

Nie ma granic dla naszych wizji...

„In a field as fast moving as interventional vascular medicine, there are no limits to our vision and we must respond with innovation and dedication to face the challenges of the new millennium”

The Cardiovascular Research Foundation

Jarosław Wójcik

W dniach 17–22 października *Cardiovascular Research Foundation* zorganizowała w Waszyngtonie kolejne sympozjum *Transcatheter Cardiovascular Therapeutics*.

Sympozjum to jest obecnie największym międzynarodowym spotkaniem przeznaczonym dla ludzi, którzy mają wspólną pasję — leczenie interwencyjne osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Dane liczbowe potwierdzają wielkość tego przedsięwzięcia. Udział w nim wzięło około 10 000 uczestników z 82 krajów oraz ponad 500 wiodących kardiologów interwencyjnych, radiologów, kardiochirurgów z całego świata. Swoje produkty z dziedziny terapii interwencyjnej zaprezentowało ponad 150 firm.

Tematyka prezentacji obejmowała w zasadzie wszystko, co dotyczy

zabiegów interwencyjnych: od podstawowych technik interwencyjnych, takich jak klasyczna PTCA, stentowanie, aterektomia, angioplastyka laserowa, ultrasonografia wewnątrzwieńcowa, fizjologiczna ocena zwężenia, farmakologia interwencyjna, do laserowej rewaskularyzacji mięśnia sercowego i protekcji przed zatorami obwodowymi w obrębie tętnic wieńcowych. Poruszano też tematy z dziedziny biologii molekularnej (w tym problemy terapii genowej), angiogenezy oraz omawiano aspekty ekonomiczne zabiegów i systemy informacyjne (w tym Internet). Przedstawiono także nowe techniki chirurgiczne, inwazyjne leczenie niewydolności krążenia oraz tradycyjnie już interwencje pozasercowe.

Pierwszy dzień był niemal w całości poświęcony przedstawieniom

wyników prac naukowych. Z nadesłanych ponad 750 prac wybrano 100 do prezentacji ustnej.

Tajemnica sukcesów następných dni polegała na idealnym połączeniu *live case demonstrations* z głównej siedziby w Lenox Hill Hospital oraz licznych transmisji satelitarnych z innych amerykańskich i zagranicznych pracowni (m.in. z Meksyku, Niemiec, Korei, Francji, Włoch, Kanady) z sesjami plenarnymi i wykładami na sali głównej i wielu salach mniejszych. Każdy mógł znaleźć coś dla siebie. W wachlarzu prowadzonych zajęć znalazły się bardzo różnorodne ich formy — od szeroko pojętych tematów poglądowych do bardzo „skondensowanych”, tematów zawężonych do wybranych dziedzin.

Nie sposób przybliżyć czytelnikom, nawet w dużym skrócie, wszyst-

**ACS MULTI-LINK RX TRISTAR™
CORONARY STENT SYSTEM**

**TAKING PRECISION
ONE STEP AHEAD...**

CE Marked. Available now.

**...WITH THE NEXT GENERATION
ACS MULTI-LINK® CORONARY STENT SYSTEM**

kich ciekawych sesji i wystąpień. Chciałbym podzielić się garścią wrażeń z tych, które zainteresowały mnie najbardziej. Moją uwagę zwróciła m.in. sesja plenarna, którą można by zatytułować „największe rozczarowania i zaskoczenia ostatniego czasu”. Przedstawiono w niej wyniki trzech głównych międzynarodowych badań klinicznych, które okazały się dużą niespodzianką. Robert Califf (Duke University) przypomniał wyniki GUSTO IV ACS, w których nie udowodniono korzyści ze stosowania abciximabu u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, u których nie są planowane działania interwencyjne. Dokładne wyniki tych badań były prezentowane na 22. Kongresie ESC w Amsterdamie, a polski komentarz do nich napisany przez D. Dudka można przeczytać w poprzednim numerze „Kardiologii Inwazyjnej”. Donald Baim z Bostonu przedstawił inne niepodziewane wyniki badań PREDICT, w którym porównywano zabiegi klasycznego stentowania ze stentowaniem bezpośrednim u 400 chorych. Niestety, poza większą wygodą przeprowadzania zabiegów *direct stenting*, nie udało się wykazać ich przewagi w zakresie skuteczności, śmiertelności, a także MACE. Patrick Serruys (Rotterdam) zapoznał nas z wynikami kolejnej niespodzianki — badania ADVANCE — porównania klasycznej PTCA z zabiegami stentowania u chorych z tzw. długimi zmianami w tętnicach wieńcowych, tj. 20–50 mm. Podsumowując, P. Serruys przekonał nas, że kliniczny przebieg u chorych z długą, jedną zmianą tętnicy wieńcowej, którą poddano tylko optymalnej, balonowej PTCA, jest znacznie lepszy, niż tego się spodziewaliśmy i nie ustępuje zupełnie wynikom w grupie chorych poddanych stentowaniu. Po 300 dniach obserwacji aż 79,6% chorych po angioplastyce wieńcowej pozostaje bez MACE; w grupie osób poddanych stentowaniu odsetek ten wyniósł 79,5%.

„Myślę, że większość stentów została zaprojektowana na odwrócić koperty” — powiedział Ulrich Si-

gart (Londyn) w czasie swojego ciekawego wystąpienia w ramach *coronary state-of-art*. Omówił w nim drogi prowadzące do tego, aby stent był prosty, skuteczny, specyficzny dla zmiany i wreszcie tańszy niż dotychczas. Spośród podstawowych parametrów każdego stentu, do których należą: materiał, grubość, geometria i sposób zaprojektowania, właśnie ta ostatnia cecha, wydaje się mieć najważniejszy wpływ na sukces lub niepowodzenie implantacji stentu. W podsumowaniu stwierdził, że lekarze i inżynierowie biomedycyjni

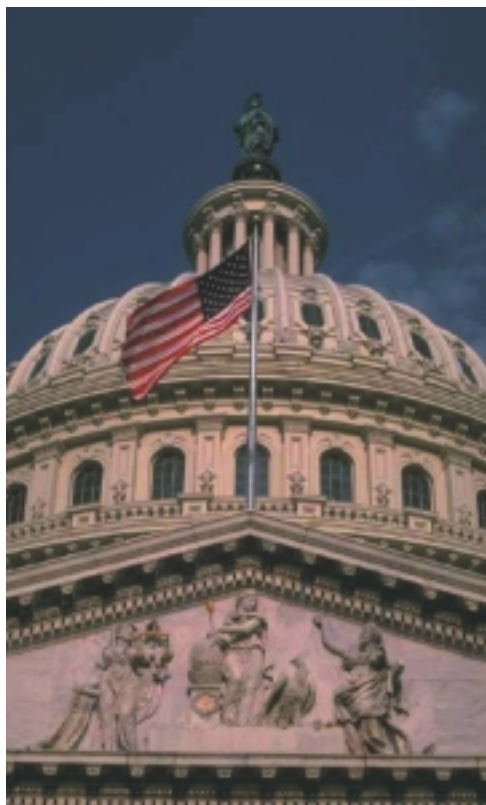


foto. Archiwum

mają jeszcze bardzo dużo pracy do wykonania przy projektowaniu najlepszego stentu.

Dr S. Ellis (Cleveland) mówił w swoim wystąpieniu o przeskórnych zabiegach interwencyjnych na niezabezpieczonym pniu lewej tętnicy wieńcowej. Pewnym wskazaniem do takich zabiegów jest ostry zawał serca, szczególnie u chorych, u których nie można wykonać szybko operacji pomostowania lub też, gdy nie można jej wykonać wcale. Podkreślił, że stwierdza się wzrastające wskazania do PTCA w pniu LTW, szczególnie u chorych z małym ryzykiem, tj. w wieku poniżej 70 lat,

z EF powyżej 35%, z „technicznie korzystnym” miejscem w pniu. Przypomniał o obowiązkowych badaniach koronarograficznych u tych chorych po 2–3 miesiącach, a także po 6 miesiącach.

Dr I. Moussa (New York) w swoim wystąpieniu skupił się na zabiegach dotyczących rozwidleń tętnic wieńcowych. Jak dotąd nie ma dużych randomizowanych badań dotyczących zabiegów PCI w rozwidleń. Te dane, którymi dysponujemy, wskazują, że czas zabiegu, jego złożoność i ryzyko powikłań są znacznie większe przy stentowaniu rozwidleń, a nie można w dalszym ciągu udowodnić zmniejszenia odsetka nawrotu zwięzienia. Potwierdził to, co jest nam wiadome od dawna — lepiej dwa razy pomyśleć przed stentowaniem rozwidlenia, niż mieć potem problemy, a przede wszystkim dodawać ich choremu. Operator musi polegać w każdym przypadku na własnym doświadczeniu, na ocenie niezależnych czynników, takich jak rozmiar naczyń, stopień zajęcia ujścia bocznic oraz kąt jej odejścia i dopiero na tej podstawie podjąć decyzję, jaki typ oraz ile stentów implantować.

Potwierdzeniem łamania kolejnych barier były niewątpliwie dwa wystąpienia: dr. M. Oza (Columbia University) i A. Cribiera (Rouen). Pierwszy z nich przedstawił prace nad nowymi systemami wspomaganie lewej komory (LVAD, *left ventricular assist devices*). Być może już niedługo przestaną one być jedynie czasowym wspomaganie lewej komory, a staną się systemami implantowanymi na stałe. Prace nad takimi systemami, które mogą stać się alternatywą dla transplantacji serca, są już bardzo zaawansowane, ale również bardzo kosztowne.

Alain Cribier, od wielu lat pasjonat zabiegów przeskórnych na zastawce aortalnej, przedstawił przepiękny materiał filmowy ze swojej pierwszej na świecie przeskórnej implantacji zastawki aortalnej. Pokaz wywołał wielkie wrażenie oraz aplauz wśród licznie zgromadzonej publiczności i stał się kolejnym dowodem, że nie istnieją przed nami żadne grani-

ce dla naszych „interwencyjnych” wizji w nadchodzącym wieku.

Podkreślić trzeba, że mimo bliskiego związku tego sympozjum z przemysłem dbano bardzo pilnie o to, aby nie dopuścić do wpływu poszczególnych firm na opinie prezentowane w czasie obrad ani też na sposób prowadzenia zabiegów czy wybór sprzętu. Tak więc wszystkie osoby związane z prezentacją wypełniały specjalne kwestionariusze, w których musiały ujawnić nie tylko swoje związki z firmami, ale także stopień tych zależności. Dane te były opublikowane oficjalnie. (To jakby forma lustracji. Ktoś, kto

nie wypełnił ankiety i nie ujawnił swoich „koligacji” nie był dopuszczony do obrad. Nie spotkałem tego nigdy wcześniej, przy okazji udziału w innych zjazdach. A może by i u nas wprowadzić podobną zasadę?). Kierowano się także zupełnie odmienną polityką niż w innych tego typu spotkaniach w czasie prowadzenia pokazów „na żywo”. Odbywały się one w trybie *off label* i najczęściej nie pokazywano wtedy, jakiej firmy np. prowadnik, balon lub stent użyto do danego zabiegu. To też jest zupełna nowość.

Miłym wydarzeniem towarzyskim była wspólna kolacja zorga-

nizowana w starym dworcu kolejowym. Każdy znalazł na niej coś dla siebie. A było w czym wybierać: od tradycyjnego jazzu, „czarnego” jazz-rocka, latynoskich rytmów do musicali rodem z Broadwayu; od dobrego piwa do wybornego kalifornijskiego wina. A najważniejsze, że po raz kolejny potwierdziła się zasada, że nie ważne gdzie, tylko z kim.

Z całą pewnością był to bardzo udany kongres, warty 7-godzinnego, sztywnego siedzenia w samolocie.

*Pracownia Hemodynamiki,
Klinika Kardiologii
Akademii Medycznej w Lublinie*

Zmiany polityczne, które dokonały się w latach 1989–1990 w krajach byłego obozu demokracji ludowej, zaowocowały z jednej strony wzrostem aspiracji ich społeczeństw, a z drugiej, ujawnieniem towarzyszącego im opóźnienia technologicznego oraz słabości finansowej. Stosunkowo szybko okazało się, że chociaż dysponujemy dobrze wyszkolonymi fachowcami, to dostęp do wysokospecjalistycznych procedur kardiologii dla przeciętnego chorego daleki jest od europejskich norm

Konferencja LOOK AROUND 2000
Pecz, 22–23 września 2000 roku

Polak, Węgier...

Robert Gil, Dariusz Dudek

Najlepszym rozwiązaniem tej trudnej sytuacji byłoby wejście krajów Europy Środkowo-Wschodniej w skład Unii Europejskiej. Jak wiadomo, spośród licznych pretendentów największe szanse mają Węgry, Czechy, Polska oraz Słowacja. Wspólne działanie na rzecz członkostwa w Unii powinno być bardzo korzystne dla każdego z tych krajów. Nic więc dziwnego, że politycy na spotkaniu w Wyszehradzie podjęli zobowiązanie w sprawie takiej współpracy, w tym również w kwe-

stii reform opieki zdrowotnej. Inicjatywa ta przechodziła różne koleje losu. Chociaż powstało coś na kształt wspólnego rynku, deklarowane przez polityków cele nie były w pełni realizowane. Jednak ostatnio daje się zauważyć więcej zrozumienia dla wspólnych działań na rzecz członkostwa w Unii Europejskiej.

Zapewne podobieństwa powojennej historii spowodowały, że służba zdrowia ma wiele wspólnego w każdym z tych czterech krajów. I chociaż podlegała reformom,

jednak w żadnym z nich nie spełniła w pełni oczekiwań społecznych. Jedyne Czesi potrafili poprawić początkowe błędy i ich służba zdrowia jest zbliżona do średniej jakości zachodnioeuropejskiej. W Polsce nakłady finansowe (w przeliczeniu na mieszkańca) prawdopodobnie są najniższe, ale wygląda na to, że nie jesteśmy najślabi w tym towarzystwie. Trudno w to uwierzyć, ale w kwestii reformowania służby zdrowia widoczny jest brak jakichkolwiek wspólnych działań, które