

XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

16-19 IX 2020 **W INTERNECIE**



Materiał prasowy

Warszawa, 17 września 2020 r.

XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

„Żyć lepiej i dłużej dzięki kardiologii”

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne jest największym stowarzyszeniem profesjonalno-naukowym w Polsce, które skupia prawie 6 tys. członków. Naczelnym celem Towarzystwa jest zwalczanie chorób układu sercowo-naczyniowego, a przez to obniżenie umieralności z ich powodu i poprawa jakości życia. Nawiązuje do tego hasło tegorocznego XXIV Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego: „Żyć dłużej i lepiej dzięki kardiologii”.

Główne zadania jakie stoją przed Polskim Towarzystwem Kardiologicznym:

1. Dalsze prace nad poprawą funkcjonowania programu Koordynowanej Opieki dla Pacjentów po Zawałce Serca (KOS-Zawał), który był zainicjowany przez PTK i doprowadził do bezprecedensowego spadku śmiertelności. W Polsce na zawał serca zapada 75 tys. osób rocznie.
2. Kontynuacja wysiłków na rzecz wprowadzenia programu Koordynowanej Opieki dla Pacjentów z Niewydolnością Serca (KONS), na którą cierpi w Polsce ponad 1 milion osób.
3. Dalsza współpraca z organizacjami pacjentów kardiologicznych poprzez cykle wspólnych konferencji lokalnych, udział organizacji pacjentów w Kongresach PTK, współpraca przy organizacji Forum „Serce Pacjenta”, inicjatywy powstałej w 2019 roku, utrzymanie i inicjowanie nowych portali dla pacjentów na stronie internetowej Towarzystwa.

Obecnie funkcjonują portale:

- Słabe Serce <http://slabeserce.pl>
- Co po Zawałce <http://copozawale.pl>
- Arytmia Grozi Udarem <http://arytmiagroziudarem.pl>

W planie kolejne dwa dedykowane osobom po zatorowości płucnej i z wadami zastawkowymi serca.

4. Utrzymanie grantów naukowych i wyjazdowych PTK dla lekarzy i pielęgniarek chcących realizować projekty naukowe oraz przedstawiać ich wyniki na międzynarodowych kongresach i artykułach publikowanych w uznanych pismach fachowych.
5. Dalszy rozwój Platformy Edukacyjnej PTK.
6. Współpraca z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Agencją Badań Medycznych oraz Parlamentem w celu wdrażania nowych terapii i programów kardiologicznych. Przykładem sukcesu może być zaakceptowany i już realizowany program leczenia pacjentów z hiperlipidemią rodzinną.
7. Współpraca z przemysłem.
8. Wprowadzenie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia.

XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

16-19 IX 2020 **W INTERNECIE**



Narodowy Program Chorób Układu Krążenia

Wprowadzenie zainicjowanego przez PTK w 2017 roku Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, który powinien pozwolić na nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, które wciąż pozostają (przede wszystkim choroba wieńcowa) główną przyczyną zgonów Polaków.

Według ostatniego raportu NIZP-PZH z 2018 roku mężczyźni w Polsce żyją obecnie (2015 r.) o ok. 4,5 lat krócej niż wynosi średnia długość życia mieszkańców w UE. W przypadku kobiet różnice są mniejsze i Polki żyją obecnie (2015 r.) przeciętnie o ok. 1,9 roku krócej niż wynosi średnia długość życia dla ogółu mieszkanki Unii Europejskiej. W decydującym stopniu za krótsze życie polskich mężczyzn odpowiada większa niż w innych krajach ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25-64 lata, a przede wszystkim w wieku 45-64 lata, która odpowiada w około 45% za ich krótsze życie. W przypadku polskich kobiet, to, że żyją one krócej wynika z wyższej umieralności w starszym wieku 65 lat i więcej.

Prace nad Narodowym Programem Chorób Układu Krążenia były już 3-krotnie wznawiane, obecnie został powołany Komitet Ekspertów, który pod auspicjami PTK oraz bezpośredniego koordynatora programu, Narodowego Instytutu Kardiologii ma zaproponować jego główne i szczegółowe cele oraz strategię jego wprowadzania, początkowo prawdopodobnie w formie pilotażu.

Główne punkty Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia:

- Kadry medyczne – programy specjalizacji, szkolenia zawodowe itp.;
- Inwestycje w edukację, prewencja pierwotna i styl życia;
- Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna;
- Inwestycje w naukę i innowacje;
- inwestycje w system opieki zdrowotnej, m.in. tworzenie centrów doskonałości.

Innowacyjne technologie w kardiologii

W diagnostyce i leczeniu chorób układu sercowo-naczyniowego wykorzystujemy leki i metody nefarmakologiczne. Te ostatnie, zwłaszcza w początkowym okresie po dopuszczeniu do stosowania w leczeniu pacjentów są w Polsce, o ile w ogóle, stosowane kazuistycznie. Wynika to z ceny jednostkowej, szczególnie gdy dotyczą przełomowych technologii.

Technologie medyczne wymienione poniżej, choć przełomowe, są dostępne i refundowane w wielu krajach Europy.

• Rejestratory zdarzeń (arytmicznych)

W diagnostyce zaburzeń rytmu serca, u chorych po utracie przytomności, która występuje rzadziej niż raz w miesiącu, ale przebiega dramatycznie, często powodując urazy stosuje się wieloletnie monitorowanie rytmu przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (arytmicznych). Urządzenia automatycznie przesyłają fragment ekg z zaburzeniami rytmu, niezależnie od tego czy są objawowe, czy nie, który jest dostępny dla lekarza opiekującego się chorym w ciągu 24 godzin.

• Bezelektrodowy stymulator serca

W grudniu 2013 roku po raz pierwszy na świecie wszczepiono bezelektrodowy stymulator serca. Urządzenie to wielkości dużej kapsułki z witaminą jest w pełni funkcjonalnym rozrusznikiem serca, który mimo małych rozmiarów (o 90% mniejsza objętość i o 90% mniejsza masa) może działać 10 lat. Urządzenie to nie powoduje powikłań miejscowych związanych z kieszonką stymulatora (np. krwiaki kieszonki, zakażenie) oraz elektrod (np. złamania elektrod, zakażenia odelektrodowe, uszkodzenia izolacji) bo ich po prostu nie ma. Ryzyko powikłań przy wykorzystaniu tej technologii jest o około 50% mniejsze niż w przypadku standardowych układów. Ma to szczególne znaczenie u chorych z przebytymi w przeszłości powikłaniami, szczególnie infekcyjnymi lub gdy ich ryzyko jest wysokie, a także u chorych z zakrzepicą żylną i anomaliami anatomicznymi.

XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

16-19 IX 2020 **W INTERNECIE**



W 2020 roku dostępna jest już wersja dwujamowa stymulatora bezelektrodowego.

Pierwszy stymulator bezelektrodowy wszczepiono w Polsce nieco ponad 2 lata po premierze światowej (styczeń 2016), a jego wersję dwujamową w maju 2020, 4 miesiące po pierwszej implantacji na świecie.

- **Systemy zdalnej kontroli urządzeń wszczepialnych**

Na świecie jest od wielu lat powszechnie stosuje się systemy zdalnej kontroli urządzeń wszczepialnych. Dostarczają one w ciągu 24 godzin informację nie tylko o zaburzeniach pracy kardiowerterów-defibrylatorów oraz układów do stymulacji resynchronizującej, ale także informacje dotyczące stanu klinicznego chorego (występowanie zaburzeń rytmu, aktywność fizyczna, zastój w krążeniu płucnym, częstotliwość rytmu serca, odsetek stymulacji). Analiza tych parametrów pozwala na przewidywanie z kilkunastodniowym wyprzedzeniem ryzyka hospitalizacji z powodu pogorszenia wydolności serca oraz wdrożenie odpowiednich działań, które mogą zapobiec tej hospitalizacji. W badaniach klinicznych udowodniono, że osoby objęte takim nadzorem mają lepsze rokowanie i dłużej żyją. Technologia zyskała pozytywną rekomendację AOTMiT już w roku 2018, ale nadal nie została wprowadzona do katalogu świadczeń gwarantowanych, choć prace w tym zakresie są bardzo zaawansowane. Ta technologia ograniczając potrzebę wizyt kontrolnych w celu oceny funkcji urządzenia ma szczególne znaczenie w dobie COVID-19 u chorych z niewydolnością serca.

- **Układy wspomagające pracę serca**

W tej grupie należy wymienić stymulację modulującą skurcz serca (CCI – cardiac contractility modulation). To technologia stymulacji serca wpływająca na gospodarkę wapniową sarkomerów – elementów kurczliwych tkanki mięśnia sercowego. Pozwala na poprawę kurczliwości u chorych z uszkodzonym sercem, u których dotychczasowa terapia nie przyniosła efektów.

Pompy wspomagające pracę komory (np. Impella). To urządzenia wprowadzane czasowo do komory zwiększające rzut minutowy serca u chorych, u których doszło do ostrych przemijających zaburzeń kurczliwości. Pozwalają na przeprowadzenie zabiegów u chorych znacznego ryzyka ze względu na ciężkie uszkodzenie serca. Dotyczy to przede wszystkim angioplastyki wieńcowej i zabiegów ablacji komorowych zaburzeń rytmu serca u chorych wysokiego ryzyka.

- **Małoinwazyjne zabiegi u chorych z wadami serca:**

W tej grupie należy wymienić przeszskórne wszczepienie zastawki aortalnej (TAVI) oraz redukcję niedomykalności mitralnej przy użyciu systemu MitraClip oraz zamykanie ubytków w przegrodach serca, a także uszka lewego przedsionka (u chorych z powikłaniami krwotocznymi koniecznego leczenia przeciwkrzepliwego) przy użyciu specjalnych okluderów. Technologia te są refundowane, choć liczba, która jest wykonywana w ciągu roku jest daleka od zaspokojenia potrzeb, zwłaszcza w porównaniu z liczbą procedur wykonywanych w Niemczech. Trwają także prace i badania kliniczne nad przeszskórnie wszczepianą zastawką mitralną, co jest szczególnie ważne u pacjentów z niewydolnością serca i funkcjonalną niedomykalnością mitralną.

Ponadto jest konieczna szybka ścieżka wprowadzania w Polsce nowych technologii sprzętowych. Wydaje się również uzasadnione, aby w ramach posiadanych kontraktów NFZ wprowadzić mechanizmy pozwalające na stosowanie tych wyrobów medycznych przez ośrodki referencyjne w ramach uproszczonej procedury finansowania za zgodą płatnika.

XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

16-19 IX 2020 **W INTERNECIE**



Program KOS-Zawał

Program kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale serca, tzw. KOS-Zawał, który zapewnia ciągłość procesu diagnostyki i leczenia kardiologicznego w ciągu 12 miesięcy po wypisie ze szpitala funkcjonuje w Polsce od 2017 roku. W czasie niedawnego kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ogłoszono wyniki analiz efektywności tego nowatorskiego systemu. Wyniki te wzbudziły duże zainteresowanie międzynarodowego środowiska naukowego, zarówno kardiologów, jak i specjalistów z zakresu systemów ochrony zdrowia. Okazuje się, że osoby objęte opieką w ramach KOS-Zawał mają o około 30% mniejsze ryzyko zgonu i około 15% mniejsze ryzyko ponownej hospitalizacji w porównaniu z osobami pozostającymi w standardowej opiece.

Analizy wskazują, że te znakomite wyniki uzyskiwane są dzięki poprawie dostępu do ambulatoryjnej opieki kardiologicznej, rehabilitacji kardiologicznej, a także zabiegów kardiologicznych. Pakiet „pozawałowy” pozwala na wykonywanie zabiegów kardiologicznych w terminie optymalnym z punktu widzenia potrzeb pacjentów, zwiększa i usprawnia dostęp do rehabilitacji kardiologicznej, a także do konsultacji kardiologicznych. Program „wymusza” realizację co najmniej kilku konsultacji kardiologicznych w ciągu pierwszych 12. miesięcy po zawale serca. Dzięki zmniejszeniu zbędnych opóźnień w realizacji procedur kardiologicznych, koordynacji i zmianie organizacji opieki medycznej, a także poprawie jej jakości KOS-Zawał zmniejsza liczbę niepotrzebnych hospitalizacji, co z kolei owocuje oszczędnościami dla systemu ochrony zdrowia.

Obecnie program KOS-Zawał jest realizowany w ponad 70. ośrodkach w kraju, to jest w około połowie wszystkich ośrodków leczących pacjentów z zawałem serca, przy czym ich usytuowanie terytorialne jest nierównomierne.