

IV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
Wrocław, 28–30 września 2000 roku



Wrocław... z perspektywy stołu

Rafał B. Żurawski

Pisząc ten tekst, znałem już ocenę wrocławskiego zjazdu autorstwa prof. J. Kubicy. Moje wrażenia z tej coraz bardziej rozwijającej się imprezy są zgoła odmienne. Jestem przekonany, iż tylko taka formuła tego kongresu gwarantuje ogólno-edukacyjny charakter, co jest szczególnie bardzo ważne w sytuacji, gdy specjalności medyczne stają się coraz bardziej odległe, a nawet specjaliści z jednej dziedziny, zajmujący się na co dzień wybranym wąskim działem, zaczynają mówić innymi językami. Sądzę, że zgromadzenie w jednym miejscu lekarzy i naukowców zajmujących się chorobami układu sercowo-naczyniowego wszystkim wyjdzie na dobre:

- naukowcom — nie pozwala zupełnie oderwać się od rzeczywistości (bo korzystający z ich dorobku lekarze mają ograniczenia finansowe i kłopoty organizacyjne z Kasami Chorych etc.);
- lekarzom — daje możliwość spojrzenia na całość klinicznego i naukowego dorobku w dziedzinie kardiologii;
- firmom z rynku medycznego — umożliwia autentyczny (czasami bardzo krytyczny!) kontakt z odbiorcami ich oferty.

Gdzie więc i w jaki sposób, jeśli nie w takich warunkach, stworzyć forum spotkania tego rodzaju? Przecież dyskusje toczyły się nie tylko

w czasie kolejnych sesji zjazdowych, ale także (a może przede wszystkim) w kulisach obrad, pokojach hotelowych, na bankietach... Nastrój i klimat tak wielkich imprez jak IV Międzynarodowy Kongres PTK tworzy się nie tylko poprzez instytucjonalne narzucenie schematów obrad, ale rodzi się jako wrażenie całości. W ogólnym więc rozrachunku mniejsze znaczenie ma fakt przekroczenia przez wykładowców ustalonego czasu wystąpień, w których posiłkowali się przeróżnymi dziedzinami nauki, jak genetyka, biologia molekularna czy mechanika precyzyjna. Uważam, że tylko spotkania w takim gremium (choć czasem może i bardzo anonimowe) pozwalają zdobyć pogląd na całość dostępnej wiedzy.



Autor z przyjaciółmi (drugi od lewej) w przerwie obrad kongresu

Zostałem zmuszony do wyborów pomiędzy sesjami kongresu, które potencjalnie dla mnie byłyby interesujące. Starłem się uczestniczyć w sesjach chociażby pośrednio związanych z kardiologią inwazyjną, a trzeba przyznać, że ilość tych sesji z roku na rok jest coraz większa. W pierwszym dniu oczywiście uczestniczyliśmy w zebraniu Sekcji Kardiologii Inwazyjnej, o którym wspomina prof. Kubica, i faktem jest, że przewidziana przez organizatorów przerwa na kawę nie wystarczyła, aby nadrobić czasowe zaległości wykładowców. Dalszą część tego dnia oraz przedpołudniowy program soboty (drugi dzień obrad) przeznaczyłem głównie na sesję związane z leczeniem ostrych zespołów wieńcowych i różnych sposobów podejścia do tego problemu. Na satelitarnej sesji firmy Aventis prof.

Budaj wzbudził niemałe zdumienie, prezentując niektóre dane z polskiej części rejestru GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*). Wynikało z nich, że dostępność procedur inwazyjnych w Polsce praktycznie nie istnieje, jednak okazało się, że dobór ośrodków prowadzących badania nie był tak do końca losowy, stąd badanie to nie odzwierciedla autentycznych możliwości polskiego środowiska kardiologii interwencyjnej. Miłym, polonijnym akcentem rozpoczął się w tej sesji

for. Autor

wykład prof. Gurfinkela na temat zastosowania heparyn drobnocząsteczkowych. Okazało się, że przodkowie profesora byli emigrantami z Polski.

Rangę wrocławskiego kongresu podkreślała również obecność prof. Maartena L. Simoonsa, który ze swym wykładem inauguracyjnym przyjechał do nas jako do pierwszego z narodowych towarzystw kardiologicznych, po objęciu stanowiska prezesa ESC. W trakcie ceremonii otwarcia wykład wygłosił także prof. Wolfgang Schaper, który mówił o nowych poszukiwaniach w badaniach nad angiogenezą. Sama zaś angiogeneza, która w najbliższych latach będzie przedmiotem intensywnych badań, była tematem poruszonym często w wielu wykładach.

Sesje referatowe i plakatowe rozpoczęły się w sobotę już od godziny 9.00. I tu w wyborze pragmatyzm często kłócił się z emocjami, bo jak nie posłuchać wystąpienia kolegi czy dyskusji przy jego plakacie? Dlatego tak żmudnie układany i precyzyjny plan działań z dnia poprzedniego nie do końca się sprawdził. Nie sposób jest w krótkiej relacji w miarę obiektywny sposób przedstawić wielość wrażeń i obserwacji z drugiego dnia obrad. Po całym pełnym wrażeń dniu z wielką niecierpliwością oczekiwaliśmy spotkania w Hali Ludowej. Na zaspokojenie kulinarnych potrzeb uczestnicy musieli jeszcze poczekać... w bardzo długiej kolejce do grilla.

Ostatni dzień zjazdu w moim przypadku również zdominowały

doniesienia z sesji związanych z kardiologią inwazyjną oraz problemy postępowania terapeutycznego u pacjentów z ostrym zawałem serca. W drugiej części sesji poświęconych tym zagadnieniom interesujące były zwłaszcza doświadczenia ośrodka zabrzańskiego, który jako pierwszy w Polsce rozpoczął 24-godzinne dyżury w pracowni angiograficznej. Z przedstawionych przez prof. Zembalę zestawień wynikało, że (przynajmniej na Śląsku) reforma służby zdrowia poprawiła skuteczność w leczeniu AMI, polepszyła nasze instrumentarium (interwencje, nowe fibrynolityki oraz inne preparaty zmniejszające krzepliwość i lepkość krwi), choć do europejskich standardów jeszcze nam daleko.

Słownik kardiologii interwencyjnej

Tomasz Pawłowski

Angioplastyka balonowa od ponad 20 lat, po wprowadzeniu do powszechnej praktyki klinicznej przez A. Gruentziga, jest najczęściej wykonywanym zabiegiem we współczesnej pracowni kardiointerwencyjnej.

Można z całą pewnością powiedzieć, iż pomimo dwóch dekad rozwoju innych technik percutaneous rewaskularyzacji mięśnia sercowego (stenty, aterektomia, rotablator) balon angioplastyczny

nadal jest podstawowym „narzędziem pracy” kardiologów interwencyjnych.

Poniżej przedstawiono kilka pojęć i skrótów związanych z angioplastyką balonową.

Część II ANGIOPLASTYKA BALONOWA

Balloon-artery ratio

wskaźnik balon-wymiar referencyjny tętnicy, wyrażający wielkość użytego balonu w stosunku do naczynia

Balloon sizing

dobór wielkości balonu angioplastycznego w zależności od wielkości naczynia poddawane go zabiegowi. **Undersizing** oznacza użycie balonu mniejszego, natomiast **oversizing** — większego niż jego wymiar referencyjny. Obecnie stosowane są dwie metody: jedna oparta na angiografii ilościowej (QCA) oraz druga na ultrasonografii wewnątrzwieńcowej (IVUS)

Culprit lesion angioplasty

metoda stosowana w przypadku wielonaczyniowej choroby wieńcowej, polegająca na wykonaniu angioplastyki jedynie w obrębie zmiany odpowiedzialnej za aktualne dolegliwości

High-risk angioplasty

angioplastyka wysokiego ryzyka, związana z morfologią i/lub lokalizacją zmiany miażdżycowej oraz stanem mięśnia sercowego

Kissing-balloon angioplasty

technika z jednoczesnym użyciem dwóch balonów angioplastycznych, wykorzystywana do poszerzania zmian położonych w obrębie miejsca podziału naczyń (tzw. rozdwilonych)

Optimal angioplasty

oznacza wykonanie zabiegu POBA, którego wynik jest optymalizowany (tj. „poprawiany”) ultrasonografią wewnątrzwieńcową lub metodami czynnosciovymi (badanie dopplerowskie, pomiar gradientu przezzwężeniowego FFR)

POBA

plain old balloon angioplasty — klasyczna angioplastyka balonowa, skrót wprowadzony do praktyki klinicznej po upowszechnieniu stentów i innych technik rewaskularyzacji, a oznaczający wykonanie tylko i wyłącznie angioplastyki balonowej

Predilatation

termin oznaczający wykonanie angioplastyki balonowej w miejscu zwężenia przed planowaną implantacją stentu wieńcowego

PTCA

percutaneous transluminal coronary angioplasty — przezskórna śródnaczyniowa angioplastyka wieńcowa — skrót używany głównie w pierwszej dekadzie rozwoju technik przezskórnych