

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*

KJF: Województwo podkarpackie dokonało tygrysięgo skoku w zakresie liczby procedur kardiologii inwazyjnej w ostatnich latach. Gratulacje. Słabo jednak wypadło (przedostatnie miejsce w rankingu województw) pod względem liczby implantacji/wymian stymulatorów w 2008 roku na milion mieszkańców (ryc. 3). Jak to zmienić? Jakie są pomysły na rozwiązanie tego problemu?

Dr Jerzy Kuźniar (JK): Cieszę się ze stale rosnącej liczby zabiegów koronaroplastyki w moim województwie, zwłaszcza z liczby pierwotnych angioplastyk w zawale z uniesieniem odcinka ST (STEMI). W ubiegłym roku powstały 2 kolejne pracownie hemodynamiczne z 24-godzinnym dyżurem (Krosno i Sanok). Jest ich obecnie w województwie 6, czyli jedna na 350 000 mieszkańców; wszystkie pełnią całodobowy dyżur, a ich rozmieszczenie na terenie województwa jest optymalne. Nie można więc mówić o braku dostępności do takich procedur. Dlatego martwi mnie to, iż zaledwie 1/3 z 4010 hospitalizowanych chorych z STEMI jest leczona inwazyjnie, a leczenie trombolityczne zastosowano jedynie u pięciu (0,1%) [sic!] chorych. Dane dotyczące liczby hospitalizacji pochodzą z Oddziału Podkarpackiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), a liczby procedur z Krajowej Bazy Danych Procedur Kardiologii Inwazyjnej PTK – uważam je

za w pełni wiarygodne. Dlaczego zatem 2600 hospitalizowanych chorych z ostrym zawałem serca nie było leczonych reperfuzyjnie? Nie wierzę, aby u tak wielu chorych opóźnienie hospitalizacji było na tyle duże, aby wykluczało leczenie reperfuzyjnie. Nie potrafię tego racjonalnie wytłumaczyć. Analizując dane epidemiologiczne zawarte w tabelach, zwróciłem uwagę na olbrzymie różnice w częstości hospitalizacji z powodu ostrych zespołów wieńcowych na terenie kraju. Mało prawdopodobne wydaje mi się, aby na Podkarpaciu liczba hospitalizacji na milion mieszkańców z powodu STEMI była niemal czterokrotnie większa niż w województwie podlaskim i trzykrotnie większa niż mazowieckim. To samo dotyczy pozostałych postaci ostrych zespołów wieńcowych. Koniecznie trzeba to wyjaśnić.

Komentując dalekie miejsce województwa w liczbie implantacji stymulatorów serca (531 implantacji na milion), pocieszam się, że w tym rankingu, wśród outside-rów, razem z Podkarpaciem, znalazłyby się również takie kraje jak: Norwegia (555 implantacji na milion), Wielka Brytania (600/milion) czy Dania (626/milion). Mówiąc jednak poważnie, na Podkarpaciu implantacje stymulatorów serca wykonywane są w czterech ośrodkach. W żadnym termin oczekiwania na zabieg nie przekracza tygodnia. Sądzę, że różnice w liczbie implantacji wynikają w dużej mierze od mniej lub bardziej liberalnego podejścia do wskazań do implantacji.

KJF: To bardzo ciekawe spostrzeżenie. Podobne sugestie wysunął w swojej wypowiedzi konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii dla województwa łódzkiego, prof. Zenon Gawor. Zapewne powinni tutaj zabrać głos liderzy polskiej elektrostymulacji. Apelujemy o poznanie ich opinii w tej kwestii. Przejdźmy jednak do innego działu kardiologii – implantacji kardiowerterów-defibrylatorów (ICD). Czterdzieści sześć takich urządzeń na milion mieszkańców w 2008 roku w województwie podkarpackim to wynik znacznie gorszy od średniej ogólnopolskiej (93/milion – ryc. 4).

JK: Gorszy – dokładnie 50% średniej dla kraju. To rzeczywiście problem. W bieżącym roku jeden lub nawet dwa ośrodki poszerzą zakres zabiegów o implantacje kardiowerterów-defibrylatorów. Jestem przekonany, że liczba implantacji w roku 2009 będzie znacznie wyższa.

KJF: Podkarpacie to również dość zaskakujący paradoks: słabo z dostępnością ICD, a znakomicie w dziedzinie ablacji (medalowe miejsce wśród województw w rankingu 2008 roku – ryc. 6). Jak to wytłumaczyć?

JK: Ablacje wykonuje tylko jeden ośrodek – jest to niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Większość zabiegów wykonywana jest w soboty i niedziele przez dwóch kardiologów! Myślę, że to doskonały przykład na to, jak odpowiednia motywacja jest w stanie pokonać wszelkie możliwe przeszkody. Kolejka do ablacji jest pokaźna i nadrabiamy zaległości, bowiem nasze województwo było pod tym względem terenem dziewiczym. Najczęściej wykonywane zabiegi to ablacje w nawrotnym częstoskurczu węzłowym, zespole WPW oraz ogniskowych komorowych zaburzeniach rytmu. Około 10% pacjentów to dzieci.

KJF: Jakie są najważniejsze problemy i wyzwania na przyszłość w kardiologii w regionie, który nadzoruje Pan z ramienia Krajowego Zespołu Specjalistycznego?

JK: Problemem numer jeden staje się finansowanie procedur kardiologii inwazyjnej. Po latach tłustych nadchodzą złe czasy. Każdy ośrodek na terenie Podkarpacia oczekuje na zapłatę za ubiegły rok. Są to kwoty od kilkuset tysięcy do kilku milionów złotych. Szansa na uzyskanie zapłaty za tzw. nadwykonania jest jednak niewielka. Kierownicy niektórych pracowni hemodynamiki już otrzymali nakaz ograniczenia liczby badań inwazyjnych. Znowu pojawiają się kolejki do planowej koronarografii. Druga bolączka to ciągle zbyt mała liczba kardiologów. Powoduje to słaby dostęp do ambulatoryjnej opieki kardiologicznej (czas oczekiwania na poradę specjalisty wynosi w niektórych poradniach 5-6 miesięcy), a dwa oddziały kardiologiczne stały się internistycznymi z powodu braków kadrowych. Mam jednak nadzieję, że w najbliższym czasie uda się te trudności zażegnać. Jak na razie, na Podkarpaciu, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, żyją najdłużej w Polsce i ufam, że nie ulegnie to zmianie (Sytuacja zdrowotna ludności Polski, PZH, 2008).

KJF: Gratuluję. To niewątpliwie najważniejsza dyscyplina rankingowa, chociaż nie ujęta w sprawozdaniu konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii. Dziękuję za czas poświęcony na wywiad.