w 2026 r.

Drugą niezwykle ważną ścieżkę otwiera opinia konsultanta krajowego ds. kardiologii prof. Waldemara Banasiaka, który przedstawił sprawę w Ministerstwie Zdrowia oraz obiecał być orędownikiem wprowadzenia mojej inicjatywy w życie.

Powołujemy również nową sekcję przy PTK, Sekcję Kardiogenetyki. Skupiając kardiologów zajmujących się chorobami układu krążenia o podłożu genetycznym oraz genetyków współpracujących z kardiologami, będzie miała ona wpływ na rozpowszechnienie wiedzy o tych chorobach i o wartości badania genetycznego oraz na organizację opieki nad tą grupą pacjentów. Stanie się też ważnym organem opiniotwórczym.

Co zakłada projekt inicjatywy?

Projekt dotyczy powołania pięciu kardiologicznych ośrodków zajmujących się



Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Katarzyna Biernacka

– prowadzi poradnię zaburzeń rytmu o podłożu genetycznym w Narodowym Instytucie Kardiologii. Przewodnicząca Asocjacji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny w latach 2021-2023. Członek Europejskiej Asocjacji Rytmu Serca EHRA. Pełnomocnik ZG PTK ds. badań genetycznych w kardiologii.

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

Polska obecność w centrum europejskiej kardiologii

Tegoroczny kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Madrycie przyniósł kilka wyjątkowych momentów dla polskiej kardiologii, jednak w mojej ocenie warto podkreślić trzy najważniejsze.



Po pierwsze, odnotowaliśmy rekordowy wzrost obecności ekspertów z Polski – liczba polskich prelegentów zwiększyła się ponad sześciokrotnie. W 2023 r. było ich 23, rok później 33, a w tym roku aż 147 osób zaprezentowało swoje badania i doświadczenia. To dowód rosnącej pozycji polskiej kardiologii w Europie, dodatkowo wzmocnionej obecnością prof. Tomasza Guzika i moją w Komitecie Programowym Kongresu ESC 2025.

Drugim niezwykle ważnym wydarzeniem była prezentacja na najbardziej prestiżowej sesji kongresu „Hot Line” wyników polskiego badania PREVENT-MINS (Ivabradine for PREVENTion of Myocardial Injury after Noncardiac Surgery), które przedstawił prof. Wojciech Szczeklik z Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie. Celem badania była ocena, czy iwabradyna – lek obniżający częstość akcji serca bez wywoływania hipotonii – może zmniejszać ryzyko okołoperacyjnego uszkodzenia mięśnia sercowego. To jedno z najczęstszych i najgroźniejszych powikłań pooperacyjnych, odpowiedzialne za ponad milion zgonów rocznie na świecie.

PREVENT-MINS to największe w Polsce niekomercyjne badanie kliniczne

w obszarze medycyny okołoperacyjnej, realizowane przez Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum we współpracy z Population Health Research Institute (PHRI) w Kanadzie i finansowane z grantu Agencji Badań Medycznych.

Po trzecie, podczas kongresu zaprezentowano najnowsze wytyczne ESC w pięciu obszarach, których współautorami są również Polacy. Warto zwrócić uwagę na nowe wytyczne ESC dotyczące wad zastawkowych serca, które aktualizują i zastępują poprzednią wersję z 2021 r. Współautorem tych wytycznych jest prof. Wojciech Wojakowski, co ponownie potwierdza istotny wkład polskich ekspertów w tworzenie europejskich standardów diagnostyki i terapii. Nowe wytyczne dla wad zastawkowych podkreślają kluczową rolę zespołów Heart Team, wykorzystanie zaawansowanej diagnostyki obrazowej oraz precyzyjnej oceny mechanizmów wad, co pozwala lepiej

dopasować terapię do indywidualnego pacjenta. Wprowadzają także rozszerzone wskazania do TAVI i innych zabiegów przecewnikowych (mitralnych, trójdzielnych), aktualizują definicje i rekomendacje dotyczące antykoagulacji oraz uwzględniają różnice płci w leczeniu, co stanowi ważny krok w kierunku bardziej spersonalizowanej opieki nad chorymi z wadami serca.

Kongres ESC 2025 przejdzie do historii jako wydarzenie z wyjątkowo silnym akcentem polskiej obecności w centrum europejskiej kardiologii. To dowód, że nasza nauka współtworzy dziś globalne standardy i wnosi unikalny wkład w rozwój medycyny. Dla mnie osobiście jest to powód do dumy, a zarazem inspiracja i zobowiązanie do dalszej, intensywnej pracy – zarówno w strukturach ESC, jak i w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym. **w**

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Tycińska

– kardiolog, specjalista intensywnej terapii kardiologicznej, Klinika Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), przewodnicząca Komisji ds. Wytycznych PTK, członek Zarządu European Society of Cardiology (ESC), Międzynarodowego Towarzystwa Kardiologii Małoinwazyjnej (ISMICS).

Serce na wakacjach

Coraz więcej pacjentów z chorobami układu krążenia podejmuje podróże turystyczne.

Choroba sercowo-naczyniowa nie musi stanowić przeciwwskazania do aktywnego spędzania czasu.



Powinniśmy jednak przypominać chorym o specyficznych zagrożeniach, które mogą ujawnić się w czasie urlopu. Szczególnie młodzi pacjenci, nieodczuwający codziennych ograniczeń wynikających z choroby, są narażeni na ryzykowne zachowania: brak snu, spożywanie alkoholu, używanie tytoniu czy substancji psychoaktywnych. Czynniki te sprzyjają występowaniu zaburzeń rytmu, nadciśnienia tętniczego, dysfunkcji blaszek miażdżycowych, ostrych zespołów wieńcowych.

Z kolei dla osób w średnim wieku, prowadzących siedzący tryb życia, nagle podjęcie intensywnego wysiłku – pływania na dużych dystansach, biegania czy wspinaczki – bywa niebezpieczne. Brak wcześniejszej adaptacji organizmu czyni takie aktywności realnym czynnikiem ryzyka poważnych zdarzeń kardiologicznych. Zalecenia przedwyjazdowe powinny więc obejmować stopniowe zwiększanie aktywności oraz realistyczną ocenę możliwości organizmu.

LEKI – PROBLEM ZAPOMINANIA

Typowym błędem pacjentów jest nieregularne przyjmowanie lub całkowite zaprzestanie farmakoterapii w czasie urlopu. Ryzyko zaostrzeń choroby serca rośnie szczególnie podczas podróży w rejonu o ograniczonym dostępie do opieki medycznej lub barierze językowej. Konieczne jest zwracanie uwagi na odpowiedni zapas leków, ich właściwe dawkowanie i przypomnianie o konieczności kontynuacji terapii mimo dobrego samopoczucia.

LOTY SAMOŁOTEM

Długotrwała immobilizacja podczas lotów ponad 6-8 godzin sprzyja powikłaniom zakrzepowo-zatorowym. U pacjentów o znacząco zwiększonym ryzyku zakrzepowo-zatorowym należy rozważyć farmakologiczną

profilaktykę przeciwzakrzepową, a także stosować proste środki nefarmakologiczne – odpowiednie nawodnienie, ćwiczenia kończyn dolnych, unikanie alkoholu.

Jet lag stanowi istotne obciążenie dla układu krążenia. Zaburzenia rytmu dobowego mogą nasilać objawy choroby wieńcowej, zaburzeń rytmu i niewydolności serca. Pacjenci powinni być uprzedzeni, że trudności adaptacyjne nasilają się proporcjonalnie do liczby godzin różnicy czasu i mogą wymagać modyfikacji schematów leczenia.

GÓRY – RYZYKO NIEDOTLENIEŃ

Wspinaczka wysokogórska jest szczególnym wyzwaniem dla chorych kardiologicznych. Nawet umiarkowane wysokości mogą stanowić zagrożenie dla osób nieprzyzwyczajonych do wysiłku. Dramatycznym przykładem pozostaje śmierć Aleksandra Doby na Kilimandżaro – doświadczonego sportowca, którego organizm nie był zaadaptowany do niskiego ciśnienia atmosferycznego i hipoksji. Pacjenci z chorobą układu krążenia powinni przejść wnikliwą ocenę wydolności, a w przypadku istotnych chorób serca – unikać dużych wysokości, szczególnie bez powolnej stopniowej adaptacji na stopniowo wzrastającej wysokości.

NURKOWANIE A UKŁAD KRĄŻENIA

U pacjentów z chorobami serca i naczyń planujących nurkowanie konieczna jest szczegółowa kwalifikacja kardiologiczna, ponieważ środowisko hiperbaryczne istot-

nie obciąża układ krążenia. Zwiększony powrót żylny, wzrost ciśnienia tętniczego oraz bradykardia mogą destabilizować przebieg choroby wieńcowej, niewydolności serca czy istotnych wad zastawkowych. Przeciwwskazaniem są m. in. niewyrównane nadciśnienie, objawowa choroba wieńcowa, istotne zaburzenia rytmu oraz prawo-lewostronne przecieki (np. drożny otwór owalny) zwiększające ryzyko choroby dekompresyjnej.

Zaleca się wykonanie EKG spoczynkowego i wysiłkowego, a w razie wskazań echokardiografii z oceną frakcji wyrzutowej i obecności przecieków. Pacjent powinien być również poinformowany o ryzyku arytmii, zatorów gazowych i nagłego zgonu sercowego. Nurkowanie można rozważać wyłącznie w przypadku chorych stabilnych klinicznie, z dobrze kontrolowanym ciśnieniem tętniczym, bez istotnych ograniczeń wydolnościowych.

WNIOSKI PRAKTYCZNE

Wypoczynek stanowi dla pacjentów kardiologicznych szansę na poprawę jakości życia, ale jednocześnie wymaga od lekarzy precyzyjnych zaleceń i świadomego planowania podróży. Kardiolog powinien aktywnie pytać o urlopowe plany pacjenta, przypominać o farmakoterapii i dostosowaniu aktywności fizycznej do możliwości. Edukacja minimalizuje ryzyko powikłań i pozwala pacjentom bezpiecznie korzystać z uroków podróży. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

Oprac. ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski

– założyciel i kierownik pionierskiego w Polsce oddziału gerontokardiologii w Szpitalu im. prof. Orłowskiego w Warszawie. Współautor wielu wytycznych i stanowisk ekspertów, w tym Mapy Drogowej Cholesterolu Światowej Federacji Serca Cholesterol ROADMAP 2022.

Wspólnie tworzymy nowoczesną kardiologię



AGNIESZKA WOŁCZENKO
prezes Ogólnopolskiego
Stowarzyszenia Pacjentów
ze Schorzeniami Serca i Naczyń
EcoSerce

Priorytetem w opiece nad pacjentami kardiologicznymi powinno być stworzenie kompleksowego i nowoczesnego systemu, który realnie odpowiada na potrzeby chorych. Kluczowym krokiem jest wdrożenie Krajowej Sieci Kardiologicznej, która pozwoli na szybszą diagnostykę, lepsze koordynowanie leczenia oraz skrócenie czasu od rozpoznania choroby do wdrożenia skutecznej terapii. Równie istotne jest szersze upowszechnienie opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Lekarze rodzinni dzięki współpracy z kardiologami, a także szerszemu wachlarzowi badań i ścieżek postępowania, mogą pełnić rolę pierwszego, sprawnego ogniwa w systemie. To znacząco poprawi wczesne wykrywanie chorób sercowo-naczyniowych, pozwoli stabilnym pacjentom na efektywną opiekę w ramach opieki podstawowej i jednocześnie odciąży system ochrony zdrowia na poziomie AOS oraz leczenia szpitalnego. Działania związane z upowszechnianiem opieki koordynowanej wśród świadczeniodawców powinny być realizowane równolegle z szeroką komunikacją do pacjentów, którzy znajdują się pod opieką poradni specjalistycznych (AOS).

Kolejnym priorytetem jest poprawa dostępu do badań genetycznych w kardiologii. W dobie medycyny personalizowanej szybka identyfikacja pacjentów z wrodzonymi

predyspozycjami do chorób serca może uratować życie, umożliwiając wdrożenie działań profilaktycznych na odpowiednio wczesnym etapie. Opieka nad pacjentami kardiologicznymi wymaga również wielodyscyplinarnego podejścia, uwzględniającego częstą wielochorobowość tych chorych. Integracja działań kardiologów, diabetologów, nefrologów, ale również dietetyków i fizjoterapeutów jest niezbędna, aby leczenie było skuteczne i dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Ważna jest też profilaktyka, w tym wprowadzenie w praktyce przesiewowego lipidogramu u dzieci w wieku 6 lat. Wczesne wykrywanie zaburzeń lipidowych pozwoli na identyfikację dzieci oraz całych rodzin obciążonych hipercholesterolemią. Pacjenci będą świadomi ryzyka rozwoju miażdżycy i chorób sercowo-naczyniowych już w dzieciństwie, co otwiera drogę do skutecznych działań zapobiegawczych.



MARCIN RUCIŃSKI
prezes stowarzyszenia Serce
na Banacha, prezes Europejskiego
Stowarzyszenia Pacjentów
z Chorobami Sercowo-Naczyniowymi

Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) to najważniejsze wydarzenie naukowe poświęcone chorobom układu krążenia. Każdego roku gromadzi on kilka tysięcy specjalistów z całego świata, a coraz częściej także przedstawicieli pacjentów, którzy wnoszą unikalny punkt widzenia. W tegorocznej

edycji miałem zaszczyt uczestniczyć jako pacjent nie tylko w charakterze obserwatora, ale także współautora nowych wytycznych oraz prelegenta.

Podczas kongresu opublikowane zostały m.in. wytyczne ESC dotyczące zapalenia mięśnia sercowego i osierdzia. Znalazłem się w gronie współautorów wytycznych – jako pacjent, który sam przeszedł zapalenie mięśnia sercowego i od lat żyje z wszczepionym stymulatorem serca. Mogłem podzielić się doświadczeniem oraz perspektywą osoby, która z chorobą nie tylko walczy, ale też na co dzień uczy się z nią żyć. Dla środowiska medycznego to istotne uzupełnienie perspektywy naukowej i klinicznej o głos tych, których dotyczą codzienne skutki decyzji terapeutycznych.

Drugim ważnym punktem mojego udziału w kongresie ESC było wystąpienie w ramach sesji poświęconej nowoczesnym technologiom: „Urządzenia konsumencie w leczeniu migotania przedsionków – perspektywa pacjenta i lekarza”. To temat niezwykle aktualny, ponieważ coraz większą rolę w diagnostyce i monitorowaniu arytmii odgrywają urządzenia codziennego użytku – smartwatche, opaski, mobilne rejestratory EKG. Z perspektywy pacjenta to ogromna zmiana – możliwość szybkiego wykrycia zaburzeń rytmu, większe poczucie bezpieczeństwa i realne wsparcie w dialogu z lekarzem. Pojawiają się jednak też wyzwania: nadmiar danych, konieczność ich prawidłowej interpretacji, obawy dotyczące prywatności.

Wystąpienie na kongresie ESC to dla mnie ogromne wyróżnienie, ale także zobowiązanie – aby głos pacjentów był słyszalny, a doświadczenia jednostkowe przekładały się na systemowe zmiany w opiece. Kongres to najlepsza przestrzeń do budowania mostu pomiędzy lekarzami a pacjentami. Wierzę, że wspólnie możemy tworzyć nowoczesną kardiologię – nie tylko opartą na dowodach naukowych, ale również na realnych potrzebach ludzi, którzy każdego dnia żyją z chorobą serca. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone

ZDJĘCIA: MATERIAŁY PRASOWE

Eksperci NewsMed

NewsMed to portal Wprost skierowany do osób, które są zainteresowane nowoczesną medycyną i funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Do współtworzenia portalu zaprosiliśmy ekspertów systemu ochrony zdrowia, jak również znakomitych klinicystów.

Zapraszamy do naszego grona! Dziś są już z nami m.in.:



Prof. dr hab. n. med. Robert Gil
– prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego na lata 2023-2025



Prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka
– prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego na lata 2025-2027



Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski
– prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2021-23



Prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski
– kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski
– zastępca dyrektora ds. leczenia w SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP



Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach
– prorojektor ds badań Collegium Medicum KUL prezes Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego



Prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko
– dyrektor Instytutu Kardiologii, kierownik Kliniki Kardiologii Interwencyjnej UJ Collegium Medicum



Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Tycińska
– Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych USK UM w Białymstoku



Prof. dr hab. n. med. Marek Postuła
– kierownik Pracowni Farmakogenomiki Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM



Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech
– kierownik Zakładu Farmakoeconomiki oraz Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych IMiD



Dr hab. n. med. Rafał Czerniuk
– specjalista I i II stopnia z zakresu chirurgii stomatologicznej oraz periodontologii



Jarosław Fedorowski
– prezes Polskiej Federacji Szpitali, przewodniczący Rady Fundacji Healthcare Poland



Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka
– dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego



Dr n. farm. Mikołaj Konstanty
– wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, specjalista farmacji aptecznej



Prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko
– rektor UM w Białymstoku, kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych UMB



Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
– kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków NIO, przewodniczący PTO



Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejda
– kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas
– konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki, kierownik Kliniki Okulistyki WIM-PIB (Warszawa)

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY

MATERIAŁ PRZEZNACZONY DLA LEKARZY