MATERIAŁY PROMOCYJNE PRZYGOTOWANE I POCHODZĄCE OD MEDIAPLANET

Wrzesień 2021 | **byczdrowym.info**

mediaplanet

Twoje serce i układ krwionośny

Ekspert
Jak przywrócić odpowiednie stężenie potasu i magnezu?
s3

Sprawdź
Jak utrzymać cholesterol w normie i zapobiec hipercholesterolemii?
s5

Karolina Gorczyca

Kluczowe jest to, jak traktujemy nasz organizm

FOT.: ILONA MISSORI

WYZWANIA

Miażdżyca – jak możemy uniknąć tej przewlekłej choroby?

W WYDANIU

06

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Kuśmierczyk
To warto wiedzieć o niewydolności serca

07

Prof. dr hab. n. med. Michał Zembala
Czym jest system LVAD?

12

Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz
Długofalowe powikłania COVID-19 a układ krążenia

Junior Project Manager: **Natalia Bartosiewicz**
+48 537 946 500, natalia.bartosiewicz@mediaplanet.com
Senior Business Developer: **Karolina Likos**
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Head of Business Development: **Karolina Kukiełka**
Managing Director: **Adam Jabłoński**
Skład: **Mediaplanet**
Web Editor: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Sonia Młodzianowska, Aleksandra Podkówka-Poźniak, Ewelina Zych-Mytek**
Fotografie: **Ilona Missori, stock.adobe.com, zasoby własne**
Kontakt: **e-mail: pl.info@mediaplanet.com**
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.
ul. Zielna 37, 00-108 Warszawa

facebook.com/byczdrowymPL
mediaplanetpl
mediaplanet
@Mediaplanet_Pol
Please Recycle

Nieleczony stan miażdżycowy prowadzi do wielu poważnych konsekwencji zdrowotnych, a nawet śmierci. Jakie są jej przyczyny i dlaczego tak ważna jest jej profilaktyka?

Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach
Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, Kierownik Zakładu Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Czym jest miażdżyca?

Miażdżyca w ponad 90 proc. przypadków to choroba przewlekła. Rzadko przebiega gwałtownie. By do niej doszło, muszą występować czynniki ryzyka – pierwotne (uwarunkowane genetycznie) lub wtórne (związane z nieprawidłowym stylem życia, chorobami współistniejącymi, często z przyczyn nieprawidłowo przyjmowanych leków). Najczęstszymi czynnikami chorobotwórczymi są m.in.: zaburzenia lipidowe, cukrzyca, nadwaga i otyłość, palenie papierosów. Wszystkie te elementy powodują, że śródbłonek pokrywający naczynia wieńcowe nie pracuje w sposób prawidłowy. W wyniku tego procesu następuje jego uszkodzenie, zaczynają gromadzić się płytki krwi, monocyty, makrofagi i limfocyty. Dodatkowo tworzy się w tym obszarze stan zapalny, narasta stres oksydacyjny, co wraz z elementami morfologicznymi tworzy blaszkę miażdżycową. Blaszka ta z czasem zmniejsza światło naczynia krwionośnego oraz dochodzi do zaburzeń prawidłowego, ciągłego przepływu krwi. Dlatego też mamy do czynienia z co najmniej dwoma procesami, które nasilają to działanie, jeśli nie zmienimy swojego trybu życia oraz nie poddamy się leczeniu.

Jak objawia się miażdżyca, czy możemy ją u siebie rozpoznać?

Wczesna miażdżyca nie daje żadnych objawów, chyba że już od samego początku monitorujemy swoje zdrowie i wskaźniki poziomu glukozy, lipidów oraz kontrolujemy ciśnienie tętnicze oraz masę ciała. Możemy jednak zauważyć na początku zmiany w naszym samopoczuciu – np. zmniejszenie wydolności wysiłkowej, nowe zaburzenia akcji serca, zawroty głowy, przyspieszoną pracę serca.

Do czego może prowadzić nieleczona miażdżyca, jak groźne mogą być jej następstwa?

Blaszka miażdżycowa oraz stan zapalny w tym obszarze z czasem się zwiększają. Wtedy może dojść do jednej z dwóch sytuacji – zamknięcia światła naczynia w miejscu jej powstania, co powoduje zawał, udar czy niedokrwienie kończyn, lub oderwania się blaszki i przetransportowania jej wraz z krwią do innego układu. Gdy dotrze ona do obszaru, gdzie jej średnica będzie na tyle duża, by zamknąć światło, dojdzie także do poważnego obwodowego incydentu niedokrwiennego, np. udaru mózgu, co często doprowadza do poważnych konsekwencji zdrowotnych, a nawet śmierci. Warto podkreślić, że miażdżyca jest chorobą odwracalną – należy dobrać odpowiednie leczenie oraz zmienić swój styl życia na zdrowszy.

Jak wygląda profilaktyka przeciwmiażdżycowa?

Zdrowy styl życia powinien dotyczyć wszystkich, ale konieczne jest zastosowanie profilaktyki szczególnie u pacjentów, u których już widzimy czynniki ryzyka. Przykładowo: u 30-letniego mężczyzny z nadwagą, wysokim cholesterolem, palącego papierosy, bez regularnego wysiłku fizycznego możemy być pewni, że za jakiś czas rozpocznie się proces miażdżycowy. Dlatego młodzi ludzie powinni być najbardziej wyedukowani w tej kwestii, ponieważ nawet gdy czują się zdrowo, mogą mieć już zmiany naczyniowe. Należy ich przekonać do zdrowego stylu życia. Można obliczyć np. „wiek serca" i okazuje się, że w wieku 30 lat twoje serce ma już np. 47. To daje do myślenia i obrazuje, jak wielką krzywdę mogą sobie zrobić. W profilaktyce miażdżycy najważniejsze są trzy czynniki. Regularny, indywidualnie dostosowany wysiłek fizyczny, gdyż każdy wysiłek jest zdrowy! Dobrze dobrana aktywność obniża parametry lipidowe, głównie trójglicerydy, glukozę, ciśnienie krwi, zmniejsza zapalenie. Zbilansowana dieta oparta na zdrowych tłuszczach, tzw. wielonienasyconych, np. śródziemnomorska. Jeśli jest potrzeba, z deficytem kalorycznym pozwalającym na pozbycie się maksymalnie kilograma masy tłuszczowej w tygodniu. Kategorycznie odradzam diety eliminacyjne, np. niskowęglowodanową, poza osobami, które mają wskazania lecznicze, by je stosować. Odrzucenie używek – rzucenie palenia, unikanie alkoholu. Najnowsze badania wykazują, że każda, nawet najmniejsza dawka alkoholu jest szkodliwa.

Co jeszcze warto wiedzieć o miażdżycy?

Niezwykle istotną kwestią jest odpowiednia diagnostyka. Gdy pacjent w młodym wieku zgłasza się do lekarza z nadciśnieniem tętniczym lub zbyt wysokim cholesterolem, niekiedy przepisuje mu się lekarstwo, nie sprawdzając, jaka jest przyczyna tego stanu. A mogą to być już początki miażdżycy, które można odwrócić lub zatrzymać ich postęp. Pamiętajmy zawsze, że mamy grupę pacjentów z genetyczną predyspozycją, jak chociażby ponad 140 tys. osób z rodzinną hipercholesterolemią, które są przez całe życie obciążone wysokimi wartościami cholesterolu.

Partnerzy Abbott serce na nowo Medtronic PTL Polskie Towarzystwo Lipidologiczne Instytut Świadomości Głos Seniora WCCI Meleven missori_fotografie

EKSPERT

Jak przywrócić odpowiednie stężenie potasu i magnezu?

Właściwy poziom potasu i magnezu w organizmie jest szczególnie istotny dla osób cierpiących na problemy kardiologiczne. W przypadku tych pacjentów dobór odpowiednich produktów spożywczych w codziennym menu może nie wystarczyć.

Jakie są objawy i skutki niedoboru potasu i magnezu w organizmie?
Jeśli stężenie potasu lub magnezu jest tylko w niewielkim stopniu obniżone względem normy, to często objawy w ogóle nie występują. Natomiast jeśli zawartość tych elementów jest znacząco zaniżona, to objawy, w przypadku niedoboru zarówno potasu, jak i magnezu, są podobne. Najczęściej jest to ogólne osłabienie organizmu, skurcze mięśniowe, drżenie mięśni, zaparcia, zaburzenia czucia, czyli tzw. mrowienie, ale również obniżone ciśnienie tętnicze. Może dochodzić także do wystąpienia poważniejszych objawów kardiologicznych: kołatania, palpitacji czy arytmii serca. Jeśli chodzi o skutki, to najniebezpieczniejszym efektem niedoboru potasu, magnezu lub obu naraz są właśnie zaburzenia rytmu pracy serca. Jest to szczególnie niebezpieczne dla osób, które i przy właściwym stężeniu tych dwóch składników mają problemy kardiologiczne.

Jak zatem dbać o utrzymanie właściwego poziomu potasu i magnezu w organizmie? Na co powinni zwrócić uwagę szczególnie pacjenci po przebytych incydentach sercowo-naczyniowych oraz z arytmiami serca?
Podstawowy sposób dbania o odpowiednią podaż potasu i magnezu to urozmaicona, zdrowa dieta. To jest fundament. U zdrowych osób wystarczy ułożenie właściwego jadłospisu i spożywanie produktów bogatych w potas i magnez, czyli pomidorów, bananów, ziemniaków, marchwi, szpinaku, kapusty czy mleka. Natomiast sama dieta może nie być wystarczająca dla osób z problemami kardiologicznymi. Tacy pacjenci najczęściej przyjmują leki, które powodują nadmierne oddawanie potasu i magnezu w moczu, co prowadzi do niedoboru tych składników w organizmie. W takich przypadkach możemy rozważyć stosowanie terapii, która na ogół jest rutynowo przepisywana przez lekarza prowadzącego i należy ściśle przestrzegać wskazań medycznych dotyczących jej stosowania. Preparatów tych nie należy bowiem przyjmować na własną rękę. Wprawdzie ryzyko przedawkowania potasu czy magnezu u większości osób jest niewielkie, ale na przykład u pacjentów chorych na nerki nadmiar potasu może już spowodować pewne powikłania.

Jaki jest wpływ potasu na układ krwionośny?
Tak jak wspomniałem, stężenie potasu ma wpływ na pracę serca, ale także na ciśnienie krwi. Jony potasowe z ładunkiem dodatnim, przemieszczając się przez specjalne kanały błonowe, biorą udział w skurczu mięśni gładkich naczyń krwionośnych, regulując w ten sposób ciśnienie krwi. Ponadto osoby cierpiące na zaburzenia ciśnienia krwi przyjmują leki, które wypłukują potas, więc są to pacjenci szczególnie narażeni na deficyt potasu. I właśnie oni powinni zwrócić szczególną uwagę na przywrócenie właściwego stężenia potasu w organizmie.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski
Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

FILOFARM

ponad 50 lat z polskimi pacjentami!

MAGNEZ lek bez recepty! POTAS

OTC/A/P/GW/VIII/2021

Aspargin® Skład: 1 tabletka zawiera 250 mg magnezu wodoroasparaginianu, 250 mg potasu wodoroasparaginianu oraz substancje pomocnicze. **Wskazania do stosowania:** uzupełnianie niedoboru magnezu i potasu (niewymagające podawania pierwiastków drogą dożylną): przy niemiarowościach i nadpobudliwości serca, zwłaszcza na tle niedoboru magnezu i potasu; profilaktycznie w chorobie niedokrwiennej serca, przy zagrożeniu zawałem; w rekonwalescencji pozawałowej; po przebytych chorobach zakaźnych lub zabiegach chirurgicznych, w których przebiegu doszło do utraty magnezu i potasu; jako lek przeciwdziałający niepożądanym skutkom długotrwałego stosowania glikozydów nasercowych i leków moczopędnych (np. tiazydów, furosemidu). Produkt leczniczy jest przeznaczony dla pacjentów w wieku powyżej 12 lat. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na którykolwiek składnik produktu leczniczego, hipermagnezemia, hiperkaliemia, ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny mniejszy od 30 ml/min), zakażenia dróg moczowych, zaburzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (blok), bradykardia, *myasthenia gravis*, znaczne niedociśnienie tętnicze krwi. **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy Filofarm, ul. Pułaskiego 39, 85-619 Bydgoszcz.

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.

PROBLEM

Gdy twój cholesterol jest *za wysoki...*

Do hipercholesterolemii dochodzi, gdy następuje zwiększenie stężenia cholesterolu w osoczu. Występuje u ponad 60 proc. Polaków i nieleczona może skutkować powikłaniami, takimi jak choroba niedokrwienna serca, miażdżyca, zawał serca i udar mózgu.

Hipercholesterolemia to choroba cywilizacyjna – co wpłynęło na tak szybki rozwój zaburzeń lipidowych?
Hipercholesterolemia to główny problem w kardiologii od 20-30 lat. Zaburzenia lipidowe wynikają ze zmiany stylu życia. Obecnie mamy ogromny dostęp do jedzenia wysokoprzetworzonego, bogatego w tłuszcze zwierzęce i cukry proste, ubogiego w błonnik, warzywa i owoce – i dodatkowo tego pożywienia spożywa się za dużo, przez co coraz więcej osób ma nadwagę i otyłość. Oprócz nieprawidłowej diety do zaburzeń lipidowych przyczynia się też brak aktywności fizycznej – dzieci, młodzież i dorośli prowadzą coraz częściej siedzący tryb życia, w dużej mierze ze smartfonem w dłoni, co nie wpływa korzystnie na zdrowie.

Jak przedstawiają się statystyki epidemiologiczne choroby w Polsce oraz w Europie?
W Polsce nieprawidłowe stężenie cholesterolu ma 16-17 milionów osób, co sprawia, że jest to pierwszy pod względem częstości występowania czynnik ryzyka miażdżycy, a także innych chorób sercowo-naczyniowych. Warto także pamiętać, że wiele osób może mieć hipercholesterolemię, jednak bez wykonywania badań mogą być nieświadomi choroby. W Europie liczba chorych jest podobna. Trzeba jednak podkreślić, że bardziej istotna niż liczba chorych jest liczba osób prawidłowo leczonych – na tym polu mamy znacznie większy problem niż inne kraje w Europie...

Prof. dr. hab. n. med. Artur Mamcarz
Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego WUM, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Jakie sygnały powinny być wskazaniem do diagnostyki zaburzeń lipidowych i wizyty w gabinecie POZ z perspektywy pacjenta?
Hipercholesterolemia nie boli ani też nie daje żadnych odczuwalnych objawów, dlatego też podstawą jest tutaj regularne monitorowanie zdrowia i wykonywanie badań profilaktycznych. Warto podkreślić, że osoby powyżej 40. r.ż. powinny mieć oznaczane stężenie cholesterolu we krwi przynajmniej raz w roku, natomiast osoby, które przeszły udar mózgu lub zawał, mają nadciśnienie tętnicze, palą, mają nadwagę lub są otyłe, mają chorobę zapalną lub w wywiadzie rodzinnym występowała hipercholesterolemia, oznaczenie cholesterolu powinny wykonywać regularnie już w 20.-30. r.ż. Warto pamiętać, że wykonanie tych badań nie jest czasochłonne, ale pozwala wdrożyć terapię i tym samym uniknąć powikłań hipercholesterolemii.

Jakie są aktualne wytyczne leczenia zaburzeń lipidowych?
Wytyczne są precyzyjne i u osób, u których stężenie cholesterolu jest nieznacznie przekroczone, zaleca się metody niefarmakologiczne polegające na stosowaniu zdrowej diety, codziennej aktywności fizycznej i eliminacji czynników ryzyka, takich jak np. palenie tytoniu. Z kolei u osób, u których należy wdrożyć farmakologię, w celu obniżenia cholesterolu stosowane są statyny. U niektórych można zastosować leki zawierające ezetymib w terapii skojarzonej, który hamuje wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego, nie zaburzając przy tym wchłaniania innych substancji. Wysoki poziom rekomendacji mają nowoczesne leki nazywane inhibitorami PCSK9. W tle są jeszcze fibraty, które wpływają na trójglicerydy, oraz kwasy omega-3, które także stosowane są w leczeniu farmakologicznym zaburzeń lipidowych.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

HIPERCHOLESTEROLEMIA

Do hipercholesterolemii dochodzi, gdy następuje zwiększenie stężenia cholesterolu w osoczu. Schorzenie to występuje u **ponad 60 proc. Polaków**.

W Polsce nieprawidłowe stężenie cholesterolu ma **16-17 mln osób**, co sprawia, że jest to pierwszy pod względem częstości występowania czynnik ryzyka **miażdżycy**, a także innych **chorób sercowo-naczyniowych**.

Osoby **powyżej 40. r.ż.** powinny mieć oznaczane stężenie cholesterolu we krwi przynajmniej raz w roku.

Osoby, które przeszły udar mózgu lub zawał, mają nadciśnienie tętnicze, palą, mają nadwagę lub są otyłe, mają chorobę zapalną lub w wywiadzie rodzinnym występowała hipercholesterolemia, oznaczenie cholesterolu powinny wykonywać regularnie już **w 20.-30. r.ż.**

Hipercholesterolemia nie boli ani też nie daje odczuwalnych objawów, dlatego podstawą jest **regularne wykonywanie badań**.

WAŻNE

Jak utrzymać **cholesterol w normie** i zapobiec hipercholesterolemii?

Chcesz, aby twój cholesterol nie był podwyższony? Pomocne będzie wprowadzenie zasad zdrowego stylu życia. Dowiedz się, co konkretnie warto robić, by zapobiec hipercholesterolemii oraz innym chorobom cywilizacyjnym.

Dr hab. n. med. Paweł Balsam
Oddział Kliniczny Elektrokardiologii, Uniwersyteckie Centrum kliniczne WUM

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Co można zrobić, aby uniknąć hipercholesterolemii? Na ile wcześniej należy wdrożyć zmiany w stylu życia?
Tak naprawdę, to od kiedy skończymy 18. rok życia, czyli wkraczamy w okres dorosłości, powinniśmy mieć wpojone zasady zdrowego stylu życia. Bez nich możemy zachorować nie tylko na hipercholesterolemię, ale również na inne choroby cywilizacyjne, takie jak np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy otyłość. Dlatego też warto wdrożyć zasady zdrowego stylu życia jak najwcześniej i cieszyć się zdrowiem oraz dobrym samopoczuciem. Aby to zrobić, należy przede wszystkim zadbać o dobrze zbilansowaną dietę, w której nie będzie miejsca dla produktów wysokoprzetworzonych, znacznej ilości mięsa, produktów o dużej zawartości tłuszczów i napojów gazowanych. Codzienne menu powinno być bogate w warzywa i owoce. W codziennym jadłospisie powinno znaleźć się również miejsce dla produktów bogatych w błonnik i kwasy omega-3, które skutecznie obniżają stężenie cholesterolu w organizmie. Taka dieta pomoże także utrzymać odpowiednią masę ciała – trzeba pamiętać, że nadwaga i otyłość wpływają negatywnie nie tylko na stężenie cholesterolu, ale również ciśnienie tętnicze i stężenie glukozy.

A czy aktywność fizyczna pomaga zapobiec hipercholesterolemii?
Udowodniono, że regularna aktywność fizyczna powoduje spadek stężenia cholesterolu nawet o 10-15 proc. Aby jednak tak było, według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) należy ćwiczyć minimum 4-5 razy w tygodniu po 45 minut. Ponadto, by zapobiec hipercholesterolemii, warto zadbać o długi i dobry jakościowo sen. Właśnie podczas nocnego odpoczynku możemy regulować stężenie hormonów, a w konsekwencji także stężenie cholesterolu w organizmie.

Jak ważna jest konsekwencja w utrzymywaniu zdrowego trybu życia?
To jest maraton, więc konsekwencja jest tutaj niezbędna. Oczywiście pojedyncze występki, gdy generalnie cały miesiąc jemy zdrowo, mogą się zdarzyć. Dlatego gdy zjemy za dużo niezdrowych rzeczy na weselu czy urodzinach, to tragedii nie będzie. Kluczem jest, by te wyjątki nie zdarzały się często i żebyśmy na co dzień jedli zdrowo. Trzeba zdawać sobie sprawę, że systematyczność w zdrowych nawykach jest bardzo ważna, gdyż umożliwia minimalizowanie czynników ryzyka i zapobieganie hipercholesterolemii oraz innym chorobom cywilizacyjnym.

Czy można stwierdzić, że nasze działania mają kluczowy wpływ na prewencję zaburzeń lipidologicznych?
Zdecydowanie tak. Warto podkreślić, że każdy lekarz rozpoczynający terapię hipercholesterolemii zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego powinien w większości przypadków zalecić najpierw modyfikację stylu życia i dopiero po trzech miesiącach skontrolować pacjenta i podjąć decyzje co do dalszej terapii. Jeśli modyfikacja stylu życia nie przyniosła docelowych efektów, czyli nie osiągnięto stężeń cholesterolu LDL takich jak w wytycznych, wtedy należy wdrożyć również farmakoterapię. Oczywiście są takie sytuacje, gdy wdrażamy ją od razu, są to np. pacjenci po zawale serca, i wtedy od razu chory otrzymuje do stosowania statynę przy jednoczesnej modyfikacji stylu życia. Wiemy jednak, że w Polsce ta zdolność do utrzymania zdrowego stylu życia jest bardzo mała i wynosi zaledwie 30 proc. – tylko u tego odsetka osób udaje się wdrożyć zasady zdrowego stylu życia długoterminowo. Dlatego też trzeba wziąć pod uwagę, że farmakoterapia dosięgnie większości osób z hipercholesterolemią.

Jaką rolę odgrywają regularne badania lipidogramu?
Bardzo ważną, gdyż dzięki nim możemy wychwycić moment, gdy wyniki badań są poza normą, poza granicznym stężeniem cholesterolu. Dlatego też mężczyźni po skończeniu 40. roku życia i kobiety po skończeniu 50. roku życia powinni się regularnie badać, najlepiej raz na 2-3 lata. Warto wtedy zrobić ocenę lipidogramu, glukozy na czczo i morfologię, by odpowiednio wcześnie wykryć zaburzenia i zareagować na nie, wdrażając właściwą terapię.

Serce na Nowo – czyli działania na rzecz zwiększenia aktywności życiowej, społecznej oraz zawodowej osób z chorobami układu krążenia

Choroby serca i układu krwionośnego są powodem co drugiego zgonu w Polsce, a także poważnych konsekwencji zdrowotnych. Dlatego tak istotna jest edukacja i profilaktyka w tej kwestii.

Serce na Nowo – czego uczy nas ten program społeczny?
To akcja społeczna, która ma na celu uświadomić Polakom, jak zmienić swój styl życia na zdrowszy, chroniąc serce przed chorobami. To program prowadzony od 12 lat przez firmę Adamed, podejmuje działania edukacyjne głównie poprzez stronę internetową **www.sercenanowo.pl** i wspiera w rzetelnym informowaniu pacjentów.

Celem programu jest realny wpływ na zmniejszenie liczby zachorowań związanych z funkcjonowaniem mięśnia sercowego i układu naczyniowego. Dzięki profilaktyce, a przede wszystkim wiedzy, pacjenci mają szansę na uniknięcie m.in. choroby miażdżycowej i nadciśnienia tętniczego, a co za tym idzie, zawału, zatoru, a nawet udaru mózgu.

Do kogo skierowany jest program Serce na Nowo?
Niezależnie od wieku powinniśmy dbać o nasze zdrowie poprzez regularny wysiłek fizyczny i zbilansowaną dietę. O zdrowe serce i układ krwionośny warto dbać w każdym wieku. Już u 30-letniego pacjenta z czynnikami ryzyka w postaci nadwagi, nałogów i braku ruchu mogą rozwinąć się miażdżyca i zaburzenia rytmu serca, które w krótkim czasie mogą doprowadzić do licznych powikłań. Warto zatem postarać się o lepszą kondycję zawczasu, by uniknąć komplikacji zdrowotnych wyłączających nas z życia zawodowego i towarzyskiego niekiedy na bardzo długo.

Jakie tematy obejmuje Serce na Nowo?
Serce na Nowo swoją tematyką obejmuje ruch fizyczny oraz zasady zdrowego odżywiania, które są dopasowane do wieku pacjenta i jego sprawności. W zakładce dotyczącej zdrowych nawyków można znaleźć cenne wskazówki i najnowsze zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia. W przejrzysty sposób ukazane są zasady zdrowego odżywiania, a nawet przepisy na zbilansowane posiłki wspierające zdrowe serce.

W bazie wiedzy można uzyskać wiele merytorycznych informacji na temat rozwijania się chorób serca i naczyń, w tym choroby wieńcowej, niewydolności serca i nadciśnienia tętniczego. Na stronie internetowej można również sprawdzić wiek serca, co niezwykle trafnie obrazuje nam, jak bardzo nasze serce starzeje się w odniesieniu do naszego wieku rzeczywistego.

Wszystkie informacje poparte są wiedzą naukową i wypowiedziami ekspertów – **Serce na Nowo** stale współpracuje z najwybitniejszymi specjalistami w dziedzinie kardiologii.

Według danych prawie 19 mln Polaków, czyli co drugi rodak, ma podwyższony poziom cholesterolu, a leczy się jedynie 7-8 mln osób*. Co gorsza, w przypadku 99 proc. chorych nie są oni świadomi jej obecności, przez co nie otrzymują odpowiedniego leczenia (MZ 2018).

W odpowiedzi na to zdrowotne wyzwanie Adamed w ramach programu Serce na Nowo od kilku lat prowadzi akcje bezpłatnych badań pełnych profili lipidogramowych u pacjentów w całej Polsce. **W latach 2019-2020 udało się przebadać ok. 19 tysięcy Polaków**, a w bieżącym roku przekazano **kolejnych 25 tysięcy bonów** uprawniających do darmowych badań.

*https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C32042%2Ceksperci-co-drugi-polak-ma-zbyt-wysoki-poziom-cholesterolu.html

OGÓLNOPOLSKI PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB SERCA

Buduj nowe nawyki

sercenanowo.pl

serce na nowo

EKSPERT

To warto wiedzieć *o niewydolności serca*

Niewydolność serca to stan, gdy serce nie jest w stanie pompować odpowiedniej ilości krwi do narządów organizmu. Pojawiają się wtedy m.in. znaczne zmęczenie, duszność i obrzęki. Jak wygląda leczenie?

Jakie są przyczyny niewydolności serca (NS)?
Przyczyn może być wiele, jednak najczęstszą z nich jest choroba niedokrwienna serca (najczęściej przebyty zawał serca). Wśród innych przyczyn wymienia się m.in. pierwotne choroby serca (kardiomiopatie), niewydolność serca w wyniku nadciśnienia tętniczego, wad zastawkowych serca, zapalenia mięśnia sercowego (kardiomiopatia pozapalna), zaburzeń rytmu serca czy wad wrodzonych serca.

Jak często występuje NS u chorych w Polsce i na świecie? Jaki jest profil pacjenta – kto najczęściej choruje?
Wszystko zależy od rozwoju danego kraju. W Polsce choruje na nią 600-800 tys., a według niektórych danych nawet ponad milion osób. Z kolei na świecie, np. w USA, na ciężką niewydolność serca cierpi prawie 7 mln ludzi i w każdym roku diagnozuje się ok. 600 tys. nowych przypadków. Szacuje się, że do 2030 roku zapadalność wzrośnie tam o następne 25 proc. Z kolei częstość występowania NS zależy od wieku – w wyniku zawału serca chorują zwykle pacjenci między 50. a 70. rokiem życia. W przypadku jej wystąpienia jako wyniku defektu genetycznego chorzy mogą mieć 20-30 lat lub być jeszcze młodsi.

Jak rozpoznać niewydolność serca? Jakie są jej objawy?
Niewydolność serca rozpoznajemy przede wszystkim poprzez jej objawy, czyli przede wszystkim znaczne osłabienie i zmniejszenie tolerancji wysiłku fizycznego. Ponadto występują symptomy, takie jak duszność, obrzęki obwodowe (np. wokół kostek u nóg), powiększenie obwodu brzucha (wodobrzusze), suchy kaszel, świszczący oddech i wzrost masy ciała w umiarkowanej NS oraz utrata masy ciała w zaawansowanej NS. Z kolei, by rozpoznać NS, wykonuje się badanie klatki piersiowej (RTG) i echo serca. Mogą być również wykonane inne badania, w tym np. badanie krwi, angiografia naczyń wieńcowych, tomografia komputerowa, scyntygrafia mięśnia sercowego lub rezonans magnetyczny.

W jaki sposób leczy się NS?
Terapia niewydolności serca zależy od przyczyny jej występowania. Jeśli wynika np. z wad anatomicznych lub innych defektów pierwotnych, leczenie obejmuje usunięcie tej przyczyny, czyli wykonanie zabiegu kardiochirurgicznego lub zabiegu kardiologii inwazyjnej, w wyniku którego przywrócona zostanie prawidłowa praca serca. Z kolei, jeśli NS powstała w wyniku zawału, to łączy się leczenie niefarmakologiczne polegające na zmianie stylu życia na zdrowy z leczeniem farmakologicznym. W skrajnych przypadkach zaawansowanej niewydolności serca konieczne może okazać się przeszczepienie serca lub wszczepia się urządzenia wspomagające pracę lewej komory (pompę LVAD).

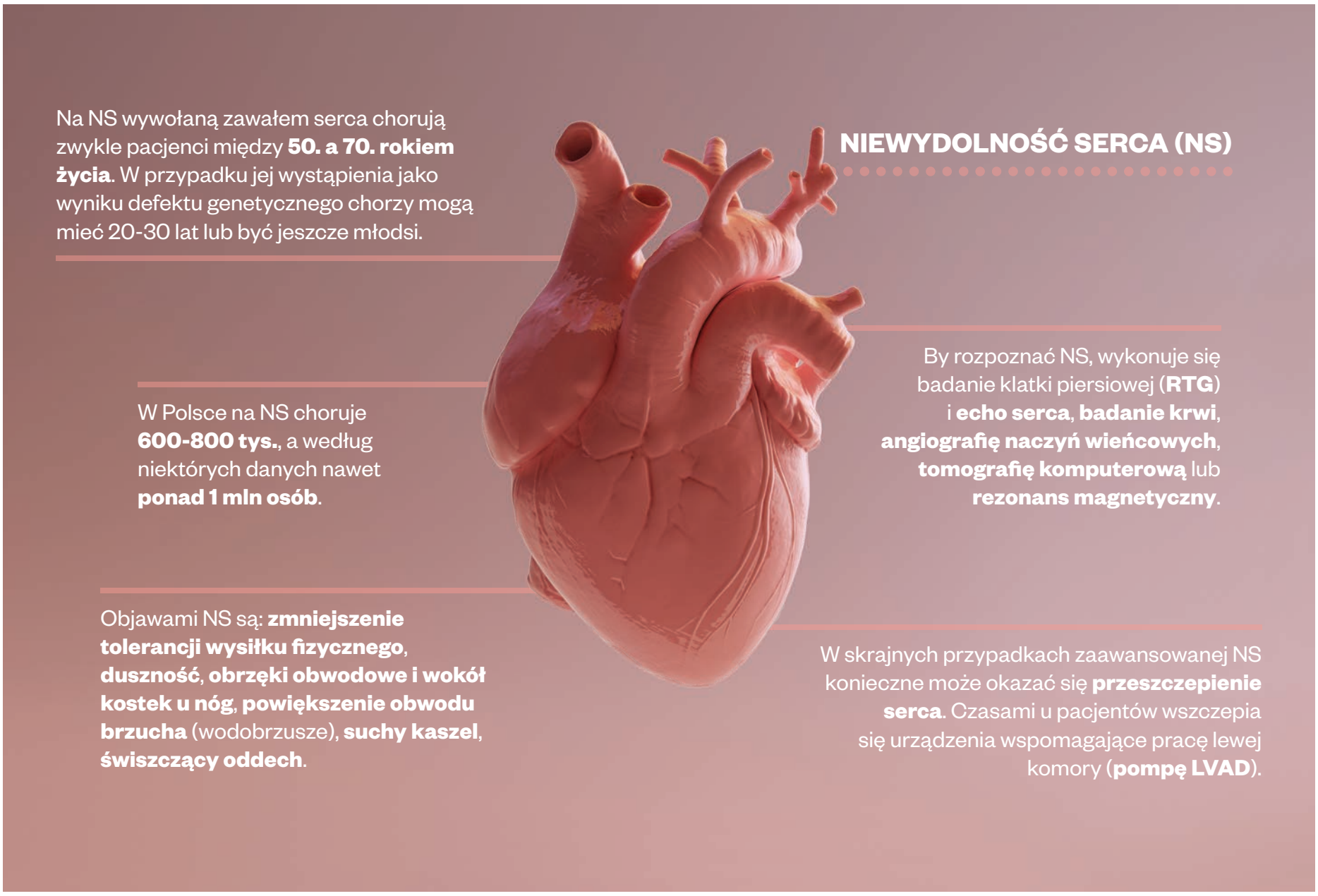
Jacy pacjenci kwalifikują się do przeszczepu, a jacy do LVAD?
Jest to dość trudne pytanie w dzisiejszych czasach, ponieważ nadal transplantacja jest złotym standardem leczenia NS. Pacjent, który ma niewydolność obukomorową, zawsze jest kwalifikowany do transplantacji serca. Z kolei pacjenci, którzy mają niewydolność lewej komory, z powodzeniem kwalifikowani są do wstawienia pompy LVAD. Do wspomagania pracy lewej komory kwalifikowane są także osoby, które nie mogą mieć przeszczepionego serca, czy to ze względu na wiek, czy stan zdrowia (mają przeciwskazania do transplantacji).

Jakie szanse daje LVAD pacjentom, którzy nie mają szansy na otrzymanie serca?
Zwykle pacjenci, którzy są kwalifikowani do wszczepienia pompy LVAD, mają trudność z wykonywaniem podstawowych, codziennych czynności. Ponadto bardzo często, bo nawet kilka razy w roku, są hospitalizowani z powodu niewydolności serca. Po zabiegu dzięki urządzeniu mogą normalnie funkcjonować, dlatego też pompa LVAD jest dla nich szansą na normalne życie, bez konieczności częstego przebywania w szpitalu. Tu szczególną rolę może odgrywać tzw. terapia docelowa, która być może wkrótce będzie w pełni dostępna dla wszystkich polskich pacjentów.

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Kuśmierczyk
Klinika Kardiochirurgii i Transplantologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info



WYZWANIA

Komu pomoże **pompa LVAD**?

Liczba chorych z niewydolnością serca wynosi około 1,2 miliona. Niestety ponad 40 proc. pacjentów nie przeżywa pięciu lat od rozpoznania. Zaawansowaną metodą leczenia jest wszczepienie urządzenia wspomagającego pracę lewej komory (pompy LVAD).

Dr hab. n. med. Małgorzata Sobieszczańska-Małek
Specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii, transplantologii klinicznej

Jak wygląda kwalifikacja pacjentów do zabiegu wszczepienia pompy LVAD?
Są to głównie pacjenci, którzy zostali wstępnie zakwalifikowani do przeszczepienia serca lub podejrzewamy, że wszczepione wspomaganie może być u nich etapem pośrednim do kandydowania do transplantacji. Urządzenie wspomagające pracę lewej komory wszczepia się chirurgicznie u chorych z zaawansowaną niewydolnością serca, u których dominuje niewydolność lewej komory. Największe korzyści z LVAD odnoszą chorzy z nawracającymi zaostrzeniami choroby, wymagający intensywnego leczenia w szpitalu. Wszczepienie pompy pozwala tej grupie chorych funkcjonować w warunkach domowych na poziomie zbliżonym do normalnego. Poza tym długi okres trwania zaawansowanej niewydolności serca prowadzi do niewydolności wielu narządów wewnętrznych, np. nerek, wątroby, co wynika z małego rzutu serca, powstania nadciśnienia płucnego. Zastosowanie wspomagania lewokomorowego przywraca sprawność krążenia i chroni pacjenta przed wystąpieniem niewydolności innych narządów.

Jak pacjent i jego rodzina powinni przygotować się do zabiegu?
Każdy ośrodek ma swoją metodę przygotowywania pacjentów, jednakże zawsze wymaga ona ścisłej współpracy pacjenta i jego rodziny. Wynika to z tego, że nie jest to już tylko leczenie niewydolności serca opierające się na zdrowych nawykach żywieniowych i systematycznym przyjmowaniu leków, ale również obsługa wysokospecjalistycznego urządzenia. Przed operacją szkolimy pacjenta i jego rodzinę, przygotowując do starannego prowadzenia leczenia przeciwkrzepliwego, a także do obsługi pompy LVAD, która wymaga m.in. umiejętności wymiany baterii czy reakcji na wyświetlane parametry czy włączające się alarmy itp. Dodatkowo szkolimy pacjenta i jego rodzinę w pielęgnacji miejsca, gdzie wyprowadzany jest przez skórę przewód zasilający pompę, czyli m.in. w zmianie co 2-3 dni opatrunków.

Jaka jest rola opieki kardiologa po przebytym zabiegu?
Podstawową opiekę prowadzą kardiolodzy z ośrodka, który wszczepiał pompę LVAD. Bardzo ważną rolę odgrywają tutaj również koordynatorzy wspomagania – są nimi najczęściej perfuzjoniści, którzy uczestniczą w zabiegu wszczepiania. To oni mają codzienny kontakt z pacjentami w zależności od praktyki ośrodka, przez kontakt telefoniczny czy przez prowadzenie dziennika internetowego i wprowadzane tam przez pacjentów parametry stanu klinicznego, parametry pracy pompy i leczenia przeciwkrzepliwego. Okresowo przeprowadzane są wizyty osobiste w ośrodkach, w trakcie których ocena uzupełniana jest o badania echokardiograficzne oraz oceniane są parametry pracy pompy.

Jak dużej zmianie ulega styl życia pacjenta z mechanicznym wspomaganiem krążenia?
Najczęściej trafiają do nas pacjenci III-IV klasy wydolności serca, którzy często mają trudności z wykonywaniem codziennych domowych czynności. Po wszczepieniu pompy LVAD chorzy mogą już funkcjonować samodzielnie, a część pacjentów wraca nawet do aktywności zawodowej, choć chorzy po zabiegu muszą cały czas przyjmować leki i dbać o miejsce wyprowadzenia przewodu zasilającego, tak by nie doszło do mechanicznego urazu. Pacjenci, pamiętając o pewnych ograniczeniach i systematycznym leczeniu przeciwkrzepliwym, mogą w ograniczonym zakresie funkcjonować normalnie poza szpitalem, realizować swoje pasje i spędzać czas z bliskimi. Mogą prowadzić aktywne, satysfakcjonujące życie. Oczywiście przyzwyczajenie się do życia z urządzeniem LVAD wymaga czasu, jednak to właśnie dzięki niemu chorzy mogą funkcjonować normalnie w domu, bez konieczności częstych hospitalizacji, które z reguły mają miejsce przed zabiegiem.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Czym jest **system LVAD**?

LVAD jest rodzajem pompy, której zadaniem jest pomóc lewej komorze serca w jej pracy. Pomóc znaczy przejąć jej funkcję – nieprzerwanie dostarczać krew, tlen i składniki odżywcze narządom.

Prof. dr hab. n. med Michał Zembala
Oddział Kardiochiurgii, Transplantacji Serca i Płuc oraz Mechanicznego Wspomagania Krążenia, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Trzeba pamiętać, iż LVAD jako jeden z typów mechanicznego wspomagania krążenia jest wskazany u chorych z ciężką niewydolnością lewej komory serca. U chorych cierpiących z powodu zaawansowanej niewydolności serca farmakoterapia osiągnęła już kres możliwości. By chory mógł przeżyć, konieczne staje się mechaniczne wspomaganie, czyli najczęściej LVAD. Urządzenie przejmuje rolę komory, pompując do 5,5 litra krwi na minutę.

Jak wygląda zabieg wszczepienia pompy?
Zabieg wszczepienia pompy nie jest skomplikowany. Rozpoczyna się od przyszycia specjalnego pierścienia mocującego pompę na samym końcu serca. To ważny moment zabiegu, decyduje bowiem o położeniu pompy, a tym samym o jej prawidłowym funkcjonowaniu. Kolejnym elementem jest przeprowadzenie przewodu zasilającego. Ten element zabiegu ma ogromne znaczenie dla wygody pacjenta i bezpieczeństwa zasilania pompy. Etap ten bywa wykonywany pod kontrolą kamery endowizyjnej, by maksymalnie zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta. Gdy pierścień jest na miejscu, a linia zasilająca podłączona, podajemy lek na rozrzedzenie krwi, po czym przyłączamy pompę. Drugi koniec pompy podłączamy do aorty tuż ponad sercem. Pompa zostaje uruchomiona i rozpoczyna pracę.

W jaki sposób działa system wspomagania LVAD?
Podobnie jak lewa komora LVAD pompuje krew z płuc do tętnic naszego ciała. Poprzez wlot umieszczony w komorze serca zasysa krew i wyrzuca ją do aorty. Podobieństw do pracy serca jest wiele, różnic także sporo. Najważniejsza wynika z budowy urządzenia – pompa nie zapewnia pulsacji. Oznacza to, że pacjent ma stale ciśnienie tętnicze i nie ma pulsu. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, gdy chory potrzebuje pomocy medycznej: ratownik nie wyczuje tętna! Ciągła praca pompy ma wielką zaletę, minimalizuje ryzyko wykrzepiania w niej krwi i przyczynia się do zmniejszenia ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych. Liczne badania pokazały, że współczesne pompy są niezwykle bezpieczne, a dodatkowe ich funkcje delikatnej pulsacji jeszcze lepiej chronią przed powikłaniami. Należy wspomnieć także o zasilaniu pompy. Nie jest to zasilanie bezprzewodowe, pacjent nosi zasilacz, który wystarcza na wiele godzin pracy. Zawsze uczymy chorego i jego rodzinę obsługi urządzenia.

Czy pompa LVAD jest rozwiązaniem chwilowym, czy może stanowić formę leczenia docelowego?
Trzeba pamiętać, że wciąż standardem leczenia krańcowej postaci niewydolności krążenia jest transplantacja serca. Rosnąca liczba oczekujących chorych przy niewystarczającej liczbie dawców narządów otworzyła drogę do innowacyjnej formuły leczenia – mechanicznego wspomagania układu krążenia. Choć pierwotnie projektowano je jako urządzenia tymczasowe, współcześnie stosowane systemy MCS dzięki zaawansowanej technologii pozwalają przywrócić chorym pełną wydolność układu krążenia i przedłużyć życie. Dla części chorych MCS będzie terapią pomostową do transplantacji lub kandydowania do przeszczepu, a dla innych terapią tymczasową do oczekiwanej regeneracji serca. Dla chorych z przeciwwskazaniami do transplantacji serca pompa może być terapią docelową.

Co z punktu widzenia pana profesora jest kluczowe w zabiegu LVAD?
Moim zdaniem kluczowa jest wczesna i poprawna kwalifikacja do zabiegu. Dziś w Polsce mamy bardzo dobrą sytuację. Można szczerze powiedzieć, że pompy są dostępne dla każdego kwalifikowanego chorego. Stąd apel nas, kardiochirurgów i transplantologów, do kardiologów zajmujących się chorymi z niewydolnością serca – jeśli chory mimo prawidłowej i maksymalnej już terapii wciąż wraca do was z powodu kolejnych dekompensacji, nie czekajcie. Zgłoście pacjenta do ośrodka transplantacyjnego, który w swojej kompetencji ma także mechaniczne wspomaganie krążenia.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

SYLWETKA

FOT.: ILONA MISSORI

Karolina Gorczyca
Aktorka filmowa, telewizyjna i dubbingowa, wspiera działania edukacyjne i sportowe, aktywna mama dwójki dzieci

Na nic nie jest za późno w życiu!

Wierzę, że jeśli będziemy traktować nasze ciało troskliwie i z miłością, to ono odwzajemni się nam w przyszłości, szczególnie zdrowiem.

FOT.: ILONA MISSORI

Jaka jest pani zdaniem rola osób publicznych w propagowaniu zdrowego stylu życia czy zaangażowania w taką działalność?
Bardzo duża i bardzo odpowiedzialna. Osoby publiczne mają w rękach poważne narzędzia – autorytet i zasięgi w dotarciu do ludzi. Bywają inspiracją, wzorem do naśladowania, często są opiniotwórcze. Sześć lat uprawiałam triathlon i bieganie. Pamiętam, jak wiele osób dzięki przeczytaniu wywiadu ze mną zdecydowało się również zacząć uprawiać ten sport. To było bardzo miłe, kiedy na trasie biegowej spotykałam kobiety, które przybijały mi piątkę i mówiły, że dzięki mnie zaczęły biegać. Wtedy uświadamiałam sobie, że moja historia, wysiłek, emocje, czyli żywe zaangażowanie, mają wielki wpływ na innych. Uważam, że trzeba dzielić się pasją, talentem, zainteresowaniami i pokazywać, jakie niosą korzyści dla nas samych i ludzi z naszego otoczenia. Dla każdego zdrowy styl życia może oznaczać coś innego. Dla mnie zawsze wiązał się z dbałością o kondycję fizyczną, a przez to psychiczną i duchową. Te trzy obszary przenikają się i dopełniają. Jeśli jeden jest zaniedbany, to inny również kuleje.

> Na nic nie jest za późno w życiu. Zawsze też można zacząć się ruszać, nawet gdyby miało to być 30 min dziennie w domu na dywanie.

Jaki jest pani sposób na życie w zdrowiu? Czy upodobała sobie pani jakąś formę aktywności fizycznej?
Odkąd uświadomiłam sobie, jaki wpływ ma uprawianie sportu na moje życie, zdobyłam też umiejętność radzenia sobie z wieloma trudnościami. Aktywność fizyczna daje mi siłę i robi przestrzeń w mojej głowie dla wielu nowych pomysłów. Często podczas treningu znajduję właściwe rozwiązania i podpowiedzi. Nie wiem, jaka reakcja zachodzi w mózgu, ale znikają wtedy blokady i pojawiają się możliwości. Dla podtrzymania kondycji ciągle biegam i jeżdżę na rowerze, ale dziś ma to formę bardziej rekreacyjną niż wyczynową. W zeszłym roku zakochałam się w górskich wędrówkach. To nowość dla mnie, bo przeważnie w lato uciekałam tam, gdzie słońce, woda i piasek. Ale wiem, że góry będą stałym punktem mojego wakacyjnego kalendarza. Ktoś mi ostatnio powiedział, że do gór trzeba dorosnąć. Więc przyszedł na mnie ten czas (śmiech).

Ale zdrowy styl życia to dla mnie również odpowiednie odżywianie. Dzięki pandemii zaangażowałam się w uprawianie własnych warzyw. Przez to zaczęłam bardziej zwracać uwagę na to, w jaki sposób są uprawiane, czym nawożone i jakimi środkami opryskiwane. Mam ogromną radość, że przez cztery miesiące w roku korzystam praktycznie z własnych warzyw. Jestem dumna z siebie. Przez ostatnie dwa lata prawie całkowicie wyeliminowałam mięso z mojego jadłospisu. Pojawia się ono sporadycznie, przeważnie przy rodzinnych okolicznościach. W dużej mierze zamieniłam gluten na produkty bezglutenowe, a mleko krowie wiele lat temu zamieniłam na roślinne. Moim dzieciom nie zmieniłam tak drastycznie jadłospisu, natomiast wprowadziłam im bardzo dużo warzyw. Dla lepszego zdrowia ograniczyłam również ilość negatywnych bodźców na co dzień, tzn. selektywnie wybieram co czytam, co oglądam, z jakich mediów korzystam.

Czy dba pani o zdrowie swoich rodziców? Jak można pomóc osobom starszym, w tym naszym rodzicom, w zapobieganiu chorobom sercowo-naczyniowym?
Myślę, że warto namawiać ich na badania profilaktyczne, ale również rozmawiać o zmianie nawyków żywieniowych. Na nic nie jest za późno w życiu. Zawsze też można zacząć się ruszać, nawet gdyby miało to być 30 min dziennie w domu na dywanie. Ruch i świeże powietrze są bardzo ważne, a zamknięcie w domu i odcięcie się od świata to najgorsze, co można zrobić.

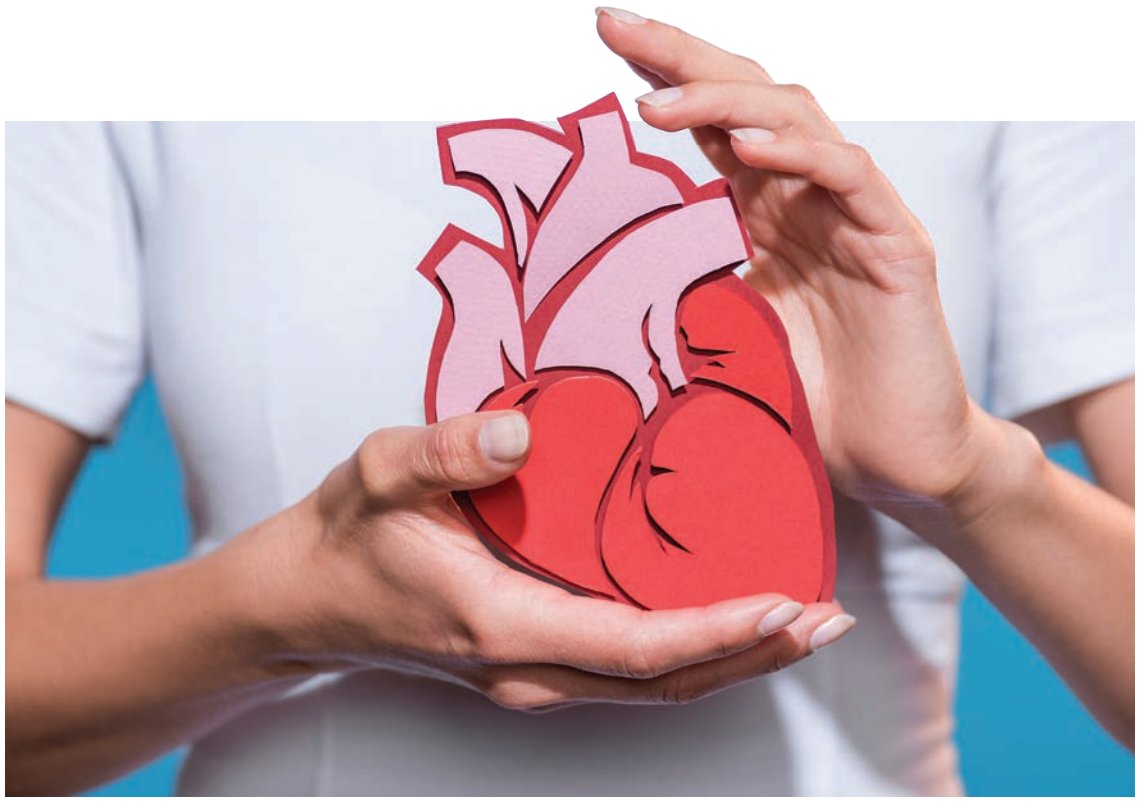
Uważa pani, że to nasze decyzje są kluczowe, jeżeli chodzi o zdrowie nas samych i naszych bliskich?
Uważam, że kluczowe jest to, jak traktujemy nasz organizm. Czy jest świątynią, do której wchodzi się z poszanowaniem, czy śmietnikiem, do którego wrzucamy wszystko bez wyjątku. Wierzę, że jeśli będziemy traktować nasze ciało troskliwie i z miłością, to ono odwzajemni się nam w przyszłości, szczególnie zdrowiem.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

INSPIRACJE

Autor: **Ewelina Zych-Myłek**, Fundacja Instytut Świadomości w ramach cyklu Pacjent ze Świadomością Kardiologiczną



Pandemia chorób *serca i naczyń*

Wzrost śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych aż o 16,7 proc. w stosunku do 2019 r. pokazuje, że system opieki nad pacjentami kardiologicznymi załamał się. Jak potwierdza prof. Adam Witkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dyrektor WCCI, to największy wzrost śmiertelności od wielu lat i o wiele większy niż w innych chorobach cywilizacyjnych, w tym onkologicznych.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Smutny bilans kariologii

Jak przyznaje prof. Witkowski, pandemia zdewastowała kardiologię. W 2020 roku w pierwszym półroczu pandemii liczba leczonych zawałów serca zmniejszyła się o 35 proc., a aż o 74 proc. spadła liczba wykonywanych zabiegów u pacjentów planowych.

– Bilans kardiologii w pandemii wypada źle. Podobnie jak w innych krajach skupiliśmy się na leczeniu pacjentów z COVID-19, bo taka była potrzeba chwili, i odwlekaliśmy leczenie pacjentów, którzy czekali na planowe hospitalizacje. Większość lekarzy przestawiła się całkowicie na teleporady, co z jednej strony jest dobre, bo unika się tłumów w przychodniach i poradniach, ograniczając tym samym ryzyko infekcji, a z drugiej strony wszyscy wiemy, że tak na dłuższą metę nie da się leczyć, zwłaszcza chorych pierwszorazowych, którzy nie mieli wcześniej kontaktu z kardiologiem – przyznaje prof. Witkowski. – Kolejna sprawa, na którą trzeba zwrócić uwagę, to strach samych pacjentów przed pobytem w szpitalu. Nawet chorzy, którzy mieli bóle w klatce piersiowej, ostry zawał serca czy ostrą zatorowość płucną nie wzywali pogotowia na czas z obawy przed hospitalizacją, a pamiętajmy, że śmiertelność nieleczonego zawału wynosi aż 40 proc., a leczonego przy pomocy przezskórnej angioplastyki wieńcowej to tylko 3-5 proc. – podkreśla.

Prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski
Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Dyrektor WCCI

Zaniedbani chorzy

Przez pandemię koronawirusa systemowo zaniedbano wszystkie inne schorzenia, w tym ciężkie, zagrażające życiu, których nieleczenie na czas powoduje trwałe uszkodzenia zdrowia oraz wykluczenie zawodowe i społeczne. Chorzy kardiologicznie mieli utrudniony dostęp do lekarzy i specjalistów w przychodniach i poradniach. Hospitalizacje również odkładano, czekając, aż skończy bądź zmniejszy się pandemia.

– Problem dotyczył nawet ostrych zawałów serca. Utrudniony dostęp do hospitalizacji tych ostrych stanów z pewnością również zebrał swoje żniwo. Już dziś wiemy, że w okresie ostrego lockdownu, tj. marzec-maj 2020 r., w porównaniu z analogicznym okresem 2019 r. mamy znaczące spadki leczenia kolejno: zawałów serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) o 36 proc., zawałów bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) o 39 proc., natomiast pacjentów z niestabilną chorobą wieńcową, określaną słusznie jako stan przedzawałowy, o 58 proc. To samo stało się w kardiochirurgii i elektrofizjologii – wymienia.

Pandemia nie oszczędziła żadnego kraju. Jak stwierdza prof. Witkowski, docierają również mało optymistyczne wiadomości z zagranicznych ośrodków, również jeśli chodzi o interwencyjne leczenie ostrych udarów mózgu.

– W każdej dziedzinie sercowo-naczyniowej jest dużo do nadrobienia. Spadła liczba zabiegów TAVI i zabiegów zakładania zapinki na zastawkę mitralną. Wszyscy obserwują, że narosły kolejki i aby je rozładować, nie wystarczą limity narzucone przez z góry ustalone ryczałty finansowe szpitali. Z tego, co wiem, rozliczenie ryczałtów z 2020 r. jest ciągle przesuwane, bo po prostu trzeba nadrobić zaległości. Mamy nadzieję, że jak któryś z ośrodków przekroczy ten ryczałt, to ta nadwyżka procedur będzie respektowana i dofinansowana przez NFZ – stwierdza.

WAŻNE

Prawidłowy **pomiar ciśnienia**

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski
Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, I Klinika Kardiologii UM w Poznaniu

Zbyt wysokie ciśnienie tętnicze jest czynnikiem ryzyka wielu powikłań układu sercowo-naczyniowego, w tym zawału serca, dlatego jego wartości należy kontrolować systematycznie.

– Jeżeli jesteśmy zdrowi i mamy ciśnienie optymalne, ok. 120/80 mm Hg, powinniśmy dokonywać pomiarów raz na 5 lat. Ciśnienie 130-139/85-89 mm Hg nazywane wysokim prawidłowym wymaga pomiaru już raz na rok. U pacjentów z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym pomiary ciśnienia wykonuje się w czasie każdej wizyty lekarskiej. – mówi profesor.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego pierwsze pomiary w gabinecie lekarskim należy wykonać na obydwu ramionach i trzeci pomiar na ramieniu z wyższym ciśnieniem. Dla pomiarów „domowych" nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się, gdy wartości są niższe – 135/85 mmHg. Pacjenci sami powinni dokonywać pomiarów 5-7 dni przed wizytą u lekarza, o tych samych godzinach rano, przed wzięciem leków i wieczorem, co najmniej 2 pomiary. Międzynarodowe organizacje ds. nadciśnienia tętniczego zalecają, aby nie używać aparatów nadgarstkowych, gdyż nie zapewniają wiarygodnej oceny ciśnienia tętniczego.

PROBLEM

Wadliwa serca *struktura*

Wady strukturalne serca to wady dotyczące zastawek serca i wszystkich jego innych struktur, które to serce tworzą, czyli także przedsionków czy też komór. W odróżnieniu od choroby wieńcowej, gdzie miażdżyca czy choroba wieńcowa dotyczy tętnic wieńcowych, które są położone na zewnątrz serca i potem dopiero wnikają w mięsień, to są wady dotyczące samej budowy serca, która jest zaburzona. To mogą być wady zarówno wrodzone, jak i nabyte.

Ewelina Zych-Myłek
Fundacja Instytut Świadomości w ramach cyklu Pacjent ze Świadomością Kardiologiczną

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

RODZAJE WAD

Jakie mamy rodzaje wad strukturalnych serca?

Jak tłumaczy prof. Adam Witkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wady nabyte to przede wszystkim wady zastawkowe pod postacią niedomykalności którejś z zastawek albo jej zwężenia, albo wreszcie kombinacji zwężenia i niedomykalności.

– To też mogą być wady przegród, które oddzielają poszczególne jamy serca, a więc ubytki w przegrodzie międzyprzedsionkowej, które są co prawda wadami wrodzonymi, ale występują u dorosłych, bo nie dawały o sobie znaku w dzieciństwie czy też zostały niezauważone.

To mogą być też ubytki w przegrodzie międzykomorowej. Wreszcie jedną ze struktur serca jest uszko lewego przedsionka, czyli taka „wypustka" ze ściany lewego przedsionka, która u pacjentów z migotaniem przedsionków jest źródłem zatorowości powodującej udary mózgu.

– To nie jest wada, ale zamknięcie tego uszka technikami przezskórnymi powoduje, że przestaje ono być źródłem zatorowości, no i w ten sposób chory jest z jednej strony zabezpieczony przed możliwością wystąpienia udaru mózgu, a z drugiej strony nie musi brać leków przeciwkrzepliwych, które z kolei, mimo że są skuteczne w zapobieganiu zatorowości, powodują krwawienia, więc nie są do końca takie przyjazne dla chorego.

Wady zastawkowe

Jedną z dość powszechnych wad strukturalnych są wady zastawek serca. Są to struktury, które składają się z 2 lub 3 płatków, których zadaniem jest przepuszczanie krwi tylko w jednym kierunku, tj. z przedsionków do komór lub z komór do tętnic.

– Mamy zastawki oddzielające komory serca od wychodzących z nich tętnic, a więc mamy zastawkę aortalną, która jest takim „wentylem" między lewą komorą a aortą, i mamy zastawkę płucną, która jest „wentylem" oddzielającym prawą komorę od tętnicy płucnej. I wreszcie mamy zastawki przedsionkowo-komorowe, czyli zastawkę mitralną (dwudzielną), która znajduje się między lewym przedsionkiem a lewą komorą, i zastawkę trójdzielną, która składa się z trzech płatków i oddziela prawą komorę od prawego przedsionka.

Wady wrodzone i nabyte

Część wad wrodzonych jest uwarunkowana genetycznie. Także w przypadku, gdy w rodzinie występowały wady wrodzone serca (wws), to statystycznie wzrasta ryzyko urodzenia dziecka z wws. Wady wrodzone serca występują też często jako towarzyszące np. w zespole Downa.

– Wady wrodzone wiążą się z rozwojem płodowym i często są już leczone w okresie życia płodowego albo są leczone, jeśli są to poważne wady, zaraz po urodzeniu. I robi się to za pomocą technik kardiologii interwencyjnej bądź technik kardiochirurgicznych. Wady wrodzone serca u dorosłych się zdarzają, ale nie jest ich tak bardzo dużo. Natomiast jeśli są, to są leczone. Należą do nich m.in. ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej czy zwężenie zastawki tętnicy płucnej. Tych wad wrodzonych u dorosłych jest jednak zdecydowanie mniej niż wad nabytych!

Na wady nabyte kiedyś wpływała najczęściej tzw. gorączka reumatyczna, czyli coś, co obserwujemy już bardzo rzadko ze względu na szczepienia i leczenie antybiotykami. To dotyczyło przede wszystkim zastawki dwudzielnej (mitralnej) i doprowadzało do jej zwężenia, a czasami także do niedomykalności. Dotyczyło także zastawki aortalnej.

– Obecnie zaczynają dominować wady serca związane ze zwyrodnieniem zastawek z powodu wieku lub infekcyjnego zapalenie wsierdzia (IZW), przeważnie bakteryjnego.

Masz 70 lat i szybko się męczysz?
Możesz mieć problem z zastawką aortalną serca

Gdy zastawka nie działa prawidłowo, serce musi ciężej pracować. Przekłada się to na mniejszą tolerancję wysiłku, duszność, a nawet ból w klatce piersiowej. Jak sobie pomóc?

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Reczuch
Kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Wrocław

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Ile osób w Polsce i na świecie ma zdiagnozowaną chorobę zastawki aortalnej? Czy wśród Polaków nadal wielu chorych jest niezdiagnozowanych?

Wady zastawkowe zarówno w Polsce, jak i na świecie występują bardzo często. Wśród nich najczęstszą jest niedomykalność zastawki mitralnej, a tuż po niej – zwężenie zastawki aortalnej. Przy czym druga z nich jest najczęstszą wadą poddawaną leczeniu interwencyjnemu. Zwężenie zastawki aortalnej występuje z reguły u pacjentów starszych, w 70.-80. r.ż. Z całą pewnością wielu pacjentów jest niezdiagnozowanych, gdyż spora część z nich uważa, że pojawiające się symptomy są objawem starości, a nie choroby.

Jak objawia się zwężenie zastawki aortalnej?

Najczęstszym objawem jest zła tolerancja wysiłku fizycznego, podczas którego występuje duszność. Kolejnymi objawami mogą być bóle w klatce piersiowej oraz zasłabnięcia i omdlenia, które pojawiają się zwłaszcza podczas wysiłku.

Jakie są opcje terapeutyczne w przypadku zwężenia zastawki aortalnej?

W łagodnej postaci zwężenia zastawki zabieg nie jest konieczny. Z czasem jednak wada może ulec nasileniu i konieczna jest wymiana zastawki aortalnej. W tym przypadku dostępne są dwie metody leczenia interwencyjnego. Pierwsza, klasyczna operacja, wykonywana przez kardiochirurgów, jest oczywiście bardziej inwazyjna, wykonuje się ją w znieczuleniu ogólnym i polega na rozcięciu klatki piersiowej, uzyskaniu dostępu do serca i po zatrzymaniu jego pracy usunięciu starej zastawki i wszyciu nowej w jej miejsce. Zdecydowanie bardziej bezpieczną, niewymagającą pracy na otwartym sercu metodą jest przezcewnikowa implantacja zastawki aortalnej (TAVI). Zabiegi TAVI wykonywane są najczęściej wspólnie przez zespół kardiologów interwencyjnych i kardiochirurgów.

Kto kwalifikuje się do zabiegu polegającego na przezcewnikowym wszczepieniu zastawki i jak wygląda taki zabieg?

Do zabiegu TAVI kwalifikują się chorzy, którzy mają ciężkie, objawowe i potwierdzone przez zespół diagnostów zwężenie zastawki aortalnej. Ponadto warunkiem niezbędnym jest kwalifikacja pacjenta przez konsylium kardiologów i kardiochirurgów. Podczas zabiegu TAVI pacjent jest znieczulony miejscowo bądź rzadziej w pełni uśpiony, następnie wykonywane jest małe nacięcie skóry i nakłucie tętnicy w pachwinie, przez które wprowadza się cewnik. Przez cewnik wprowadza się nową zastawkę, rozpręża się ją i wykonuje test potwierdzający, że działa prawidłowo. Po tym czasie cewnik zostaje wyjęty, miejsce nakłucia tętnicy zamknięte i tym samym zabieg zostaje zakończony. Procedura taka zwykle trwa około 60 minut.

Jak bardzo zabieg poprawia komfort życia pacjenta?

Zabiegi TAVI i ich wyniki są spektakularne. Już bezpośrednio po zabiegu i wybudzeniu pacjenci odczuwają poprawę i czują się znacznie lepiej. Od drugiej doby pacjent zaczyna chodzić. Co ważne, nawet chorzy, którzy tłumaczyli swoje objawy starością, widzą, że funkcjonują zupełnie inaczej i mogą wykonywać więcej czynności niż przed zabiegiem.

Czy w dobie COVID-19 możliwe jest przeprowadzenie bezpiecznego zabiegu?

Pacjent ze zwężeniem zastawki aortalnej, który czeka na zabieg, w przypadku każdej infekcji, a zwłaszcza COVID, jest obarczony bardzo dużym ryzykiem groźnych powikłań, ze zgonem włącznie. Jest dużo bezpieczniejszy po wszczepieniu zastawki. W czasie pandemii śmiertelność na naszych listach zabiegowych zwiększyła się, dlatego obecnie maksymalnie skracamy czas od momentu rozpoznania do wszczepienia zastawki, co jest rozwiązaniem dużo bezpieczniejszym dla naszych chorych.

NOWOŚCI

Długofalowe powikłania COVID-19 *a układ krążenia*

Prof. dr. hab. n. med. Artur Mamcarz
Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego WUM, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Przechorowanie COVID-19 może dawać wiele utrzymujących się miesiącami dolegliwości. W ich konsekwencji może dojść nawet do zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu. Dlaczego tak się dzieje?

Dlaczego koronawirus SARS-CoV-2 może uszkodzić serce i układ krwionośny?
Wirusy, nie tylko koronawirusy, mogą powodować wystąpienie stanu zapalnego w obrębie serca i je uszkadzać. W przypadku COVID-19 odkryto, że koronawirus wnika i replikuje się w komórkach mięśnia sercowego, co w konsekwencji może zaburzać jego kurczliwość i powodować wystąpienie niewydolności serca. Co warto podkreślić, wirusy uszkadzają nie tylko serce – dochodzi również do uszkodzenia śródbłonka i zaburzeń jego funkcji, a także delikatnych okolic okołośródbłonkowych, co determinuje przewlekłe objawy, w tym te związane ze zdrowym przepływem krwi przez wiele narządów. Tym samym bardzo często dzieje się tak, że po infekcji wirusowej, np. infekcji COVID-19, która głównie atakuje płuca, może dojść do zgonu pacjenta z powodu powikłań sercowo-naczyniowych. Trzeba też pamiętać, że mogą one wystąpić nie tylko w ostrej fazie infekcji trwającej do kilku tygodni od zachorowania, ale również w okresie infekcji przewlekłej do 3 miesięcy bądź w okresie tzw. long COVID („długi COVID"), gdy do powikłań może dojść między 3. a 6. miesiącem od zachorowania lub nawet później.

Jakie powikłania sercowo-naczyniowe mogą występować po przejściu COVID-19?
Po przebyciu infekcji COVID-19 może wystąpić wiele powikłań. Nie ma w zasadzie układu, który nie byłby nimi dotknięty. Dochodzić może m.in. do szybszego i nierównego bicia serca, a także bólu w klatce piersiowej. Ponadto mogą wystąpić również duszności wysiłkowe. Poważne są także powikłania zatorowo-zakrzepowe, które zwiększają ryzyko udaru mózgu, zawału serca czy zatorowości płucnej.

Czy wszyscy ozdrowieńcy jednakowo są narażeni na te powikłania?
Na tzw. długi COVID lub long COVID, czyli długofalowe następstwa COVID-19 u dorosłych, nie wszyscy narażeni są jednakowo. Trzeba podkreślić, że dotykają one 30-70 proc. ozdrowieńców. Najbardziej dotknięte są nimi osoby mające pewne obciążenia kardiologiczne, zaburzenia gospodarki lipidowej, nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zespoły wieńcowe i przewlekłą niewydolność serca, otyłość, cukrzycę itp. To jest tak, że osoby te mają zarówno większe ryzyko zachorowania, jak i większe ryzyko ciężkiego przebiegu i wynikającej z niego hospitalizacji oraz większe ryzyko zgonu. Tym samym bardzo ważne jest, by kontrolowały one czynniki ryzyka i tym samym zmniejszały prawdopodobieństwo ich wystąpienia.

Jak dbać o zdrowy przepływ krwi? Co konkretnie może wspomóc?
Kluczowe znaczenie ma zdrowy styl życia. Jeśli jesteśmy szczupli i dbamy o codzienną dietę, regularnie uprawiamy sport, pamiętamy o długim i dobrym jakościowo śnie oraz regulacji emocji, to gwarantuje nam zdrowy przepływ krwi. Warto także pamiętać, że elementem zdrowego stylu życia są szczepienia. Zdrowy przepływ krwi gwarantuje także dobra kontrola czynników ryzyka, w tym m.in. leczenie zaburzeń gospodarki lipidowej. Mamy badania, które wskazują, że stosowanie farmakoterapii sprawia, że ryzyko ciężkiego przebiegu, a także długoterminowych powikłań po infekcji COVID-19 jest mniejsze. Ponadto, aby uniknąć powikłań zakrzepowo-zatorowych, warto stosować terapię przeciwkrzepliwą czy przeciwpłytkową (zgodnie ze wskazaniami medycznymi).

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

TERAZ wybierz ZAAX, aby zadbać o zdrowy przepływ krwi

ZAAX zawiera naturalny składnik aktywny, który pomaga utrzymać zdrowy przepływ krwi, poprzez utrzymanie prawidłowej agregacji płytek krwi.[1,2]

Dowiedz się więcej!
Wejdź na **www.zaax.com.pl**

Suplement diety ZAAX przeznaczony jest dla osób zdrowych, które chcą zadbać o zdrowy przepływ krwi.
Suplement diety nie może być stosowany jako substytut zróżnicowanej diety oraz zdrowego stylu życia.
1. O'Kennedy N., Duttaroy A.K. Medical Hypotheses 147: (2021) 110480
2. ZAAX zawiera opatentowany składnik aktywny Fruitflow. The EFSA Journal (2009)1101,1-15.

SUPLEMENT DIETY

WYZWANIA

Leczenie niedokrwistości dietą – *z czym to się je?*

Najlepiej nasz organizm przyswaja żelazo hemowe, czyli to, które jest zawarte w produktach pochodzenia zwierzęcego: kurczaku, indyku, rybach, żółtkach jaj.

Czym jest niedokrwistość i jakie są jej objawy?
Niedokrwistość polega na zmniejszeniu ilości hemoglobiny, także liczby krwinek czerwonych oraz hematokrytu, w organizmie. We wnętrzu czerwonej krwinki znajduje się hemoglobina – białko, które odpowiada za transport tlenu do wszystkich komórek naszego ciała. Objawami anemii są m.in. osłabienie, zawroty głowy, pogorszenie koncentracji, szybkie męczenie się, bóle serca, duszności przy wysiłku fizycznym czy łamliwe włosy i paznokcie.

Jak powinna wyglądać dieta osób z anemią?
W niedokrwistości z niedoboru żelaza trzeba zadbać o wystarczające spożywanie produktów bogatych w żelazo, witaminę C, kwas foliowy i witaminę B_{12}. Należy codziennie jeść produkty z każdej grupy, zgodnie z zasadami zdrowego żywienia, ale przede wszystkim zadbać o prawidłową dzienną podaż żelaza. Na ogół przyczyną anemii jest niedobór żelaza w pożywieniu, a także zaburzenia jego wchłaniania czy zwiększone zapotrzebowanie u kobiet miesiączkujących, w ciąży i karmiących, ale także u dzieci i młodzieży. Nierzadko jest to zbyt małe spożycie produktów zawierających kwas foliowy, który jest niezbędny do powstawania krwinek czerwonych, lub witaminę B_{12}, potrzebną do wytwarzania hemoglobiny. Problem może stanowić także przyjmowanie zbyt małej ilości witaminy C, zwiększającej przyswajalność żelaza.

Żelazo hemowe czy niehemowe – które wybrać?
Najlepiej nasz organizm przyswaja żelazo hemowe, czyli to, które jest zawarte w produktach pochodzenia zwierzęcego: kurczaku, indyku, rybach, żółtkach jaj. Najwięcej zawiera go wątróbka, ale ze względu na dużą zawartość cholesterolu nie jest zalecana zbyt często. Podobnie jest z żółtkami jaj, zawierają one dużo cholesterolu i zwłaszcza osoby z hipercholesterolemią powinny ograniczać w diecie całe jaja lub żółtka. Kardiolodzy i dietetycy zalecają umiar w spożyciu mięsa czerwonego, bardziej polecają drób i ryby.

W produktach roślinnych znajduje się żelazo niehemowe, również potrzebne, ale gorzej wchłanialne. Produkty roślinne bogate w żelazo to: strączkowe, kasze, zwłaszcza gryczana i jaglana, płatki owsiane, pieczywo pełnoziarniste, orzechy, suszone owoce, buraki, groszek zielony, awokado, natka pietruszki.

Jakie czynniki ułatwiają wchłanianie żelaza?
Przede wszystkim jest to witamina C. Wchłanialność żelaza, czy z produktów roślinnych, czy też z produktów mięsnych i rybnych, znacznie zwiększa się wraz z dostarczaniem witaminy C. Ponadto witamina C oraz inne kwasy zawarte w warzywach i owocach redukują niekorzystny wpływ fitynianów zawartych w wielu produktach roślinnych, utrudniających przyswajalność żelaza z produktów roślinnych.

Czym może skutkować nieleczenie niedokrwistości?
Anemia sprawia, że każda nasza komórka nie otrzymuje takiej ilości tlenu, jakiej potrzebuje, co powoduje niedotlenienie narządów naszego organizmu. Szybkie podjęcie leczenia i wzbogacenie naszej diety pożądaną żywnością potrzebne jest, aby zostały uzupełnione zapasy żelaza nie tylko we krwi, lecz także w narządach, zwłaszcza w wątrobie. Nieleczenie anemii może mieć negatywne następstwa – zaburzenia rytmu serca, dolegliwości neurologiczne, bóle wieńcowe, pogorszenie pamięci czy omdlenia.

Czy wiesz, że...?

Przy wyborze mięsa warto zwracać uwagę na to, z jakiej hodowli pochodzi mięso i czym karmione są zwierzęta. Zaufany dostawca zapewnia nadzór nad jakością na każdym etapie produkcji, co potwierdzają certyfikaty. Obecnie producenci starają się wprowadzać produkty naturalne, bogate w wartości odżywcze i z prostym składem. Przykładem mięsa wysokiej jakości może być drób, który pochodzi z chowu bez antybiotyków. Rośnie wolniej niż inne, co pozytywnie wpływa m.in. na walory smakowe mięsa. Poza tym pasza, którą jest karmiony, nie zawiera surowców GMO, ale dodatek składników mineralnych, witamin, a także czosnku i ziół.

Mgr Aleksandra Cichocka
Dietetyk, autorka m.in. książki „Dieta DASH w teorii i zastosowaniu", Wyd. Medyk

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

EKSPERT

Leniwe serce?

Ewelina Zych-Myłek
Prezes fundacji Instytut Świadomości

Fundacja Instytut Świadomości
w ramach cyklu Pacjent ze Świadomością Kardiologiczną

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Nawet kura za darmo nie gdacze – to polskie przysłowie mogłoby opisać podejście wielu Polaków do różnych akcji społecznych i programów promocyjnych, w tym zdrowotnych. Czy rzeczywiście nie ma nic za darmo? Nie ma, ale nie o pieniądze tu chodzi.

Za darmo się nie liczy?

W ostatnich latach pojawiło się w naszym kraju wiele kardiologicznych programów profilaktycznych i akcji społecznych, w ramach których pacjenci mogą skorzystać z bezpłatnych badań czy rehabilitacji pozabiegowej. Niektóre z nich oferują również edukację w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej oraz wsparcie psychologiczne i dietetyczne nie tylko dla samego pacjenta, ale również dla jego rodziny. Twórcy programów słusznie wyszli z założenia, że sam chory nie jest w stanie bez wsparcia i świadomości rodziny w pełni powrócić do zdrowia i je zachować. Niestety, nie tylko w Polsce liczba uczestników takich kompleksowych programów zdrowotnych nie przekracza zwykle 30 proc. zakładanych. Chciałoby się zapytać: o co chodzi? Przecież pacjenci bardzo często narzekają, że zbyt długo czekają w kolejkach do zabiegu, a nawet konsultacji, że wykonanie kompleksowej diagnostyki to miesiące oczekiwania na NFZ. Prywatnie, odpłatnie, właściwie od razu – to też budzi negatywne emocje. Tymczasem, gdy pojawia się (zwykle dobrze) wypromowany program zdrowotny, czy to ogólnopolski, czy regionalny – chętnych brak.

– Okazuje się, że bardziej dotkliwym obowiązkiem niż sama zapłata finansowa za uczestnictwo w programie zdrowotnym jest zaangażowanie i motywacja samego pacjenta, któremu po prostu się nie chce. Wydawałoby się to w zasadzie niemożliwe – mamy przecież do czynienia z osobami po zawałach, często po kilku, ludźmi chorymi, którzy znają już strach przed trwałą utratą zdrowia, a nawet życia. Osoby te powinny czuć się zmotywowane do pracy nad swoim zdrowiem, tym bardziej kiedy mają możliwość bezpłatnego uczestniczenia w profesjonalnym programie opieki nad pacjentami z ich jednostkami chorobowymi, ale tak nie jest – stwierdza Ewelina Zych-Myłek, prezes fundacji Instytut Świadomości.

Innymi powodami braku chętnych pacjentów, które podają organizatorzy i inicjatorzy programów zdrowotnych, są zbyt daleki dla chorego dojazd do ośrodka medycznego koordynującego dany program lub zbyt skomplikowana i czasochłonna biurokracja, która skutecznie zniechęca do uczestnictwa.

Hulaj dusza?

Nie ulega jednak wątpliwości, że ludzka natura chce pozostawać beztroska nawet w obliczu ciężkiej choroby i pacjenci po prostu chcą zapomnieć o chorobie i żyć jak przed nią, a systematyczne uczestniczenie w programie zdrowotnym, konsultacje, badania czy rehabilitacja wciąż im o tym przypominają.

– Pacjenci nawet po bardzo ciężkich epizodach sercowo-naczyniowych szybko, tzn. do trzech miesięcy, zapominają o swoim schorzeniu. To nie działa na ich korzyść, ponieważ często wracają do swoich niezdrowych nawyków żywieniowych, porzucają ćwiczenia, a nawet kontynuują nałogi, które w dużej mierze chorobę spowodowały. Istnieje ta magiczna granica maksymalnie 30 proc. pacjentów, którzy „biorą się za siebie", zmieniają swoje życie, angażują do tych zmian rodzinę i walczą, by zapobiec nawrotowi choroby. Inni działają niestety w myśl zasady „na coś trzeba umrzeć" i chcą w jak najbardziej hedonistyczny sposób wykorzystywać pozostały im czas. W czysto ludzki sposób to zrozumiałe, że chorzy chcą odzyskać swoje życie sprzed choroby albo nie przejmować się nią lub ze względu na liczne obowiązki względem członków rodziny nie zajmować się sobą, tylko nimi. Dotyczy to szczególnie kobiet, które ponad siebie i swoje zdrowie stawiają swoich bliskich – wyjaśnia.

Suplement diety
LipiForma plus

Droga do zdrowego stylu życia

z LipiFormą Plus

Suplement diety z monakoliną K dla osób dbających o prawidłowe stężenie cholesterolu

LipiForma plus zawiera: Monakolinę K – naturalną statynę z fermentowanego czerwonego ryżu, która pomaga w utrzymaniu prawidłowego stężenia cholesterolu we krwi. **Witaminy z grupy B (B6, B12)** – które biorą udział w prawidłowym metabolizmie homocysteiny. Ponadto przyczyniają się do utrzymania prawidłowego metabolizmu energetycznego. **Kwas foliowy** – który bierze udział w prawidłowym metabolizmie homocysteiny. **Chrom** – który pomaga w utrzymaniu prawidłowego metabolizmu glukozy oraz prawidłowego metabolizmu makroskładników odżywczych. **ZALECANE SPOŻYCIE:** Korzystne działanie występuje po spożyciu 1 kapsułki (10 mg monakoliny K z czerwonych drożdży z ryżu) dziennie, najlepiej wieczorem, podczas posiłku lub tuż po jedzeniu. **Nie należy przekraczać zalecanej do spożycia dziennej porcji. OSTRZEŻENIA:** Uwaga! Nie należy stosować u kobiet w ciąży oraz karmiących piersią, 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 długotrwale jakichkolwiek leków. Nie stosować jednocześnie z lekami obniżającymi stężenie cholesterolu i innymi lekami hipolipemizującymi. W czasie stosowania produktu nie należy spożywać soku grejpfrutowego. Produkt przeznaczony dla osób dorosłych. 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. **Dystrybutor:** Aurovitas Pharma Polska Sp. z o.o., ul. Sokratesa 13D lok. 27, 01-909 Warszawa, tel.: (22) 311 20 00, e-mail: office@aurovitas.pl

Więcej informacji na **www.lipiforma.pl**
Znajdziesz nas na

AURO/PC/LIPI/08/07/20

AUROVITAS

INSPIRACJE

Masz wpływ na swój **cholesterol**

Aktywność fizyczna stanowi nieodłączny element zdrowego stylu życia. Zalecenia ekspertów mówią, że kontrolowana aktywność fizyczna jest rekomendowana we wszystkich sytuacjach: w nadciśnieniu, w zaburzeniach lipidowych, w chorobie wieńcowej i we wszelkich działaniach w ramach prewencji pierwotnej tych schorzeń. Przez co najmniej 3-4 dni w tygodniu powinniśmy poświęcać min. 30 minut na aktywność fizyczną. Można ją budować małymi krokami, zmieniając codzienne nawyki, jak choćby wprowadzając regularne spacery na świeżym powietrzu. To pozwoli przyspieszyć metabolizm, poprawić kondycję fizyczną i wydolność naszego organizmu.

Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz
Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego WUM, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Monakolina K stanowi pomost między **leczeniem behawioralnym**, czyli zmianą stylu życia, a **farmakoterapią dyslipidemii**.

Monakolina K to **bioaktywny składnik czerwonego ryżu fermentowanego**, którego mechanizm działania jest taki, jak statyn – pomaga w utrzymaniu prawidłowego **stężenia cholesterolu**, zarówno całkowitego, jak i cholesterolu LDL.

U kogo można suplementować monakolinę K?

- U osób, które nie wymagają **agresywnej terapii** zaburzeń lipidowych, a zmiana stylu życia* nie przynosi u nich pożądanego rezultatu.
- U osób małego lub umiarkowanego **ryzyka sercowo-naczyniowego**.
- U osób, które **nie tolerują statyn**.

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi postępowania w dyslipidemii, monakolina K może być **uzupełnieniem terapii chorych** z nieprawidłowym profilem lipidowym.

**redukcja masy ciała, zaprzestanie palenia, zmiana diety, aktywność fizyczna*

Piśmiennictwo:
1. https://pulsmedycyny.pl/monakolina-k-pomost-miedzy-leczeniem-behawioralnym-a-farmakoterapia-dyslipidemii-977058
2. B. Wożakowska-Kapłon „ Monakolina — pomost między prozdrowotną modyfikacją diety a farmakoterapią hipercholesterolemii" Folia Cardiologica 2016; 11, 4: 318–326
3. Wytyczne ESC/EAS dotyczące leczenia zaburzeń lipidowych w 2016 roku; Kardiologia Polska 2016; 74, 11: 1234–1318; DOI: 10.5603/KP.2016.0157