

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Lechem Polońskim



*prof. dr hab. n. med.
Lech Poloński
konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii
dla województwa śląskiego
Kierownik III Katedry
i Oddziału Klinicznego
Kardiologii
Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego
Śląskie Centrum Chorób
Serca w Zabrze*

Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (8): 79-82

KJF: Szanowny Panie Profesorze. I znowu gratulacje. W województwie śląskim wykonano w 2009 roku największą koronarografię i angioplastykę na milion mieszkańców w Polsce (tab. 1, 2). Czy można coś jeszcze poprawić w zakresie dostępności kardiologii inwazyjnej na Śląsku, czy już tylko pogorszyć? Rozumiemy, że na Śląsku nie ma już żadnych kolejek do tych zabiegów?

Lech Poloński (LP): Bardzo dziękuję za gratulacje – przyjmuję je w imieniu wszystkich kardiologów w województwie śląskim. Na wynik pracowało 13 ośrodków kardiologii inwazyjnej i około 150 zatrudnionych w nich kardiologów. Pomaga nam także świetna współpraca z oddziałami kardiologicznymi nieposiadającymi pracowni hemodynamiki i z oddziałami chorób wewnętrznych. Pracownicy kardiologii inwazyjnej nie zdołaliby same wykonać takiej liczby procedur: są jeszcze chorzy planowi, wady serca, rozruszniki... Czy można jeszcze coś poprawić na Śląsku? W zakresie dostępności diagnostyki inwazyjnej dla chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi niewiele więcej można zrobić. W 2009 roku hospitalizowaliśmy 19 175 chorych, z których u 65% przeprowadzono diagnostykę inwazyjną. Myślę, że więcej ostrych zespołów wieńcowych na Śląsku po prostu nie ma, może maksymalnie 20 000? Niewątpliwie wyższy może być odsetek chorych z zawałem serca typu STEMI leczonych inwazyjnie – w 2009 roku było to 75%, a zasadniczym powodem niekwalifikowania do reperfuzji mechanicznej pozostaje przekroczenie 12 godzin od początku bólu do dotarcia do szpitala. Czyli zadanie na najbliższy rok to skrócenie czasu od początku bólu do wezwania pomocy

i skrócenie czasu transportu chorego do szpitala. Działania w tym kierunku rozpoczęliśmy w 2009 roku i będziemy kontynuować w najbliższych latach. Kolejki do zabiegów kardiologii inwazyjnej są nadal i w największych ośrodkach się utrzymują. Mamy jednak ten komfort, że są w nich chorzy stabilni z bardzo małym stopniem ryzyka. Powoli i ten relikwyt przeszłości mam nadzieję zginie.

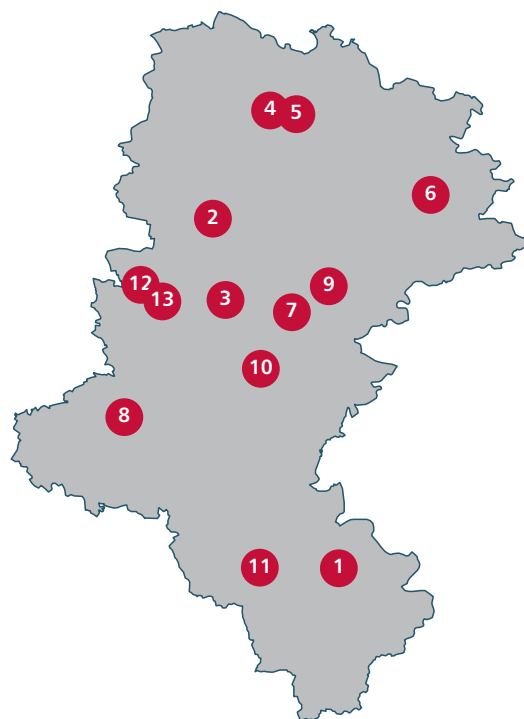
KJF: Spójrzmy na załączoną przez Pana Profesora mapkę województwa śląskiego (ryc. 2). Czy jest jeszcze gdzieś miejsce na nową pracownię kardiologii inwazyjnej, czy warto przemyśleć sens istnienia większej ich liczby?

LP: Trwa ożywiona dyskusja nad tym, jak zahamować niekontrolowany przyrost pracowni inwazyjnych w Polsce. Problem ten oczywiście dotyczy też Śląska. Mam własny pogląd na ten problem, który wynika z założenia, że administracyjne zakazy i nakazy do niczego nie doprowadzą. Po pierwsze uważam, że z punktu widzenia chorego im więcej pracowni leczących ostre zespoły wieńcowe, tym lepiej. Po drugie, liczba ostrych zespołów wieńcowych w populacji jest w miarę stała, możliwa do ustalenia i stąd obciążenie NFZ jest przewidywalne, a płatnikowi wszystko jedno, czy rozlicza się z jednym, czy z 10 podmiotami. O utrzymaniu się pracowni na rynku ostrych zespołów wieńcowych będzie decydował więc rachunek ekonomiczny. Naszą, nadzoru kardiologicznego, sprawą jest bardzo ścisły nadzór nad rozpoznaniem i nad jakością świadczeń.

KJF: Przyjrzyjmy się tabeli 6. Czy nie zastanawia Pana Profesora większa rozpoznawalność ostrych zespołów wieńcowych na Śląsku (3995 na milion mieszkańców) niż w Polsce (2901 na milion mieszkańców)? Co więcej, ta nadreprezentatywność ostrych zespołów wieńcowych w praktyce dotyczy ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia ST (2904 na milion mieszkańców na Śląsku vs 1906 na milion mieszkańców w Polsce). Jakby Pan Profesor to tłumaczył?

LP: Z polskiego rejestru ostrych zespołów wieńcowych (Rejestr PL-ACS) wynika, że w Polsce w ciągu roku hospitalizujemy na oddziałach interny, kardiologii oraz intensywnej terapii 140 000-150 000 chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, a to daje 3700-4000 ostrych zespołów wieńcowych na milion osób. Uważam, że na Śląsku nie ma nadrozpoznawania ostrych zespołów wień-

- 1 II Oddział Kardiologiczny Polsko-Amerykańskiej Kliniki Serca w Bielsku-Białej, dr n. med. Bogdan Gorycki, tel. 33 829 08 63, 33 810 26 80
- 2 Oddział Kardiologii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, dr n. med. Barbara Kuśnierz, tel. 32 281 02 71
- 3 Chorzowskie Regionalne Centrum Chorób Serca i Naczyń Polska Grupa Medyczna w Chorzowie, dr n. med. Krzysztof Szczurek-Katański, tel. 32 349 91 32
- 4 Częstochowskie Regionalne Centrum Chorób Serca i Naczyń Polska Grupa Medyczna Szpital Miejski im. Biegańskiego w Częstochowie, dr n. med. Tadeusz Zębik, tel. 34 321 40 00
- 5 Oddział Kardiologii Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, dr n. med. Piotr Kardaszewicz, tel. 34 367 30 00
- 6 III Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Angiologii i Elektrokardiologii Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca w Dąbrowie Górniczej, dr n. med. Marek Kondys, tel. 32 764 27 24, 32 764 30 30
- 7 Kliniki i oddziały kardiologiczne Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach, prof. dr hab. n. med. Maria Trusz-Gluza, prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gąsior, prof. dr hab. n. med. Michał Tendera, prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Kargul, p.o. Ordynator dr n. med. Grzegorz Smolka, dr n. med. Maria Gross, dr n. med. Marek Piekarski, tel. 32 359 83 13
- 8 Oddział Kardiologiczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, dr n. med. Wojciech Kreis, tel. 32 429 19 99
- 9 Sosnowieckie Regionalne Centrum Chorób Serca i Naczyń Oddział Kardiologii NZOZ Polskiej Grupy Medycznej im. Polonii Świata w Sosnowcu, dr n. med. Piotr Pączek, tel. 32 368 20 50
- 10 X Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektrofizjologii i Elektrostymulacji Polsko-Amerykańskiej Kliniki Serca w Tychach, dr Maciej Pruski, tel. 32 227 98 26
- 11 I Oddział Kardiologiczno-Angiologiczny Polsko-Amerykańskiej Kliniki Serca w Ustroniu, dr med. Marek Król, tel. 33 854 58 57, 33 854 58 59
- 12 Kliniczny Oddział Kardiologii Szpital Specjalistyczny w Zabrze, dr hab. n. med. Ewa Kozielska, tel. 32 271 10 10
- 13 Klinika kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus, prof. dr hab. n. med. Lech Poloński, tel. 32 373 36 82, tel. 32 37 33 619



RYCINA 2

Mapka województwa śląskiego z zaznaczonymi ośrodkami hemodynamicznymi działającymi w trybie 24-godzinym, wraz z imieniem i nazwiskiem kierownika ośrodka i telefonami kontaktowymi (przygotowanie – prof. dr hab. n. med. Lech Poloński).

TABELA 6

Ranking województw w zakresie liczby ostrych zespołów wieńcowych (OZW) na milion mieszkańców danego województwa w 2009 roku. W połowie tabeli zaznaczono także dane łączne i średnią liczbę OZW 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.

OZW w 2009 r.		
Województwo	Liczba ostrych zespołów wieńcowych (OZW)	Liczba OZW na milion mieszkańców
Lubelskie	10 483	4849
Świętokrzyskie	5388	4224
Podkarpackie	8382	3997
Śląskie	19 175	3995
Pomorskie	7247	3306
Łódzkie	8310	3265
Opolskie	3387	3214
Warmińsko-mazurskie	4547	3183
Polska	111 565	2901
Kujawsko-pomorskie	5337	2581
Dolnośląskie	7414	2560
Mazowieckie	11 955	2290
Zachodniopomorskie	3526	2079
Lubuskie	2042	2023
Wielkopolskie	7177	2021
Podlaskie	2422	2012
Małopolskie	4773	1466

cowych, a raczej jest pełny i łatwy dostęp do oddziałów prowadzących leczenie tych chorych. Faktycznie zwiększyła się przede wszystkim liczba rozpoznań ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia odcinka ST, ale były to głównie zawały, a nie niestabilna choroba wieńcowa. Uważam, że leczymy wszystkich, a raczej prawie wszystkich chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi w regionie, stąd taka liczba.

KJF: Jak ocenia Pan Profesor dostępność procedur elektrokardiologii na Śląsku? O ile Śląsk to niekwestionowana stolica polskiej kardiologii inwazyjnej Anno Domini 2009 (tab. 1, 2), w dziedzinie elektrokardiologii pod względem liczby zabiegów jest raczej średnio (tab. 3-5).

LP: W ostatnim roku nastąpił znaczny wzrost liczby procedur z zakresu elektrokardiologii, zwłaszcza tej najbardziej referencyjnej. Rzeczywiście, wciąż daleko nam jednak do czołówki Polski. Myślę, że w 2010 roku będzie dalsza poprawa, ale warunkiem tego jest uzyskanie odpowiednich kontraktów (te procedury są bardzo drogie) i pełne uruchomienie ośrodków, które nie wykorzystują swoich możliwości. Potencjał tej „działki kardiologii” na

Śląsku i wstępne ustalenia z regionalnym oddziałem NFZ pozwalają mi pozostawać optymistą.

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

LP: Świetnie leczymy chorego w szpitalach. Mamy natomiast wiele do zrobienia zarówno w opiece przedszpitalnej, jak i poszpitalnej. Na tym drugim etapie brakuje właściwej rehabilitacji kardiologicznej i stałej, prawidłowej opieki lekarza rodzinnego. Dlatego koncentrujemy się na szkoleniu tej grupy lekarzy i nawiązujemy z nimi partnerskie kontakty. Jeżeli się nam to uda, będziemy mogli powiedzieć, że choremu kardiologicznemu udzielamy kompleksowej pomocy zgodnej z obowiązującymi wytycznymi. Mamy do nadrobienia zaległości w elektroterapii, ale to już przede wszystkim problem większych kontraktów.

KJF: Panie Profesorze, dziękuję za wywiad. Trzymamy kciuki za dalszą pomyślność śląskiej kardiologii. Dziękujemy też, że jako drugi konsultant wojewódzki w Polsce znalazł Pan czas na udzielenie tego wywiadu.