

¹Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu²Klinika Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Droga do specjalizacji z hipertensjologii w Polsce

On the Road to the Specialization in Clinical Hypertension in Poland

W Dzienniku Ustaw Nr 85 ukazało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2003 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, które wprowadza **Hipertensjologię** do wykazu specjalizacji w szczególnych dziedzinach medycyny.

Decyzja ta stanowi uwieńczenie 6-letnich starań Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT), dlatego zapożyczamy tytuł artykułu prof. J. Kocemby „Droga do Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego”, który ukazał się w pierwszym numerze *Nadciśnienia Tętniczego*, i przedstawiamy drogę PTNT do specjalizacji z hipertensjologii.

Trzy wydarzenia stanowią naszym zdaniem kamienie milowe rozwoju nauki o nadciśnieniu tętniczym w Polsce:

- 1987 rok — powołanie Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego,
- 1997 rok — utworzenie kwartalnika *Nadciśnienie Tętnicze*,
- 2003 rok — wprowadzenie specjalizacji z hipertensjologii.

Starania o specjalizację z nadciśnienia tętniczego rozpoczęto w 1997 roku, gdy funkcję prezesa pełniła prof. K. Kawecka-Jaszcz. Impulsem do tego były wieści ze Stanów Zjednoczonych, gdzie Amerykańskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego podjęło kroki w celu wyodrębnienia specjalizacji w klinicznym nadciśnieniu tętniczym. Dzięki tej inicjatywie w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie nominowano pierwszą grupę specjalistów, a obecnie co roku odbywają się egzaminy specjalizacyjne. Starania PTNT nie natrafiły jednak w tym czasie na odpowiedni klimat w Ministerstwie Zdrowia. Dwa lata później Europejskie

Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (ESH, *European Society of Hypertension*), opierając się na wzorcach amerykańskich, powołało Komisję do nominowania Europejskich Specjalistów Nadciśnienia Tętniczego; PTNT podjęło starania, by spełniający warunki klinicyści z Polski również otrzymali ten tytuł, powołując pod przewodnictwem prof. K. Kaweckiej-Jaszcz Komitet PTNT ds. specjalizacji w nadciśnieniu tętniczym ESH. Po nominowaniu przez PTNT tytuł taki otrzymało w 2001 roku 25 lekarzy z Polski, a obecnie liczba ta wzrosła do 31 — aktualnie na podstawie ustalonych kryteriów tytuł taki w krajach europejskich uzyskuje się po zdaniu egzaminu.

Uzyskane tytuły Europejskiego Specjalisty Nadciśnienia Tętniczego stanowiły podstawę do ponowienia starań o specjalizację z hipertensjologii przez PTNT. Funkcję prezesa pełnił w tym czasie prof. A. Więcek. Delegacja PTNT przedstawiła ten problem na spotkaniu z Ministrem Zdrowia M. Łapińskim w październiku 2001 roku, apelując o podjęcie kroków organizacyjnych i prawnych w celu powołania takiej specjalizacji. Inicjatywa ta spotkała się z dużą życzliwością Pana Ministra, na co niewątpliwym wpływ miał fakt, że prof. M. Łapiński, wywodzący się ze szkoły prof. W. Januszewicza, rozumiał wagę problemów związanych z nadciśnieniem tętniczym. Procedury zmierzające do stworzenia specjalizacji z hipertensjologii zostały uruchomione. Ponieważ potrzeba powołania specjalizacji z nadciśnienia tętniczego nie znalazła zrozumienia we wszystkich organizacjach lekarskich, poproszonych o opinię, w grudniu 2002 roku Zarząd PTNT wraz z nowym prezesem prof. J. Głuszkim przedstawił na wniosek Ministerstwa Zdrowia swoje stanowisko w tej sprawie, które przytaczamy poniżej.

Adres do korespondencji: prof. AM dr hab. med. Andrzej Tykarski
Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel.: (61) 854-90-90; faks: (61) 854-90-94

 Copyright © 2003 Via Medica, ISSN 1428-5851

**Stanowisko Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Naciśnienia Tętniczego
w sprawie specjalizacji z hipertensjologią
(naciśnienia tętniczego)**

Naciśnienie tętnicze stanowi niezwykle ważny i trudny problem społeczny, medyczny i organizacyjny. W naszej opinii składa się na to 5 zagadnień: olbrzymie rozpowszechnienie naciśnienia tętniczego, złożoność etiologii i patogenez, szczególne znaczenie relacji pacjent-lekarz właśnie w tej grupie chorych, zastanawiająca rozbieżność pomiędzy skutecznością leków, którymi dysponujemy, a skutecznością leczenia naciśnienia tętniczego w praktyce oraz pewne niedostatki w strukturze organizacyjnej opieki nad pacjentami z naciśnieniem tętniczym.

Rozpowszechnienie naciśnienia tętniczego według najnowszego sondażu reprezentatywnego NATPOL sięga w Polsce 30%, co przekłada się na ogromną liczbę 8,5 miliona pacjentów wymagających opieki lekarskiej. Co więcej, obowiązująca od 5 lat klasyfikacja naciśnienia tętniczego wyróżnia kategorię ciśnienia „wysokiego prawidłowego”. Tych ostatnich osób z „wysokim prawidłowym” ciśnieniem jest w Polsce dalszych 8 milionów, z których 1 wymaga ingerencji lekarza. Można zatem szacunkowo ocenić, że problem, o którym mówimy, dotyczy ponad 10 milionów, czyli połowy dorosłej populacji Polaków.

Złożona etiologia naciśnienia tętniczego sprawia, że lista potencjalnych jego przyczyn jest bardzo długa. Identyfikacja tych przyczyn jest niezwykle ważna, ponieważ wiele z nich można usunąć, co pozwala na uwolnienie pacjenta od problemu naciśnienia tętniczego. Z kolei w wielu przypadkach naciśnienia tętniczego pierwotnego — ciężkiego i opornego na leczenie — ważne jest rozpracowanie czynników patogenetycznych. Podkreślamy te oczywiste dla osób zajmujących się naciśnieniem tętniczym fakty, by uzmysłowić, że około 20% pacjentów z naciśnieniem tętniczym wymaga na pewnym etapie swej choroby specjalistycznej diagnostyki. Skuteczna identyfikacja tej grupy hipertoniaków „wysokiego ryzyka” jest niemożliwa bez rozwoju ogniw pośredniego pomiędzy instytucją lekarza rodzinnego a ośrodkami klinicznymi, czyli sieci poradni specjalistycznych naciśnienia tętniczego.

Szczególne znaczenie relacji pacjent-lekarz w grupie chorych na naciśnienie tętnicze wynika z przewlekłego charakteru tej choroby i wymogu stałego pobierania leków. Badania wykazują jednak, że aż 50–70% pacjentów z naciśnieniem tętniczym przerywa, ogranicza lub samowolnie modyfikuje swoje leczenie z powodu różnych przyczyn, którym można zapobiec przy dobrej współpracy lekarza z pacjentem.

Wreszcie zagadnienie, z którym nie potrafimy się uporać od wielu lat — zadziwiająca dysproporcja po-

między skutecznością leków hipotensyjnych, którymi dysponujemy, a skutecznością leczenia naciśnienia tętniczego w praktyce. Niewiele jest bowiem chorób, w których dysponujemy tak dużą liczbą grup leków i konkretnych preparatów jak w przypadku naciśnienia tętniczego. Wymaga to od lekarza ciągłego aktualizowania swojej wiedzy o tym bogatym armamentarium. Jednak mimo wysokiej skuteczności większości preparatów w warunkach badań naukowych, rzeczywistość, badana populacyjnie, skuteczność kontroli ciśnienia jest niska — wynosi około 27% w Stanach Zjednoczonych, ponieważ do takiego kręgu cywilizacyjnego aspirujemy. W Polsce sytuacja była tragiczna, lecz stopniowo ulega ona poprawie — od 1% skuteczności w 1984 roku, poprzez 6% w 1993 roku według badań Pol-Monica do 12% w tym roku według badań NATPOL. Mimo to wynik jest daleki od ideału i każe myśleć o przyczynach niskiej skuteczności terapii w stosunku do oczekiwań związanych z potencjalnymi możliwościami terapii hipotensyjnej. Jedną z nich jest brak szerokiej sieci poradni specjalistycznych naciśnienia tętniczego. A to wymaga odpowiednio wyszkolonej kadry.

Naciśnienie tętnicze jest dziedziną wiedzy medycznej znajdującej się pomiędzy kardiologią, enokrynologią i nefrologią, co czyni ją dziedziną odrębną. Widzimy tu wyraźną analogię do cukrzycy — również ważnej społecznie i złożonej w prowadzeniu choroby. Te właśnie argumenty spowodowały wyodrębnienie się z endokrynologii specjalizacji o nazwie diabetologia.

Mając powyższe argumenty na uwadze, Amerykańskie Towarzystwo Naciśnienia Tętniczego już przed 5 laty podjęło kroki w celu wyodrębnienia specjalizacji w klinicznym naciśnieniu tętniczym. Dzięki tej inicjatywie obecnie w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie tytuł taki uzyskało 786 lekarzy. Europejskie Towarzystwo Naciśnienia Tętniczego, opierając się na tych samych przesłankach, ustanowiło na podstawie bardzo rygorystycznych kryteriów tytuł Europejskiego Specjalisty Naciśnienia Tętniczego. W 2001 roku tytuł taki uzyskało pierwszych 25 lekarzy z Polski (512 w Europie).

Dlatego Polskie Towarzystwo Naciśnienia Tętniczego uważa, że w perspektywie wejścia Polski do Unii Europejskiej tytuł specjalisty naciśnienia tętniczego powinno się umieścić w wykazie oficjalnych specjalizacji lekarskich w naszym kraju.

Nadanie ram prawnych specjalizacji z hipertensjologią byłoby szczególnie istotne, nie dla ośrodków klinicznych — ich kadra jest już z racji dokonań naukowych postrzegana jako specjaliści z naciśnienia tętniczego — ale dla tworzenia szerokiej sieci wspomnianych poradni specjalistycznych, również w mniejszych miastach.

Cztery miesiące później Pan Minister Zdrowia L. Sikorski podpisał stosowne rozporządzenie, wprowadzające specjalizację z hipertensjologii. Warunkiem otworzenia tej specjalizacji jest posiadanie tytułu specjalisty chorób wewnętrznych lub pediatrii.

Należy podkreślić, że wprowadzenie specjalizacji z hipertensjologii nie byłoby możliwe bez utworzenia w 1987 roku PTNT, na czele którego stanął prof. W. Januszewicz. Bez kolejnych lat pracy organizacyjnej nad zintegrowaniem środowiska hipertensjologów, gdy funkcję prezesa pełniły kolejno prof. B. Krupa-Wojciechowska i prof. J. Chodakowska. Bez pierwszych inicjatyw o polską specjalizację i udanych starań o uzyskanie przez polskich lekarzy tytułu Europejskiego Specjalisty Nadciśnienia Tętniczego, które zostały podjęte przez prof. K. Kawecką-Jaszcz. Bez niezwykle udanych Wiosennych Szkół Nadciśnienia Tętniczego,

kierowanych przez kolejnego prezesa PTNT prof. S. Rywika. Bez sukcesu naukowego, który odniósł kwartalnik PTNT *Nadciśnienie Tętnicze* pod rozumną opieką naukową Redaktora Naczelnego prof. A. Rynkiewicza i sprawną opieką edytorską wydawnictwa Via Medica. I wreszcie bez kolejnej zdecydowanej inicjatywy PTNT, gdy prezesem był prof. A. Więcek, a zakończonej sukcesem za kadencji prof. J. Głuszka.

Utworzenie specjalizacji z nadciśnienia tętniczego niewątpliwie pomoże w dalszej integracji środowiska hipertensjologów, którego ranga wzrośnie. Coraz więcej lekarzy, którzy podejmą trud tej specjalizacji i ją zdobędą, będzie się utożsamiać z naszym środowiskiem. Specjalizacja z hipertensjologii ułatwi również tworzenie — tak potrzebnej — sieci poradni nadciśnienia tętniczego, co poprawi opiekę nad tą ogromną, kilkumilionową populacją chorych w Polsce.