

28. Międzynarodowy Kongres Torako-, Kardio-, Angiochirurgów,
Kraków, 13–16 czerwca 2000 roku

Niezwykły kongres

Robert Gil

Zespół doc. K. Żmudki pod przewodnictwem prof. A. Działkowiaka zorganizował niezwykle kongres. Udało się mu zgromadzić bardzo dużo uczestników, którzy w dobie dążenia do coraz większej specjalizacji reprezentowali trzy spokrewnione ze sobą dziedziny: torakochirurgii, kardiochirurgii oraz angiochirurgii. Przedsięwzięcie zostało zaplanowane z rozmachem oraz sprawnie przeprowadzone.

Kraków jest piękny zawsze, a szczególnie wiosną. Jeśli jeszcze dodać, że kongres, który się tu odbył, posiadał ciekawy program naukowy i kulturalny, to łatwo zrozumieć jego powodzenie wśród młodych i starszych (stażem) adeptów kardiologii.

Kongres został zorganizowany pod auspicjami Sekcji Klatki Piersiowej, Serca i Naczyń Towarzystwa Chirurgów Polskich. Wobec wszechobecnej tendencji do zawężania specjalizacji ta „hybryda” może dziś nieco szokować. Nie byłem więc zdziwiony, że jednym z punktów programu kongresu było głosowanie, dotyczące przekształcenia owej Sekcji w samodzielne Towarzystwo Naukowe. Mimo iż plan ten nie został zrealizowany, wszystko wskazuje na to, że już niedługo powstaną trzy samodzielne Towarzystwa, które będą ze sobą współpracować. Wydaje mi się, i nie jest to tylko moje zdanie, że będzie to korzystniejsze dla poszczególnych dziedzin oraz dla pacjentów.

Z powodu obecności uczestników o trzech różnych specjalnościach obrady kongresu odbywały się w trzech oddzielnych panelach. Dodatkową, niejako czwartą grupę, stanowiły tematy różne, wśród których była kardiologia interwencyj-



Klinika Chirurgii Serca i Naczyń, Szpital im. Jana Pawła II

na. Pomieszczenia Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie doskonale się do tego nadawały, pozwalając na sprawne prowadzenie klasycznych sesji referatowych, jak i transmisji telewizyjnych z sal operacyjnych oraz pracowni kardiografiograficznych, również firmy sponsorujące to wielkie przedsięwzięcie mogły się zaprezentować.

Tematykę kardiologii interwencyjnej podejmowano przez 2 dni kongresu. Pierwszego dnia, po ciekawym wykładzie dotyczącym cyfrowej rejestracji danych w pracowniach kardiografiograficznych, zobaczyliśmy przezskórne zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej oraz bardzo ciekawy zabieg implantacji stentu (tzw. graftu firmy Jomed) w zwężonym żylnym pomoście aortalno-wieńcowym, natomiast drugi dzień zaczął się sesją z czterema wykładami. Profesor W. Rużyło przedstawił własne doświadczenia związane z przezskórnym leczeniem przeciekowych wad serca. Profesor J. Dubiel podzielił się swoimi poglądami na temat miejsca kardiologii

interwencyjnej w leczeniu ostrych incydentów wieńcowych. Natomiast prof. L. Poloński zaprezentował postępowanie inwazyjne w złożonych zmianach wieńcowych. Na zakończenie sesji mieliśmy przyjemność wysłuchać bardzo interesującego wykładu prof. A. Reiznera z Houston, dotyczącego roli kardiologii interwencyjnej oraz kardiochirurgii w walce z restrykcyjną wieńcową. W dalszej części dnia mogliśmy obejrzeć zabieg przezskórnej laserowej rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Na zakończenie odbyła się sesja plakatowa prac przygotowanych przez ośrodki krakowskie. W ostatnim dniu kongresu mogliśmy z kolei prześledzić zabieg przezskórnego założenia endoprotezy aortalnej w tętniaku aorty brzusznej.

Uczestnictwo w części kongresu, dotyczącej kardiologii interwencyjnej, skłoniło mnie ku pewnym przemyśleniom. Po pierwsze, należy się głęboko zastanowić czy tak duża liczba ogólnokrajowych spotkań naukowych jest potrzebna naszemu środowisku. Niedługo będzie można jeździć z jednego spotkania na drugie,

tracąc przez to kontakt z pracą kliniczną. Po drugie, należy przemyśleć, jak konstruować atrakcyjny program naukowy i czy rzeczywiście niezbędna jest transmisja telewizyjna. Po trzecie, powstaje pytanie, jak należy rozpropagowywać takie spotkania naukowe na forum krajowym. Ten aspekt jest chyba najtrudniejszy,

i to pomimo tego że dostęp do Internetu jest coraz łatwiejszy. Paradoksalnie problemem jest chyba łatwość uczestnictwa w bardzo częstych spotkaniach naukowych za granicą.

Na zakończenie tej relacji można dodać, że duża liczba spotkań towarzyskich pozwalała na wymianę do-

świadczeń praktycznych i naukowych oraz nawiązywanie nowych i podtrzymywanie starych znajomości.

Niestety, frekwencja na sesjach kardiologii interwencyjnej nie dopisała. Pozostaje wierzyć, że doświadczenie nabyte przez Zespół doc. K. Żmudki będzie owocowało podczas zbliżającego się Zimowego Spotkania naszej Sekcji.

Słownik kardiologii interwencyjnej

Tomasz Pawłowski

Rozwój kardiologii interwencyjnej oraz wprowadzenie do powszechnej praktyki klinicznej nowych technologii (w tym m.in. stentów wieńcowych) pozwoliło nie tylko na rozszerzenie możliwości przypadków nadających się do przezskórnej rewaskularyzacji, ale także na poprawienie bezpośrednich i odległych wyników tychże zabiegów. Wprowadzone w 1987 roku stenty początkowo były stosowane do leczenia powikłań angioplastyki balonowej (dyssekcje, zagrażają-

ce zamknięcie naczyń), ale po opublikowaniu wyników badań BENESTENT i STRESS weszły na stałe jako narzędzia kardiologii interwencyjnej. Ich stosowanie przyczyniło się bowiem do ograniczenia zjawiska restenozy wieńcowej. Obecnie odsetek implantowanych stentów, które na trwałe zagościły w pracowniach hemodynamicznych, waha się między 30–80%.

Z uwagi na rodowód ich nazwy oraz język międzynarodowych publikacji wiele określeń nie znalaz-

zło dotychczas polskich tłumaczeń. Wydaje się, że warto wyjaśnić kilka niejasności związanych z używaniem tych angiologicznych zwrotów.

Poniżej przedstawiono opis powszechnie stosowanych metod i technik związanych z implantacją stentów.

Współpraca:

Sebastian Ciuka

Rafał Żurawski

Artur Krzywkowski

Część I STENTY

Bail-out stenting

zaw. ratunkowe stentowanie, oznaczające implantację stentu z powodu wystąpienia groźnej dyssekcji czy zagrażającego zamknięcia naczyń

Classic stenting

klasyczna implantacja stentu, tj. po predylatacji zmiany miażdżycowej balonem angioplastycznym

Direct stenting

bezpośrednia implantacja stentów, czyli wszczepienie stentów do naczyń, bez uprzedniego poszerzenia balonem angioplastycznym

Focal (spot) stenting

implantacja stentu krótszego od całej zmiany, w praktyce polegająca na pokryciu tzw. wejścia dyssekcji lub miejsca z największym nagromadzeniem materiału miażdżycowego

High-pressure stenting

używanie do wszczepienia stentu wysokich ciśnień inflacji balonu angioplastycznego, powyżej 14 atm. (najczęściej przyjmowana granica)

IVUS-guided stenting

wykorzystanie do implantacji stentu ultrasonografii wewnątrzwieńcowej w celu dobrania odpowiedniej wielkości balonu oraz jego długości

Left main stenting

implantacja stentu do pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej

Primary stenting

leczenie ostrego zawału serca, polegające na stentowaniu tętnicy odpowiedzialnej za zawał, bez względu na wynik angioplastyki balonowej

Rescue stenting

implantacja stentu u pacjenta z ostrym zawałem serca, po nieskutecznej fibrynolizie

Provisional stenting

implantacja stentu w wypadku suboptymalnego wyniku klasycznej angioplastyki balonowej (POBA — *plain old balloon angioplasty*)

Sandwich stenting

metoda leczenia restenozy w stencie, polegająca na wszczepieniu dodatkowego stentu w miejscu nawrotu zwężenia

T-stenting

technika implantacji dwóch stentów, z których jeden jest umieszczony w naczyniu głównym, a drugi w bocznicie tego naczynia

Y-stenting

procedura wszczepienia trzech stentów — jednego do naczynia głównego, dwóch pozostałych do równoważnych bocznic