

Wywiad z prof. dr hab. med. Teresą Widomską-Czekajską



prof. dr hab. n. med.
Teresa Widomska-Czekajska
Konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii dla
województwa lubelskiego
Katedra i Klinika Kardiologii
Samodzielny Publiczny
Szpital Kliniczny nr 4
w Lublinie

Prof. Krzysztof J. Filipiak, sekretarz Rady Naukowej Kardiologii po Dyplomie (KJF): Pani Profesor, województwo lubelskie spadło poniżej ogólnopolskiej średniej w liczbie implantacji lub wymian stymulatorów na milion mieszkańców (659 zabiegów na milion mieszkańców) (ryc. 4). A jeszcze w 2007 roku było na medalowym podium (drugie miejsce w Polsce, 905 zabiegów). Co się stało? Skąd ten spadek liczby procedur o blisko 30% w województwie o tak znanej tradycji elektrostymulacji?

Prof. Teresa Widomska-Czekajska (TWC): Rzeczywiście w sprawozdaniu z 2008 roku straciliśmy miejsce w krajowej czołówce. Na sytuację tę wpłynęły głównie 2 przyczyny. Łączna liczba zabiegów implantacji i wymiany stymulatorów w 2008 roku była w naszym województwie identyczna jak w 2007 roku i wynosiła dokładnie 1562 zabiegów. Jednak podstawą tegorocznego rankingu były zabiegi wszczepiania klasycznych układów stymulujących, natomiast zabiegi implantacji układów resynchronizujących funkcję komór (CRT), których w naszym województwie wykonuje się najwięcej w kraju, zostały w sprawozdaniu ujęte oddzielnie i tam zajmujemy pierwsze miejsce. Drugą przyczyną jest fakt, że w sprawozdaniu nie są ujmowane niektóre zabiegi, do których należy np. usuwanie starych, zbędnych lub zainfekowanych elektrod. Połowa krajowej liczby tych zabiegów jest wykonywana właśnie w Lublinie. Jak wynika z danych Ogólnopolskiego Rejestru Usuwania Elektrod wskazania do takich zabiegów nie są rzadkie. Dotyczą one usuwania tzw. zbędnych, nieczynnych elektrod, które mogą być źródłem powikłań, ale przede wszystkim elektrod zainfekowanych, stanowiących przyczynę groźnego, odelektrowanego zapalenia wsierdza. Jest ono rozpoznawane, niestety, coraz częściej i może być skutecznie leczone tylko w przypadku usunięcia źródła zakażenia. Zakażony materiał z licznych wegetacji, zlokalizowanych wzdłuż wewnątrzsercowego przebiegu elektrody, może być nie tylko źródłem miejscowej infekcji oraz stałego lub okresowego wysiewu bakterii, lecz także nawracającej zatokowości płucnej, zwykle niemasywnej, ale zagrażającej powstawaniem ropni płuc. Usuwanie starych elektrod, implantowanych często kilkanaście lat wcześniej, należy

do zabiegów o najwyższym stopniu trudności. Niektóre stare elektrody są wrosnięte między mięśnie bełeczkowate komory i często silnie zespolone z wsierdziem, mogą też być przyrośnięte do nici ścięgnistych, ściany przedsiionka, ujścia żyły głównej górnej. Umiejętność usuwania takich elektrod posiada zaledwie kilka osób w kraju, ale i dla nich zabiegi te są ogromnie pracochłonne, wymagające opracowywania indywidualnych strategii, dobierania właściwego sprzętu, a świadomość zagrożenia powikłaniami jest źródłem znacznego stresu. Mistrzem w zakresie usuwania starych elektrod jest prof. Andrzej Kutarski z Kliniki Kardiologii w Lublinie, który od 2006 roku wykonał aż 271 takich zabiegów, a w okresie pierwszych 5 miesięcy 2009 roku – już prawie 100. Pacjenci są przekazywani z różnych województw. Poza lubelskim ośrodkiem około 50 zabiegów wykonał dr n. med. Przemysław Mitkowski z Kliniki Kardiologii w Poznaniu, nieliczne zabiegi zostały wykonane w innych ośrodkach. Niepokoii fakt, że finansowanie sprzętu do usuwania elektrod (różnego typu zestawy Cooka) nie znalazło się w tym roku w konkursach Programu POLKARD, co stanowi zagrożenie wykonywania tych zabiegów w pojedynczych wyspecjalizowanych ośrodkach, ze względu na generowanie wysokich kosztów, które nie mieszczą się w kwocie refundowanej przez NFZ.

KJF: W zakresie kardiologii inwazyjnej – liczbie wykonywanych procedur angioplastyki wieńcowej – osiągnęliście Państwo wynik bardzo bliski średniej ogólnopolskiej. Czy oznacza to, że sieć ośrodków hemodynamicznych jest już na Lubelszczyźnie wystarczająca? Czy jest sens tworzyć nowe ośrodki, czy raczej koncentrować się na doposażeniu ośrodków już działających?

TWC: Cieszy fakt, że wreszcie osiągamy średnią krajową. W mojej opinii liczba ośrodków kardiologii inwazyjnej w województwie lubelskim jest obecnie wystarczająca. Po uruchomieniu w ubiegłym roku Pracowni Hemodynamiki w Szpitalu Wojewódzkim w Białej Podlaskiej zabezpieczenie uzyskała północna część województwa, południową zabezpiecza od 1999 roku Pracownia Hemodynamiki Szpitala Wojewódzkiego w Zamościu. W Lublinie, sercu województwa, działają 2 pracownice (w Klinice Kardiologii SPSK nr 4 i Oddziale Kardiologii WSS). Ponadto od 2007 roku działa Niepubliczna Pracownia Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie, współpracująca ze Szpitalem Uzdrowiskowym. Na jedną pracownię przypada 433 000 mieszkańców, a na jeden angiograf 310 000. Stały dyżur dla ostrych zespołów wieńcowych pełnią 3 ośrodki, a refundacja za procedury wykonywane w trybie pilnym jest pełna.

Nie widzę potrzeby uruchamiania nowych pracowni, zwłaszcza, że ośrodki pracujące od wielu lat i posiadające dużą i doświadczoną kadrę mają trudności z wymianą starej aparatury oraz wystarczającymi kontraktami na zabiegi planowe. Propozycje uruchamiania nowych pracowni składają zwykle jednostki niepubliczne, bez własnej kadry kardiologów inwazyjnych, zamierzające korzystać

z dojeżdżającej kadry z dużych, doświadczonych pracowników, co zmniejsza dyspozycyjność samodzielnych operatorów w tych pracowniach, utrudnia obsadę dyżurów i zastępstwa chorobowe.

Nowe jednostki rzadko zabezpieczają właściwą całodobową opiekę nad pacjentami, co skutkuje selekcją pacjentów i zabiegów, a uzyskane przez nie kontrakty ograniczają wielkość kontraktów dużych jednostek. W mojej opinii właściwą strategią polityki zdrowotnej w tym zakresie powinna być troska o rozwój i stałe doposażanie dużych, doświadczonych ośrodków, o sprawdzonej jakości świadczeń.

KJF: To bardzo ważne słowa, potwierdzone przez wiele Pani Koleżanek i Kolegów – członków Krajowego Zespołu Nadzoru Specjalistycznego w dziedzinie kardiologii. Co jeszcze, według Pani Profesor, jest problemem w opiece kardiologicznej w województwie lubelskim?

TWC: Stałym naszym problemem jest zbyt mała liczba kardiologów i wynikająca z niej zbyt mała dostępność ambulatoryjnej specjalistycznej opieki kardiologicznej i specjalistycznych badań nieinwazyjnych. Mimo dość dużej liczby porad kardiologicznych (około 130 000 rocznie) zaledwie co piąty pacjent z chorobą układu krążenia może liczyć na jedną poradę specjalistyczną w roku. Mała dostępność specjalistycznej opieki ambulatoryjnej skutkuje zawsze zwiększeniem liczby hospitalizacji, które są znacznie kosztowniejsze niż porady. W mojej opinii optymalną sytuację stanowiłoby posiadanie jednego kardiologa na 10 000 mieszkańców, a więc 215 kardiologów na nasze województwo. Obecnie w publicznej służbie

zdrowia mamy tylko 102 kardiologów. Liczba nowych kardiologów w województwie zwiększa się systematycznie, gdyż każdego roku zdaje egzamin specjalizacyjny 7-14 lekarzy, jednak równocześnie kilku specjalistów kończy pracę zawodową, ostatecznie liczba kardiologów wzrasta więc tylko o około 5 osób rocznie.

Uznanie kardiologii za specjalizację deficytową i zaliczenie jej do specjalizacji podstawowych zwiększyło znacznie liczbę lekarzy ubiegających się o miejsca specjalizacyjne. W ostatnich latach udało się nam zwiększyć do 65 liczbę miejsc szkolenia specjalizacyjnego, ale przy wzroście zainteresowania tą dziedziną i możliwości uzyskania większej finansowo rezydentury, nawet ta liczba miejsc okazuje się znacznie mniejsza niż liczba potencjalnych kandydatów.

Drugim problemem, jak we wszystkich województwach, jest wymiana starej, zużytej aparatury, niezbędna dla utrzymywania dostępności świadczeń na dotychczasowym poziomie oraz zakup nowych, drogich aparatów, dających możliwość poszerzenia zakresu procedur i poprawę ich jakości. Ostatnio istotny udział w zakupie aparatury średniej klasy mają samorządy lokalne, ale drastyczne zmniejszanie się z każdym rokiem funduszy Programu POLKARD zagraża rozwojowi i upowszechnieniu nowych metod, a nawet eliminacją niektórych dotychczas wykonywanych zabiegów, o czym mówiłam przy okazji elektroterapii. Finansowanie zakupów nowej aparatury ogranicza także stale rosnące zadłużenie szpitali.

KJF: Pani Profesor, dziękujemy za wywiad.