

Twoje serce



ONLINE

Jak urządzenia wszczepialne ratują zdrowie i życie pacjentów kardiologicznych

Dorota Gardias

Małymi krokami można dojść do zdrowia i czerpać garściami z życia

Fot.: Marek Koprowski

03

Ekspert
LVAD – ratunek
w skrajnej
niewydolności serca

04

Sprawdź
Pacjenci muszą
się zmierzyć
z ciśnieniem tętniczym

11

Wyzwania
Hipercholesterolemie
w pierwszym stadium
choroby

W WYDANIU



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz
Masz nadciśnienie tętnicze?
Nie odstawiaj leków!



Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz
Hiperurykemia a serce.
W jaki sposób je niszczy?



Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski
Od grypy do zawału serca – co trzeba
wiedzieć o powikłaniach pogrypowych?

Project Manager: **Magdalena Nędza**
+48 537 641 500, magdalena.nedza@mediaplanet.com
Business Developer: **Karolina Likos**
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Managing Director: **Adam Jabłoński**
Skład: **Graphics & Design Studio Michał Ziółkowski**
Michał Ziółkowski, www.gdstudio.pl
Web Editor: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Ewelina Zych- Mylek,**
Sonia Młodzianowska
Fotografie: **Marek Koprowski, istockphoto.com,**
zasoby własne
Kontakt: **e-mail: pl.info@mediaplanet.com**
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.
ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa

facebook.com/byczdrowymPL
 mediaplanetpl
 @Mediaplanet_Pol
 Please Recycle

WYZWANIA



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

Tekst powstał
z okazji organizacji
XXVI warsztatów
WCCI w Warszawie

Materiał
przygotowała
**Ewelina
Zych-Mylek,**
**prezes fun-
dacji Instytut
Świadomości**

Polska kardiologia w dobie koronawirusa

Kilka ostatnich miesięcy było szczególnie trudnych w medycynie sercowo-naczyniowej – zarówno dla pacjentów kardiologicznych, jak i ich lekarzy ograniczonych przepisami, zakazami i niepewnością co do metod leczenia w czasie pandemii. Jak koronawirus zmienił polską kardiologię oraz sytuację pacjentów sercowych i czego możemy się spodziewać w przyszłości?

Pandemia strachu w kardiologii

Liczby są alarmujące. Jak podaje prof. Adam Witkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, od początku trwania pandemii liczba leczonych interwencyjnie ostrych zespołów wieńcowych w Polsce spadła aż o 40 proc., a w niestabilnej chorobie wieńcowej spadki sięgają nawet 60 proc.

– Mamy do czynienia nie tylko z pandemią koronawirusa, ale też z pandemią strachu, którą ten wirus wywołał. Spowodowała ona, że nawet chorzy z zawałami serca niechętnie dzwonili po pogotowie i z opóźnieniem zgłaszali się do szpitala już poza tzw. oknem terapeutycznym, kiedy na skuteczną pomoc jest najczęściej za późno – tłumaczy prof. Witkowski. – Jednocześnie trudno dziwić się pacjentom. Na początku jednostki medyczne nie były odpowiednio przygotowane do pandemii – ani pod kątem organizacyjnym, ani jeśli chodzi o wyposażenie kadr w maseczki, przyłbice, kombinezony – szpitale mogły i nadal mogą stanowić ogniska zakażeń – przyznaje prof. Witkowski.

Lockdown kraju, medycyny i... chorób

Zmniejszenie liczby interwencji kardiologicznych może mieć również związek z czynnikami środowiskowymi – przez izolację społeczną chorzy przebywali głównie w domu, nie byli tak narażeni na stres w pracy, prawdopodobnie wykonywali mniej czynności w ogóle, w tym mniej wysiłku fizycznego, a zatrzymanie przemysłu przyczyniło się do oczyszczenia powietrza. Lockdown spowodował też spadek zabiegów planowych, m.in. angioplastyki wieńcowej, aż o 74 proc.! Podobna sytuacja zauważalna jest w kardiochirurgii i elektrofizjologii, czyli dziedzinie urządzeń wszczepialnych, takich jak rozruszniki serca czy defibrylatory.

– Zgodnie z ogólnym zaleceniem początkowo nie przyjmowaliśmy na zabiegi planowe chorych, którzy nie musieli mieć ich bezwzględnie natychmiast przeprowadzonych, by unikać tworzenia ognisk zakażeń. Obecnie powoli wszystko wraca do normy, oczywiście przy zachowaniu aktualnych procedur bezpieczeństwa w pandemii – wyjaśnia prof. Witkowski.

Ostre procedury wciąż niewystarczające

Obecnie wszyscy przyjmowani do szpitala chorzy mają wykonywany test na obecność koronawirusa. Pacjenci pilni są hospitalizowani jeszcze przed uzyskaniem wyniku testu przez specjalnie do tego przygotowany zespół pracujący w kombinizonach i maseczkach, a następnie przebywają w izolatkach do czasu, dopóki test nie wykaże ujemnego wyniku.

Pacjenci planowi natomiast przyjmowani są do szpitala dopiero po uzyskaniu wyniku testu, co trwa zwykle kilka godzin, dlatego chorzy z okolic odsyłani są na czas oczekiwania do domów, a chorzy z daleka oczekują na wynik testu w szpitalnych izolatkach, po to by skutecznie wyłapać bezobjawowych zakażonych i nie dopuścić do zakażenia kadr medycznych i innych pacjentów.

– Procedury bezpieczeństwa w postaci wykonywania testów są bardzo potrzebne, ponieważ nawet 40 proc. zakażeń przebiega bezobjawowo. Niestety, ciągle w szpitalach brakuje systematycznie wykonywanych testów dla kadr medycznych i pracowników placówki, w związku z tym wciąż nie wiemy, ilu de facto jest chorych na COVID-19 i ilu zakażonych przebywa w tym samym czasie w szpitalu. To należy zmienić – zwraca uwagę prof. Witkowski.



Co zmienił w kardiologii lockdown?

Od początku trwania pandemii liczba **leczonych interwencyjnie ostrych zespołów wieńcowych** w Polsce spadła aż o

40%

Jeszcze gorzej jest w przypadku **niestabilnej choroby wieńcowej**, gdzie spadki sięgają nawet

60%

Lockdown spowodował też **spadek zabiegów planowych**, m.in. angioplastyki wieńcowej aż o

74%

Zawirusowana medycyna sercowo-naczyniowa

Lekarze nazywają pandemię SARS-CoV-2 bezprecedensowym doświadczeniem nie tylko w ich praktyce lekarskiej, ale też całym życiu. Bezprecedensowe są też negatywne konsekwencje dla całej medycyny sercowo-naczyniowej, w tym kardiologii, kardiologii czy transplantologii. Najbardziej cierpią pacjenci z niewydolnością serca, dla których dostęp do POZ, konsultacji i specjalistycznych świadczeń został mocno ograniczony lub całkowicie zatrzymany. Konsekwencje są tragiczne.

Optymalizacja systemu na wczoraj
Prof. Piotr Suwalski, kierownik Kliniki Kardiologii, CSK MSWiA w Warszawie, przyznaje, że cała medycyna na początku pandemii spodziewała się najgorszego i stąd tak restrykcyjne podejście, obostrzenia i natychmiastowe wręcz zmiany systemu ochrony zdrowia – od przekształceń dużych jednostek medycznych w szpitale jednoimienne, zatrzymanie zabiegów planowych, po ograniczenia procedur ratujących życie.
– Baliśmy się podobnej do Lombardii sytuacji w Polsce – fali ciężkich hospitalizacji i zgonów chorych. Okazało się, że restrykcje to miecz obosieczny, bo jednocześnie konsekwencją tak daleko idących zabezpieczeń przed wirusem jest ograniczenie lub uniemożliwienie dostępu do procedur planowych oraz pilnych interwencji nie tylko w medycynie sercowo-naczyniowej, ale we

wszystkich ostrych stanach poważnie zagrażających życiu – mówi prof. Suwalski.

Proste trudne rozwiązania
Największym technologicznym problemem, nierozwiązanym do dziś, jest pilne rozpoznanie pacjenta COVID-dodatniego, ponieważ wciąż nie ma powszechnie dostępnych szybkich, 15-minutowych testów PCR na obecność koronawirusa u pacjenta.
– To ogromny problem, z którym będziemy musieli uporać się w leczeniu ostrych stanów, ponieważ te często charakteryzują się wystąpieniem gorączki – od prostych infekcji po poważne zapalenia, a jak wiemy, gorączka jest jednym z głównych symptomów infekcji wirusem, co uniemożliwia kwalifikacje i szybkie przeprowadzenie zabiegu. Obecnie czekamy na wynik testu pacjenta nawet dobę, a przy operacjach



Prof. Piotr Suwalski
Kierownik Kliniki Kardiologii, CSK MSWiA w Warszawie

Tekst powstał z okazji organizacji XXVI warsztatów WCCI w Warszawie

Materiał przygotowała: **Ewelina Zych-Mytek, prezes fundacji Instytut Świadomości**

 Więcej informacji na stronie: [byczdrowym.info](#)

kardiochirurgicznych wymagających pilnej interwencji czy zabiegach w ostrych zespołach wieńcowych to minuty, nie godziny, mają znaczenie dla uratowania życia pacjenta – tłumaczy profesor. – To, co dramatycznie wręcz zmieni tę ciężką sytuację chorych i funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia, to pojawienie się szybkich testów PCR na obecność wirusa. – dodaje.

Pandemia niewydolności serca
Poważnym następstwem pandemii jest powrót chorób sercowo-naczyniowych, jak na przykład tętniak lewej komory serca, które już dawno zostały wyeliminowane dzięki skutecznej działalności kardiologii i kardiologii interwencyjnej. Drastycznie zwiększyła się też liczba mechanicznych powikłań nieleczzonego zawału serca, takich jak ubytek w przegrodzie międzykomorowej czy pęknięcia wolnej ściany serca. Lekarze stwierdzają też ogromny spadek liczby zabiegów o najwyższej specjalizacji, jak TAVI (przecewnikowe wszczępienie zastawki aortalnej), czy innych procedur typowo chirurgicznych.
– Jest to dowodem na to, że niestety ludzie cierpieli i przechodzili zawały w warunkach domowych bez medycznej pomocy z udrażnianiem naczyń. Z bólem otwarcie muszę powiedzieć, że obserwujemy podwyższoną śmiertelność ludzi w kolejkach oczekujących do szpitala, a wśród pacjentów, którzy przeżyli, znaczne pogorszenie stanu zdrowia i zaostrzenie niewydolności serca. Coraz częściej się zdarza, że gdy dzwonimy do pacjentów, by potwierdzić zabieg, który teraz już może się odbyć, dowiadujemy się, że już niestety nie żyją – przyznaje prof. Suwalski.

LVAD – ratunek w skrajnej niewydolności serca

LVAD to systemy wspomagania lewej komory serca, które pozwalają leczyć pacjentów z ciężką niewydolnością serca. W Polsce pompę wszczepiono już około 350 pacjentom.

Co to jest LVAD?
Urządzenia te mają postać pomp i zastępują funkcję lewej komory. Wszczepione w klatkę piersiową chorego zapewniają ciągły przepływ krwi, co umożliwia prawidłowe krążenie obwodowe, czyli takie, w którym natleniona krew dociera do wszystkich narządów i tkanek organizmu. LVAD to system, w którym jedna część pompy wszczepiana jest w koniuszek lewej komory (tu krew jest zasysana), a druga jej część w aortę wstępującą, czyli odprowadzającą krew. Urządzenie zasilane jest elektrycznie, dlatego z ciała pacjenta przez powłoki brzuszne wyprowadzany jest na zewnątrz przewód, który następnie zostaje podłączony do baterii. Z tego też powodu chory z LVAD zawsze nosi przy sobie na pasku torbę i w odpowiednim momencie musi zmienić baterie, a zużyte włożyć do ładowarki.

W jakich sytuacjach wszczepia się LVAD? Jak konkretnie kwalifikowany jest pacjent do tego zabiegu?
Wskazaniem do wszczepienia pompy LVAD jest ciężka niewydolność serca. Do wszczepienia urządzenia kwalifikowani są pacjenci, u których objawy choroby utrzymują się mimo wdrożenia leczenia



Prof. dr hab. n. med. Mariusz Kuśmierczyk
Kierownik Kliniki Kardiologii i Transplantologii, Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawa-Anin, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Państwowy Instytut Badawczy

 Więcej informacji na stronie: [byczdrowym.info](#)

farmakologicznego, a także, jeśli zostanie stwierdzona szybko pogarszająca się funkcja nerek lub wątroby, oraz u chorych, którzy co najmniej trzy razy w roku byli hospitalizowani z powodu niewydolności serca. Takie rozwiązanie może być traktowane jako „pomost do transplantacji” lub jako terapia docelowa.

Czy ten zabieg wykonywany jest także u osób, które nie kwalifikują się do przeszczepienia serca?
Transplantacja jest złotym standardem w leczeniu skrajnej niewydolności serca, jednak są pacjenci, którzy z różnych względów nie mogą być kandydatami do przeszczepienia serca. Należą do nich np. chorzy po niedawno przebytej chorobie nowotworowej lub pacjenci z nadciśnieniem płucnym albo z dużą otyłością. W niektórych przypadkach chorzy, którzy nie mogą mieć przeszczepu, mogą być kwalifikowani do wszczepienia pompy LVAD.

Co daje pacjentom takie leczenie i jak zmienia się ich życie?
Niewydolność serca powoli staje się plagą naszych czasów. W ciężkiej postaci tej choroby pacjentów kwalifikuje się do przeszczepu serca, jednak trzeba zdawać sobie sprawę, że często muszą oni czekać na niego latami, bo dawców ciągle jest za mało. Transplantacje zwykle odbywają się w trybie pilnym, dlatego też dla wielu z tych chorych LVAD jest szybszym sposobem poprawy jakości życia. I chociaż dla niektórych jest to „pomost do transplantacji”, to u wielu pacjentów stwierdza się znaczną poprawę i nie wykonuje się przeszczepu. LVAD sprawdza się także w przypadkach, gdy u chorego zostaje stwierdzone nadciśnienie płucne, które

uniemożliwia wykonanie przeszczepu. Wszczepienie pompy na co najmniej pół roku powoduje, że ciśnienie spada, dzięki czemu możliwa jest kwalifikacja chorego do transplantacji.

Jak wygląda życie pacjenta po wszczępieniu LVAD?
Pacjenci po wszczępieniu LVAD żyją normalnie – mogą swobodnie podróżować, wykonywać ulubione aktywności itd. Oczywiście po wszczępieniu pompy pacjent przechodzi niezbędne przeszkolenie między innymi z zakresu obsługi pompy, wykonywania pomiarów w warunkach domowych, np. wartość INR oraz sterylnej zmiany opatrunku przy wyjściu przewodu. Oprócz tego chory przyjmuje standardowe leki stosowane w terapii niewydolności serca, a także pozostaje pod opieką kardiologiczną ośrodka. Dodatkowo w Narodowym Instytucie Kardiologii w Warszawie stworzyliśmy kompleksowy system opieki nad takimi chorymi, dzięki czemu między innymi zdalnie monitorujemy stan pacjentów, ich parametry życiowe oraz sytemu wspomagania. Możemy reagować w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości i tym samym skutecznie zmniejszać ryzyko powikłań. System monitorowania i opieki pozaszpitalnej wciąż rozwijamy i dodajemy nowe funkcje. Obecnie pacjenci mają możliwość komunikowania się z nami online i poprzez aplikację, oceniania swojego samopoczucia. Jest w niej również wirtualna apteczka, gdzie kontrolowane są zasoby lekowe pacjenta oraz przyjmowanie leków.
Ta forma opieki pacjentów z LVAD stosowana w NIKARD sprawdza się w obecnym czasie pandemii COVID-19. Zapewnia pacjentom ciągły dostęp do szpitala i stałej opieki specjalistów NIKARD.

Zmierzyć się z ciśnieniem tętniczym



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

Materiał powstał w ramach cyklu Pacjent ze Świadomością XXVI warsztatów WCCi w Warszawie

Materiał przygotowała:
Ewelina Zych-Mytek,
prezes fundacji
Instytut Świadomości

Mierzenie ciśnienia tętniczego wydaje się proste, ale czy na pewno? Okazuje się, że czynność ta jest bardziej skomplikowana, niż się wydaje, a miarodajne wyniki osiąga się, stosując się do ważnych, z medycznego punktu widzenia, zasad. Co powinni wiedzieć pacjenci?

Kilka typów ciśnienia tętniczego

Zbyt wysokie ciśnienie tętnicze jest czynnikiem ryzyka wielu powikłań w układzie sercowo-naczyniowym, w tym zawału serca, dlatego jego wartości należy kontrolować systematycznie. W zależności od tego, jakie mamy ciśnienie tętnicze, w różnych odstępach czasu powinniśmy powtarzać jego pomiary.

– Jeżeli jesteśmy zdrowi i mamy ciśnienie optymalne, tj. poniżej 120/80 mm Hg, powinniśmy dokonywać pomiarów nie rzadziej niż raz na 5 lat. Jeżeli jest prawidłowe (do 130/85), mierzenie powinno odbywać się co najmniej raz na 3 lata. Ciśnienie 130-139/85-89 mm Hg nazywane wysokim prawidłowym wymaga pomiaru już raz do roku. U pacjentów z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym pomiary ciśnienia wykonuje się w czasie każdej wizyty lekarskiej – wymienia profesor.

Prawidłowe ciśnienie, czyli jakie?

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego pierwsze pomiary w warunkach gabinetu lekarskiego należy wykonać na obydwu ramionach i trzeci pomiar na ramieniu z wyższym ciśnieniem. Odstęp między kolejnymi pomiarami to 1-2 min. Przy kolejnych wizytach

dwa pomiary to absolutne minimum. Jeśli dwa pomiary na ręce z wyższym ciśnieniem nie różnią się o więcej niż 10 mm Hg, wyliczamy z nich średnią i podajemy jako finalną wysokość ciśnienia. Jeżeli na dwóch kolejnych wizytach wartości ciśnienia wynoszą 140/90 mm Hg lub więcej, rozpoznaje się nadciśnienie tętnicze.

– Problem stanowią niewielkie zwwyżki ciśnienia w warunkach gabinetu lekarskiego, czyli kiedy ciśnienie skurczowe wynosi 140-159 mm Hg, a rozkurczowe 90-100 mm Hg, bo mogą być związane z nadciśnieniem „białego fartucha”, które występuje, jeśli pacjent wysokie wartości ciśnienia ma tylko w gabinecie. Z powyższych względów niezwykle ważne jest wykonywanie pomiarów w domu samodzielnie przez pacjenta – tłumaczy profesor. Dla pomiarów domowych wartości dla rozpoznania nadciśnienia tętniczego są niższe (135/85 mmHg).

Aparat aparatowi nierówny

Międzynarodowe organizacje zraszające specjalistów ds. nadciśnienia tętniczego zalecają, aby do pomiaru ciśnienia w warunkach ambulatoryjnych oraz domowych stosować te urządzenia, których wiarygodność została potwierdzona w niezależnych badaniach klinicznych, przeprowadzanych

według specjalnych protokołów walidacyjnych, oraz żeby nie używać aparatów nadgarstkowych, ponieważ ten typ urządzeń nie zapewnia wiarygodnej, powtarzalnej oceny ciśnienia tętniczego.

– Stosuje się mankiety na ramię, u dorosłych powinien mieć 12-13 cm szerokości i 35 cm długości. Oczywiście dla osób z większym niż 32 cm lub mniejszym niż 24 cm obwodem ramienia należy stosować odpowiednio dłuższe i krótsze mankiety. Dostępne są aparaty, które automatycznie dokonują pomiarów przez całą dobę. Mierzają ciśnienie co 15-20 minut w ciągu dnia i co 20-30 minut w nocy, następnie obliczają wartości średnie. Tego typu pomiary stosuje się u wybranych chorych z dużymi wahaniami ciśnienia lub różnicami w pomiarach domowych i gabinetowych – wyjaśnia prof. Mitkowski.

Pacjenci sami powinni dokonywać pomiarów, co najmniej 3 dni (lepiej 5-7 dni) przed każdą wizytą u lekarza, o tych samych godzinach rano, przed wzięciem leków i wieczorem, każdorazowo co najmniej 2 pomiary.

– Jeżeli wartości dwóch pomiarów nie różnią się o więcej niż 10 mm Hg, należy wyliczyć z nich średnią i wpisać do dzienniczka pomiarów ciśnienia – dodaje profesor.

Swiss
Brand

microlife®

A partner for people. For life.

Ciśnieniomierz automatyczny

Microlife BP B3 AFIB

Z funkcją wykrywania

MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW



Wykrywa migotanie przedsionków



Wykrywa arytmie



Tryb potrójnego pomiaru



Kontrola ciśnienia w mankiecie



Testowany klinicznie
Protokół BHS: A/A

5 LAT
gwarancji

Gwarancja door to door

Gwarancja door to door

Gwarancja door to door

Nadciśnienie tętnicze to cichy zabójca. Kiedy ostatnio mierzyłeś ciśnienie krwi?

Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego prawidłowe ciśnienie krwi u dorosłego człowieka to mniej niż 140 mm Hg w przypadku ciśnienia skurczowego oraz mniej niż 90 mm Hg w przypadku ciśnienia rozkurczowego.

Ile osób w Polsce choruje na nadciśnienie tętnicze?
Szacujemy, że około 10 mln osób dorosłych w Polsce cierpi na nadciśnienie tętnicze. Oznacza to, że jest to drugi czynnik ryzyka po hipercholesterolemii, która dotyczy już 18 mln dorosłych Polaków. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą, której częstość występowania rośnie wraz z wiekiem.

Czy u osoby, która ma nadciśnienie tętnicze, występują jakieś widoczne objawy? Do jakich groźnych konsekwencji chorobowych prowadzi nielezione nadciśnienie tętnicze?
Nadciśnienie tętnicze bardzo często przebiega bezobjawowo. Bardzo rzadko pacjenci zauważają takie objawy jak ból głowy czy krwawienie z nosa. Jest schorzeniem, które nielezione przez wiele lat doprowadza do niekorzystnej przebudowy serca i naczyń krwionośnych. W konsekwencji u osób chorych występują liczne powikłania nadciśnienia tętniczego, takie jak zawał serca, choroba wieńcowa, niewydolność serca, udar mózgu, przewlekłe choroby nerek, cho-

roby naczyń obwodowych, a także choroby małych naczyń, które powodują np. powikłania oczne czy nerkowe.

A jeśli nadciśnienie tętnicze już zostanie zdiagnozowane, to co dalej – czy leczenie polega tylko na leczeniu farmakologicznym?
Nadciśnienie tętnicze leczymy nie tylko farmakologicznie. Niefarmakologiczne metody leczenia polegają na: ograniczeniu innych czynników ryzyka, w tym między innymi nadwagi i otyłości, walce z hipercholesterolemią i cukrzycą, rzuceniu palenia papierosów, dbaniu o prawidłową dietę, wdrożeniu odpowiedniego stylu życia oraz większej aktywności fizycznej. Chociaż te elementy terapii pomagają obniżyć ciśnienie tętnicze, to jednak u większości osób i tak musi zostać wdrożona również farmakoterapia. Co do zasady w leczeniu farmakologicznym od samego początku terapii wdrażamy u pacjenta od razu dwa leki, co gwarantuje większą skuteczność leczenia niż przy jednej substancji. Warto podkreślić, że dla chorego takie leczenie nie jest uciążliwe,



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak
Kardiolog, hipertensjolog, internista i farmakolog kliniczny z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego

gdyż nowoczesna farmakoterapia umożliwia zastosowanie kilku leków zamkniętych tylko w jednej tabletkie, tym samym chorzy nie muszą obawiać się tego, że leczeni są dwoma czy trzema lekami – z reguły to jedna pigułka.

Jak pacjent z nadciśnieniem powinien przygotować się do teleporady?
Należy podkreślić, że teleporada, czyli procedura wspierana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zastępująca kontakt z lekarzem POZ (podstawowej opieki zdrowotnej), jest zarezerwowana co do zasady dla pacjentów, którzy wymagają przedłużenia terapii, wypisania lekarstw na kolejne miesiące leczenia. Jeśli jednak w trakcie leczenia nadciśnienia tętniczego u pacjenta pojawią się nowe objawy, ciśnienie jest źle kontrolowane lub wystąpią jakiegokolwiek inne, nowe fakty istotne dla terapii (nowozdiagnozowane choroby, zmiany innych leków), to teleporada nie może zastąpić zwykłej wizyty lekarskiej. To bardzo ważne stwierdzenie również w czasach COVID-19.



Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](#)

Masz nadciśnienie tętnicze? Nie odstawiaj leków!

Nadciśnienie tętnicze znajduje się w czołówce najczęstszych chorób. Innowacyjne leczenie jest proste oraz skutecznie umożliwia zmniejszenie ryzyka zawału serca i udaru mózgu.

Kampania #bojatakrowie organizowana jest od 2018 roku przez firmę Servier przy wsparciu Międzynarodowego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Celem jest podniesienie świadomości pacjentów na temat regularnego przyjmowania leków obniżających ciśnienie, nie przerywania terapii na własną rękę czy regularnego mierzenia ciśnienia krwi. Kampania **#bojatakrowie** pod dedykowanym hasłem **#bierz swoje leki** potwierdza rolę akcji społecznych w profilaktyce problemów zdrowotnych.

Jakie mogą być przyczyny niskiej skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego? Dlaczego pacjenci odstawiają leki?
Główną przyczyną niskiej skuteczności leczenia pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego jest nieprzestrzeganie lub niedostateczne przestrzeganie zaleceń lekarza, do których zalicza się przede wszystkim nieregularne przyjmowanie leków albo wręcz ich odstawienie. Przerwanie terapii farmakologicznej może wiązać się też z tym, że pacjenci często nie widzą powodu, dla którego mieliby stosować leki, skoro nic ich nie boli i dobrze się czują. Oprócz braku motywacji istotną przyczyną odstawiania leków jest niedostateczna wiedza na temat choroby oraz metod jej leczenia. Chorzy błędnie uważają np., że jeśli ciśnienie tętnicze zostanie unormowane, oznacza to, że są już zdrowi, i odstawiają leki. Jest to jednak niebezpieczne, bo brak leczenia sprawia, że ciśnienie ponownie staje się wysokie.

Jakie korzyści przynosi stałe stosowanie się do zaleceń lekarskich i o ile zmniejsza się ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych? Co można zyskać?



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz
Kierownik Katedry i Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Jeżeli chory regularnie przyjmuje leki, zachowuje ciągłość terapii i ma dobrze kontrolowane ciśnienie tętnicze, to w dłuższej perspektywie zmniejsza nawet o 50 proc. ryzyko wystąpienia niewydolności serca, o 40-50 proc. wystąpienie udaru mózgu i o 20-25 proc. – zawału serca. Tym samym prawidłowa terapia pozwala uniknąć groźnych powikłań i ich konsekwencji zdrowotnych, a także pomaga wydłużyć życie i znacząco poprawić jego jakość.

Jak można poprawić współpracę lekarza z pacjentem i skuteczność leczenia?
Myślę, że przede wszystkim pacjent musi zostać poinformowany o tym, że terapie farmakologiczne stosowane obecnie w leczeniu nadciśnienia tętniczego są innowacyjne. Wprowadzenie leków złożonych, skomponowanych z kilku substancji czynnych, redukuje liczbę zażywanych tabletek, a także poprawia regularność i wygodę stosowania leków. Tym samym proste leczenie umożliwia w krótkim czasie osiągnięcie celu terapeutycznego. Istotne dla polepszenia współpracy między lekarzem a pacjentem jest także uświadomienie chorego, że jest to choroba powszechna wśród Polaków, co ułatwia jej akceptację. Ponadto należy dostarczyć chorym argumentów, które ich zmotywują i pomogą podjąć decyzję o leczeniu. Ważne jest też to, by rozmawiać z chorym o jego obawach, aby nie szukał rozwiązań na własną rękę, co zwiększa ryzyko rezygnacji z terapii.

Dlaczego w obecnych czasach COVID-19 kontynuacja leczenia i kontroli nadciśnienia tętniczego jest tak istotna?
Dobrze kontrolowane nadciśnienie tętnicze nie jest czynnikiem ryzyka zachorowania na COVID-19. Mamy już jednak badania, które dowodzą, że źle kontrolowane lub w ogóle niekontrolowane nadciśnienie tętnicze zwiększa ryzyko powikłanego przebiegu COVID-19. Dlatego też tak ważne jest, by zachować ciągłość terapii, regularnie przyjmować leki i stale monitorować wartości ciśnienia tętniczego.

 SYLWETKA



Fot.: Marek Koprowski

Małe cele pomagają zajść na szczyt

Serce potrzebuje ruchu i dobrej diety. Nie wiesz, jak wprowadzić zdrowe nawyki? O swojej drodze do zdrowia opowiada Dorota Gardias.

kolejnych posiłkach w ciągu dnia to samo. I tak było, odkąd pamiętam, że mimo przespiania nocy i dobrych wyników badań byłam senna, a do tego czułam się ociężała. I tutaj mogę być wdzięczna pandemii, że w czasie izolacji przeprowadziłam pewien eksperyment: przestałam jeść mięso. I to było to! Teraz jem je bardzo rzadko i wreszcie czuję się lepiej. Chciałabym podkreślić, że moje posiłki nie są wymyślne – komponuję je z sezonowych warzyw i owoców, do tego dodaję zdrowe tłuszcze, rośliny strączkowe, produkty pełnoziarniste, pestki, nasiona i orzechy. I oczywiście podstawą jest woda lub ewentualnie zioła bądź herbata. Zaletą tego stylu życia jest to, że gotowanie nie zajmuje dużo czasu, dlatego polecam spróbować każdemu.

Jak możemy przejść na tę zdrową stronę i tym samym uchronić się przed udarem mózgu, zawałem serca i innymi chorobami układu sercowo-naczyniowego?
Według mnie trzeba zacząć od rzucenia używek, a później zmotywować się do tego, by dbać o dietę, regularnie się ruszać, dać sobie czas na relaks i dobry sen oraz mieć dobre relacje z ludźmi. Bardzo bym chciała przekonać do tego wszystkich, ale to tak nie działa – każdy sam musi podjąć taką decyzję. Z mojej strony mogę powiedzieć, że warto! Małymi krokami można dojść do zdrowia i czerpać garściami z życia.

”
Warto zacząć od prostej rzeczy – wyrobić sobie nawyk związany z aktywnością fizyczną.

Dorota Gardias
Prezenterka
telewizyjna
promująca
zdrowy styl życia

Bierze pani czynny udział w akcjach społecznych związanych ze zdrowiem, w tym z profilaktyką chorób serca. Czy ten temat jest dla pani ważny?
Temat zdrowia i zdrowego stylu życia jest dla mnie bardzo istotny. Moja świadomość, jeśli chodzi o tę tematykę, wzrosła w momencie, gdy na świecie pojawiła się moja córka, bo właśnie wtedy zaczęło mi mocno zależeć na tym, abyśmy byli zdrowi. Dlatego też chętnie przyswajam materiały dotyczące różnych schorzeń, biorę udział w akcjach społecznych, a także mówię o zdrowiu w moich mediach społecznościowych. Robię to wszystko po to, by każdy miał świadomość, że często wystarczy drobne zmiany, które mogą znacznie polepszyć zdrowie, poprawić jakość życia, i co najważniejsze – wydłużyć je.

W jaki sposób dba pani o zdrowie – czy uprawia pani regularnie aktywność fizyczną?
Oczywiście, bo według mnie właśnie aktywność fizyczna jest najprostszą drogą do tego, by lepiej się czuć. I chcę podkreślić, że to nie jest tak, że dla lepszego samopoczucia spędzam codziennie kilka godzin na siłowni, do tego biegam, a dzień kończę, ćwicząc na macie. To nie tak! Zauważyłam, że nawet krótki, 15-20-minutowy

trening o poranku daje mi tyle energii, że mój organizm nie potrzebuje już do rozbudzenia kawy, a przez cały dzień dopisuje mi świetny humor. Do tego sport traktuję jak przygodę, więc chętnie wyjeżdżam w góry, wspinam się, dzięki czemu serce lepiej pracuje, organizm jest dotleniony, a figura lepsza.

Czy ma pani jakieś rady dla osób, którym jednak ciężko zejść z kanapy?
Myślę, że warto zacząć od prostej rzeczy – wyrobić sobie nawyk związany z aktywnością fizyczną. Jeśli np. chcemy biegać, to przez pierwsze 2 tygodnie warto spacerować, później spróbować marszobiegu, a na koniec biegu. Ponadto warto pamiętać, aby na początku nie stawiać sobie dużych wyzwań, bo brak ich realizacji może demotywować, a przecież nie o to chodzi! Małe cele pomagają zejść na szczyt, dlatego schodząc z kanapy, wystarczy zacząć od spacerów lub krótkich, 10-15-minutowych treningów, które też przynoszą efekty.

A jeśli chodzi o zdrową dietę, to jak to wygląda u pani?
Z tym jedzeniem to zawsze u mnie był kłopot. Gdy zaczynałam dzień od śniadania, to po nim chciało mi się spać, później po



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info



Prof. Robert Gil
Kierownik Kliniki
Kardiologii Inwazyjnej
CSK MSW,
Dyrektor WCCI w Warszawie

Tekst powstał
z okazji organizacji
XXVI warsztatów
WCCI w Warszawie

Materiał przygotowała:
Ewelina Zych-Mytek,
prezes fundacji
Instytut Świadomości



Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

Hiperurykemia. Co dziś wiemy o tej chorobie?

Choroba nieczyja i wszystkich, bo nie ma przypisanej dziedziny medycyny, a jednocześnie wiele dziedzin spotyka się z jej konsekwencjami u pacjentów. Hiperurykemia, czyli zwiększone stężenie kwasu moczowego we krwi, może prowadzić do wielu chorób.

Wciąż niepoznany obszar

Mimo że problem nadmiernego stężenia kwasu moczowego we krwi znany jest od dawna, do dziś nie ma badań populacyjnych jasno określających przyczyny i skutki tej choroby oraz jej korelacje z innymi schorzeniami, w tym sercowo-naczyniowymi.

– Hiperurykemia to niedofinansowany obszar. Ponad 20 lat toczy się naukowy spór, czy sam podwyższony poziom kwasu moczowego jest niezależnym czynnikiem ryzyka zawału serca, czy jest raczej powiązany z innymi czynnikami ryzyka nie tylko chorób serca i naczyń, ale w ogóle chorób cywilizacyjnych, czyli m.in. dietą czy stylem życia – zwraca uwagę prof. Robert Gil – Nie ma również jednego profilu epidemiologicznego, chociaż – ponieważ to choroba cywilizacyjna – stwierdzamy, że na pewno wiek i styl życia sprzyjający innym chorobom przewlekłym to czynniki ryzyka rozwoju hiperurykემii – dodaje.

Styl życia czy geny?

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Hiperurykemia może być wrodzona lub nabyta, wynikająca zarówno z zaburzeń genetycznych, jak i ze złej diety opartej na pokarmach zawierających puryny, czyli związki ulegające rozpadowi do kwasu moczowego. Są to m.in. czerwone mięso, tłuste i wędzone ryby, warzywa strączkowe czy kawa. Czynniki środowiskowe zmieniły też normy stężenia kwasu moczowego we krwi w społeczeństwie.

– Amerykańskie badania podają, że na przestrzeni kilkudziesięciu lat – między latami 20. a 70. XXI w. – migracja społeczna z terenów wiejskich do miejskich spowodowała, że średni poziom kwasu moczowego populacji głównie męskiej podwyższył się z ok. 3 mg/dl do 6-7 mg/dl. Obecnie hiperurykemię rozpoznajemy, gdy poziom kwasu przekracza 7 mg/dl, u kobiet zaś już powyżej 6 mg/dl – tłumaczy prof. Gil.

Hiperurykemia a choroby serca i naczyń

Tu też zaczynają się schody, bo metabolizm kwasu moczowego w ludzkim organizmie nie jest jeszcze do końca poznany. Mimo że co roku pojawia się więcej publikacji o związku podwyższonego stężenia kwasu moczowego we krwi z chorobami serca i naczyń, głównie z nadciśnieniem tętniczym, dyslipidemią, zespołem metabolicznym, niewydolnością serca, udarem mózgu czy otyłością, wciąż nie ma odpowiedzi, czy hiperurykemia to pierwotny czy wtórny czynnik ryzyka tych chorób.

– Wzrost stężenia kwasu moczowego wpływa na rozwój stanu zapalnego, co prowadzi do uszkodzenia śródbłonna m.in. naczyń wieńcowych, a tym samym nasilenia działania czynników promiażdżycowych, co skutkuje niekorzystną przebudową naczyń, zwłaszcza mikrokążeń. W efekcie sprzyja rozwojowi nadciśnienia tętniczego będącego w związku ze zwiększonym ryzykiem zawału serca czy udaru mózgu. Wiemy też, że u sporej części chorych z hiperurykemią skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego obniża poziom kwasu moczowego we krwi, więc tu również występuje związek – wyjaśnia profesor.

Co więcej, pacjenci z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego już przy poziomie 5 mg/dl kwasu moczowego mają podwyższone ryzyko sercowo-naczyniowe. Poza tym podwyższony poziom kwasu moczowego występuje u większości tych pacjentów, którzy mają również inne klasyczne czynniki ryzyka chorób serca i naczyń.

– Na pacjenta musimy spojrzeć całościowo, nie skupiać się na wybranych czynnikach ryzyka, ale na wszystkich jednocześnie, i wybierać takie leczenie, które pozwoli na zniwelowanie ich wszystkich, równoległe zachęcając chorego do zmiany stylu życia na zdrowszy. Pacjenci zagrożeni chorobami cywilizacyjnymi powinni prosić lekarzy o zbadanie poziomu kwasu moczowego – zachęca prof. Gil.

Hiperurykemia a serce. W jaki sposób je niszczy?

Hiperurykemia to poważne zagrożenie, szczególnie dla pacjentów kardiologicznych. Jak ją leczyć, aby zmniejszyć m.in. ryzyko zawału serca i udaru mózgu?

Kiedy mówimy o hiperurykემii?

Wtedy, gdy w organizmie mamy podwyższone stężenie kwasu moczowego. Bez badań krwi trudno ją wykryć, gdyż zwykle przebiega bezobjawowo, czasami jednak u pacjentów objawia się dną moczaniową, czyli symptomami związanymi z zapaleniem stawów, w tym m.in. bólem, obrzękiem i sztywnością. U zdrowych pacjentów diagnozowana jest, gdy stężenie kwasu moczowego przekracza 6,8 mg/dl. Jednak zarówno dla osób zdrowych, jak i dla pacjentów kardiologicznych docelową wartością jest stężenie poniżej 5 mg/dl. Trzeba podkreślić, że każdy wzrost stężenia kwasu moczowego o 1 mg/dl powyżej 5 mg/dl może zwiększać ryzyko sercowo-naczyniowe, w tym np. zawału serca i udaru mózgu, nawet o 30 procent.

W jaki sposób zbyt wysokie stężenie kwasu moczowego wpływa na układ sercowo-naczyniowy? Do jakich konsekwencji zdrowotnych może prowadzić?

Prowadzi do pogorszenia funkcji śródbłonna, czyli wewnętrznej części naczyń krwionośnych, co w konsekwencji pogarsza przepływ krwi i ostatecznie uszkadza naczynia. Hiperurykemia wpływa na układ sercowo-naczyniowy, gdyż nasila stan zapalny w obrębie śródbłonna i tym samym zwiększa ryzyko incydentów kardiologicznych. Jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, a także wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu. Wśród innych konsekwencji zdrowotnych, które powoduje hiperurykemia, należy wymienić przewlekłą chorobę nerek i zespół metaboliczny.

Kto powinien regularnie badać stężenie kwasu moczowego w organizmie?

Przede wszystkim powinni to robić pacjenci z grupy podwyższonego ryzyka sercowo-naczyniowego, czyli między innymi osoby z chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym, pacjenci, którzy w wywiadzie rodzinnym mają przedwczesne występowanie chorób układu sercowo-



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

-naczyniowego, a także osoby po przebytych zawałach serca lub udarach mózgu. Stężenie kwasu moczowego powinni także regularnie sprawdzać pacjenci z cukrzycą, otyłością i dyslipidemią. Należy podkreślić, że aż 70 procent pacjentów z zespołem metabolicznym ma nieprawidłowe wartości kwasu moczowego w organizmie.

Co jest najważniejsze w procesie terapeutycznym pacjentów kardiologicznych, u których występuje hiperurykemia?

Podstawowym celem terapeutycznym w hiperurykემii jest obniżenie stężenia kwasu moczowego w organizmie pacjenta. Aby to zrobić, należy wdrożyć leczenie farmakologiczne, które polega na przyjmowaniu leku będącego inhibitorem oksydazy ksantynowej, czyli enzymu bezpośrednio uczestniczącego w powstawaniu kwasu moczowego – najpowszechniej stosowany jest allopurinol w odpowiedniej dawce.

Jakie jeszcze działania można podjąć, aby utrzymać stężenie kwasu moczowego w normie?

Trzeba zwrócić uwagę na codzienną dietę, która przy hiperurykემii powinna zawierać jak najmniej związków purynowych, zwiększających stężenie kwasu moczowego we krwi. Należy wyeliminować z diety między innymi mięso, podroby, owoce morza, produkty zawierające duże ilości fruktozy i mocny alkohol. Dieta ubogopurynowa zawiera duże ilości warzyw, przetwory zbożowe, chudy nabiał, jaja i orzechy. Oprócz tego warto zadbać o prawidłową masę ciała, regularną aktywność fizyczną, zaprzestać palenia papierosów, mieć dobre relacje oraz dbać o odpoczynek.

Czy hiperurykemia to choroba na całe życie?

Jest to choroba przewlekła, czyli podobnie jak nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca wymaga stałej terapii. Oznacza to, że nawet po unormowaniu stężenia kwasu moczowego w organizmie należy kontynuować leczenie i wdrażać zdrowotne nawyki.

WAŻNE

Zdalna opieka nad pacjentem kardiologicznym

System ochrony zdrowia w czasie pandemii SARS-CoV-2 przeżył i wciąż przeżywa prawdziwą rewolucję, którą mocno odczuwają zarówno lekarze, jak i pacjenci. Naprzeciw tym wyzwaniom wychodzi zdalna opieka kardiologiczna – jakie są jej wady i zalety?

Na głęboką wodę

Lek. med. Agnieszka Graczyk-Szuster przyznaje, że zorganizowanie i rozpoczęcie zdalnej opieki nad pacjentami w pełnym zakresie było dla lekarzy zupełnie nowym wyzwaniem.

– Dotychczas nikt nas nie uczył takiego sposobu pracy z pacjentem. Ważną częścią badania pacjenta jest badanie przedmiotowe, czyli np. osłuchiwanie pacjenta, pomiar tętna czy ciśnienia tętniczego. Podczas teleporady nie ma takiej możliwości. Jest to dla lekarza duże ograniczenie w formule pracy zdalnej. Chociaż zapewne niebawem pojawią się nowe możliwości również w tym zakresie – mówi lek. Graczyk-Szuster.

Strach zakończony tragedią

Obecnie wielu pacjentów obawia się zgłoszenia do izby przyjęć i oczekuje w domu na ustąpienie objawów lub dolegliwości. Często kończy się to, niestety, tragedią. Aby temu zapobiec należy podjąć konkretne działania organizacyjne.

– Konieczne jest stworzenie infolinii działającej przez 24 godziny na dobę. Chory mógłby skonsultować z lekarzem swoje dolegliwości w każdej chwili, również w nocy. Myślę, że dzięki temu można byłoby nawet obniżyć śmiertelność sercowo-naczyniową. Dzięki temu rozwiązaniu pacjent zostałby szybko poinformowany o konieczności pilnego zgłoszenia się do szpitala w przypadku objawów ostrych chorób sercowo-naczyniowych – uważa lekarz.

Telemedycyna coraz bliżej

Pandemia nie tylko przyspieszyła rozwój telemedycyny w Polsce, ale też uświadomiła konieczność tego rozwoju. Teleporada specjalisty jest już kontraktowana przez NFZ. Jednak barierą do pełnego wdrożenia świadczeń telemedycznych do codziennej praktyki lekarskiej nie są tylko obostrzenia prawne czy brak regulacji. Do zdalnej opieki medycznej muszą przekonać się i przywyknąć zarówno lekarze, jak i pacjenci. A także jej nauczyć.

– Na pewno konieczne są również odpowiednie rozwiązania i narzędzia informatyczne, aby telemedycynę można było bezpiecznie realizować.

Standardem w tej sytuacji powinno być posiadanie szybkiego internetu, smartfona z wyświetlaczem oraz bezpłatne połączenia telefoniczne na infolinię medyczną dla każdego pacjenta – wyjaśnia lek. Graczyk-Szuster.

Lek. med. Agnieszka Graczyk-Szuster
I Klinika Kardiologii SPP w Poznaniu

Materiał powstał w ramach cyklu Pacjent ze świadomością

Materiał przygotowała:
Ewelina Zych-Mytek, prezes fundacji Instytut Świadomości

INSPIRACJE

Czy grypa nie ma serca dla pacjentów kardiologicznych?



Prof. dr hab. n. med. Adam Antczak
Przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, Kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

W związku z nadchodzącym sezonem grypowym zbiegającym się z drugą falą zachorowań na COVID-19 nasuwa się wiele pytań dotyczących profilaktyki.

Grypa to wirusowa, zaraźliwa choroba dróg oddechowych, której niebezpieczeństwo polega na możliwości wystąpienia groźnych powikłań. Dla pacjentów kardiologicznych może to oznaczać większe ryzyko zawału lub ostrą niewydolność krążenia. Istnieje jednak skuteczna metoda zapobiegania – szczepienia przeciw grypie.

Kto jest szczególnie narażony na powikłania zakażenia wirusem grypy?

Osoby z grup ryzyka, m.in. seniorzy i osoby z chorobami przewlekłymi, w tym z chorobami układu sercowo-naczyniowego, są szczególnie narażone na niebezpieczne powikłania zakażenia wirusem grypy. Według danych NIZP-PZH w sezonie grypowym 2019/2020 na grypę zachorowało 3 898 530 Polaków, a hospitalizowanych z jej powodu było aż 17 418 pacjentów, w tym 508 skierowanych do szpitala ze względu na objawy ze strony układu krążenia. Najczęstszymi powikłaniami kardiologicznymi grypy są: choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność serca, a nawet wirusowe zapalenie serca i/lub osierdzia.

Jak się ustrzec przed groźnym wirusem grypy?

Istotne jest regularne wzmacnianie układu odpornościowego i stosowanie się do zasad higieny osobistej – to czynności, które chronią przed zachorowaniem, jednak najlepszą ochronę zapewniają szczepienia. Są one najskuteczniejszą i najtańszą metodą zapobiegania zachorowaniom na grypę. Szczepionka przeciw grypie redukuje ryzyko nagłego zatrzymania krążenia i kolejnego zawału serca o odpowiednio 49 proc. i 67 proc. Dla pacjentów z grup ryzyka pozytywnym efektem szczepienia jest także zmniejszenie o 87 proc. liczby hospitalizacji z powodu chorób dróg oddechowych i układu krążenia. Wiele osób zastanawia się, czy aplikowanie szczepienia w czasie pandemii jest bezpieczne, jednak nie ma przeciwwskazań do ich wykonywania w tym czasie – trzeba tylko zachować szczególne

środki ostrożności, takie jak zachowanie bezpiecznej odległości od innych pacjentów oraz zakrywanie nosa i ust.

Kiedy się szczepić?

Ze względu na zmienność wirusów grypy szczepienia należy wykonywać każdego roku. Szczepionkę można zaaplikować w dowolnym momencie sezonu grypowego, jednak warto zrobić to przed szczytem zachorowań, który przypada zwykle na czas między styczniem a marcem. Zazwyczaj zaleca się wykonanie szczepienia na jesieni, np. pod koniec września lub na początku października. Warto się zaszczepić przeciw grypie, ponieważ jeśli pomimo szczepienia choroba wystąpi, to z pewnością jej przebieg będzie łagodniejszy, a ryzyko wystąpienia powikłań będzie minimalne.

Rola personelu medycznego w zapobieganiu zachorowaniom

Wiedza przekazywana pacjentowi przez personel medyczny może okazać się niezastąpiona. Wiele pytań, które zadają sobie pacjenci przed podjęciem decyzji o wykonaniu szczepienia, może zostać rozwiązanych dzięki wiedzy i doświadczeniu personelu medycznego. Kluczowe mogą okazać się także wszelkie materiały merytoryczne, wyjaśniające istotę i korzyści płynące ze szczepień. Zaangażowanie personelu medycznego, ale także farmaceutów w edukację społeczeństwa w zakresie profilaktyki i zwiększenia poziomu wyszczepialności jest kluczowe. Pielęgniarki, lekarze rodzinni i farmaceuci – to osoby, które na co dzień są najbliżej pacjenta. To właśnie oni edukują i informują osoby z grup ryzyka o konieczności wykonywania regularnych szczepień.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

¹ Siscovick DS., Raghunathan TE, Lin D, et al. Influenza vaccination and the risk of primary cardiac arrest. Am J Epidemiol 2000;152.
² Naghavi M, Barlas Z, Siadaty S, et al. Association of influenza vaccination and reduced risk of recurrent myocardial infarction. Circulation, 2000; 33.

EKSPERT

Badania wykazują, że grypa^{1, 2:}

↑10

zwiększa ryzyko zawału serca

-krotnie

↑8

zwiększa ryzyko udaru mózgu

-krotnie

Szczepionka przeciw grypie u pacjentów z grup wysokiego ryzyka redukuje o:

↓87%

hospitalizację z powodu ostrych chorób dróg oddechowych lub chorób układu krążenia

↓49%

ryzyko nagłego zatrzymania krążenia³

↓26%

wizyty u lekarza rodzinnego⁴

↓78%

ryzyko zgonu z dowolnej przyczyny

→ f

Szczepienia Przeciw Grypie

¹ Badanie przeprowadzone zostało u pacjentów w wieku powyżej 40 lat, którzy nie przeszli w przeszłości zawału serca ani udaru. Zawał serca/udar wystąpił w ciągu 3 dni po laboratoryjnie potwierdzonym zakażeniu grypą. Badanie typu self-controlled case series

² – konstrukcja badawcza opiera się na zasadach badań kohortowych, a uczestnicy badania, czyli osoby, u których wystąpił badany efekt, stanowią sami dla siebie grupę kontrolną.

³ Warren-Gash, C. et al. Eur. Respir. J. 2018; 51: 1701794

⁴ Siscovick DS, Raghunathan TE, Lin D, et al. Influenza vaccination and the risk of primary cardiac arrest. Am J Epidemiol 2000;152

⁵ Hak i wsp., Clinical effectiveness of influenza vaccination in persons younger than 65 years with high-risk medical conditions: the PRISMA study, Arch Intern Med, 2005; 165.

Od grypy do zawału serca – co trzeba wiedzieć o powikłaniach pogrypowych?

Choroby układu krążenia są największym zagrożeniem zdrowotnym Polaków, najczęstszą przyczyną zgonu i jedną z najważniejszych przyczyn inwalidztwa. Powodów ich rozwoju jest wiele, a jedną z nich jest grypa.

Dlaczego grypa może być niebezpieczna dla pacjentów kardiologicznych? Jakie powikłania mogą u nich wystąpić?

Grypa częściej niż inne infekcje powoduje powikłania sercowo-naczyniowe, dlatego jest szczególnie groźna dla pacjentów kardiologicznych. Jednym z powikłań pogrypowych jest zapalenie mięśnia sercowego, które prowadzi do wystąpienia niewydolności serca. W burzliwym przebiegu zapalenia w krótkim czasie może dojść do ciężkiej niewydolności serca, zatrzymania krążenia, a nawet zgonu. Częściej jednak zapalenie mięśnia sercowego ma mniej burzliwy przebieg, może też przybrać formę zapalenia przewlekłego. W takim przypadku objawy niewydolności serca, takie jak np. duszność, męczliwość, obrzęki podudzi, pojawiają się dopiero po dłuższym czasie. W wielu przypadkach dolegliwości nie są diagnozowane jako powikłania pogrypowe, gdyż po takim czasie pacjent często nie pamięta, że na przykład kilka miesięcy temu przechodził grypę. Grypa może zwiększać ryzyko rozwoju miażdżycy i jej powikłań, w tym może powodować destabilizację blaszek miażdżycowych, co zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca i udaru mózgu. Także w tym przypadku często nie łączy się dolegliwości kardiologicznych z wcześniej przeżytą infekcją. Uważa się, że grypa może zwiększać kilkukrotnie ryzyko wystąpienia zawału serca w pierwszym tygodniu po wystąpieniu choroby. W kolejnych tygodniach ryzyko stopniowo maleje. Wśród innych możliwych powikłań pogrypowych

wymienia się także zaostrzenie przewlekłych chorób układu sercowo-naczyniowego, na przykład niewydolności serca. Trzeba pamiętać, że każda choroba infekcyjna, w tym szczególnie grypa, stanowi obciążenie dla układu krążenia. U osób cierpiących na przewlekłe schorzenia dodatkowe obciążenie serca może przekroczyć zdolności adaptacyjne organizmu, czego objawem może być np. zaostrzenie niewydolności serca. Takie powikłania mogą mieć bardzo poważne konsekwencje zdrowotne.

Kiedy najczęściej dochodzi do powikłań pogrypowych?

To zależy od rodzaju powikłań. Zawał serca (a także np. udar mózgu), jeśli jest powikłaniem grypy, występuje w trakcie trwania infekcji lub bezpośrednio po niej. Podobnie zaostrzenie wcześniej obecnej choroby serca pojawia się w czasie ostrych objawów grypy. Z kolei objawy niewydolności serca mogą pojawić się w czasie infekcji, gdy są spowodowane ostrym zapaleniem mięśnia sercowego, albo wiele miesięcy, a nawet lat po grypie. W takim przypadku najczęściej mamy do czynienia z konsekwencjami przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego. Warto podkreślić, że choroby serca nie zawsze, szczególnie jeśli pojawiają się w odległym czasie od infekcji, odnoszone są do przebytej wcześniej grypy.

Czy wszyscy pacjenci kardiologiczni mają takie samo ryzyko wystąpienia powikłań, czy może niektórzy z nich są bardziej narażeni?

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

Więcej informacji na stronie:

[byczdrowym.info](#)

Ryzyko nie jest takie samo u wszystkich pacjentów kardiologicznych. Bardziej narażone są osoby starsze, obciążone wieloma chorobami. Powikłania przebiegu grypy i pogrypowe częściej występują u osób po zawałach serca i po udarach mózgu, a także u pacjentów z niewydolnością nerek oraz cukrzycą oraz u osób z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego. Nie oznacza to jednak, że młodzi pacjenci kardiologiczni nie są narażeni na ryzyko powikłań pogrypowych.

Jak pacjenci kardiologiczni mogą uchronić się przed wirusem grypy?

Istnieje kilka sposobów. Pierwszym z nich jest zdrowy tryb życia, czyli taki, na który składa się regularny i dobry jakościowo sen, zdrowy sposób odżywiania się oraz regularna aktywność fizyczna. Wszystkie te czynniki zwiększają odporność, dzięki czemu zmniejsza się ryzyko zachorowania na wszelkie infekcje, w tym również na grypę. Drugi sposób zapobiegania to szczepienie przeciwko grypie, które zalecane jest wszystkim, jednak w szczególności grupom o zwiększonym ryzyku występowania powikłań pogrypowych. Szczepienie przeciwko wirusowi grypy zmniejsza ryzyko zachorowania na grypę, a także zmniejsza nasilenie jej objawów, jeśli do infekcji jednak dojdzie. W efekcie zmniejsza się ryzyko wystąpienia poważnych powikłań kardiologicznych. Bez przesady można rzec, że szczepienie przeciwko grypie ma znaczenie podobne do leczenia nadciśnienia tętniczego lub leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. Trzecim sposobem jest skrupulatne leczenie występujących chorób, szczególnie chorób serca i płuc, co zmniejsza podatność na infekcje, a także zmniejsza ryzyko występowania powikłań kardiologicznych w ich przebiegu. Wszystkie trzy sposoby są istotne w profilaktyce incydentów sercowo-naczyniowych w kontekście powikłań pogrypowych, jednak w dobie pandemii, z którą obecnie się mierzymy, szczepienia przeciwko grypie są szczególnie ważne.

O ile zmniejsza się ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych w przypadku zaszczepienia się?

Generalnie ryzyko zmniejsza się o ponad 30 procent, przy czym większe korzyści odnoszą pacjenci cierpiący wcześniej z powodu chorób układu krążenia. Warto przypomnieć też korzyści w zakresie zmniejszenia ryzyka rozwoju zapalenia płuc, szczególnie jego ciężkich postaci. Szczepienie może też zmniejszać ryzyko zgonu.

Chcesz lepiej zrozumieć działanie szczepień przeciw grypie?

Odważ się odwiedzić stronę: [www.szczepieniaprzeciwgrypie.pl](#)

SZCZEPIENIA PRZECIW GRYPIE

MAT-PL-2000725-1.0-08/2020

Optima

Ci, co ćwiczą
i smarują,
cholesterol
redukują.



9 na 10 osób smarujących pieczywo margaryną Optima Cardio obniżyło cholesterol już w 3 tygodnie.*

Trenujesz obniżanie cholesterolu? Zostań mistrzem z Optima Cardio. Optima Cardio zawiera sterole roślinne, które skutecznie redukują poziom cholesterolu. Wystarczą trzy kromki dziennie.

www.OptymalneWybory.pl



* Uczestnicy akcji „1000 wizyt dla serca”, którzy przedstawili wyniki badań poziomu cholesterolu po zalecanej zmianie diety i stylu życia.

Udowodniono, że sterole roślinne obniżają poziom cholesterolu we krwi. Wysoki poziom cholesterolu jest czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej serca. Efekt obniżenia cholesterolu o 7-10% uzyskuje się w ciągu 2-3 tygodni przy konsumpcji od 1,5 do 2,4 g steroli roślinnych dziennie w połączeniu ze zdrowym stylem życia oraz zbilansowaną i zróżnicowaną dietą. 30 g to dzienna zalecana porcja Optimy Cardio zawierająca dawkę steroli roślinnych 1,6 g. Istnieje wiele czynników ryzyka chorób serca. Zmiana jednego z nich nie daje gwarancji obniżenia ryzyka.

Hipercholesterolemia w pierwszym stadium choroby. Czy dotyczy także ciebie?

W Polsce hipercholesterolemia jest najczęściej występującym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Szacuje się, że nieprawidłowe stężenie cholesterolu dotyczy około 18 mln ludzi.

Kto najczęściej choruje na hipercholesterolemię?
Niemodyfikowalnym czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo choroby jest wiek, dlatego hipercholesterolemię częściej stwierdza się u osób starszych niż u młodszych. Nieprawidłowe stężenie cholesterolu często występuje także u osób mających nadwagę lub otyłych, u osób, które na co dzień mają niewiele ruchu, jedzą tłusto i zbyt kalorycznie. Należy jednak pamiętać, że hipercholesterolemia jest powszechna, dlatego występuje też u osób młodych i niemających zdiagnozowanych chorób. Te osoby zwykle nie prowadzą zdrowego stylu życia, a w wywiadzie rodzinnym stwierdzona została hipercholesterolemia. Zasadnicze znaczenie dla wystąpienia powikłań ma podwyższone stężenie cholesterolu frakcji LDL (frakcja promiażdżycowa).

Jakie konsekwencje zdrowotne mogą wystąpić, jeśli podwyższone stężenie cholesterolu będzie się utrzymywać, a hipercholesterolemia nie będzie leczona?
Hipercholesterolemia jest głównym czynnikiem ryzyka miażdżycy i jej powikłań, czyli choroby niedokrwiennej serca, zawału serca oraz udaru mózgu. Warto zaznaczyć, że ryzyko negatywnych konsekwencji zdrowotnych oraz ich powikłań zwiększa się o około 30 proc. wraz ze wzrostem stężenia cholesterolu o każde 30 mg/dl.

Jak w takim razie skutecznie zredukować poziom cholesterolu w pierwszym stadium choroby, a także jakie działania profilaktyczne pozwolą utrzymać go w normie?
U osób, które poza podwyższonym stężeniem cholesterolu nie mają innych chorób, warto początkowo wdrożyć postępowanie behawioralne. U tych pacjentów docelowe stężenie cholesterolu można osiągnąć za pomocą: aktywności fizycznej, modyfikacji diety i dbania o właściwą masę ciała. Należy jednak podkreślić, że u pozostałych chorych, którzy np. dodatkowo mają nadwagę lub otyłość, hipercholesterolemię w wywiadzie rodzinnym, przeszły już zawał lub mają choroby współistniejące, konieczne jest wprowadzenie terapii farmakologicznej. Aby zwiększyć szanse osiągnięcia docelowego stężenia cholesterolu, u nich także wprowadza się metody nefarmakologiczne. Wszyscy pacjenci, a także osoby, które chcą przeciwdziałać hipercholesterolemii, powinni regularnie uprawiać aktywność fizyczną. Rekomendowane jest 150-300 minut aktywności o umiarkowanej intensywności lub co najmniej 75 minut aktywności o dużej intensywności tygodniowo. Oprócz tego należy pamiętać o modyfikacji diety, która będzie właściwie zbilansowana energetycznie, zawierała dobrej jakości produkty

(należy unikać wysokoprzetworzonych), niewielką ilość mięsa, zwłaszcza tłustego, oraz jak najmniej tłuszczów zwierzęcych, a więcej pochodzenia roślinnego.

Jakie znaczenie w terapii ma stosowanie produktów bogatych w sterole roślinne? Na jakim poziomie nasza dieta powinna dostarczać sterole?

Dieta pacjentów z podwyższonym cholesterolem powinna być bogata w sterole roślinne na każdym etapie choroby oraz zarówno u pacjentów leczonych tylko nefarmakologicznie, jak i u tych, którzy stosują leki. Jest to istotne, gdyż sterole roślinne to sprawdzony składnik obniżający poziom cholesterolu we krwi. Potwierdzają to między innymi najnowsze Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Towarzystwa Miażdżycy (EAS), które rekomendują stosowanie żywności funkcjonalnej wzbogaconej w fitosterole. Aby zatem skutecznie obniżyć cholesterol, wystarczy spożyć 2 g steroli roślinnych dziennie, które w takiej objętości mają zdolność obniżenia stężenia cholesterolu frakcji LDL o 10-15 proc. Niestety, standardowa codzienna dieta dostarcza zaledwie 200-400 mg fitosteroli dziennie, dlatego też, by obniżyć ryzyko negatywnych konsekwencji zdrowotnych hipercholesterolemii, konieczne jest regularne spożywanie żywności funkcjonalnej wzbogaconej o fitosterole.

Kto powinien stosować sterole roślinne? Czy taką dietę powinno stosować np. dziecko, u którego zdiagnozowano podwyższony cholesterol LDL?
Dieta bogata w sterole roślinne jest wskazana u każdego, kto ma nieprawidłowe stężenie cholesterolu w organizmie. Mogą ją stosować wszyscy, niezależnie od wieku, stanu zdrowia, chorób współistniejących itd. Aby stanowiła prewencję incydentów sercowo-naczyniowych, istotna jest ciągłość oraz systematyczność jej stosowania, gdyż może być prawdziwie skuteczna dopiero wtedy, gdy jest nieprzerwana.

Jakie badania wykonać, aby sprawdzić stężenie cholesterolu we krwi i uchronić się przed chorobami układu sercowo-naczyniowego?
Aby sprawdzić, czy stężenie cholesterolu w organizmie jest podwyższone, wystarczy wykonać lipidogram, czyli tzw. profil lipidowy. Badanie sprawdza poziom lipidów w osoczu krwi – analizie podlegają między innymi parametry, takie jak cholesterol całkowity (CHOL), cholesterol LDL, cholesterol HDL i trójglicerydy (TG). Lipidogram zaliczany jest do podstawowych badań profilaktycznych, dlatego warto wykonać go przynajmniej raz w roku.

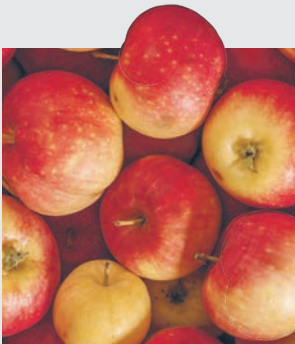


Prof. Artur Mamcarz
Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Wydziału Lekarskiego WUM, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

 Więcej informacji na stronie: [byczdrowym.info](#)

Ile steroli roślinnych powinniśmy spożywać dziennie? Gdzie je znajdziemy?

1 600 mg steroli roślinnych (nasze dzienne zapotrzebowanie!) to **30 000 mg (30 g) margaryny funkcjonalnej!**



1 małe jabłko to **13 mg** steroli roślinnych

1 mała pomarańcza to **24 mg** steroli roślinnych



1 szklanka posiekanych brokułów to **39 mg** steroli roślinnych

1 szklanka posiekanej marchwii to **16 mg** steroli roślinnych



Źródło: Puls Medycyny
<https://pulsmedycyny.pl/zywnosc-funkcjonalna-wzbogacona-o-sterole-i-stanole-roslinne-obniza-stezenie-cholesterolu-976062>

INSPIRACJE

Masz wpływ na swój cholesterol

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-farmakoterapią-dyslipidemii-977058>
 2. B. Woźniakowska-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

EKSPERT

Lepiej jest zapobiegać, niż leczyć – kilka rad na temat obniżenia LDL

Jak można skutecznie obniżyć poziom złego cholesterolu LDL, zanim konieczna będzie farmakoterapia? Prof. Artur Mamcarz wyjaśnia, jak prawidłowe nawyki żywieniowe wpływają na obniżanie cholesterolu.

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

Jaki jest wpływ wysokiego poziomu cholesterolu na częstotliwość występowania zawałów?

Kluczowy. W dużym skrócie – ugruntowane przez wiele lat badania jednoznacznie wskazują wysoki poziom cholesterolu LDL jako jednego z głównych winowajców występowania miażdżycy, czyli zatykania ścian żylnych prowadzącego do udarów i zawałów.

W jaki sposób za pomocą prawidłowych nawyków żywieniowych możemy obniżyć poziom cholesterolu?

Prawidłowa dieta obniżająca stężenie frakcji LDL we krwi powinna być zbilansowana i zawierać odpowiednią liczbę kalorii w stosunku do wydatku energetycznego, czyli ruchu. Poza tym powinna być to dieta z ograniczoną

ilością tłuszczów zwierzęcych, czyli nasyconych kwasów tłuszczowych, które zwiększają stężenie cholesterolu. W polskich warunkach dobrym wyborem tłuszczów jest olej rzepakowy, w basenie Morza Śródziemnego oliwa z oliwek. Warto unikać także produktów przetworzonych, cukrów prostych, słodczy, cukru zwykłego i napojów słodzonych.

Jakie są właściwości monakoliny K pod kątem leczenia zaburzeń gospodarki lipidowej?

Monakolina K to jeden z suplementów diety mający podobne właściwości obniżające cholesterol LDL we krwi co statyny, czyli grupa leków. Są to drożdże sfermentowanego czerwonego chińskiego ryżu, które mogą obniżyć poziom LDL do około 15 procent.

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 jakiegokolwiek 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/LIP/08/07/20

AUROVITAS®

www.auro-zdrowie.pl

