

Kardiologiczne know-how

„Panaceum”: - Panie Profesorze, jedną z Pańskich najnowszych inicjatyw jest uruchomienie Akademickiej Platformy Edukacyjnej, działającej w formule online. Kiedy powstała i jakie ma zadania spełniać?

Prof. Jarosław Drożdż: - Akademicka Platforma Edukacyjna Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ruszyła natychmiast po ogłoszeniu pandemii, czyli w kwietniu 2020 r. Wówczas przez trzy miesiące ośmiu regionalnych konsultantów wojewódzkich przeprowadziło szkolenie na Kardio-Know-How w celu dostosowania potencjału własnych specjalności do czasów pandemii. W projekcie wzięli udział: prof. Michał Krejca, dr med. Jan Krekora, prof. Ilona Kurnatowska, prof. Michał Nowicki, dr med. Małgorzata Saryusz-Wolska, dr med. Bożena Adamkiewicz i dr med. Mirosław Stelągowski. Obok konsultantów wojewódzkich na platformie wykłady prezentowali też uznani eksperci, m.in. prof. Anita Gąsiorowska, prof. Katarzyna Cypryk, prof. Jarosław Kasprzak, prof. Jerzy Krzysztof Wranicz, prof. Jacek Rożniecki czy prof. Grzegorz Piotrowski. W otwartych dla lekarzy wykładach online wzięło już udział łącznie ponad 4 tysiące lekarzy, z czego ponad tysiąc to użytkownicy regularnie odwiedzający naszą witrynę. Liczba unikatowych odsłon przekroczyła już 30 tysięcy. To bardzo cieszy, ale i zobowiązuje do jeszcze cięższej pracy.

- Jak to się wszystko zaczęło?

- Jeśli sięgnąć do korzeni naszego przedsięwzięcia, to już pięć lat temu podjąłem duży projekt edukacyjny dla lekarzy rodzinnych pod nazwą Kardio-Know-How. Szkolenia z zakresu praktycznej kardiologii prowadziły zespoły trzech klinik kardiologicznych CKD, Kliniki Kardiologii Interwencyjnej, prowadzonej przez prof. Marzenę Zielińską, Kliniki Elektrokardiologii – prof. Jerzego Krzysztofa Wranicza i podległej mi Kliniki Kardiologii. Równolegle, od początku istnienia szpitala, prowadziłem spotkania kliniczne dla zainteresowanych lekarzy całego budynku CKD. Odbываły się one zazwyczaj w środy, dokładnie w południe, co kontynuujemy w dzisiejszych spotkaniach online. Nie zmieniła się także ich formuła i ściśle trzymanie się harmonogramu – 30 minut wykładu ukierunkowanego praktycznie, a potem 15 minut dyskusji na wybrany temat tak, aby po 45 minutach przejść się do pracy. Konieczne jedynie stało się zbudowanie profesjonalnej infrastruktury, za co bardzo dziękuję P. Joannie Milczarek, dyrektor Biura Promocji Uniwersytetu Medycznego i zarazem Pani prezes FUMED – Fundacji naszej Uczelni. Ogrom organizacyjnej pracy wykonuje Pani Natalia Stanisławska, i naturalnie, grupa naszych akademickich informatyków.

- Czyli wszystko miało swój początek w stacjonarnych dyskusjach

i konsultacjach?

– Tak, można te nasze spotkania nazwać konsultacjami. Omawiając przykłady typowych ale też i trudnych pacjentów, staraliśmy się udzielać rad i wskazówek przydatnych w codziennej pracy, opierając się na naszych doświadczeniach z pracy klinicznej. Podobną formułę przyjęliśmy już wcześniej, w ponad 20 edycjach Łódzkiej Konferencji Kardiologicznej, wspólnie z prof. Marią Krzemińską-Pakułą i prof. Jarosławem D. Kasprzakiem. Zasadniczą ideą było przedstawienie praktycznej strony naszego zawodu.

- To zmieniła pandemia?

– Czas pandemii okazał się pełen nowych wyzwań, ale i nowych możliwości. Adaptujemy nowe formy komunikacji i wykorzystujemy postęp w zakresie cyfryzacji. Nowością jest nagrywanie wykładów do ich późniejszego odtworzenia w dogodnym czasie. Osobno publikujemy także przeźrocza w formacie PDF. Kontynuujemy później wymianę informacji w mediach społecznościowych.

Wreszcie sięgnęliśmy po fascynującą jakość nowoczesnej edukacji – podcasty. One sprawiły, że uzyskaliśmy niemal błyskawiczny kontakt z lekarzami. Na przykład podsumowanie zakończonego 2 lipca br. kongresu Europejskiej Asocjacji Niewydolności Serca trafiło do naszych użytkowników dokładnie 2 lipca przed południem, a największe spotkanie kardiologów na świecie, Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z przełomu sierpnia i września, w odstępach od 27 sierpnia przez kolejne wrześniowe piątki. Piątki, ponieważ optymistycznie założyliśmy, że lekarze jadąc do pracy tego dnia bądź też z niej wracając, mają nieco więcej czasu niż zazwyczaj. Pozostali – podczas weekendowych aktywności, prac w ogródkach, spacerów, wycieczek rowerowych. Wiemy to z prowadzonej komunikacji z naszymi słuchaczami.

- Jak wygląda taki podcast?

– Do tej pory ukazało się już 35 odcinków i każdy trwa 15–20 minut. Na początku, w nagrany „niezbędniku słuchacza” zaznaczyłem jasno, że podcast Cardio-Know-How, jak i cały portal, kierowany jest tylko do profesjonalnych pracowników opieki zdrowotnej, głównie lekarzy. Wskazałem jednoznacznie, że podcastu nie powinni słuchać pacjenci, co wymagałoby dostosowania formy przekazu, jak i zmiany tematyki. Może ktoś z Czytelników „Panaceum” wypełni tę lukę? Ja skupiam się wyłącznie na praktycznej i najnowszej wiedzy kardiologicznej i kieruję przekaz do profesjonalistów. Odpowiadam na pytania lekarzy, podsumowuję najnowszą światową literaturę naukową i doniesienia z największych kongresów kardiologicznych. Ale koncentruję się niemal wyłącznie na praktycznej klinicznej kardiologii i codziennych problemach lekarzy w szpitalach i ambulatoriach, a nawet bardziej na ambulatoryjnej opiece w poradniach

kardiologicznych lub POZ.

Moim marzeniem i zasadniczym celem całego portalu jest to, aby słuchacz wykorzystał przedstawione informacje już tego samego dnia i wdrożył zalecenia oraz rekomendacje bezzwłocznie do własnej praktyki klinicznej. Dodam, zalecenia i rekomendacje nie tylko moje, czy mojego zespołu, ale dużych towarzystw naukowych, głównie Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Przekroczyliśmy już granicę 2 tysięcy miesięcznych odsłuchań podcastu i liczba słuchaczy szybko rośnie. Jesteśmy na każdej platformie podcastowej, co jest zasługą młodego lekarza – Pawła Maesera.

- Jaka jest w tym projekcie rola zaproszonych konsultantów? Nazwa wskazuje niejako, że działalność platformy skupia się na kardiologii.

– Nazwa Kardio-Know-How rzeczywiście wskazuje na kardiologię i taką mieliśmy genezę. Ambicje, ale także i dotychczasowe dokonania mamy jednak rozleglejsze. Utworzenie Akademickiej Platformy Edukacyjnej od początku służyło różnym specjalnościom, między innymi w początkowej fazie pandemii. Platformę bardzo łatwo jest adaptować do nowej tematyki i wykorzystać do szerszej edukacji. Multidyscyplinarność to także mój kierunek myślenia o medycynie. Przed specjalizacją z kardiologii moje pokolenie uczestniczyło w dwustopniowej specjalizacji z interny, królowej nauk medycznych. We wszystkich naszych aktywnościach edukacyjnych uczestniczyli różni specjaliści i zadawali różnorodne pytania, a my staraliśmy się adresować przekaz także do niespecjalistów z kardiologii.

- A jak wyglądają odpowiedzi na te pytania z punktu widzenia kardiologa?

– Z mojej dziedziny można powiedzieć, że poza niejasnym jeszcze dla nas zwiększeniem ryzyka powikłań zakrzepowych oraz zatorowości płucnej, nie mamy wzrostu częstości występowania żadnej ze znanych chorób serca ani naczyń, ani też nie pojawiło się żadne nowe schorzenie. Ale zaległości w zakresie klasycznych chorób sięgają kilkudziesięciu procent. Co nieco nas uspakaja, spadek liczby leczonych interwencyjnie zawałów serca tzw. STEMI w całym poprzednim roku w naszym województwie obniżył się jedynie o 6 procent. Opisałyśmy to w właśnie w „Kardiologii Polskiej”

(https://journals.viamedica.pl/kardiologia_polska/article/view/KP.15984). Ilustruje to sukces wszystkich 22 oddziałów kardiologicznych z naszego terenu i jest wyrazem ogromnego wysiłku włożonego w reorganizację pracy personelu w tym trudnym okresie. O tym dyskutowaliśmy właśnie w początkowej fazie pandemii na Kardio-Know-How, korzystając z doświadczeń naszych przyjaciół z Włoch i Hiszpanii, krajów dotkniętych wcześniejszymi falami zakażeń.

Powyższe spostrzeżenia, efekty analiz i przemyśleń oraz naszego doświadczenia nabyte w toku wielu lat pracy mamy zamiar ująć syntetycznie w opracowaniu „Medycyna po

ostrej fazie pandemii SARS-CoV-2 w Województwie Łódzkim". Tworzy go blisko 30 konsultantów wojewódzkich reprezentujących specjalności kliniczne niezwiązane bezpośrednio z walką z wirusem. Uważam, że dziś to tak samo ważne jak praca zespołów zajętych pandemią. Ludzie przecież chorują nie tylko na COVID-19.

- A jak pracują jednostki w terenie?

W całym województwie poradnie kardiologiczne znakomicie, moim zdaniem, zdały ten trudny egzamin. Podczas, gdy globalna liczba hospitalizacji kardiologicznych w całym 2020 r. spadła o 26 procent, to liczba porad specjalistycznych- jedynie o 9 procent. I zdecydowana większość z nich przeprowadzona była w formie klasycznej. Teleporady stanowiły niewielki margines. W moim przypadku znacznie poniżej 1 procenta. Odnosnie do spadku liczby hospitalizowanych pacjentów na oddziałach kardiologicznych to warto zauważyć, że spadek przede wszystkim dotyczył schorzeń względnie łagodnych, migotań przedsionków, nadciśnienia, przewlekłych zespołów wieńcowych, które można leczyć ambulatoryjnie. Leczenie interwencyjne pozostało w zakresie kilkuprocentowych spadków. Podczas, gdy liczba przeprowadzanych koronarografii spadła o 19 procent, to liczba angioplastyk już jedynie o 7 procent. To pokazuje, że diagnostykę inwazyjną rezerwowaliśmy głównie dla potrzebujących rewaskularyzacji pacjentów. Taka była moja intencja i tematyka wielu spotkań z ordynatorami oraz kierownikami poradni.

- Jak udało się utrzymać normalne tempo pracy w trakcie epidemii?

- Należy zauważyć kilka czynników. Po pierwsze, ogromny wkład pracy wszystkich zespołów, przez co rozumiem pracę lekarzy, pielęgniarek i całego personelu. Po drugie, świetna koordynacja pracy. Jednostki dedykowane bezpośrednio walce z pandemią były zastępowane przez inne, które przyjmowały zwiększoną liczbą chorych. Wszyscy kierujący oddziałami w województwie znakomicie się znają i często się ze sobą kontaktują, także poprzez Cardio-Know-How. Po trzecie, zdecydowały też względy organizacyjne, związane z dobrą pracą naszych dyrekcji. Mam ogromne słowa uznania dla administracji za wysiłek włożony w zapewnienie warunków pracy. Jeszcze gdyby zwiększyły się zarobki pracowników...

- Czy teleporady mają zastosowanie w kardiologii?

- To złożony temat. Zdalna ocena dedykowanego telemedycynie kardiostymulatora czy proste przedłużenie leków stanowią klasyczne przykłady przydatności teleporady. Zupełnie inna sytuacja jest w poradni, w której pracuję. Często zgłasza się do nas pacjent nieskutecznie leczony w innym ośrodku. Tu wybór właściwego rozwiązania jest niezwykle złożony i wymaga zebrania wielu informacji. Nie da się ich pozyskać nawet przez znakomite łącze teleinformatyczne, a nierzadko mamy do dyspozycji jedynie prosty

telefon i komunikaty głosowe. Nie da się tak zakwalifikować pacjenta do operacji czy zabiegu interwencyjnego. Nie sposób też dokonać poprawnie dyskwalifikacji z postępowania inwazyjnego, gdyż czasem orientujemy się, że możemy przynieść więcej szkody niż pożytku. Trudno także podczas teleporady dostrzec złożoność tzw. wielochorobowości, ocenić mobilność pacjenta i zdolność oraz determinację do rehabilitacji pozabiegowej. A są to czynniki kluczowe w wyborze właściwej drogi leczenia współczesnej kardiologii nastawionej po postępowanie interwencyjne.

- A jak układa się współpraca kardiologów z lekarzami POZ-etu?

- Mam wrażenie, że jestem w mniejszości tych, którzy chwalą sobie tę współpracę. Słyszę różne opinie, ale osobiście wypracowałem z szeregiem lekarzy POZ-etu skuteczne metody współdziałania. Na czym one polegają? Po pierwsze, jako specjalista kardiolog zajmuję się uzgadnianiem szczegółów farmakoterapii kardiologicznej i jej relacji do pozostałych leków. Wprowadzam modyfikacje leczenia zgodnie z najnowszymi wytycznymi i moim wieloletnim doświadczeniem, a kontynuację leczenia prowadzą lekarze POZ-etu. Po drugie, rozstrzygam złożone problemy kwalifikacji do leczenia interwencyjnego z zakresu kardiologii i kardiochirurgii. To ostatnie czynimy wspólnie z prof. Michałem Kidawą, kierownikiem Pracowni Hemodynamiki oraz prof. Michałem Krejcą, kierownikiem Kliniki Kardiochirurgii CKD. Po przeprowadzeniu zabiegu i niezbędnym czasie obserwacji pozabiegowej pacjent wraca do opieki lekarzy POZ. I po trzecie, gdy decydujemy o ograniczeniu zakresu naszych interwencji kardiologicznych wysyłamy pacjenta do POZ-etu w celu dalszego skojarzonego leczenia. Najczęściej dotyczy to pacjentów z licznymi schorzeniami, u których nie dominują te z naszego obszaru i nasze interwencje mogą przynieść więcej szkody niż pożytku. Tu również spotykam się ze zrozumieniem i gotowością lekarzy POZ-etu do kontynuacji opieki.

Jak widać, jako specjalista pełnię rolę jedynie w kluczowych, ale ograniczonych czasowo momentach diagnostyki i terapii. Opiekę przed i po interwencji realizuje z powodzeniem lekarz POZ-et.. To naprawdę działa, ale żmudne szlifowanie powyższego modelu współpracy trwało prawie dwie dekady. Ale bardzo cenię sobie możliwość skupienia na obszarach ścisłej kardiologii interwencyjnej i nowoczesnej farmakoterapii.

- Czy lekarze jako grupa zawodowa są w grupie ryzyka wystąpienia chorób krążenia? Czy jesteśmy może bardziej narażeni niż reszta populacji?

- Według moich obserwacji, jesteśmy narażeni nieco mniej na poważne choroby układu krążenia. Z czego to wynika? Jako lekarze mamy świadomość czynników ryzyka chorób naczyniowych. Na palcach jednej ręki mogę wymienić kardiologów, którzy aktualnie palą papierosy. Drugą sprawą jest fakt, że my naprawdę bardzo ciężko pracujemy, co sprzyja utrzymaniu stałej masy ciała. Nie widać w naszym środowisku wielokilogramowej

dodatkowej nadwagi nabytej w czasach pandemii, co stało się udziałem przedstawicieli innych zawodów niż medycyna, nie wspominając o emerytach. Trzecia rzecz, to jest nasza świadomość znaczenia aktywności fizycznej. Rzadko korzystamy np. z wind w CKD. Choć jeśli mam być precyzyjny, widzę jak po schodach CKD biegają liczni kardiolodzy, interniści i nefrolodzy, a inne specjalności, głównie zabiegowe, zazwyczaj jeżdżą windą...

- Czy mężczyźni częściej ulegają chorobom układu krążenia?

- To jest mit. Dziś różnice zależne od płci są w kardiologii naprawdę niewielkie, ponieważ z powodu podobnego narażenia na czynniki ryzyka miażdżycy, palenie tytoniu, nadwagę, hipercholesterolemię, kobiety niemal tak samo często chorują na zawały serca jak mężczyźni. Kiedy kilkanaście lat temu zorientowaliśmy się, że u kobiet zawały serca trudniej się rozpoznaje, przeprowadziliśmy ogromną akcję edukacyjną wśród lekarzy. Dziś czas reakcji pogotowia na sygnał „ból w klatce piersiowej” nie zależy już od płci zgłaszającego, a kobiety tak samo często jak mężczyźni poddaje się diagnostyce inwazyjnej przy podejrzeniu ostrego zawału serca.

- Czy można zatem powiedzieć, że Akademicka Platforma Edukacyjna poprzez swoją działalność wpisuje się w nurt profilaktyki chorób, która - jak wiadomo - jest dużo tańsza od leczenia?

- Tak, ocenia się, że każda złotówka zainwestowana w prewencję to od 3 do 7 złotych oszczędności na leczeniu. Problem tkwi w tym, że te nakłady odzyskujemy dopiero po kilku latach i niestety, nie wszyscy zarządzający systemem mają wieloletnią perspektywę patrzenia na opiekę zdrowotną. Nawiązując do profilaktyki chorób serca, chciałbym wspomnieć, że otrzymaliśmy we wrześniu br. nowe wytyczne prewencji niewydolności serca. Jest to bardzo interesujący i ważny dokument, w którym wnioski są dość zaskakujące. Wskazuje się w nich na przykład, że u osób klinicznie zdrowych możemy tolerować niewielkie odchylenia stężenia cholesterolu czy ciśnienia krwi, o ile stanowi to jedyny czynnik ryzyka, gdyż globalne ryzyko powikłań naczyniowych nie jest wysokie. Zdecydowanie jednak intensyfikujemy działania w populacji, która obarczona jest licznymi czynnikami ryzyka, nie stosuje naszych prostych rekomendacji bądź przeżyła incydent naczyniowy, zawał serca lub udar mózgu.

Jest jeszcze inne bardzo interesujące zagadnienie - zasadności prewencji. Nowe wytyczne zawierają tabelę pokazującą potencjalny zysk wdrożenia poszczególnych jej zasad. I to w ilościowym ujęciu - liczby lat, o ile można wydłużyć życie, eliminując dany czynnik ryzyka naczyniowego. Z tabeli jasno wynika, że największy sens ma prewencja u osób młodszych. Pozwala to nam na koncentrację na konkretnych czynnikach ryzyka, w konkretnej grupie optymalizując nasz wysiłek.

Mamy świadomość, że niewiele osób czyta z pełną uwagą wielostronicowe wytyczne, dlatego w projekcie Kardio-Know-How skupiamy się na maksymalnie skoncentrowanym przekazie praktycznych zasad klinicznej medycyny. Jako przykład podam najnowszą zasadę farmakoterapii pacjentów z niewydolnością serca. To także pochodzi z najnowszych, wrześniowych wytycznych europejskich – pięć grup leków, jak pięć palców u jednej ręki. Zachęcamy do spojrzenia na własną dłoń w trakcie wypisu pacjenta ze szpitala bądź wizyty w ambulatorium. Powinniśmy tam ująć pięć grup ratujących życie. Dosłownie. Zapraszam wszystkich lekarzy do rejestracji na platformie Kardio-Know-How [[www. kardio-know-how.pl](http://www.kardio-know-how.pl) – przyp. red.], tam takich prostych wskazówek jest więcej.

- Bardzo dziękuję za ciekawą rozmowę i życzę dalszego rozwoju Akademickiej Platformy Edukacyjnej.

Rozmawiała Patrycja Proc

Panaceum 10/2021