

GAZETA KONGRESOWA

XXVII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Rozmowa z prof. Robertem Gilem Prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2023-2025

prof. dr hab. n. med. Robert Gil

Klinika Kardiologii
Państwowy Instytut Medyczny MSWiA, Warszawa

Panie Profesorze, gratulujemy przejścia sterów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jakie najważniejsze zadania stawia Pan sobie jako Prezes PTK?

To najtrudniejsze z możliwych pytań, ponieważ gdybym miał jeden cel do osiągnięcia, jedną rzecz do wykonania, oczywiście odpowiedź byłaby prosta. Natomiast mam ambicje i przygotowany program do wielopłaszczyznowych i wielopoziomowych zmian w PTK – przygotowanych po to, aby towarzystwo dostosowało się do nowych, trudnych wyzwań, do czasów, kiedy potrzebne jest silne zabezpieczenie finansowe. Konieczne jest działanie polegające nie tylko na bieżących odpowiedziach – bo dostajemy coś do oceny, bo ktoś nas o coś pyta. Obecnie reagujemy szybko, zazwyczaj to jest kilka dni, a nieraz zdarza się, że niecała doba. Moim zdaniem takie akcyjne działanie powinno być zamienione na działanie stabilne,



trwale, polegające na tym, żeby stosowne komórki organizacyjne naszego towarzystwa pracowały ciągle nad pewnymi problemami, aby nasza reakcja była przemyślana, przygotowana, a nawet żebyśmy mogli uprzedzać niektóre zaskakujące nas informacje. Moje hasło wyborcze brzmi: „Polska kardiologia, europejskie standardy”. To mówi wszystko – chcemy, abyśmy materiały przygotowane przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, którego jesteśmy częścią i gdzie nasi eksperci również dają swój wkład, interpretowali nie „po polsku”, żebyśmy nie adoptowali ich do polskich warunków, tylko żebyśmy mogli je w pełni implementować. Moim marzeniem jest, aby polski kardiolog po zdaniu egzaminu w Polsce był respektowany wszędzie, a co najmniej w Unii Europejskiej. Z kolei jeśli zda egzamin w ramach struktur Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), to Polska powinna taki egzamin też zaliczyć. Po co dwojenie egzaminów? Zrobmy tak, aby programy się całkowicie ze sobą zgadzały i wszyscy będą szczęśliwi.

[CZYTAJ WIĘCEJ NA STR. 2](#)

Prof. Marek Gierlotka Prezesem Elektem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2023-2025

Prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka jest specjalistą kardiologii, intensywnej terapii i chorób wewnętrznych oraz kardiologiem inwazyjnym. Kierownikiem Kliniki i Oddziału Kardiologii w Opolu, a także Dyrektorem Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego i Konsultantem Wojewódzkim na Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Prowadzi aktywne działania organizacyjne, naukowe i edukacyjne w strukturach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a jego największe osiągnięcia to wkład w rozwój Asocjacji Intensywnej Terapii Kardiologicznej oraz stworzenie Platformy Naukowej PTK.

W 2019 roku został wybrany na członka Zarządu Głównego PTK i pełnił tę funkcję przez dwie kadencje. Jest Przewodniczącym Komisji Inicjatyw Klinicznych ZG PTK. Z jego inicjatywy powstała Platforma Naukowa PTK – kompleksowe rozwiązanie organizacyjno-prawno-informatyczne wspierające działalność naukową członków Towarzystwa. Ponadto jest członkiem Komitetu Naukowego Kongresów PTK. Dwukrotnie przewodniczył komitetowi organizacyjnemu Wiosennej Konferencji PTK i Konferencji „Kardiologii Polskiej” w 2022 i 2023 roku w Opolu.

[CZYTAJ WIĘCEJ NA STR. 4](#)

Walne zebranie Delegatów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Wśród 27 września 2023 roku w Poznaniu odbyły się obrady Walnego Zebrania Delegatów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W ich trakcie podsumowano dotychczasową działalność PTK oraz omówiono kluczowe kwestie związane z dalszym funkcjonowaniem

Towarzystwa. Najistotniejszym punktem spotkania były wybory Prezesa Elekta oraz członków Zarządu Głównego PTK na kadencję 2023-2025. Nowym Prezesem Elektem został prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka. Gratulujemy! Wyniki wyborów władz PTK w kadencji 2023-2025 publikujemy na stronie 4.

Rozmowa z prof. Robertem Gilem Prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2023-2025

DOKOŃCZENIE ZE STR. 1

Ogromnie istotną kwestią, która pojawiła się w związku z pandemią, są niestety finanse. Wszystko jest coraz droższe, firmy mają coraz mniej pieniędzy na tak zwaną promocję i tną koszty gdzie się da, zwłaszcza że konkurencyjność rynku jest ogromna – tak jak dawniej dominowały duże koncerny, przede wszystkim amerykańskie, niektóre europejskie i japońskie, tak dzisiaj zalewa nas produkt chiński i indyjski, który może już konkurować z powyższymi w wielu aspektach. PTK jest kongresocentryczne, ma dwie główne imprezy naukowe: wiosenną konferencję i jesienny Międzynarodowy Kongres PTK. Na nich mamy powierzchnie wystawowe, możemy również oferować firmom czasy wykładowe w postaci sesji sponsorowanych, przy czym musimy zachować balans między komercją a nauką i edukacją. Wydaje się, że jesteśmy w stanie z tych dwóch imprez naukowych utrzymać niezależność finansową naszego Towarzystwa, które przetrwa trudne chwile, a jednocześnie utrzyma swoje wpływy. Jednak jestem głęboko przekonany, że wręcz trzeba szukać innych sposobów zarabiania i mam na to pomysł. Pamiętajmy: PTK jest największym towarzystwem naukowym w Polsce z liczbą ponad 5000 członków. Chcę przekonać Zarząd Główny, któremu będę przewodził, aby zgodził się na moje propozycje – w ich wyniku powinniśmy stać się mocnymi partnerami do rozmów z urzędami, przemysłem, agencjami zajmującymi się propagowaniem zdrowego życia oraz prewencji chorób sercowo-naczyniowych. Uważam, że te pieniądze można znaleźć nie tylko w polskich agencjach, również w międzynarodowych, jednak trzeba mieć do tego zarówno odpowiedni warsztat, jak i ludzi, komórki, które będą mogły się zająć zdobywaniem środków i prowadzeniem niezbędnych zadań. PTK powinno na tym zarobić, przepraszam za kolokwializm, a ludzie zaangażowani powinni zostać wynagrodzeni. Jeśli tego nie zrobimy, to po prostu zaczniemy karłowacieć. Nie będziemy odpowiednim, niezależnym partnerem w rozmowach i to nie my będziemy dyktowali ceny. Jest jeszcze jedna bardzo ważna rzecz, na którą całkiem niedawno wpadło ESC – dwa komitety, które muszą wspólnie działać: ESC Advocacy Committee oraz ESC Regulatory Affairs Committee, a których rola jest coraz ważniejsza dla ESC. W moim programie ich polski odpowiednik nazwałbym Biurem Eksperckim PTK, gdzie będą odpowiedni specjaliści, gotowi do pracy na rzecz regulatorów rynku, agencji rządowych i samorządowych, również agencji międzynarodowych, które dysponują pieniędzmi i widzą zadania m.in. dla dużych towarzystw naukowych. Mamy kontakty z ośrodkami, mamy wybitnych naukowców. Trzeba tym ludziom po prostu pozwolić pracować, pozwolić realizować swoje plany i ambicje z wykorzystaniem tego na rzecz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Takie Biuro Eksperckie PTK może spowodować, że wreszcie staniemy się pełnoprawnym partnerem dla regulatorów rynku, jak dla Ministerstwa Zdrowia, dla komisji senackiej i sejmowej. Chcielibyśmy być przez te gremia w pierwszym rządzie proszeni o komentarze, o analizy, o wyznaczanie pewnych kierunków i tworzenie

pewnych standardów w oparciu o nasze doświadczenie i kontakty na Zachodzie. Niestety w Polsce bardzo często przechodzimy proces odwrotny – sprawdzimy, jak zrobią to agencje europejskie, amerykańskie czy japońskie, po czym i tak zrobimy to po „naszemu”. Taka jest, momentami śmieszna, rzeczywistość. Jednak przy odrobinie wysiłku możemy być gotowi, żeby w sposób fachowy, wysokospecjalistyczny odpowiadać na konkretne zagadnienia, a nawet być liderem w kreowaniu rozwiązań.

Tradycja i idea ciągłości jest niezwykle ważna w PTK. Czym jednak będzie się wyróżniała kadencja Pana Profesora? Czy przewiduje Pan jakieś nowości?

Nie musimy się wstydzić naszej historii. Historię trzeba szanować i wyciągać z niej właściwe wnioski. Miewaliśmy ogromne wyzwania, na przykład w czasach centralnej władzy i przejścia solidarnościowego. Za komuny nikt na papiery nie patrzył, jakoś to się wszystko kręciło, a nagle się okazało, że trzeba robić sprawozdania finansowe i to nie tylko odkąd zaczęły obowiązywać, ale też trzeba było się cofnąć w odległą przeszłość. Przejście w nowoczesną strukturę towarzystwa naukowego było ogromnym wyzwaniem, ale mu sprościliśmy. Członkowie ówczesnych Zarządów na czele z Prezesami PTK pracowali za darmo po nocach, aby budować pokładki praworządności, czystości finansowej i wszystkich nowych wymogów. Uważam to za pierwszy sukces, który pokazał profesjonalizm tego Towarzystwa. Ale mimo wszystko pewne struktury w PTK są niezmiennie od lat, może lekko zabarwiane powołaniem jednej czy dwóch dodatkowych komisji czy komitetów. Po pierwsze szalenie dziękuję panu profesorowi Adamowi Witkowskiemu, mojemu przyjacielowi, że tak dużo zrobił w oparciu o stare zasady, w czasie szalejącej pandemii. Poświęcił temu ogrom czasu zawodowego i rodzinnego. Nie wątpię, iż wielokrotnie był osamotniony w tym, co musiał robić, na przysłowiowe „już”, a nie miał czasu na angażowanie kogoś, kto nie był na bieżąco. Wspieraliśmy go na miarę możliwości, ale pewnych rzeczy bez osobistego zaangażowania Prezesa zrobić nie było można. Chciałbym tego uniknąć – wolałbym mieć w Biurze Eksperckim ludzi, których nie nie zaskoczy, to oni mogą decydentów zaskoczyć, a ja o każdej porze dnia i nocy mogę się zwrócić o szybką analizę, o profesjonalne wsparcie idei czy znalezienie argumentów do rozmów z decydentami. Na tym bym osadził działalność PTK – my musimy lśnić, pokazywać, że jesteśmy i nikomu do głowy nie powinno przyjść, że inne towarzystwo w temacie kardiologii wie więcej i może jego warto zapytać. Powinniśmy być apolityczni, bo działamy dla całego społeczeństwa, którego nie można dzielić na swoich i ichnich, dlatego powinniśmy być bezwzględni w sprawach dotyczących wytycznych, gdyż przestrzegane wytyczne to prawidłowa diagnostyka, prawidłowa prewencja, a w konsekwencji prawidłowe i efektywne leczenie. Co więcej widzę PTK, które oprócz odpowiadania na naukę i edukację w zakresie chorób sercowo-naczyniowych nie zapomina, że na to wszystko trzeba zdobyć finansowanie. Uważam, że w PTK powinny być stosowne komórki, takie jak fundacja czy/i spółka operacyjna,

które pozwolą zdobywać środki w innych wymiarach niż teraz. To ma nam pomóc być aktywnym przedsiębiorstwem, które samo na siebie zarobi i jeszcze sfinansuje mnóstwo kwestii koniecznych dla zdrowia Polaków, dla zdrowia w ogóle w obrębie chorób sercowo-naczyniowych. Wróćmy jednak do ciągłości w PTK. Proszę zwrócić uwagę, że kadencja w PTK jest kalką propozycji ESC. Na początku bardzo trudno było nam to zaakceptować, bo co można zrobić przez dwa lata? Można się przygotować, żeby coś zrobić. Natomiast ESC ma taki statut, który my również przyjęliśmy, że w Zarządzie Głównym mamy aktualnego prezesa, mamy prezesa poprzedniego, czyli pastę i mamy tzw. czekającego, czyli prezesa elekta. Tę trójkę nazywam trójką muszkietierów i takimi muszkietierami jesteśmy prof. Witkowski, prof. Mitkowski i ja. Uważam, że to my po raz pierwszy tak mocno się wspieraliśmy. Profesor Adam pewne rzeczy przekazał – jemu było najtrudniej, bo działał w czasie pandemii. Profesor Mitkowski te rzeczy pociągnął przy wsparciu prof. Witkowskiego i dołożył swoje. Wchodzę w miejsce prof. Mitkowskiego, który mnie od początku utrzymywał w wiedzy o stanie bieżącym. Kiedy zostanie wybrany nowy prezes elekt, jego też wtajemniczmy w szczegóły działalności, żeby na realizację naszych wspólnych planów było 6 lat, a nie 2. Ten system powoduje, że mnóstwo rzeczy w naszym towarzystwie wręcz musi być kolegialnych, Zarząd nie może być jednoosobowy, autorytarny prezes przez 2 lata nic nie robi, jeśli go nie wesprze środowisko, a także poprzednik i następca. Nie jest to łatwe i myślę, że dla niektórych byłoby to trudne do zaakceptowania.

Jaką rolę, Pana zdaniem, powinno odgrywać PTK w środowisku polskiej kardiologii?

Żeby ludzie chcieli być w PTK, muszą z jednej strony widzieć jego moc i słuszność działań, a z drugiej mieć z tego pewne korzyści. Te korzyści to przede wszystkim ułatwienie dostępu do wiedzy, atrakcyjność imprez naukowych takich jak Wiosenna Konferencja i wrześniowy Kongres, ale również wszystkie eventy naukowe, które tworzą asocjacje i sekcje PTK. Chciałbym, żeby bycie członkiem PTK było „the must” nie tylko kardiologa – mamy przecież mnóstwo internistów zaangażowanych w diagnostykę i leczenie pacjentów ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi i chciałbym, aby dla nich opcja bycia członkiem PTK też wchodziła w grę, aby chcieli tu być, aby widzieli, że warto. To może być mało popularne, ale uważam, że członkom PTK, którzy płacą składkę, warto coś dać w zamian. Polacy, w tym lekarze, nie lubią niestety płacić składek, ale będą do tego bardziej skłonni, jeśli oferta będzie poszerzona. Wśród członków PTK są wybitni naukowcy, są wybitni klinicyści i są zwyczajni lekarze, którzy też wykonują ogrom dobrej pracy. W każdym dużym towarzystwie jest coś takiego jak pozycja Fellowa – jedną z moich propozycji wyborczych było, żeby Polskie Towarzystwo Kardiologiczne też miało instytucję „Fellow”, który będzie miał stosowny certyfikat, na Kongres i konferencje będzie miał zerową albo obniżoną stawkę za wejście, dostanie pomieszczenie, gdzie będzie mógł w ciszy odpocząć, przygotować się do wykładu czy spotkań. Byłaby możliwość połączenia tego z prenumeratą „Kardiologii Polskiej” (a właściwie już „Polish Heart Journal”), z dostępem do dodatkowych materiałów na stronie PTK czy na platformie edukacyjnej. Trzeba więc przygotować ofertę zarówno dla doświadczonych, jak i dla młodych, którzy często mają dobre pomysły, ale niekoniecznie pieniądze i orientację, jak swój

rozwoj naukowy przyspieszyć. Mamy „Klub 30”, czyli młodych naukowców, którzy chętnie się takimi rzeczami zajmą. Jestem po rozmowach z tą strukturą – bardzo ją sobie cenię i myślę, że właśnie przed nią jest zadanie zbudowania propozycji dla młodych ludzi, którzy jeszcze nie wiedzą, co dokładnie chcą robić w kardiologii, nawet nie są pewni, czy to w ogóle musi być kardiologia. To my musimy dzisiaj, w obliczu spadku atrakcyjności kardiologii, pokazywać, że każdy tam może znaleźć coś dla siebie: klinicysta od przysłowiowego stetoskopu, interwencyjny kardiolog wstawiający stenty, elektrofizjolog robiący ablacje i wszczepiający urządzenia stymulacyjne, lekarz zajmujący się prewencją, bo widzi problemy epidemiologiczne. Ofertę przygotować musimy również w oparciu o asocjacje i sekcje, które przecież wykonują ogromną część ważnej pracy edukacyjnej i naukowej, nie możemy zapominać o tych młodych grupach. Obecnie wiele się dzieje, ale cząstkowo i zaleźnie od zaangażowania ludzi w poszczególnych strukturach. Chciałbym przelać to na całe Towarzystwo, żeby oferta była równie cenna na wszystkich poziomach i dla wszystkich – nie każdy chce być noblistą, ale każdy chce być dobrym lekarzem, chce mieć od kogo się uczyć i żeby to nie trwało latami. Za to powinno odpowiadać Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Jakie cele stawia sobie Pan Profesor w współpracy zagranicznej, m.in. z ESC?

Moje hasło jest jedno i niezmiennie: „Polska kardiologia, europejskie standardy”, ale celów mam szalenie dużo. Oprócz organizacyjnych i finansowych, o których już mówiłem, pewne zagadnienia w moim przekonaniu są może nie tyle nietknięte, co nie było dla nich do tej pory szansy uzyskania systemowych rozwiązań. Myślę, że największym wyzwaniem mojej kadencji powinien być – czy jest, przynajmniej na ten moment – problem wstrząsu kardiogenego i pozaszpitalnych nagłych zatrzymań krążenia. Ci pacjenci w ogromnej mierze umierają po drodze, bo nie do końca wiadomo, gdzie mają jechać, kto się ma nimi zająć. Część ośrodków sobie z tym radzi, ale nie systemowo, tylko rozwiązaniami lokalnymi – tu mamy duże zróżnicowanie procedur postępowania, a chciałbym, żeby ci pacjenci mogli skorzystać z sieci ośrodków kardiologii interwencyjnej, podzielonych na mniejsze przygotowujące pacjenta i większe mogące go przejąć. W końcu wstrząs kardiogeny grozi załamaniem wielonarządowym i leczenie takiego pacjenta to nie jest kwestia wyłącznie tętnicy, mogą to być różne okoliczności kardiologiczne, może również dojść wstrząs septyczny, udar, konieczność interwencji chirurgicznej. Chodzi mi o stworzenie takiego systemu, aby pacjent spełniający określone kryteria na miejscu dostał wstępnie właściwe rozpoznanie oraz pierwsze leki i z tym jechał tam, gdzie można go efektywnie i szybko ratować. W Poznaniu zostanie powołany komitet na rzecz stworzenia narodowego programu leczenia chorych ze wstrząsem kardiogenym i nagłym zatrzymaniem krążenia – to jest wyzwanie ogromne, bo musi zostać podjęte we współpracy z innymi specjalizacjami: przynajmniej z anestezjologami, z intensywnymi terapeutami, z kardiochirurgami, z neurologami, to jest kwestia poszerzenia diagnostyki w SOR-ach i przyjęć w dużych ośrodkach. To także kwestia analizy, czy dany pacjent rokuje czy nie, są to również etyczne wyzwania i tutaj etycy będą mieli coś do powiedzenia. Kompleksowe rozwiązania nie stworzą się same, ale mamy w „naszych zasobach” ludzi, którzy od lat na rzecz takiego programu działają, poświęcają mu czas i umiejętności. Drugie wyzwanie, jakie stoi przede mną, dotyczy dostępu do nowych technik diagnostycznych zarówno dla pacjenta,

jak i dla kardiologa – bo dzisiaj diagnostyka kardiologiczna to nie jest tylko diagnostyka EKG, UKG, izotopowa czy rentgenowska. Dzisiaj diagnostyka jest dużo szersza, do dyspozycji są tomografy komputerowe z tzw. nieinwazyjną koronarografią czy rezonans magnetyczny ułatwiający ocenę struktury mięśnia sercowego, to wszystko pozwala na bardzo dokładne różnicowanie jednostek chorobowych, m.in. poprzez ocenę perfuzji mięśnia sercowego czy scyntygrafie perfuzyjnej i czynnościowe w rezonansie – te technologie są we władaniu radiologów, do tej pory my zbyt często z tego nie korzystaliśmy. Musimy doprowadzić do konsensusu, w którym odpowiednio przeszkoleni kardiologowie, m.in. przez radiologów, będą mieć prawo, wręcz obowiązek opisywać takich chorych. Dzisiaj na opis badania rezonansem magnetycznym czeka się 2 tygodnie albo i 2 miesiące, bo wśród radiologów nie ma wielu specjalistów znających się na sercu, rutynowo zajmują się zupełnie innymi obszarami. Z kolei sam obrazek bez możliwości skorygowania go ze stanem klinicznym i z innymi badaniami nie mówi tyle, ile by mógł osadzony w kontekście. To więc jest drugie wyzwanie – dostęp dla kardiologów do nowych technologii, które nie były do tej pory uznawane za kardiologiczne, a bez wątpliwości bez nich nie da się dzisiaj prawidłowo diagnozować i leczyć chorych. Kolejnym dużym wyzwaniem jest diagnostyka genetyczna i tutaj PTK powołało specjalny zespół roboczy pod kierownictwem pani profesor E.K. Biernackiej, który ma przygotować we współpracy z genetykami, jak taka pracownia powinna wyglądać, jakie testy powinny być dostępne itd. Trzeci temat, który moim zdaniem powinien być wzięty pod uwagę: jeżeli się analizuje wydatki na schorzenia sercowo-naczyniowe i patrzy się na wiek populacyjny, to widać bardzo duże powiązanie między niskimi nakładami gdzieś do 40-45. roku życia, potem bardzo wysokimi ok. 55. roku życia i powyżej 80. roku życia znów spadają. Można powiedzieć, że oszczędzamy na dzieciach, za mało wydajemy na diagnostykę i prewencję, ratujemy sytuację dla wieku produkcyjnego, a potem staramy się oszczędzić na seniorach – aby to zmienić, powstał koncept „Kardiologii dla pokoleń”, którego jestem autorem razem z Fundacją Instytut Świadomości. Na ten temat odbyły się dwie konferencje prasowe w latach 2021 i 2022 i mam nadzieję, że teraz jako prezes pewne rzeczy będę mógł mocniej „popchnąć do przodu”. Chciałbym znaleźć sposób na mądrą inwestycję prewencyjno-diagnostyczną

właśnie w wieku dziecięcym i nastoletnim, a także u najbardziej obciążonych. W tej sprawie jesteśmy w kontakcie z kardiologami pediatrycznymi i przedstawicielami geriatrii klinicznej, a także oczywiście z prominentnymi klinicystami tzw. wieku produkcyjnego. W Polsce brakuje czegoś takiego jak prozdrowotny kanał telewizyjny. Z kolei w internecie szara strefa w postaci ruchów antyszczepionkowych i antystatynowych robi bardzo dużo złego, jesteśmy w stosunku do nich bezbronni. A czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci – dlatego potrzeba więcej współpracy z pediatrami czy z Ministerstwem Edukacji Narodowej, aby odpowiednie akcje promocyjne dotyczyły już przedszkoli i szkół, i to nie tylko samych dzieci, ale również ich rodziców. To jest niestety orka na ugorze, ale nie poddajemy się i z całą pewnością o „Kardiologii dla pokoleń” będziemy przynajmniej sygnalizowali i współpracowali ze wszystkimi, którzy będą chcieli nas wspomóc w dążeniu, aby prewencja i diagnostyka zagościły w polskich domach. Następnym wyzwaniem jest, żeby z perspektywy Europy PTK nie było lokalną organizacją – chcemy się liczyć i dzięki staraniom zwłaszcza prof. P. Mitkowskiego coraz bardziej się nas zauważa na kongresie ESC, ale w dalszym ciągu nie mamy swoich ludzi we władzach. To się bierze m.in. z dwuletniej kadencji i egocentrycznych ciągów, których nie brakuje w PTK – to powodowało brak centralnego programu i brak wzajemnego wsparcia, promocji tych, którzy naprawdę mają szansę. Ta polityka zagraniczna i rywalizacja o pozycję w PTK to następne wyzwanie, któremu zamierzam podjąć i na które mam swój pomysł.

Jakie będą cele przed PTK we współpracy z organami administracji rządowej?

Widzę to w ten sposób: nie znamy wyników wyborów. Nasze preferencje polityczne powinny być schowane do kieszeni. Mówimy o PTK, które powinno być apolityczne, pro-pacjenckie i pro-lekarskie. Uwiązanie się z politykami, umawianie się na coś z jedną stroną oczywiście w Polsce odbija się przeciwdziałaniami drugiej strony, musimy więc unikać tego typu sytuacji. Jednak ktokolwiek by nie rządził, po pierwsze musi znać naszą wartość, musi nas cenić, a my możemy wyłącznie swoim profesjonalizmem i właściwym przygotowaniem technicznym oraz formalno-prawnym wspomagać pewne procesy w regulacjach rządowych i samorządowych. Tutaj znów

przypomnę o niezwykle ważnej roli, jaką powinno pełnić Biuro Ekspertki PTK. Tam powinni być ludzie, których nie można zaskoczyć, a nawet jeśli się ich zaskoczy, to nawet w środku nocy będą w stanie szybko zorganizować odpowiedź i pokazać naszą solidność.

PTK kontynuuje współpracę z organizacjami pacjenckimi i projektami edukacyjnymi skierowanymi do pacjentów. Jak według Pana powinna wyglądać nowoczesna edukacja społeczeństwa w zakresie chorób sercowo-naczyniowych? Jakie wyzwania widzi Pan Profesor przed tymi projektami?

Przyznaję, że mam z tym tematem problem, gdyż w relacjach z ośrodkami decydenckimi zarzucano nam zawsze wykorzystywanie pacjentów. Mówiono swego czasu o kardiologii, zwłaszcza kardiologii interwencyjnej, to samo o diabetologii, że wykorzystujemy stowarzyszenia pacjenckie w celu zwiększenia pozyskiwania środków na daną dziedzinę. Dlatego jestem mocno ostrożny wobec każdego, kto dopiero co stworzył fundację pacjencką i już przychodzi rozmawiać o zdobywaniu pieniędzy. Jeśli chodzi o sprawdzone organizacje, to szalenie ważna jest obustronna współpraca. Z jednej strony powinni nam pokazywać swoje największe bóle i słabości, bo my możemy czegoś nie zauważyć, będąc na tak zwanej mównicy, nie schodząc do ludzi. Z drugiej strony musimy czuć ich wsparcie, w rozmowach z ministerstwem czy z NFZ musimy mieć spójną narrację. My jesteśmy odpowiedzialni za merytoryczną stronę, powinniśmy edukować pacjentów, pomagać im zrozumieć pewne rzeczy, czasem nawet wspierać finansowo, jeśli będą mieli kłopoty – aby oni już rozmawiając swoim językiem, w swoim środowisku czuli się mocni w tym, co mówią, a nie tylko na zasadzie trzech, czterech osób z Zarządu, walczących o jakąś niezrozumiałą dla innych ideę. Ludzie w takim Zarządzie muszą być reprezentantami grupy pacjenckiej, która ich wspiera i uważa za swoich. Na szczęście mamy w zasobach PTK grupę kolegów i koleżanek, którzy od lat współpracują z tymi stowarzyszeniami. Jednym z takich elementów, tuż po Kongresie i również w Poznaniu, jest Forum Serce Pacjenta – bardzo to wspieram i jeśli czas pozwoli, będę chciał być na otwarciu i przekazać parę słów poparcia PTK za mojej kadencji do tego typu działań.

A jak powinna wyglądać edukacja środowiska medycznego?

To też jest element mojego planu – optuję za tym, żeby zrobić rewizję programu specjalizacyjnego z kardiologii i zastanowić się, czy on przystaje do dzisiejszych czasów, czy nie mamy tam pewnych braków, z kolei inne rzeczy może zabierają za dużo czasu. Kardiologia mocno się rozwija, wiedza dotycząca np. kardiomiopatii sprzed 4 lat a dzisiaj to jest zupełnie inne podejście diagnostyczne i terapeutyczne. Dlatego chcę stworzyć komisję, w której będą młodzi ludzie z dużym zachodnim doświadczeniem stażowym, znający założenia i wymagania wobec specjalizacji ze strony Europy oraz ESC. Jestem przekonany, że mądrzy ludzie w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego też pochylą się nad tym wszystkim. Pewnie trzeba będzie coś dołożyć do programu, a coś ograniczyć – tego nikt nie lubi, bo rezygnacja z pewnych działań zmienia ich wpływ i może generować również problem finansowy w postaci chociażby godzin edukacyjnych, czyli tzw. pensum dydaktycznego. Myślę jednak, że pracy dla każdego wystarczy, po prostu trzeba ją przeddefiniować i dostosować do rzeczywistości. Dlaczego bardzo mało polskich kardiologów zdaje europejski egzamin? Tak naprawdę pytanie brzmi: dlaczego mam zdawać dwa różne egzaminy, dlaczego mam się uczyć dwóch różnych rzeczy? W moim przekonaniu kwestia, czy nasz egzamin będzie uznany przez ESC czy odwrotnie, to jest osobny temat, ale przede wszystkim jesteśmy w Europie i jeśli ma być „Polska kardiologia, europejskie standardy”, to powinniśmy w programie edukacji uwzględnić wszystko, co wynika między innymi z wytycznych ESC czy z rozwoju nauki.

Czego można życzyć Prezesowi PTK na nadchodzące dwa lata?

Chciałbym być zdrowy przez całą kadencję, żeby nie stracić swojej mocy i czasu. Całe życie byłem optymistą, ale zawsze zdarzają się lepsze i trudniejsze momenty, więc chciałbym stać się jeszcze większym optymistą niż do tej pory. Trzecie życzenie mam takie, żebym potrafił dotrzeć do ludzi i przekonać ich do swoich racji, ale także abym był w stanie zmienić opinię, jeśli ktoś mądrze mnie do tego przekona – a tym samym żeby współpraca z innymi układała się owocnie i przyniosła korzyści zarówno lekarzom, jak i pacjentom. ●

suplement diety

LipiForma plus

*** UTRZYMANIE PRAWIDŁOWEGO STĘŻENIA CHOLESTEROLU WE KRWI**

WJEŹDŹA NOWY SQUAD!



Polikosanol
Zawiera mieszaninę alkoholi alifatycznych uzyskanych z trzciny cukrowej, wspomagających dietę niskocholesterolową



Monakolina K
Naturalna statyna z czerwonych drożdży z ryżu



***Ekstrakt z czosnku**
Pomaga w utrzymaniu prawidłowego stężenia cholesterolu we krwi*



1. EFSA: Lista produktów opublikowana na podstawie Rozporządzenia nr 432/2012.
2. Wytyczne PTL, KL, RWP, PTK, PTDL, PTD, PTMT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021. Lekarz POZ 4/2021.
ZALECANE SPOŻYCIE: Korzystne działanie występuje po spożyciu 1 kapsułki dziennie, najlepiej wieczorem, podczas posiłku lub tuż po posiłku. Nie należy przekraczać zalecanej do spożycia dziennej porcji. **OSTRZEŻENIA:** Uwaga! Niniejszy produkt nie powinien być spożywany przez kobiety w ciąży lub kobiety karmiące piersią, dzieci w wieku poniżej 18 lat i osoby dorosłe w wieku powyżej 70 lat. Należy zwrócić się o poradę do lekarza w sprawie spożycia tego produktu w przypadku wystąpienia jakichkolwiek problemów zdrowotnych. Nie należy spożywać, jeśli zżywasz leki obniżające poziom cholesterolu. Nie należy spożywać, jeśli już spożywasz inne produkty zawierające sfermentowany czarny ryż. Nie należy spożywać dozwolonej dawki 30 mg monakoliny z sfermentowanego czarnego ryżu. Nie należy stosować u osób z czynną chorobą wątroby lub z utrzymującą się zwiększoną aktywnością aminotransferaz w surowicy krwi o niewyjaśnionej etiologii. Przed rozpoczęciem przyjmowania produktu LipiForma Plus konieczna jest konsultacja lekarska i określenie stężenia cholesterolu we krwi. Należy również skonsultować się z lekarzem w przypadku stosowania długotrwałe jakichkolwiek leków. W czasie stosowania produktu nie należy spożywać soku grejpfrutowego. Zrównoważony sposób żywienia i zdrowy tryb życia są ważne dla utrzymania prawidłowego stanu zdrowia. Suplement diety nie może być stosowany jako substytut (zamiennik) zróżnicowanej diety. Suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety. Suplement diety nie ma właściwości leczniczych.

Suplement diety

LipiForma BERGAMIA

SIŁA SYNERGII NATURALNYCH SKŁADNIKÓW¹



Polifenole z bergamoty
Citrus bergamia
266,67 mg, standaryzowany na 60% zawartość POLIFENOLI BPF: 160 mg



Monakolina K
z czerwonych drożdży z ryżu
~3 mg



Ekstrakt z czosnku*



NOWOŚĆ! WZMOCNIONY WARIANT**

*** UTRZYMANIE PRAWIDŁOWEGO STĘŻENIA CHOLESTEROLU I GLUKOZY WE KRWI**

1. Izabela Osórdka, Monakolina K i wyciąg z owoców bergamoty. Jaka jest ich rola w leczeniu dyslipidemii? 31.01.2022, www.aplekarzpolski.pl; * Ekstrakt z czosnku; ** Skład produktu skomponowany w oparciu o ekstrakt z owoców bergamoty Citrus bergamia, wzbogacony o monakolinę K – dwa składniki przebadane naukowo o potwierdzonym wspomagającym działaniu hipolipemizującym.
Suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety. Suplement diety nie ma właściwości leczniczych.

AUROVITAS® e-lipidy.pl SUPLEMENT DIETY

Prof. Marek Gierlotka

Prezesem Elektem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2023-2025

DOKOŃCZENIE ZE STR. 1



Prof. Marek Gierlotka współtworzył i przez wiele lat był koordynatorem Ogólnopolskiego Rejestru Ostkich Zespołów Wienicowych PL-ACS oraz Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL, obecnie koordynuje Polską Bazę Chorób Cywilizacyjnych. Jest jednym ze współautorów założeń programu koordynowanej opieki nad chorymi po zawale serca KOS-Zawał, a w latach 2019-2020 przewodniczył Zespołowi Ekspertów PTK do współpracy z NFZ nad modyfikacjami programu KOS-Zawał.

W latach 2018-2022 pełnił funkcję Członka Zarządu Acute Cardiovascular Care Association ACVC ESC i współprzewodniczył Research and Science Section. Był również członkiem EORP Executive Committee (2020-2022). Posiada tytuł Fellow of the European Society of Cardiology FESC.

Tytuł naukowy profesora nauk medycznych i nauk o zdrowiu otrzymał w roku 2021. Dorobek naukowy prof. Marka Gierlotki obejmuje ponad 280 publikacji z łącznym współczynnikiem impact factor powyżej 650 oraz indeksem Hirsha 28. Był wielokrotnie nagradzany przez Rektora SUM i UO, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne oraz „Kardiologię Polską”. W 2017 roku otrzymał wyróżnienie za projekt „Opieka koordynowana po zawale serca” w konkursie „Złoty Skalpel 2017” Pulsu Medycyny oraz został uhonorowany Złotym Laurem Umiejętności i Kompetencji 2017 w kategorii Medycyna i Inżynieria Biomedyczna przez Regionalną Izbę Gospodarczą w Katowicach. W roku 2022 został jednym z laureatów nagrody Prezesa Rady Ministrów za osiągnięcia w zakresie działalności naukowej – współudział w realizacji projektu stworzenia i wdrożenia rejestrów medycznych, których analiza służy optymalizacji postępowania klinicznego w kardiologii.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne to edukacja i promocja zdrowia, wspieranie nauki oraz usprawnianie organizacji służby zdrowia w naszym kraju. Wszystkie te działania są tak

samo ważne dla naszego środowiska i wszystkie wymagają wizji rozwoju, pomysłów, ciężkiej pracy i determinacji.

Jako lekarze, kardiolodzy, jesteśmy przede wszystkim dla pacjentów. To oni są w sercu naszych działań. Wszystko, co robimy, podnosząc nasze kwalifikacje, rozwijając struktury naszego Towarzystwa, robimy po to, aby im lepiej pomagać. **Polskie Towarzystwo Kardiologiczne powinno być przestrzenią do dyskusji z pacjentami i na rzecz pacjentów, powinno wspierać organizacje pacjenckie w kontaktach zarówno z naszym środowiskiem, jak i z decydentami.** Powinniśmy wychodzić z konkretnymi rozwiązaniami organizacyjnymi, które ułatwią korzystanie ze świadczeń i poprawią opiekę nad chorym. Stałym elementem aktywności PTK powinno być współtworzenie, razem z pacjentami, wydarzeń prozdrowotnych. Dobrym przykładem jest coroczne Forum Serce Pacjenta. Ponadto, wzorem Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **przy PTK powinna powstać rada doradcza pacjentów**, która z jednej strony będzie wspierać nasze działania, a z drugiej wskazywać kierunki działań ważne dla pacjentów.

Edukacja i promocja zdrowia oraz prace organizacyjne w tym zakresie to absolutny priorytet dla PTK. Nadszedł czas na wspólne projekty, kampanie i działania profilaktyczno-edukacyjne z neurologami i specjalistami chorób naczyń, z lekarzami rodzinnymi, ze wsparciem specjalistów zdrowia publicznego i epidemiologów oraz jak największym zaangażowaniem pacjentów. **Polskie Towarzystwo Kardiologiczne powinno nawiązać i koordynować szeroką, wieloletnią, ogólnokrajową współpracę i aktywność w zakresie prewencji chorób układu krążenia.**

Platforma Edukacyjna PTK wymaga zmiany koncepcji. Powinna integrować materiały edukacyjne Asocjacji i Sekcji PTK, a tym samym oferować szerokie spektrum najnowszej wiedzy. Dostęp do większości materiałów powinien być otwarty, a logowanie służyć dopiero do zobaczenia całości oraz pobrania materiałów

w formacie PDF, co funkcjonuje w większości portali medycznych, w tym w ESC. **Konieczna jest również optymalizacja kosztów Platformy – to pozwoli na jej wielokierunkowy rozwój.**

Platforma Naukowa PTK zadebiutowała 1 stycznia 2021 roku, po prawie dwóch latach przygotowań, ustalania rozwiązań logistycznych, prawnych i informatycznych. Została bardzo dobrze przyjęta przez Asocjacje, Sekcje i Oddziały PTK i realizuje już 15 badań naukowych. **Platformę Naukową PTK należy nadal rozwijać i umacniać oraz połączyć jej potencjał z Platformą Współpracy Naukowej „Klubu 30”.**

Wszyscy doskonale wiemy, jak ważne dla utrzymania i podniesienia pozycji polskiej kardiologii w przestrzeni międzynarodowej jest nasze zaangażowanie i współpraca z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym. Dotyczy to zarówno nauki, edukacji, jak i aktywnego, efektywnego członkostwa w strukturach ESC. Uważam, że jako PTK powinniśmy się skoncentrować na następujących kwestiach i mocno je wspierać:

- konferencje struktur ESC w Polsce;
- szeroka informacja o działaniach ESC oraz możliwościach współpracy międzynarodowej;
- udział w międzynarodowych programach badawczych;
- granty związane ze szkoleniami i projektami naukowymi w ośrodkach zagranicznych;
- aktywne wsparcie członków PTK, którzy kandydują do objęcia funkcji w strukturach ESC i następnie je sprawują;
- wsparcie członków PTK w zakresie płatnego członkostwa w strukturach ESC – prawo wyborcze!

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne musi jeszcze skuteczniej działać w zakresie pełnego wdrażania nowych technologii medycznych do systemu ochrony zdrowia. Dotyczy to wszystkich podspecjalności kardiologii. Potrzebne są właściwe rozwiązania organizacyjne i finansowe. Dla większości nowych terapii medycznych nadal nieuregulowany jest system finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W kardiologii interwencyjnej dotyczy to przede wszystkim przeszskórnych systemów wspomaganie krążenia, litotrypsji wieńcowej, inwazyjnej oceny mikrokrazenia czy przeszskórnych zabiegów w ostrej i przewlekłej zatorowości płucnej. W elektrofizjologii – stymulatorów bezelektrodowych, ale też wszczepialnych rejestratorów arytmii i kamizelek defibrylujących. Terapie zalecane w klasie pierwszej przez wytyczne w ostrych zespołach wieńcowych czy w niewydolności serca latami czekają na refundację. Programy lekowe, w tym dla inhibitorów PCSK9, wciąż wymagają dalszych zmian. Problemów do rozwiązania jest więcej, a dotyczą one również aspektów organizacyjnych, jak na przykład opieka nad dorosłymi pacjentami z wrodzonymi wadami serca.

Doświadczenia programu Koordynowanej Opieki po Zawale Serca pokazały, że właściwe rozwiązania organizacyjne i finansowe są kluczem do lepszego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i w konsekwencji do poprawy rokowania naszych pacjentów. Doskonale przygotowany Narodowy Program Chorób Układu Krążenia definiuje strategię, a Krajowa Sieć Kardiologiczna jest pierwszym krokiem ku temu, aby jednocześnie z poprawą dostępności do świadczeń znieść limity na procedury kardiologiczne. **Docelowo wszystkie świadczenia kardiologiczne, w tym w chorobie niedokrwiennej serca, powinny być nie-limitowane. Należy również jak najszybciej rozszerzyć Krajową Sieć Kardiologiczną na wszystkie województwa w Polsce, aby zapewnić równy dostęp do leczenia pacjentom na terenie całego kraju.**

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne to ludzie pełni energii, pomysłów i zaangażowania w edukację i promocję zdrowia, wspieranie nauki oraz usprawnianie organizacji służby zdrowia. To dzięki nim nasze Towarzystwo rozwija się i w pełni realizuje swoje cele. **Współpraca, wymiana poglądów, doświadczeń i wspólne działania są kluczem do sukcesu nas wszystkich i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.**

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne jest i musi być nadal liderem i głosem naszego środowiska. ●

prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka
Prezes Elekt PTK 2023-2025

Władze Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2023-2025

WYNIKI WYBORÓW

PREZES PTK:

Robert Gil

POPREDNI PREZES PTK:

Przemysław Mitkowski

PREZES ELEKT PTK:

Marek Gierlotka

CZŁONKOWIE ZG PTK:

Marcin Grabowski
Marek Grygier
Maciej Kempa
Marcin Kurzyna
Przemysław Leszek
Katarzyna Mizia-Stec
Tomasz Pawłowski
Mateusz Tajstra
Agnieszka Tycińska
Izabella Uchmanowicz

CZŁONKOWIE KOMISJI REWIZYJNEJ:

Piotr Jankowski
Jarosław D. Kasprzak
Jarosław Kaźmierczak
Dariusz Kozłowski
Anna Lisowska

CZŁONKOWIE KOMISJI NAGRÓD:

Członek Zarządu Głównego
Stanisław Bartuś
Piotr Lipiec
Karol Kamiński
Marek Rajzer

CZŁONKOWIE KOMISJI WYBORCZEJ:

Przemysław Mitkowski
Piotr Buszman
Zenon Huczek
Małgorzata Knapp
Paweł Siwołowski
Krzysztof Szydło
Lidia Tomkiewicz-Pająk

Rozmowa z prof. Przemysławem Leszkiem na temat powołania Sekcji Kardiologii PTK



prof. dr hab. n. med. Przemysław Leszek

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy Konsultant kardiologii (2010-2023) Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii Oddział Mechanicznego Wspomagania i Transplantacji Serca

Jak powstała nowa gałąź medycyny, jaką jest kardiologia?

Życie pokazało, że taka dziedzina musi powstać, ponieważ pacjenci kardiologiczni i pacjenci obciążeni chorobami onkologicznymi mają bardzo zbliżone czynniki ryzyka – te same czynniki występują w obu grupach, a więc choroby obu dziedzin często ze sobą sąsiadują. Po drugie pacjenci onkologiczni są coraz skuteczniej leczeni i dożywają bardziej sędziwego wieku, tak samo pacjenci kardiologiczni są lepiej leczeni i żyją dłużej. Wiadomo, że duża część nowotworów powstaje w grupie osób starszych, również ich w znacznej mierze dotyczą problemy kardiologiczne – siłą rzeczy tych pacjentów jest więcej. Terapia onkologiczna i terapia kardiologiczna przeplatają się, gdyż onkolodzy stosują bardzo dużo leków korzystnych onkologicznie, które jednak wywołują powikłania kardiologiczne. Z drugiej strony pacjenci leczeni optymalnie kardiologicznie, czyli np. mający wszczepione kardiowertery-stymulatory, często poddawani są radioterapii, co z kolei wymaga współpracy kardiologa i onkologa. Tych wspólnych wątków

jest bardzo dużo i życie pokazało, że kardiologia i onkologia nie mogą działać oddzielnie – to jest naturalne połączenie wielkiej interny.

Jakie jest stanowisko ESC w sprawie klasyfikacji i kategoryzacji tej dziedziny medycyny?

W 2016 roku powstały pierwsze tzw. position papers (nie zalecenia, a właśnie stanowisko) odnośnie do kardiologii. Natomiast w roku 2022 powstały już regularne doskonałe zalecenia kardiologiczne, które są zaleceniami bardzo dokładnymi, wnoszącymi wiele informacji. Oczywiście, biorąc pod uwagę ich szczegółowość w toku postępowania, nie ma możliwości, żeby ktokolwiek w stu procentach je odwzorował. Jednocześnie jednak jest to doskonałe opracowanie, całe morze wiadomości i olbrzymia ilość zaleceń, które powinniśmy starać się wykonać.

W jaki sposób kardiologowie wspierają onkologów w leczeniu pacjentów kardiologicznych?

Pacjenci onkologiczni to pacjenci wielokrotnie wymagający szybkiej i skutecznej konsultacji kardiologicznej, jednocześnie czekający na leczenie onkologiczne. Jeśli cierpią na schorzenia kardiologiczne czy mają podłoże do powstania takich chorób, to kardiolog musi szybko i efektywnie się tym zająć, żeby dopuścić pacjenta do leczenia onkologicznego, a w następnym etapie przeprowadzić tego pacjenta możliwie bezpiecznie pod względem kardiologicznym przez leczenie onkologiczne.

W jakich typach nowotworów współpraca jest najbardziej zauważalna?

Trudno jednoznacznie powiedzieć, bo najczęstszym nowotworem jest rak prostaty u mężczyzn i rak piersi u kobiet – liczbowo

są to dwie największe grupy nowotworów. Praktycznie niezależnie od typu nowotworu, w którym włączone jest leczenie onkologiczne, w dużej części toksyczne kardiologicznie, może wystąpić efekt kardiotoxyczny. Stąd potrzebna jest pomoc kardiologa. Co więcej każdy pacjent, który ma jakikolwiek nowotwór, może być pacjentem już z chorobą kardiologiczną, a tym samym również musi mieć zapewnioną opiekę i konsultację kardiologa. Jak już mówiłem, to zająłoby się dziedziny medycyny.

Jakie korzyści płyną dla pacjentów z kardiologii?

Pacjenci kardiologiczni to pacjenci „zaopiekowani” równolegle przez dwóch specjalistów: kardiologa i onkologa. W związku z tym efektywność i szybkość wdrożenia leczenia jest na pewno dużo większa, a i bezpieczeństwo tych pacjentów jest dużo większe. Co równie istotne, bliski kontakt kardiologa z onkologiem sprawia, że wspólnie mogą podjąć optymalną decyzję dla danego pacjenta. Nikt nie jest sam w podejmowaniu decyzji, bo kardiolog zawsze może się odwołać do zdania swojego przyjaciela onkologa. A nawet nie tylko może, ale wręcz powinien i zwykle się odwołuje.

Czy w Polsce istnieje sieć leczenia kardiologicznego?

Na razie taka sieć nie istnieje. W ramach NPChUK, czyli Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, tworzone są sieci do opieki nad różnymi schorzeniami, to świetna inicjatywa. Obecnie działa już sieć kardiologiczna, jak i onkologiczna, a stąd już tylko „jeden krok” do działania równoległego – zamysł jest i z pewnością w tym kierunku idą reformy. Rośnie więc szansa na stworzenie optymalnej opieki kardiologicznej.

Czy istnieją dedykowane procedury Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące kardiologii?

Takie procedury są tworzone i mamy nadzieję, że w najbliższym czasie będą wprowadzane.

Jakie cele stoją w pierwszej kolejności przed nową Sekcją Kardiologii PTK?

Nowa Sekcja Kardiologii naturalnie skupia kardiologów, którzy są zainteresowani tą dziedziną i pracują z onkologami, czyli kardiologów. W związku z tym jest to unikalna grupa specjalistów i ilość członków sekcji na pewno będzie wzrastała (obecnie zgłosiło akces już prawie 100 kardiologów). Naturalnie nowi członkowie powinni korzystać z doświadczenia już aktywnych kardiologów. Jako kardiolog tworzący Sekcję Kardiologii na co dzień współpracujemy z onkologami. To sprawia, że wysiłki lekarzy obu dziedzin, idąc równolegle, są bardziej efektywne. Z pewnością będzie to skutkowało zwiększeniem liczby lekarzy zajmujących się kardiologią, lepszą współpracą z onkologami, a dla pacjenta – lepszą, bardziej skuteczną i bezpieczniejszą terapią onkologiczną. Na naszych oczach powstaje wielka dziedzina wielkiej interny – kardiologia. Ten temat będzie się prężnie rozwijał w Europie i na świecie.

Czy nowa sekcja wzbudza duże zainteresowanie wśród kardiologów?

Wzbudza bardzo duże zainteresowanie. To dla wielu szansa, by współtworzyć takie struktury w PTK od podstaw. Planuję przeprowadzić Walne Nadzwyczajne Zgromadzenie Wyborcze Sekcji Kardiologii oraz pierwsze posiedzenie nowego Zarządu na XXVII Międzynarodowym Kongresie PTK w Poznaniu. Zapraszam na spotkanie organizacyjno-wyborcze w piątek 29 września, godz. 7:45 – 9:00 w sali 1.C+1.D w Pawilonie 7. Gorąco zapraszam do współpracy! ●

Piątek, 29 września

11:00 - 12:30 Pawilon 7 Sala 1.G

Prosty przepis, jak dostać Nobla: kardiologia innowacyjna – od eksperymentu do wdrożenia

Sesja focus

Przewodniczący: B. Michalski (Łódź), M. Sterliński (Warszawa), T. Żera (Warszawa)

Odwrócenie niewydolności serca poprzez stymulację serca sprzężoną z oddechem

J. Paton (Auckland)

Wiele nowych rzeczy do omówienia

A. A. Grace (Cambridge)

Wirtualny FFR

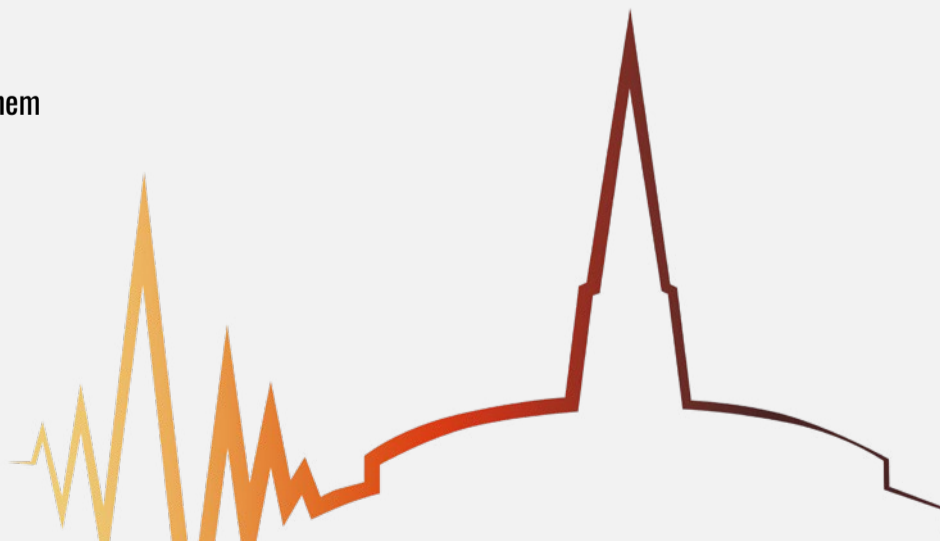
M. Kruk (Warszawa)

Stenty wieńcowe – od badań podstawowych do pracowni hemodynamicznej

P. Buszman (Katowice)

Od pomysłu do komercjalizacji – dyskusja moderowana

M. Farkowski (Warszawa)





YLPIO®

telmisartanum 80 mg / indapamidum 2,5 mg

NOWOŚĆ!

**ROZSZERZONA
REFUNDACJA¹**

65+

**OD 1.07.2023 REFUNDACJA WE WSKAZANIU:
NADCIŚNIENIE TĘTNICZE U OSÓB DOROSŁYCH
W PRZYPADKACH INNYCH, NIŻ OKREŚLONO W ChPL²**

**METABOLICZNIENIE KORZYSTNY
DUET (KARDIO)LOGICZNY**

**24 h
działania
leku²**

TELMISARTAN + INDAPAMID

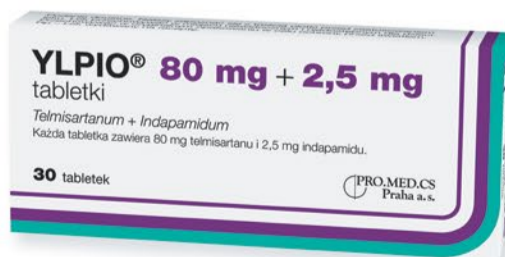
**JEDNA PODZIELNA TABLETKA
TO DWIE RÓWNOWAŻNE DAWKI²**

Cała tabletkę to:



80 mg / 2,5 mg

Koszt 30-dniowej
terapii 13,82 zł



Pół tabletkę to:



40 mg / 1,25 mg

Koszt 30-dniowej
terapii 6,91 zł

PRO.MED.PL
Sp. z o.o.

YLPIO, 80 mg + 2,5 mg, tabletki: Każda tabletkę zawiera 80 mg telmisartanu i 2,5 mg indapamidu. **Postać farmaceutyczna:** żółtawe, okrągłe tabletkę z linią podziału, o średnicy 9 mm. Tabletkę można podzielić na równe dawki. **Wskazania do stosowania:** Produkt leczniczy YLPIO jest wskazywany w leczeniu zastępczym nadciśnienia tętniczego samostannego u dorosłych pacjentów, u których ciśnienie tętnicze jest odpowiednio kontrolowane podczas jednoczesnego stosowania telmisartanu i indapamidu w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym. **Dawkowanie i sposób podawania:** Zalecana dawka produktu leczniczego YLPIO wynosi jedną tabletkę raz na dobę. Produkt leczniczy może być podawany u pacjentów, których ciśnienie tętnicze jest odpowiednio kontrolowane podczas jednoczesnego podawania produktów zawierających osobno telmisartan i indapamid. Dawka musi odpowiadać dawkom podawanym podczas poprzednio stosowanego leczenia. **Szczególne grupy pacjentów:** Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek: Produkt leczniczy YLPIO jest przeciwwskazany u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności nerek (kłębuszkowa filtracja kreatyniny < 30 ml/min) lub u pacjentów poddawanych hemodializie. U pacjentów z łagodnymi do umiarkowanych zaburzeniami czynności nerek nie ma konieczności dostosowania dawki, niemniej jednak indapamid jest w pełni skuteczny tylko w przypadku prawidłowej lub tylko nieznacznie zaburzonej czynności nerek. **Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:** Produkt leczniczy YLPIO jest przeciwwskazany u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby. U pacjentów z łagodnymi do umiarkowanych zaburzeniami czynności wątroby należy dostosować dawkę tak, aby dawka telmisartanu nie była większa niż 40 mg raz na dobę. **Osoby w podeszłym wieku:** U pacjentów w podeszłym wieku nie jest konieczne dostosowanie dawki, ale należy ją dostosować w odniesieniu do stężenia kreatyniny, biorąc pod uwagę wiek, masę ciała oraz płeć pacjenta. Produkt leczniczy YLPIO można podawać osobom w podeszłym wieku, jeśli czynność nerek jest prawidłowa lub tylko nieznacznie zaburzona. **Dzieci i młodzież:** Nie określono bezpieczeństwa i skuteczności produktu leczniczego YLPIO u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Sposób podawania:** Tabletkę należy przyjmować doustnie, podczas lub po posiłku, popijając odpowiednią ilością płynu. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na substancje czynne, sulfonamidy lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; ciężka niewydolność wątroby lub encefalopatia wątrobowa; ciężka niewydolność nerek; hipokaliemia, niedociśnienie, przewodów złośliwych. Produkt leczniczy YLPIO jest przeciwwskazany w drugim oraz trzecim tryestrze ciąży. **Przeciwwskazanie jest jednocześnie** stosowanie telmisartanu z produktami zawierającymi aliskiren u pacjentów z cukrzycą lub zaburzeniem czynności nerek (współczynnik przesączania kłębuszkowego, GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Ciężka; Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe; Czynność nerek u leki moczopędne; Zaburzenie czynności nerek i przesączanie; Hiperaldosteronizm pierwotny; Zwiększenie zastawki aorty i zastawki mitralnej, kardiomiopatia przerostowa ze zwiększeniem drogi odpływu z lewej komory; Pacjenci z cukrzycą przyjmujący insulinę lub doustne leki przeciw cukrzycowe; Zaburzenia czynności wątroby; Encefalopatia wątrobowa; Rodzinna blokada układu renina-angiotensyna-aldosteron (RAA); Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej; Zmniejszenie objętości krwi krążącej; Zmniejszona objętość wewnątrzczaszkowa i (lub) zmniejszone stężenie sodu należy wykonać przed podaniem skojarzenia telmisartanu z indapamidem; Stężenie sodu w osoczu: Przed rozpoczęciem leczenia należy oznaczyć stężenie sodu w osoczu krwi, a następnie regularnie je kontrolować. Stężenie potasu w osoczu: Hiperkaliemia: Stosowanie produktów leczniczych oddziałujących na układ renina-angiotensyna-aldosteron może powodować hiperkaliemię. Hiperkaliemia: podczas leczenia należy regularnie kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi. Pierwsze oznaczenie stężenia potasu w osoczu należy wykonać w pierwszym tygodniu leczenia. W przypadku stwierdzenia hiperkaliemii konieczne jest uzupełnienie potasu. Stężenie wapnia w osoczu: Tiazydowe leki moczopędne i leki o podobnym działaniu mogą zmniejszać wydalanie wapnia z moczem, powodując nieznaczne i przemijające zmniejszenie stężenia wapnia w osoczu. Stężenie glukozy w osoczu: U pacjentów z cukrzycą należy regularnie monitorować stężenie glukozy we krwi, zwłaszcza jeśli współistnieje hipokaliemia. Stężenie kwasu moczowego w osoczu: U pacjentów z hiperurykemią istnieje tendencja do zwiększenia częstości występowania napadów dny. **Nadwrażliwość na światło:** Opisano przypadki reakcji uczuleniowych na światło, związanych ze stosowaniem tiazydowych leków moczopędnych oraz leków o podobnym działaniu. **Nadmierne nagromadzenie płynu między naczyniówką a twardówką, ostra krótkowzroczność i wtórna jaskra zamkniętego kąta:** sulfonamid lub pochodne sulfonamidu mogą powodować reakcję idiosyncrasyjną powodującą nadmierne nagromadzenie płynu między naczyniówką a twardówką, z ograniczeniem pola widzenia, przemijającą krótkowzrocznością i ostrą jaskrą zamkniętego kąta. **Różnice etniczne:** Podobnie jak w przypadku innych inhibitorów konwertyazy angiotensyny, telmisartan i inne leki blokujące receptor angiotensyny II, może wykazywać słabsze działanie hipotensyjne u pacjentów rasy czarnej. **Testy antydopingowe:** Indapamid może powodować dodatni wynik testu antydopingowego. Ten produkt leczniczy zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na dawkę, to znaczy lek uznaje się za wolny od sodu. **Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji:** W przypadku gdy telmisartan był podawany jednocześnie z digoksyną, obserwowano wzrost mediany maksymalnego stężenia digoksyny w osoczu (49%) i stężenia minimalnego (20%). **Niezalecane jednoczesne stosowanie:** leki moczopędne oszczędzające potas lub suplementy potasu, lit. **Leczenie skojarzone wymagające zachowania szczególnej ostrożności:** **Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), leki moczopędne (tiazydowe lub diuretyki pętlowe), leki indukujące torsades de pointes, inhibitor konwertyazy angiotensyny (inhibitory ACE), bakteriofagi, glikozyły napsrysty, olaparum.** Należy rozważyć jednocześnie stosowanie następujących leków: inne leki przeciwciężenne, leki moczopędne oszczędzające potas (amilofryl, spironolakton, triamteren), metformina, jodowe środki kontrastujące, leki przeciwdepresyjne podobne do imipraminy, neuroleptyki, sole wapnia, cyklosporyna, takrolimus, kortykosteroidy, tetrazolam (stosowanie ogólnoustrojowe). **Wpływ na płodność, ciążę i laktację:** Ciąża: Nie zaleca się stosowania produktu leczniczego YLPIO w pierwszym tryestrze ciąży i jest przeciwwskazane w drugim i trzecim tryestrze ciąży. Jako zasada, podczas ciąży należy unikać stosowania preparatów moczopędnych. Nigdy nie należy ich stosować w leczeniu fizjologicznych obrzęków występujących u kobiet w ciąży. Leki moczopędne mogą powodować niedokrwienie płodowo-łożyskowe, zaburzając wzrost płodu. **Karmienie piersią:** Nie zaleca się stosowania leczenia produktem leczniczym YLPIO w okresie karmienia piersią. Jeśli leczenie jest konieczne i nie ma alternatywnego leczenia o lepszym profilu bezpieczeństwa, należy przerwać karmienie piersią. **Płodność:** W badaniach przedklinicznych nie obserwowano wpływu telmisartanu i indapamidu na płodność u kobiet i mężczyzn. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn:** Podczas prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn należy mieć na uwadze, iż w trakcie przyjmowania leków przeciwnadciśnieniowych, takich jak telmisartan, mogą czasami wystąpić zawroty głowy i senność. **Działania niepożądane:** **Telmisartan:** Do ciężkich działań niepożądanych produktu leczniczego należą reakcje anafilaktyczne i obrzęk naczynioruchowy (mogą wystąpić rzadko $\geq 1/10\,000$ do $< 1/1\,000$) oraz ostra niewydolność nerek. **Indapamid:** Najczęściej zgłaszane działania niepożądane to reakcje nadwrażliwości, głównie skórne, u osób z predyspozycją do reakcji alergicznych i astmatycznych oraz wysypkę plamkowo-grudkowych. **Zakażenia i zarażenia pasożytnicze – telmisartan:** zakażenia dróg moczowych w tym zapalenie pęcherza moczowego, zakażenia górnych dróg oddechowych, w tym zapalenie gardła i zapalenie zatok, posocznicza, w tym zakończona zgonem. **Zaburzenia krwi i układu:** **telmisartan:** niedokrwistość, szparytkowość, małopłytkowość; **indapamid:** agranulocytoza, niedokrwistość aplastyczna, niedokrwistość hemolityczna, leukopenia, trombocytopenia. **Zaburzenia układu immunologicznego – telmisartan:** reakcja anafilaktyczna, nadwrażliwość. **Zaburzenia metaboliczne i odżywiania – telmisartan:** hiperkaliemia, hipoglikemia (u pacjentów z cukrzycą); **indapamid:** hiperkaliemia, utrata potasu z hiperkaliemią, szczególnie ciężką w niektórych populacjach wysokiego ryzyka. **Zaburzenia psychiczne – telmisartan:** bezsenność, depresja, niepokój. **Zaburzenia układu nerwowego – telmisartan:** omdlenie, senność; **indapamid:** zawroty głowy, zmęczenie, bóle głowy, parestezje, omdlenie. **Zaburzenia oka – telmisartan:** zaburzenia widzenia; **indapamid:** krótkowzroczność, niewyraźne widzenie, zaburzenia widzenia, wysięk do naczyniówki. **Zaburzenia ucha i błędnika – telmisartan:** zawroty głowy pochodzenia błędnikowego. **Zaburzenia serca – telmisartan:** bradykardia, tachykardia; **indapamid:** zaburzenia rytmu serca typu torsades de pointes (które mogą zakończyć się zgonem). **Zaburzenia naczyniowe – telmisartan:** niedociśnienie, niedociśnienie ortostatyczne; **indapamid:** niedociśnienie. **Zaburzenia układu oddechowego:** kłaki piersiowej i śródpiersia – **telmisartan:** duszność, kaszel, śródmięzszcowa choroba płuc. **Zaburzenia żołądka i jelit – telmisartan:** bóle brzucha, biegunka, niestrawność, wzdęcia, wymioty, suchość błony śluzowej jamy ustnej, nieregularny żołądek, zaburzenia smaku; **indapamid:** wymioty, nudności, zaparcia, suchość w jamie ustnej, zapalenie żołądka. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych – telmisartan:** nieprawidłowa czynność wątroby; **indapamid:** zaburzenia czynności wątroby, możliwość rozwoju encefalopatii wątrobowej w przebiegu niewydolności wątroby, zapalenie wątroby. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej – telmisartan:** świąd, nadmierne pocenie się, wysypka, obrzęk naczynioruchowy (również zakończony zgonem), wyprysk, rumień, pokrzywka, wysypka polekowa, toksyczne uszkodzenie skóry; **indapamid:** reakcje alergiczne i astmatyczne, reakcje nadwrażliwości (głównie dotyczące skóry, u pacjentów skłonnych do alergii) oraz reakcji astmatycznych, grudkowo-płamiste wysypki, plamica, obrzęk naczynioruchowy i (lub) pokrzywka, martwica toksyczna-rzypłyna naskórka, zespół Stevensa-Johnsona, możliwość nasilenia objawów współistniejącego tocznia rumieniowatego układuowego, reakcje nadwrażliwości na światło. **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej – telmisartan:** ból pleców (np. rwa kulszowa), kurcze mięśni, ból mięśni, ból stawów, ból kończyn, ból ścięgien (objawy imitujące zapalenie ścięgien). **Zaburzenia nerek i dróg moczowych – telmisartan:** zaburzenia czynności nerek, w tym ostra niewydolność nerek; **indapamid:** niewydolność nerek. **Zaburzenia ogólne:** ból w klatce piersiowej, osłabienie, objawy grypopodobne. **Badania diagnostyczne – telmisartan:** zwiększone stężenie kreatyniny w osoczu, zmniejszone stężenie hemoglobiny, zwiększone stężenie kwasu moczowego we krwi, zwiększona aktywność enzymów wątrobowych, zwiększona aktywność fosfokinazy kreatynowej we krwi; **indapamid:** wydłużenie odstępu QT w badaniu EKG, zwiększenie stężenia glukozy we krwi, zwiększenie stężenia kwasu moczowego w osoczu, zwiększona aktywność enzymów wątrobowych. **Mechanizm działania:** **Telmisartan:** Telmisartan jest czynnikiem po podaniu doustnym, swoistym antagonistą receptora angiotensyny II (typu AT₁). U ludzi, dawka 80 mg telmisartanu prawie całkowicie hamuje zwiększenie ciśnienia tętniczego wywołane przez angiotensynę II. To hamujące działanie utrzymuje się przez 24 godziny i można je stwierdzić w dalszym ciągu po 48 godzinach. **Indapamid:** Indapamid jest pochodną sulfonamidową zawierającą pierścień indolowy, o właściwościach farmakologicznych podobnych do tiazydowych leków moczopędnych, działających poprzez hamowanie wchłaniania zwrotnego sodu w części korowej nerki. Powoduje to zwiększenie wydalania sodu i chlorków i w mniejszym stopniu potasu i magnezu, zwiększając w ten sposób objętość wydalanego moczu i wywołując działanie przeciwnadciśnieniowe. **Dzieci i młodzież:** Nie określono bezpieczeństwa ani skuteczności stosowania telmisartanu u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat. **Dostępne opakowania:** YLPIO 30 tabletek. Nr pozw. na dop. do obr.: 26597. Podmiot odpowiedzialny: PRO.MED.CS. Praha a.s., Ilekšská 37/11, Mladá, 140 00 Praha 4, Republika Czeska. Informacji udziela: PRO.MED.PL Sp. z o.o., Al. Korfantego 141, 40-154 Katowice, www.promed.pl. Na podstawie Charakterystyki Produktu Leczniczego YLPIO 80 mg + 2,5 mg, tabletki, ostatnia aktualizacja 30.08.2022.

Lek wydawany bezpłatnie: we wszystkich wskazaniach określonych w decyzji o objęciu refundacją, dla osób uprawnionych, które ukończyły 65. rok życia. 13,82 zł – Cena po refundacji. Lek wydawany za odpłatnością 30% do wysokości limitu: we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji.

Referencje: 1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2023 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 września 2023 r. – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (www.gov.pl). 2. Ylpio®, 80 mg + 2,5 mg, tabletki – Charakterystyka Produktu Leczniczego z dn. 30.08.2022.

YLP-ME3-06-2023

Prousan, 250 mg

Skład: 1 kapsułka zawiera 250 mg kwasu ursodeoksycholowego. **Postać farmaceutyczna:** biała, twarda kapsułka żelatynowa zawierająca biały granulat. **Wskazania:** Pierwotne zapalenie dróg żółciowych u pacjentów bez zdekompensowanej marskości wątroby. Leczenie chorób wątroby o różnej etiologii w przypadku braku wskazań do innych rekomendowanych terapii. Zapalenie błony śluzowej żołądka spowodowane zarzucaniem żółci. Rozpuszczanie cholesterolowych kamieni żółciowych o średnicy nie przekraczającej 15 mm, przepuszczalnych dla promieni rentgenowskich, u pacjentów, u których pomimo obecności kamieni czynność pęcherzyka żółciowego jest zachowana. Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą u dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat.

Przeciwwskazania: produktu leczniczego Prousan nie należy stosować u pacjentów z: ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, niedrożnością dróg żółciowych (niedrożność przewodu żółciowego wspólnego lub przewodu pęcherzykowego), częstymi epizodami kolki żółciowej, zwapniałymi kamieniami żółciowymi widocznymi w promieniach rentgenowskich, osłabioną kurczliwość pęcherzyka żółciowego, nadwrażliwością na kwasy żółciowe lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, po nieudanym zabiegu portoenterostomii lub braku uzyskania poprawy w przepływie żółci u dzieci z niedrożnością dróg żółciowych. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** parametry czynności wątroby AspAT (GOT), ALAT(GTP) i yGT należy kontrolować co 4 tygodnie przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. Poza identyfikacją pacjentów odpowiadających i nieodpowiadających na leczenie wśród pacjentów leczonych z powodu pierwotnego zapalenia dróg żółciowych to monitorowanie umożliwia również wczesne wykrywanie potencjalnego uszkodzenia wątroby, szczególnie u pacjentów z zaawansowanym pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych. W przypadku stosowania produktu Prousan do rozpuszczania cholesterolowych kamieni żółciowych: z myślą o ocenie skuteczności leczenia i wczesnym wykryciu zwapnień w obrębie złożeń żółciowych, należy wykonać badanie radiologiczne pęcherzyka żółciowego (cholecystografię doustną) po 6–10 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, w zależności od średnicy złożeń. Produktu Prousan nie należy stosować, jeśli: pęcherzyk żółciowy jest niewidoczny na zdjęciu rentgenowskim, występują zwapnienia w obrębie złożeń, czynność skurczowa pęcherzyka żółciowego jest zaburzona lub często występuje kolka żółciowa. Stosowanie w leczeniu zaawansowanej pierwotnej żółciowej marskości wątroby: bardzo rzadko obserwowano dekomensację marskości wątroby, która ulegała częściowej regresji po przerwaniu leczenia. W razie wystąpienia biegunki dawkę należy zmniejszyć, a w przypadku uporczywej biegunki leczenie należy przerwać. Produktu Prousan nie należy stosować równocześnie z kolestyraminą, kolestypolem lub lekami zobojętniającymi kwas solny zawierającymi wodorotlenek glinu i (lub) inne związki glinu (tlenek glinu). Wymienione substancje wiążą kwas ursodeoksycholowy w jelicie i uniemożliwiają jego wchłanianie, co powoduje, że leczenie jest nieskuteczne. Jeśli stosowanie produktu zawierającego jedną z wymienionych substancji jest konieczne, Prousan należy przyjmować dwie godziny przed lub dwie godziny po zastosowaniu tego produktu. Prousan może nasilać wchłanianie cyklosporyny z jelita. U pacjentów leczonych cyklosporyną należy kontrolować jej stężenie we krwi, a w razie konieczności skorygować dawkę cyklosporyny. W pojedynczych przypadkach, Prousan może zmniejszać wchłanianie cyprofloksacyny. Wykazano, że kwas ursodeoksycholowy zmniejsza stężenie maksymalne w osoczu nitrendypiny. Donoszono także o interakcji ze zmniejszeniem efektu terapeutycznego dapsonu. Hormony estrogenowe oraz leki obniżające poziom cholesterolu we krwi, takie jak klofibrat mogą nasilać kamieć żółciową, co jest działaniem przeciwnym do działania kwasu ursodeoksycholowego stosowanego w celu rozpuszczania kamieni żółciowych.

Cięża i karmienie piersią: produktu Prousan nie należy stosować w ciąży bez wyraźnej konieczności. Kobiety w wieku rozrodczym powinny przyjmować ten produkt tylko z równoczesnym stosowaniem skutecznych metod zapobiegania ciąży. Zaleca się stosowanie metod niehormonalnych lub doustnych środków antykoncepcyjnych o niskiej zawartości estrogenów. Produktu Prousan nie należy stosować w okresie karmienia piersią. **Działania niepożądane:** często zgłaszano występowanie jasnych stolców lub biegunki podczas przyjmowania kwasu ursodeoksycholowego. Bardzo rzadko podczas leczenia pierwotnego zapalenia dróg żółciowych występował silny ból w prawym górnym kwadrancie brzucha. W bardzo rzadkich przypadkach może dojść do zwapnienia kamieni żółciowych. W trakcie leczenia ciężkiego pierwotnego zapalenia dróg żółciowych obserwowano bardzo rzadko przypadki nasilenia objawów marskości wątroby, które częściowo ustępowały po odstawieniu leku. Bardzo rzadko może wystąpić pokrzywka. **Dawkowanie i sposób podawania:** dawkę zalecaną w rozpuszczaniu cholesterolowych kamieni żółciowych u dorosłych jest 2–5 kapsułek na dobę, w zależności od masy ciała (10 mg/kg mc. na dobę). Całą dawkę należy podawać jednorazowo wieczorem przed snem. Zaleca się następujący schemat dawkowania: osoby o mc. do 60 kg – 500 mg (2 kaps.), osoby o mc. 60–80 kg – 750 mg (3 kaps.), osoby o mc. 80–100 kg – 1000 mg (4 kaps.), osoby powyżej 100 kg – 1250 mg (5 kaps.). Długość leczenia oraz jego skuteczność zależą od wielkości kamieni żółciowych. Trwa ono od pół roku do dwóch lat. Leczenie należy przerwać, jeśli kamień nie ulegną zmniejszeniu w ciągu roku. W zapaleniu błony śluzowej, spowodowanym zarzucaniem żółci, zaleca się stosowanie jednej kapsułki na dobę (250 mg), podawanej wieczorem przed snem. Długość leczenia w tym wskazaniu wynosi od 10 do 14 dni. W pierwotnym zapaleniu dróg żółciowych u pacjentów bez zdekompensowanej marskości wątroby stosuje się 14 ± 2 mg/kg mc. Przez pierwsze 3 miesiące leczenia, produkt Prousan należy przyjmować trzy razy na dobę w dawkach podzielonych. Gdy parametry czynnościowe wątroby ulegną poprawie, dawka dobową może być przyjmowana raz na dobę wieczorem. Leczenie chorób wątroby o różnej etiologii w przypadku braku wskazań do innych rekomendowanych terapii stosuje się 14 ± 2 mg/kg mc. Dzieci i młodzież w wieku od 6 do 18 lat z mukowiscydozą: 20 mg/kg mc. na dobę w 2–3 dawkach podzielonych. W razie konieczności dawkę można zwiększyć do 30 mg/kg mc. na dobę. Kapsułki należy połykać bez rozgryzania, popijając odpowiednią ilością płynu. **Dostępne opakowania:** Prousan 250 mg x 30 kaps., Prousan 250 mg x 50 kaps., Prousan 250 mg x 90 kaps., Prousan 250 mg x 100 kaps. MZ-Nr pozw. na dop. do obr.: 10457. **Podmiot odpowiedzialny:** PRO. MED. CS. Praha a.s., Tešská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Republika Czeska. **Informacji udziela:** PRO.MED.PL Sp. z o.o. Al. Korfantego 141, 40-154 Katowice, www.prousan.pl. ChPL z dn. 20.04.2023. **Cena urzędowa detaliczna:** 93,50 zł. **Maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta:** 41,94 zł. Lek wydawany za odpłatnością 30% do wysokości limitu we wskazaniach: zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą, pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby. Cena urzędowa detaliczna oraz maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

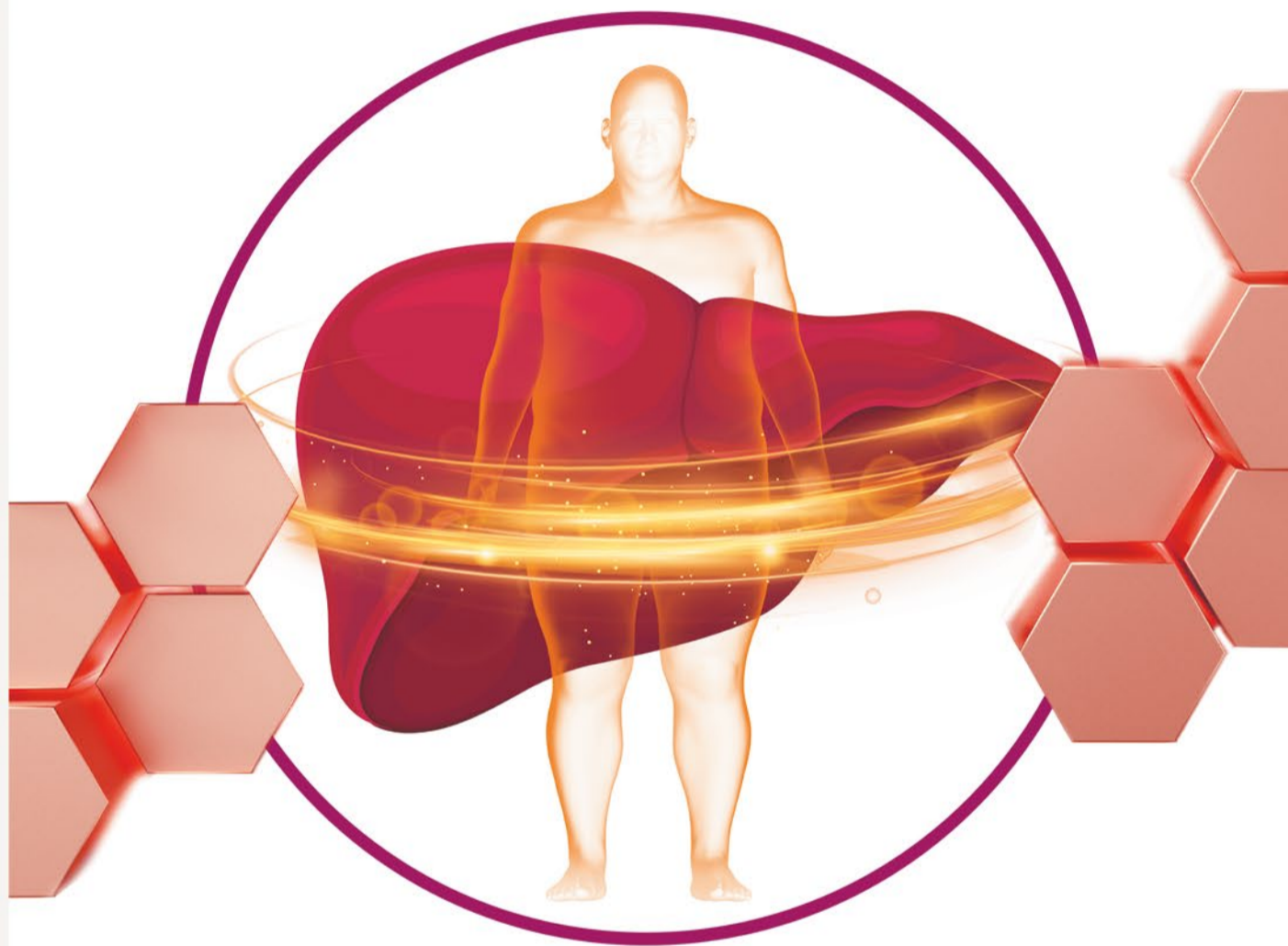
- Zgodnie z ChPL Prousanu 250 mg, zatw. dn. 20.04.2023, poza działaniem cytotropektynym i poprawą czynności wydzielniczej hepatocytów Prousan hamuje wchłanianie cholesterolu.
- Simental-Mendia et al. Effect of ursodeoxycholic acid on liver markers: A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled clinical trials. Br J Clin Pharmacol. 2020; 86: 1476-1488.
- Troisi G. et al. The treatment with Ursodeoxycholic Acid in elderly patients affected by NAFLD and Metabolic Syndrome: A case-control study. Clin. Ter. 2013; 164 (3): 203-207.
- Charakterystyka Produktu Leczniczego Prousan 250 mg, zatw. 20.04.2023.

PRU-R1-08-2023

PROURSAN[®]

acidum ursodeoxycholicum (UDCA)

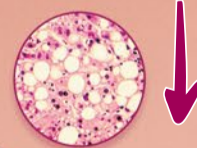
WIĘCEJ NIŻ HEPATOPROTEKCJA¹



Istotna redukcja wartości²

ALT ↓ GGTP
AST ↓ AP

Zmniejszenie stłuszczenia wątroby³

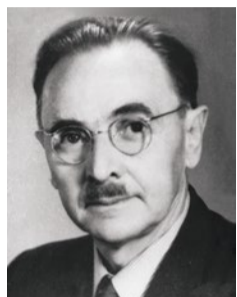


Hamowanie wchłaniania cholesterolu⁴



PRO.MED.PL
Sp. z o.o.

Poczet Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



Prof. Mściwój
Semerau-Siemianowski
1950-1954



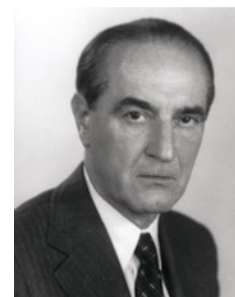
Prof. Jerzy Jakubowski
1954-1961



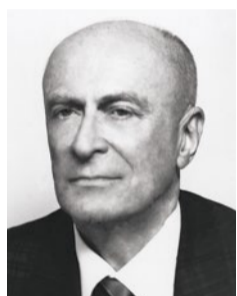
Prof. Edmund Żera
1962-1972



Prof. Zdzisław Askanas
1972-1973



Prof. Jan Kwoczyński
1973-1979



Prof. Włodzimierz Januszewicz
1980-1986



Prof. Kazimierz Jasiński
1986-1989



Prof. Leszek Ceremużyński
1989-1995



Prof. Michał Tendera
1995-1998



Prof. Witold Rużyłło
1998-2001



Prof. Andrzej Cieśliński
2001-2004



Prof. Adam Torbicki
2004-2007



Prof. Andrzej Rynkiewicz
2007-2009



Prof. Waldemar Banasiak
2009-2011



Prof. Janina Stępińska
2011-2013



Prof. Zbigniew Kalarus
2013-2015



Prof. Piotr Hoffman
2015-2017



Prof. Piotr Ponikowski
2017-2019



Prof. Adam Witkowski
2019-2021



Prof. Przemysław Mitkowski
2021-2023

Wydawca:

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
Warszawa, ul. Stawki 3A lok. 1-3



Komitet Organizacyjny:

Prof. dr. hab. n. med. Przemysław Mitkowski
Prof. dr hab. n. med. Romuald Ochoćny
Prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak

Opracowanie wydawnicze:

Grupa casusBTL Sp. z o.o.
ul. Rodawska 26, 61-312 Poznań



Opieka redakcyjna:

Grupa casusBTL

Redaktor prowadzący:

Bartosz Szymański

Redakcja i korekta:

Karolina Kaczmarek
Bartosz Szymański
Grupa casusBTL

Skład i opracowanie graficzne:

Marcin Płuska

Obsługa fotograficzna:

Marcin Bany

Publikacja przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 z późniejszymi zmianami).

© Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Jakiegokolwiek kopiowanie niniejszej publikacji, w części lub w całości, bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy jest całkowicie zabronione. Wydawca nie ponosi odpowiedzialności

za treść reklam i ogłoszeń. Opinie wyrażone w poszczególnych artykułach są wyłącznie opiniami ich autorów i nie mogą być przypisywane wydawcy, redaktorom ani członkom Komitetu Naukowego.

Każdy lekarz powinien kierować się własnym doświadczeniem klinicznym podejmując decyzję o przewadze korzyści z leczenia nad ryzykiem działań niepożądanych. Lekarze powinni zapoznać się z pełną informacją o preparatach wymienionych w artykułach, zamieszczoną na opakowaniach leków lub w materiałach promocyjnych producentów.