

Wywiad z dr. n. med. Jerzym Kuźniarem



*dr n. med. Jerzy Kuźniar
konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii
dla województwa
podkarpackiego
Oddział Kardiologii
Szpital Wojewódzki nr 2
w Rzeszowie*

Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (10): 99

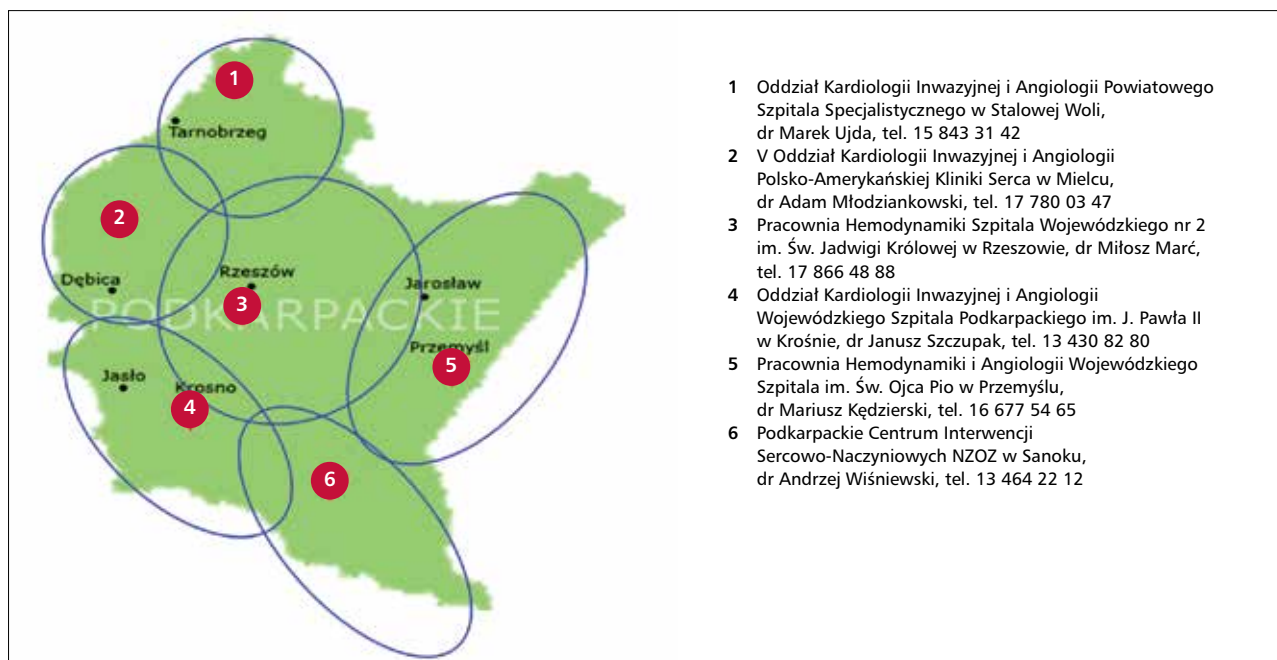
Krzysztof J. Filipiak (KJF): Szanowny Panie Doktorze, województwo podkarpackie, mimo że nadal pozostaje poniżej średniej ogólnopolskiej w zakresie liczby procedur koronarografii i angioplastyki wieńcowej na milion mieszkańców (tab. 1, 2), zrobiło w ostatnich latach w tym względzie tygrysi skok. Odczuwa Pan z tego powodu szczególną satysfakcję?

Jerzy Kuźniar (JK): Trudno nie cieszyć się, że przestaliśmy być w grupie województw o najmniejszej liczbie tych procedur. Ta zmiana wynika z ogólnopolskiego trendu. Ma to uzasadnienie medyczne, ale przyczyniła się do tego także komercjalizacja kardiologii inwazyjnej. Połowa pracowni w naszym województwie to spółki prywatne, a większość zabiegów wykonywana jest przez zaciężną armię inwazyjnych kardiologów. Szkolenie własnej kadry przebiega bardzo wolno.

KJF: Co w województwie, w którym według raportu za 2009 rok, 58% zawałów typu STEMI oraz 46% zawałów typu NSTEMI leczono inwazyjnie, należy zmienić, aby dane te wyglądały lepiej?

JK: Odpowiem pół żartem, pół serio. Należy zmienić statystykę. To nieprawdopodobne, aby liczba hospitalizacji z powodu ostrych zespołów wieńcowych była 3-krotnie niższa w Małopolsce niż w województwach sąsiednich: podkarpackim, lubelskim czy świętokrzyskim. Dane dotyczące hospitalizacji dla mojego województwa pochodzą z dwóch źródeł. Liczbę hospitalizacji w podziale na kategorie kodowane jako: I 20, 21.0, 21.3, 21.4, 22 otrzymujemy z Centralnej Bazy Świadczeniodawców Oddziału Podkarpackiego NFZ, natomiast liczbę wykonanych zabiegów koronarografii i plastyk wieńcowych od kierowników pracowni hemodynamiki. Uważam te dane za wysoce wiarygodne. Sądzę, że sprawozdawczość powinna być ujednolicona i oparta na jednakowych źródłach. Wówczas rozrzut wyników będzie mniejszy i różnica między województwami w odniesieniu do odsetka chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi leczonych inwazyjnie nie będzie – jak obecnie – 2-krotna. Nie znaczy to, że 58% czy 46% pierwotnych plastyk w ostrym zespole wieńcowym to zadowalający odsetek.

KJF: Spójrzmy na załączoną przez Pana Doktora mapkę (ryc. 2). Czy jest jeszcze gdzieś miejsce na nową pracownię kardiologii inwazyjnej na Podkarpaciu, czy też należy protestować, jeżeli pojawią się takie pomysły? Ile osób przypada obecnie średnio na pracownię w województwie?



RYCINA 2

Mapka województwa podkarpackiego z zaznaczonymi ośrodkami hemodynamicznymi działającymi w trybie 24-godzinny wraz z imieniem i nazwiskiem kierownika ośrodka i telefonami kontaktowymi (przygotowanie – dr n. med. Jerzy Kuźniar).

TABELA 5

Ranking województw w zakresie liczby wykonanych wszczepień stymulatorów na milion mieszkańców danego województwa w 2009 roku. W tabeli zaznaczono także dane łączne i średnią liczbę wszczepień na milion mieszkańców w Polsce. Oddzielnie zaznaczono trzy najwyższe i trzy najniższe klasyfikowane w rankingu województwa. Dane na podstawie raportów konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii za 2009 rok.

Implantacje/wymiany stymulatorów w 2009 r.			
Województwo	Liczba wszczepionych stymulatorów (nowe + wymiany)	Liczba wszczepionych stymulatorów na milion mieszkańców	Ośrodki wszczepiające stymulatory
Mazowieckie	5260	1007	15
Lubuskie	827	819	3
Świętokrzyskie	1013	794	4
Dolnośląskie	2117	731	12
Opolskie	768	729	3
Polska	27 194	707	113
Śląskie	3374	703	15
Kujawsko-pomorskie	1427	690	6
Wielkopolskie	2372	668	13
Pomorskie	1463	667	8
Zachodniopomorskie	1056	623	5
Małopolskie	2018	620	8
Podlaskie	746	620	4
Łódzkie	1502	590	6
Lubelskie	1252	579	3
Podkarpackie	1215	579	5
Warmińsko-mazurskie	784	549	3

JK: Uważam, że rozmieszczenie oraz liczba pracowni hemodynamicznych (jedna na 300 000 mieszkańców) są obecnie optymalne. Maksymalna odległość, jaką chory musi przebyć do najbliższej pracowni, wynosi 40 kilometrów. Transport powinien trwać mniej niż 30 minut. To, co z całą pewnością należy poprawić, to zmniejszyć opóźnienie zabiegu pierwotnej angioplastyki wieńcowej zależne od chorego oraz zapewnić bezpośredni transport do pracowni z pominięciem ogniwa pośredniego, jakim jest szpital bez możliwości leczenia inwazyjnego. Z informacji, jakie uzyskałem od kierowników pracowni, wynika, że mediana opóźnienia wewnątrzszpitalnego wynosi 20-30 minut. Nie widzę na tej mapie miejsca dla kolejnych pracowni.

KJF: Jak funkcjonuje zabezpieczenie kardiochirurgiczne województwa? Ile zabiegów jest wykonywanych w ośrodku kardiochirurgicznym?

JK: W moim przekonaniu powstanie oddziału kardiochirurgii w Rzeszowie jest największym wydarzeniem ostatnich lat w zakresie opieki medycznej na Podkarpaciu. W roku 2009 na oddziale kierowanym przez dr. Kazimierza Widenkę wykonano 860 operacji, w tym 599 w krążeniu pozaustrojowym. W połowie przypadków wskazaniem do zabiegu była choroba wieńcowa, a jedną czwartą tych zabiegów koledzy kardiochirurdzy wykonali techniką mało inwazyjną. W ciągu roku zoperowali 100 tętniaków aorty wstępującej, a wszystko to przy bardzo małej śmiertelności. Jak na oddział o 5-letniej zaledwie historii, to doskonałe wyniki. Dla nas kardiologów to ogromny komfort. Minął koszmar poszukiwania miejsca dla chorych wymagających leczenia kardiochirurgicznego oraz ich transport do odległych o kilkaset kilometrów klinik.

KJF: Liczba wszczepianych stymulatorów na milion mieszkańców w województwie podkarpackim sytuuje je na przedostatnim miejscu w rankingu województw (tab. 5). Pod względem wszczepianych ICD byliście w 2009 roku na ostatnim miejscu (51 urządzeń na milion mieszkańców przy średniej ogólnopolskiej 137, tab. 3), ale w kwestii ablacji jesteście zdecydowanie lepsi, okupując solidną, środkową ligę rankingu województw (tab. 4). Skąd te różnice?

JK: Podkarpacie niezmiennie zajmuje jedno z końcowych miejsc w rankingu liczby implantacji stymulatorów serca (579 na milion mieszkańców). Nie sądzę, aby miało się to zmienić. W żadnym z czterech ośrodków wykonujących implantacje chorzy nie czekają na zabieg. Powtórzę to, co przed rokiem odpowiedziałem na podobne pytanie: średnia liczba implantacji na milion mieszkańców wynosi tyle, co w Danii, Wielkiej Brytanii czy Norwegii – krajach o znacznie większej długości życia, a przez to stosunkowo większej populacji narażonej na zaburzenia rytmu i przewodzenia. Problem – o ile jest to problem – z całą pewnością nie ma natury ekonomicznej ani strukturalnej. Sądzę, że niejednokrotnie stymulatory serca implantowane są zbyt pochopnie. Dobrym przykładem nadużywania tej metody leczenia, chociaż dotyczy to Stanów Zjednoczonych, jest to, że około 30% chorych, którym usunięto układ stymulujący z powodu jego zakażenia, nie wymaga ponownej implantacji kardiostymulatora. Za to poważnym problemem jest zawstydzająco mała liczba implantowanych kardiowerterów-defibrylatorów oraz układów resynchronizujących. Dobrą wiadomością jest to, że w pierwszym półroczu bieżącego roku wszczepiono na Podkarpaciu 81 urządzeń ICD, a więc niewiele mniej niż w całym roku 2009. Liczę na dalszą

poprawę, ponieważ wykonywanie tych zabiegów rozpoczęła 4 ośrodek w Krośnie. W dziedzinie ablacji Podkarpacie odrabia wieloletnie zaległości. W bieżącym roku powstał 2 ośrodek elektrofizjologiczny w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Niestety, jego pełne możliwości nie zostaną wykorzystane z powodu ograniczeń finansowych.

KJF: Jakie jeszcze problemy terapii kardiologicznej widzi Pan w swoim regionie?

JK: Jest ich sporo, co roku podobne. Jeden z nich – finansowanie procedur – wymieniłem powyżej. Nie chodzi tu jedynie o wysokospecjalistyczne procedury, ale o całość planu finansowego na leczenie szpitalne wynikającego z algorytmu stosowanego przy podziale nakładów na poszczególne województwa. Innym problemem jest nadal długi czas oczekiwania na kardiologiczną poradę w trybie ambulatoryjnym, co związane jest z limitami przyjęć (znowu finanse), a także z jeszcze zbyt małą liczbą kardiologów w województwie. Słaba opieka am-

bulatoryjna zwiększa częstość hospitalizacji, szczególnie chorych z zastoinową niewydolnością serca. W naszym kraju istnieją nieliczne poradnie dla chorych z niewydolnością serca. Potrzebę stworzenia takich poradni widzi wielu konsultantów wojewódzkich. Zgadzam się z tym poglądem. Problem ten, mam nadzieję, przestanie istnieć za 2-3 lata, ponieważ wówczas na Podkarpaciu spodziewamy się zwiększenia liczby kardiologów (przybędzie ich około 30, obecnie mamy 90). Zauważam jeszcze jeden narastający problem – chorzy wymagający leczenia doustnymi antykoagulantami. Około 15% z 10 000 porad udzielonych w poradni kardiologicznej w moim szpitalu to wizyty związane z ustalaniem dawki leku. Nie wydaje mi się, aby leżało to jedynie w kompetencjach kardiologa, tymczasem tego typu porady udzielane są bardzo niechętnie przez lekarzy rodzinnych.

KJF: Dziękuję za wywiad i zasygnalizowanie ważnych problemów.