

# Kardiologia w opiece koordynowanej



## Prof. dr hab. med. Małgorzata Lelonek

FESC, FHFA, Kierownik Zakładu Kardiologii Nieinwazyjnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; Przewodnicząca Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2021–2023

**Opieka koordynowana w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) umożliwia lekarzom rozpoznanie niewydolności serca dzięki takim narzędziom jak peptydy natriuretyczne oraz echokardiografia.** Wcześniej lekarz POZ, nie mając dostępu do tych metod diagnostycznych, kierował pacjenta do poradni kardiologicznej albo do szpitala. W nowym systemie lekarz POZ ma możliwość ustalenia rozpoznania niewydolności serca, a co się z tym wiąże – rozpoczęcia leczenia. Opieka koordynowana sprawia, że rola Podstawowej Opieki Zdrowotnej w opiece nad pacjentami z niewydolnością serca wzrasta. Nowością jest m.in. również to, że lekarz POZ w ramach opieki koordynowanej ma możliwość kontaktu ze specjalistą z zakresu kardiologii w formie telekonsultacji. Taka opcja wykorzystania narzędzi telemedycyny przyspieszy decyzje zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne, co przyczyni się do poprawy rokowania pacjenta z niewydolnością serca.

**Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK) przyspiesza drogę pacjenta od wykrycia niewydolności serca do wdrożenia skutecznej terapii.** W ciągu 30 dni pacjent trafia do specjalisty i powinien mieć pogłębioną diagnostykę oraz rozpoczęte leczenie najlepszymi metodami w ośrodku o odpowiednim poziomie referencyjności, będącym w KSK, w tym również metodami zabiegowymi. Koordynacja opieki nad pacjentem z niewydolnością serca w POZ oraz Krajowa Sieć Kardiologiczna tworzą nową jakość opieki w niewydolności serca i uzupełniają się.

**Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego u każdego pacjenta, u którego podejrzewa się niewy-**

**dolność serca, algorytm diagnostyczny przewiduje oznaczenie stężenia NTproBNP czy BNP.** Algorytm ten dopuszcza jednak sytuację, w której nie ma możliwości wykonania oznaczenia tego biomarkera albo pacjent ma bardzo wysokie prawdopodobieństwo niewydolności serca. Wówczas z pominięciem oznaczenia peptydów natriuretycznych kolejnym krokiem diagnostycznym jest ocena echokardiograficzna. Warto w tym momencie przypomnieć, że prawdopodobieństwo niewydolności serca oceniamy klinicznie. Poszukujemy czynników ryzyka niewydolności serca (m.in. nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, przebyty zawał serca, kardiotoksyczna chemio- i radioterapia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek), objawów niewydolności serca w badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz nieprawidłowości w elektrokardiogramie spoczynkowym. Im więcej nieprawidłowości zostanie zidentyfikowanych, tym większe prawdopodobieństwo niewydolności serca.

Natomiast szczególne znaczenie dla rozpoznania niewydolności serca mają peptydy natriuretyczne w niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory i w tej sytuacji klinicznej znajomość stężenia tego biomarkera jest niezbędna.

**W algorytmie postępowania diagnostycznego u pacjenta, u którego podejrzewa się niewydolność serca, peptydy natriuretyczne poprzedzają ocenę echokardiograficzną.** Ta kolejność jest kluczowa, ponieważ w sytuacji niskiego stężenia tego biomarkera poniżej progu diagnostycznego, tj. poniżej 125 pg/ml dla NTproBNP i 35 pg/ml dla BNP, prawdopodobieństwo niewydolności serca jest niskie i należy poszukiwać innych przyczyn dolegliwości, najczęściej z zakresu innych specjalności. ■