

Reflektorem po świecie kardiologii

Kardiolodzy (ponownie) odznaczeni...

Jak już informowaliśmy, w dniu 19 grudnia 2019 roku w Pałacu Prezydenckim odbyła się uroczystość wręczenia Orderów Odrodzenia Polski kardiologom zasłużonym w służbie państwu i społeczeństwu. Wówczas wśród odznaczonych znaleźli się prof. Zbigniew Chmielak, prof. Marcin Demkow, prof. Andrzej Kutarski i prof. Adam Witkowski. Kolejnymi wyróżnionymi przedstawicielami naszego środowiska, których podczas uroczystości zorganizowanej 4 lutego 2020 roku w siedzibie Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej w Warszawie odznaczono Orderami Odrodzenia Polski, zostali prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Kargul i prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak.

Profesor Włodzimierz Kargul był wieloletnim (1974–2007) pracownikiem Śląskiej Akademii Medycznej (obecnie Śląskiego Uniwersytetu Medycznego). Pełnił funkcję ordynatora Oddziału Rozruszników Serca ŚOK w Katowicach, a następnie do 2007 roku kierownika Kliniki Elektrokardiologii i Oddziału Elektrokardiologii ŚUM w Katowicach. Był promotorem 11 rozpraw doktorskich, recenzentem 16 prac doktorskich i dwóch prac habilitacyjnych. Po przejściu na emeryturę prowadził wykłady i był promotorem pięciu prac magisterskich na kierunku Pielęgniarstwo i Ratownictwo Medyczne. W latach 1992–2007 prof. Kargul był członkiem Zarządu Sekcji Stymulacji Serca i Elektrofizjologii Klinicznej PTK, a w latach 1998–2004 pełnił funkcję przewodniczącego Zarządu tej Sekcji. W latach 2000–2004 był przewodniczącym Oddziału Katowickiego PTK, organizując w tym czasie kilkadziesiąt zebrań naukowo-szkoleniowych dla lekarzy z zakresu kardiologii. Pełniąc funkcję kierownika Kliniki Elektrokardiologii, zorganizował w Katowicach wraz ze swoim zespołem pięć edycji (2004–2008) ogólnopolskich Jesiennych Warsztatów Resynchronizacyjnych. Profesor Kargul był przedstawicielem Polski w Międzynarodowej Grupie Roboczej EHRA. W latach 1990–2000 był społecznym członkiem Centralnej Komisji Przetargowej przy Ministerstwie Zdrowia, zaopatrującej wszystkie ośrodki implan-



Profesorowie Jarosław Kaźmierczak i Włodzimierz Kargul

tacyjne w Polsce w urzędzenia ratujące życie. Jak twierdzi dr hab. n. med. Andrzej Przybylski, prof. Uniwersytetu Rzeszowskiego: „Profesor Włodzimierz Kargul przez wiele lat swojej aktywności społecznej był szczególnie rozpoznawalny jako osoba odnosząca się z wielką uwagą do wszystkich pacjentów oraz kolegów – przedstawiciele środowiska leczenia zaburzeń rytmu serca w Polsce, służąc wsparciem nie tylko merytorycznym, ale przede wszystkim ludzką pomocą i troską”.

Profesor Jarosław Kaźmierczak jest kierownikiem Kliniki Kardiologii oraz Pracowni Elektrofizjologii Klinicznej Kliniki Kardiologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 w Szczecinie. W latach 2009–2014 był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie kardiologii dla województwa zachodniopomorskiego. Zainicjował i doprowadził do wprowadzenia systemu teletransmisji w zespołach ratownictwa medycznego. Od 2014 roku jest konsultantem krajowym w dziedzinie kardiologii. W latach 2015–2016 aktywnie uczestniczył w pracach nad programem Koordynowanej opieki nad pacjentami po zawale serca (KOS-zawał), wprowadzonym w 2017 roku, a w latach 2016–2018 nad programem Koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca (KONS), zapoczątkowanym w listopadzie 2018 roku, w latach 2016–2017 — nad Mapami Potrzeb Zdrowotnych w dziedzinie kardiologii.

Od 2016 roku jest członkiem Rady Zdrowia Publicznego przy Ministrze Zdrowia. Profesor Jarosław Kaźmierczak jest od wielu lat aktywnym członkiem Sekcji Rytmu Serca PTK. Był członkiem zarządu Sekcji w latach 2007–2009, a w latach 2013–2015 przewodniczącym Sekcji Rytmu Serca PTK. Doprowadził do wprowadzenia certyfikatów indywidualnych umiejętności zawodowych kardiologów w zakresie elektroterapii i elektrofizjologii oraz akredytacji pracowni elektroterapii oraz zainicjował cykl stypendiów Sekcji Rytmu Serca PTK na szkolenia w zakresie zabiegowego leczenia zaburzeń rytmu serca.

Zdaniem dr. hab. n. med. Maciej Sterlińskiego, profesora Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie: „Profesor Jarosław Kaźmierczak jest czynnym zawodowo, bardzo aktywnym kardiologiem i nauczycielem akademickim. To pionier nowoczesnej elektroterapii i elektrofizjologii w Polsce, w szczególności leczenia defibrylatorami serca. Pan Profesor jest jednym z pierwszych lekarzy wykonujących w Polsce ablacje. Szczególne zasługi położył w szkoleniu lekarzy z całej Polski (w ponad 20 ośrodkach) w wykonywaniu krioablacji migotania przedsionków, obecnie najczęściej wykonywanego przyczynowego zabiegu leczniczego w migotaniu przedsionków”.

...a Zbigniew Religa będzie miał swój pomnik

W Zabrzu wkrótce stanie pomnik Zbigniewa Religi, wybitnego kardiochirurga, autora pierwszego udanego przeszczepienia serca w Polsce. Jak poinformował zabrański magistrat właśnie dobiegają końca prace zmierzające do jego postawienia.



Projekt pomnika prof. Zbigniewa Religi

Inicjatorką uhonorowania prof. Zbigniewa Religi pomnikiem, który stanie w centrum miasta, była prezydent Zabrze — Małgorzata Mańka-Szulik. W 2014 roku na autora pomnika wybrano pochodzącego z Zabrze światowej sławy rzeźbiarza i medaliera — prof. Krzysztofa Nitscha. W marcu 2016 roku w zabrańskim Ratuszu zaprezentowano mieszkańcom szesnaście odlanych w brązie, pokrytych patyną modeli pomnika. Modele te stanowią „Etiudę kompozycyjną pomnika profesora Zbigniewa Religi”.

Miasto ogłosiło konkurs na wybór najlepszej koncepcji. Każdy mógł na żywo obejrzeć modele zaprezentowane w Ratuszu lub przejrzeć galerię utworzoną na stronie internetowej miasta i zdecydować, który z nich powinien stanąć w centrum Zabrze.

Głos mieszkańców został potraktowany jako konsultacje społeczne i wzięty pod uwagę przy ostatecznym wyborze. Zdecydowano też, gdzie pomnik będzie stał – w pobliżu Ratusza, u zbiegu ulic Powstańców Śląskich i Religi. Pomnik będzie miał 6 metrów wysokości i 4 metry szerokości.

Powołanie Zespołu ds. Narodowego Programu Zdrowego Serca i Naczyń

W dniu 6 lutego 2020 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyło się pierwsze spotkanie nowo powołanego Zespołu dla opracowania założeń i wdrożenia „Narodowego Programu Zdrowego Serca i Naczyń”. W spotkaniu wzięli udział między innymi przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego: prof. Adam Witkowski, Prezes PTK i prof. Przemysław Mitkowski, Prezes-Elekt PTK. Koordynatorem

Programu będzie Narodowy Instytut Kardiologii. Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią nadal najczęstszą przyczynę zgonów na świecie. W Polsce, w przeciwieństwie do wielu innych krajów europejskich, są także wiodącą przyczyną zgonów w grupie pacjentów poniżej 65. roku życia. Celem tego wieloletniego programu jest redukcja umieralności z powodu chorób układu krążenia, poprawa wskaźników chorobowości i śmiertelności w grupie osób poniżej 65. roku życia oraz poprawa rokowania u chorych z już rozpoznaną chorobą układu sercowo-naczyniowego.

„Sercu na ratunek”

Pod hasłem „Sercu na ratunek” w marcu 2020 roku oficjalnie rozpocznie się realizacja nowego programu profilaktyki chorób serca i naczyń o nazwie KORDIAN, obejmującego mieszkańców województw mazowieckiego i łódzkiego. Program będzie realizowany przez Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawie oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny wraz z 40 placówkami podstawowej opieki zdrowotnej. Zgłoszenia będą przyjmowane od marca 2020 roku, a lista zaangażowanych ośrodków POZ znajduje się na stronie www.sercunaratunek.pl. Program ma wyłowić osoby najbardziej zagrożone chorobami sercowo-naczyniowymi, w tym z tak zwaną hipercholesterolemią rodzinną.

Podsumowując założenia programu, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii prof. Tomasz Hryniewiecki podkreślił: „Chcemy pokazać, jak to można i należy robić. W przyszłości taki program, jakiego dotąd nie było, mógłby być realizowany w całym kraju” — powiedział. Jednym z głównych założeń programu jest wykrycie osób ze zbyt dużym stężeniem cholesterolu.

To bardzo ważne, bowiem, jak wiadomo z danych badania WIOBASZ II wynika, że zbyt duże stężenie cholesterolu we krwi (powyżej 190 mg/dl) występuje w naszym kraju u 64 proc. kobiet oraz 70 proc. mężczyzn w wieku co najmniej 20. Większość z owych osób nie zdaje sobie z tego sprawy i nie podejmuje żadnego leczenia ani zmiany stylu życia. Tymczasem jest to jeden z głównych czynników ryzyka zawału serca i udaru mózgu (oprócz nadciśnienia tętniczego). Jeszcze poważniejszym zagrożeniem jest tak zwana hipercholesterolemia rodzinna, gdy stężenie cholesterolu całkowitego przekracza 310 mg/dl, a tak zwanego „złego cholesterolu” (LDL, *low-density lipoprotein*) — ponad 190 mg/dl. „Jest ona związana z mutacją genetyczną zakłócającą wchłanianie w wątrobie lipoproteiny o małej gęstości (LDL), która z tego powodu występuje w dużym stężeniu we krwi”.

W ocenie specjalistów hipercholesterolemia rodzinna występuje u jednej osoby na 200–250. „To

najczęstsza choroba genetyczna. Niestety bardzo rzadko wykrywana”. Do tej pory w naszym kraju rozpoznaje się ją zaledwie u zaledwie 1% osób z tą wadą genetyczną. Twórcy programu mają nadzieję, że KORDIAN zwiększy liczbę tych, u których zostanie wykryte zbyt duże stężenie cholesterolu i będzie można poddać je skutecznemu leczeniu, co z kolei zmniejszy ryzyko rozwoju miażdżycy i zawału serca. „Lipidy te można obniżyć we krwi dzięki zażywaniu statyn” — powiedział dr hab. Piotr Dobrowolski z Narodowego Instytutu Kardiologii. „W przypadku osób z hipercholesterolemią rodzinną konieczne, poza silnymi statynami, może być włączenie również tak zwanych inhibitorów PCSK9. Skojarzenie obydwu tych grup leków pozwala obniżyć LDL o 85%”.

Do programu KORDIAN mogą się zgłaszać aktywne zawodowo osoby w wieku co najmniej 18 lat oraz te, które nabyły już uprawnienia emerytalne, ale są ciągle aktywne zawodowo. Kardiolodzy w pierwszej kolejności zachęcają do udziału w nim tych, którzy wiedzą, że mają nadciśnienie tętnicze, zbyt duże stężenie cholesterolu we krwi oraz palą papierosy.

Prof. Wojciech Drygas z Narodowego Instytutu Zdrowia powiedział między innymi, że „wybrane osoby zostaną skierowane na specjalistyczne badania, w tym badania genetyczne, a potem odpowiednie leczenie. Inni zostaną objęci tak zwaną aktywną profilaktyką motywującą do zmiany trybu życia”... „Pacjentom będzie oferowany indywidualny bon edukacyjny, w ramach którego będą mogli skorzystać z 360-minutowego poradnictwa, czyli 24 porad po 15 minut przez pół roku, dotyczących diety, aktywności fizycznej, stresu i innych czynników psychogennych oraz palenia tytoniu” — wyjaśniał.

W naszym społeczeństwie, mimo ogromnego postępu w ostatnich 25 latach, wciąż stosunkowo wysokie jest ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Według Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego pod względem umieralności z powodu chorób układu krążenia, Polska wśród 27 krajów Unii Europejskiej oraz Białorusi, Rosji i Ukrainy jest dopiero na 20. miejscu. Na trzech pierwszych miejscach są Francja, Hiszpania i Holandia, w których umieralność ta jest najmniejsza. Za nami na tej liście są tylko Estonia, Słowacja, Węgry, Litwa, Łotwa, Rumunia, Białoruś, Rosja, Bułgaria i Ukraina.

Nowe czynniki ryzyka

Pestycydy...

Narażenie zawodowe na działanie wysokich stężeń pestycydów może zwiększyć ryzyko wystąpienia chorób serca i udarów mózgu, nawet u ogólnie zdrowych osób. Badania podkreślają znaczenie stosowania środków ochrony osobistej przy pracy z pestycydami i uwzględniania ekspozycji na

pestycydy jako chorobotwórczy czynnik ryzyka w wywiadzie medycznym.

Badania były przeprowadzone w grupie zdrowych mężczyzn o japońsko-amerykańskich korzeniach mieszkających na Hawajach, a ich wyniki opublikowane w „Journal of the American Heart Association”, czasopiśmie wydawanym przez *American Heart Association*.

Pod lupę wzięto osiem tysięcy mężczyzn w wieku 45–68 lat, którzy podali swój zawód. Grupa uczestników przeszła wiele badań, a naukowcy śledzili wszystkie przyczyny zgonu. Dane dotyczące częstości występowania chorób serca i udarów były gromadzone przez 34 lata obserwacji.

Narażenie na pestycydy zostało oszacowane przy użyciu odpowiedniej skali, która ocenia intensywność i długość narażenia zawodowego dla każdego stanowiska pracy. Naukowcy na podstawie obserwacji stwierdzili, że mniej więcej 45% wyższe ryzyko wystąpienia chorób serca lub udaru mózgu istnieje u mężczyzn o wysokim narażeniu na pestycydy. Nie stwierdzono istotnego związku między niskim lub umiarkowanym narażeniem na pestycydy a ryzykiem wystąpienia choroby serca lub udaru mózgu.

Pestycydy mają długi okres półtrwania, więc skutki zdrowotne mogą wystąpić po wielu latach od narażenia. Analizując różne opóźnienia czasowe, naukowcy ustalili, że maksymalny wpływ narażenia na choroby serca i ryzyko udaru mózgu miał miejsce w ciągu pierwszych 10 lat.

„Po 34 latach obserwacji mężczyzn, związek między narażeniem na pestycydy w pracy a chorobami serca i udarami mózgu nie był już istotny. Stało się tak prawdopodobnie dlatego, że inne czynniki związane ze starzeniem się stały się ważniejsze, maskując możliwy związek między pestycydami a chorobami układu krążenia w późniejszym okresie życia” – odpowiadają naukowcy.

Wyniki poprzednich badań wykazały, że mężczyźni i kobiety mogą różnie reagować na ekspozycję na pestycydy. Jedna klasa pestycydów może powodować u kobiet zawał serca, ale nie wśród mężczyzn i na odwrót. Dzieje się tak między innymi dlatego, że we wpływie narażenia na pestycydy i rozwoju chorób układu krążenia mogą również odgrywać rolę hormony.

...Bezsenność...

Wyniki nowych badań wykazują, że osoby, które cierpią na bezsenność lub trudności ze snem, są bardziej narażone na choroby serca, ryzyko wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu. Naukowcy z Uniwersytetu w Pekinie opublikowali w czasopiśmie „Neurology” wyniki swojego badania zatytułowanego „Objawy bezsenności i ryzyko chorób sercowo-naczyniowych u pół miliona dorosłych”

potwierdzającego, że trudności ze snem mogą być ważnym, ale ciągle niedocenianym czynnikiem ryzyka chorób serca.

Osobom włączonym do badania (w sumie 487 200 dorosłych) w wieku 30–79 lat, u których nigdy nie rozpoznano udaru mózgu, choroby niedokrwiennej serca czy nowotworu i które były obserwowane przez około dekadę, zadano trzy pytania:

- Czy mają problemy z zasypianiem?
- Czy budzą się zbyt wcześnie i mają potem problemy z zaśnięciem?
- Czy mają problemy z koncentracją w ciągu dnia, ponieważ poprzedniej nocy nie spały wystarczająco dużo?

W okresie obserwacji odnotowano łącznie 130 032 przypadków chorób sercowo-naczyniowych. Objawy bezsenności obserwowano u 16,4% uczestników. Wyniki badań potwierdziły, że u tych, u których na podstawie odpowiedzi na powyższe pytania zarejestrowano wszystkie trzy objawy bezsenności, prawdopodobieństwo wystąpienia choroby wieńcowej było o 22% większe, a w przypadku udaru o 10% większe niż u tych, którzy nie mieli żadnych objawów bezsenności i spali dobrze. Autorzy pracy są przekonani, że osoby cierpiące na trzy objawy bezsenności były zwykle starsze, były kobietami, nie były zamężne i pochodziły z obszarów wiejskich; miały niższy poziom wykształcenia i niższy dochód. Częściej w historii zgłaszali historię cukrzycy i objawy depresji lub lęki.

Zespół badaczy oczywiście wziął również pod uwagę takie znane już wcześniej czynniki ryzyka, jak palenie, niski poziom aktywności fizycznej, spożycie alkoholu i inne niewłaściwe wybory związane ze stylem życia i zauważył, że problemy ze snem mogą być niezależnie związane z częstszym występowaniem chorób serca. Okazało się bowiem, że osoby, które jedynie twierdziły, że mają trudności z koncentracją w ciągu dnia z powodu braku snu z poprzedniej nocy, były o 13% bardziej narażone na problemy z sercem niż te, które nie miały tej dolegliwości. Kolejne osoby, które miały trudności z zasypianiem i pozostaniem tylko we śnie, były również o 9% bardziej narażone na problemy z sercem. Osoby, które obudziły się zbyt wcześnie i nie mogły zasnąć, były również o 7% bardziej narażone na problemy sercowo-naczyniowe. Osoby z trudnościami w utrzymaniu snu także były najbardziej narażone na ostry zawał serca. Naukowcy stwierdzili, że żaden z trzech objawów bezsenności nie był związany z ryzykiem udaru krwotocznego. Ryzyko udaru niedokrwinnego było jednak stałe.

W podsumowaniu swoich badań autorzy stwierdzili, że indywidualne i współistniejące objawy bezsenności są niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, szczególnie wśród

młodych osób dorosłych lub dorosłych, u których nie wystąpiło nadciśnienie.

Doktor Liming Li z Uniwersytetu w Pekinie stwierdził nawet że: „związek między objawami bezsenności, a tymi chorobami był jeszcze silniejszy u młodszych dorosłych i osób, które nie miały wysokiego ciśnienia krwi na początku badania. Dlatego przyszłe badania powinny skupiać się zwłaszcza na wczesnym wykrywaniu i interwencjach skierowanych do tych grup”.

Warto podkreślić że istnieją również badania, których wyniki wykazały, że słaby sen w nocy doprowadził do zmiany aktywności hormonalnej, a także zmienił metabolizm i wpływał niekorzystnie na przebieg procesów zapalnych w organizmie. Każdy z tych czynników może zwiększyć ryzyko otyłości, cukrzycy i zawałów serca lub udaru mózgu.

...smog...

Naukowcy, symulując warunki, jakie są spowodowane smogiem, stworzyli swoisty model miasta w probówce, by pokazać, jak zanieczyszczenie powietrza może zaszkodzić sercu. Wyniki takiego unikalnego badania naśladującego poziomy zanieczyszczenia w centrum miast, które wraz ze swoim zespołem przeprowadził profesor Dimitris Tousoulis z Uniwersytetu w Atenach, opublikowano niedawno w „European Journal of Preventive Cardiology”. Z ich ustaleń wynika że zaledwie dwie godziny przebywania warunków powietrza niekorzystnie wpływają na serce i naczynia krwionośne przez cały dzień.

Zdaniem profesora Tousoulisa „Już po dwóch godzinach oddychania zanieczyszczonym powietrzem pojawiły cechy mogące świadczyć o pojawieniu się pierwszych etapów choroby sercowo-naczyniowej”, a ich skutki utrzymywały się przez 24 godzin.

„Aby uniknąć trwałej szkody, musieliśmy utrzymywać poziomy zanieczyszczenia w badaniu poniżej bezpiecznych granic, co oznacza, że nawet w miarę ‘bezpieczne’ poziomy zanieczyszczeń mogą być szkodliwe dla zdrowia, gdy często się powtarzają — jak ma to miejsce w przypadku mieszkańców miast”. Badania populacji miejskich udokumentowały już wcześniej niekorzystny związek między zanieczyszczenia powietrza (z których 50% pochodzi z spalin z silników Diesla) i zdrowia układu krążenia. Jednak specyficzne skutki emisji oleju napędowego na ciało, które prowadzą do choroby, nie są w pełni zrozumiałe. Badanie przeprowadzone przez greckich naukowców miało wyjaśnić, w jaki sposób oddychanie „miejskim powietrzem” przesiąkniętym spalinami z silników wysokoprężnych przez stosunkowo krótki czas wywiera skutki dla układu sercowo-naczyniowego.

W trakcie badania grupę 40 zdrowych ochotników losowo przydzielono do grupy oddychającej spalinami z oleju napędowego lub przefiltrowanego powietrza przez dwie godziny w specjalnie zaprojektowanym, hermetycznie zamkniętym laboratorium. Po czterech tygodniach uczestnicy wymienili się tak, aby wszyscy mieli sesję „zanieczyszczenia” i sesję „czystego powietrza”. Podczas sesji zanieczyszczenia olej napędowy napędzał silnik wysokoprężny. Podczas obu sesji poziomy tlenku węgla i innych zanieczyszczeń przypominały te w zatłoczonych centrach miast. Aby ocenić wpływ spalin z silników Diesla na układ sercowo-naczyniowy, naukowcy zmierzili czynność i elastyczność naczyń krwionośnych, tętno, parametry krzepnięcia krwi i monitorowali parametry stanu zapalnego. Aby upewnić się, że wszelkie zmiany tych parametrów były spowodowane emisją oleju napędowego, uczestnicy unikali alkoholu, kofeiny, palenia i zmian diety w okresie badania. W porównaniu z powietrzem filtrowanym zanieczyszczone powietrze miało długotrwały (co najmniej 24 godziny) szkodliwy wpływ na wszystkie pomiary. „Oceniliśmy kluczowe etapy procesu rozwoju zmian miażdżycowych w obrębie naczyń krwionośnych i ostatecznie prowadzących do zawału serca lub udaru mózgu” — wyjaśnił profesor Tousoulis.

„Krótkotrwałe narażenie na spaliny z silników Diesla wpływa jednocześnie na te etapy, z długofalowymi skutkami”. Podsumowując wyniki prac swojego zespołu, profesor Tousoulis podkreślił że przeprowadzone badanie „[...] zapewnia wgląd w mechanizmy, dzięki którym spaliny z silników Diesla zwiększają ryzyko sercowo-naczyniowe. Szkodliwe skutki pokazane w tych badaniach prawdopodobnie będą się nasilać wraz z powtarzającym się i trwającym dla niektórych osób przez całe życie, narażeniem na wysokie poziomy spalin z silników Diesla w miastach, dużym natężeniu ruchu, tunelach drogowych, zamkniętych garażach i na dużych autostradach. Potwierdza ono również potrzebne są skuteczniejsze środki zdrowia publicznego w celu poprawy jakości powietrza w miastach i zapobiegania niepotrzebnym zawałom serca i udarom.

...i zapalenie!

Trwający na całym świecie wzrost oczekiwanej długości życia zapowiada rosnące rozpowszechnienie chorób sercowo-naczyniowych związanych z wiekiem w nadchodzących dekadach, co wymaga głębszego zrozumienia ich mechanizmów molekularnych. Zapalenie stało się ostatnio ważnym czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju chorób CV. Rzeczywiście, stan przewlekłego jałowego zapalenia o niskim stopniu złośliwości charakteryzuje starsze organizmy (znane również jako starzenie się stanu zapalnego) i bierze udział w rozwoju kruchości, niepełnosprawności i większości przewlekłych

chorób zwyrodnieniowych, w tym związanych z wiekiem CV i schorzeń naczyniowo-mózgowych. Ze względu na przewlekłą aktywację stanów zapalnych i zmniejszone endogenne mechanizmy przeciwzapalne, starzenie się stanu zapalnego przyczynia się do aktywacji leukocytów, śródbłonna i komórek mięśni gładkich naczyń, przyspieszając starzenie się naczyń krwionośnych i miażdżycę naczyń. Ponadto starzenie się stanu zapalnego przyczynia się do rozwoju katastrofalnych powikłań atroficzno-zakrzepowych poprzez zwiększenie reaktywności płytek i predyspozycje do pęknięcia płytki i erozji. Zatem starzenie się stanu zapalnego i jego współtwórcy lub mediatory molekularne mogą dostarczyć celów dla nowych strategii terapeutycznych, które mogłyby promować zdrowe starzenie się i oszczędzać zasoby dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Tutaj omawiamy najnowsze odkrycia w patofizjologii starzenia się zapalenia, wpływ tych procesów na rozwój chorób CV związanych z wiekiem, wyniki badań klinicznych ukierunkowanych na jego składniki oraz potencjalne wdrożenie tych postępów w codziennej praktyce klinicznej. Przewlekłe zapalenie o niskim stopniu złośliwości, stanowiące postulowany mechanistyczny filar starzenia się biologii. Przewlekłe zapalenie u osób w podeszłym wieku przewiduje ryzyko osłabienia, sarkopenii, niepełnosprawności

i chorób przewlekłych związanych z wiekiem, w tym chorób sercowo-naczyniowych. W ostatnich latach nastąpił znaczny postęp w odkrywaniu mechanizmów leżących u podstaw starzenia się zapalenia. Wyniki badań klinicznych potwierdziły pogląd, że hamowanie wybranych mediatorów zapalnych może zmniejszać zdarzenia sercowo-naczyniowe. Jednak badania koncentrujące się na środkach przeciwzapalnych i ich wpływie na stany CV związane z wiekiem są rzadkie i kontrowersyjne. Luka ta obejmuje ważny obszar niezaspokojonej potrzeby medycznej, który zasługuje na dalsze ukierunkowane badania kliniczne. Nowatorskie terapie farmakologiczne, które selektywnie ukierunkowane są na szlaki prowadzące do starzenia się stanu zapalnego, mogą zapobiegać chorobom CV i opóźnić związane z wiekiem spadek procesów fizjologicznych. Przełożenie podstawowych informacji na narzędzia kliniczne, które mogą stawić czoła obciążeniom związanym z chorobą sercowo-naczyniową w starzejącej się populacji, będzie wymagać specjalnych badań klinicznych zaprojektowanych w celu zbadania często niedostatecznie reprezentowanej, ale rosnącej grupy osób starszych.

Przed wszystkim jednak trzeba uwierzyć w nowe czynniki ryzyka...



Warszawa, 10.02.2020 roku

Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy,

W Nowy Rok zawsze wchodzimy, nie pierwszy już z resztą raz, z nadzieją na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia. Nie wiemy jeszcze, czy rzeczywiście zbyt małe finansowanie systemu, co jest jego największą bolączką, zostanie istotnie zwiększone, ale przynajmniej mamy kilka sygnałów, że coś jednak się zmienia.

Po pierwsze, Narodowy Program Zdrowego Serca i Naczyń. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zainicjowało nad nim prace w 2017 roku, potem niestety z nie bardzo jasnych przyczyn (finansowych?) sprawa uległa zawieszeniu. Jednak po rozmowie z Ministrem Zdrowia, prof. Łukaszem Szumowskim w październiku 2019 roku dostaliśmy „zielone światło” na rozpoczęcie prac koncepcyjnych i realizacji tego tak potrzebnego programu kompleksowej opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia. Pierwsze posiedzenie zespołu, w składzie którego znalazł się Prezes i Prezes-Elekt PTK, odbyło się w dniu 6 lutego 2020 w Ministerstwie Zdrowia. Program, z ambitnym celem zapewnienia koordynowanej, całościowej opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia, podobnie jak zapisano to w Narodowej Strategii Onkologicznej, zostanie uruchomiony zapewne nie wcześniej niż w 2021 roku, ale też jego opracowanie nie będzie łatwe i wymaga zaangażowania dość liczного grona ekspertów. Ważne, że pierwszy krok został zrobiony i miejmy nadzieję, że za nim pójdą następne.

Po drugie, do AOTMiT została z Ministerstwa Zdrowia wysłana propozycja finansowania optycznej tomografii koherentnej, co powinno ucieszyć tych, którzy wykonują to badanie, pokazujące daleko więcej szczegółów niż IVUS. Po ocenie Agencji, miejmy nadzieję,

że pozytywnej i ostatecznej decyzji Ministerstwa, NFZ będzie mógł finansować to badanie obrazowe jako alternatywne dla ultrasonografii wewnątrzwieńcowej.

W kolejce czeka jeszcze wycena coraz częściej wykonywanych w kraju zabiegów udrażniania przewlekle niedrożnych tętnic wieńcowych, który generuje o wiele większe koszty materiałowe niż „przeciętny” zabieg PCI – stosowne wyliczenia i list podpisany przez Prezesa PTK i Przewodniczącego AISN zostały wysłane do NFZ.

Następną dobrą informacją jest powołanie przez PTK zespołu, kierowanego przez prof. Marka Gierlotkę, który wspólnie z NFZ zajmuje się zmianą niektórych niekorzystnych warunków w programie KOS-Zawał. Życzę kolegom dużo wytrwałości bardzo potrzebnej w rozmowach z NFZ.

Jednak jak to bywa w życiu, nie wszystko idzie w dobrym kierunku, czego przykładem jest niestabilna choroba wieńcowa. Negocjacje z NFZ nad nową wyceną, prowadzone od 2017 roku, mimo przygotowanej przez nas rzetelnej wyceny wg wzoru zaproponowanego przez Fundusz i kilkunastu już spotkań nie przyniosły rezultatu.

Na zakończenie chciałbym Państwu przypomnieć i zachęcić do udziału w nadchodzących konferencjach: najbliższej, czyli WCCI (Warszawa, 15–17 kwietnia) oraz w nieco dalszej perspektywie w Wiosennej Konferencji PTK (Serock, 15–16 maja) i jeszcze przed wakacjami w EuroPCR (Paryż, 19–22 maja).

Z koleżeńskim pozdrowieniem,
Adam Witkowski
Prezes Polskiego
Towarzystwa Kardiologicznego

Pilny komunikat Prezesa PTK w sprawie stosowania leków w okresie epidemii koronawirusa

Szanowni Państwo,

ESC Council on Hypertension wydało komunikat w sprawie zasadności nieprzerywania leczenia inhibitorami ACE i antagonistami receptora angiotensyny (ARB) u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Wobec pojawiających się wątpliwości w tej sprawie jest to bardzo ważna informacja, którą udostępniamy członkom PTK:

„Position Statement of the ESC Council on Hypertension on ACE-Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers”

Z wyrazami szacunku,

Prof. Adam Witkowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Sondaż PL-COVID-19 AISN PTK — monitorowanie bezpieczeństwa i narażenia Operatorów Kardiologii Inwazyjnej

Szanowni Państwo,

w Polsce trwają przygotowania Ośrodków Kardiologii Inwazyjnej dla zapewnienia najlepszej opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia w warunkach rosnącego zagrożenia chorobą COVID-19. Wprowadzane procedury powinny jednocześnie skutecznie chronić pracowników służby zdrowia ratujących ludzkie życie.

W trosce o bezpieczeństwo zespołów Ośrodków Kardiologii Inwazyjnej oraz dla monitorowania Państwa potrzeb w okresie pandemii, Zarząd AISN PTK uruchomił stronę covid.aisn.pl umożliwiającą pilne zgłoszenie:

- wykonania zabiegu u pacjenta z rozpoznaną chorobą COVID-19,
- wystąpienie COVID-19 u członka zespołu kardiologii interwencyjnej,
- aktualnych potrzeb i wprowadzonych rozwiązań w okresie zagrożenia epidemiologicznego w Państwa ośrodkach.

Uprzejmie prosimy o przesyłanie wszelkich informacji, które pozwolą na bieżąco oceniać skalę narażenia Operatorów AISN PTK na ekspozycję wirusa oraz jej konsekwencje. Otrzymane dane wykorzystamy dla wzmocnienia działań ochronnych dla lekarzy opiekujących się najtrudniejszymi chorymi, a ich anonimowe statystyki udostępniemy na bieżąco na stronie internetowej Asocjacji.

Z wyrazami szacunku,

w imieniu Zarządu AISN PTK

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Bartuś

Opublikowano online w marcu 2020 roku

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

Postępowanie z chorym SARS-Cov-2 i OZW (zalecenia dot. ochrony indywidualnej)

Szanowni Państwo,

przedstawiamy zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

W imieniu Zarządu AISN:

Wojciech Wojakowski

Stanisław Bartuś

Marek Grygier

Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Zawartość dokumentu

Dokument został opracowany w celu wsparcia merytorycznego personelu zajmującego się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19). Głównymi celami dokumentu są:

- przedstawienie minimalnego zestawu środków ochrony indywidualnej (ŚOI) niezbędnych do bezpiecznego sprawowania opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19).
- uświadomienie personelu medycznego o krytycznych aspektach procedury zakładania i zdejmowania ŚOI,
- podniesienie bezpieczeństwa i zminimalizowanie ryzyka wśród personelu medycznego opiekującego się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Treść opiera się na aktualnych (luty 2020) informacjach na temat choroby COVID-19 oraz ogólnych zasad stosowania ŚOI. W przypadku pojawienia się nowych informacji ECDC dokona aktualizacji wytycznych.

Odbiorcy

Niniejsze wytyczne przeznaczone są dla personelu medycznego oraz służb sanitarno-epidemiologicznych działających na terenie EU/EEA oraz Wielkiej Brytanii.

Czym jest SARS-CoV2 oraz COVID-19?

Czynnikiem etiologicznym choroby COVID-19 jest wirus SARS-CoV2 należący do Koronawirusów (rodzina: Coronaviridae, rodzaj: Betacoronavirus), czyli dużej rodziny otoczkowych, jednoniciowych RNA wirusów. Koronawirusy przenoszone są głównie drogą kropelkową oraz kontaktu bezpośredniego, jednak nie można wykluczyć, że możliwe są również inne drogi zakażenia (np. droga fekalno-oralna, droga powietrzna).

Średni czas wylęgania (od ekspozycji do pojawiania się objawów) wynosi średnio ok. 5-6 dni (od 0 do 14 dni) [1]. Aktualnie nie opracowano leczenia przyczynowego ani szczepionki. Najbardziej wiarygodnymi oraz aktualnymi źródłami informacji odnośnie COVID-19 są te publikowane online przez ECDC [1,4] oraz WHO.

Zestaw ŚOI

Poniżej (Tabela 1, Rycina 1) przedstawiono sugerowany przez ECDC minimalny zestaw ŚOI. Jest on wystarczający do skutecznej ochrony przed zakażeniem drogą kontaktu bezpośredniego, kropelkową oraz powietrzną.

| Typ | Sprzęt |
|--|---|
| Ochrona układu oddechowego | Półmaska FFP2 lub FFP3 (z zastawką lub bez)* |
| Ochrona oczu | Gogle/okulary ochronne lub przyłbica |
| Ochrona ciała | Wodoodporny fartuch z długim rękawem (np. chirurgiczny) |
| Ochrona rąk | Rękawiczki |
| *W przypadku braku półmasek FFP2/FFP3 zaleca się stosowanie zwykłych maseczek chirurgicznych. W takim wypadku należy na bieżąco oceniać ryzyko i adekwatność ŚOI w kontekście konkretnych pacjentów. | |

Tabela 1. Minimalny zestaw ŚOI przeznaczony dla personelu opiekującego się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Istnieją różne sposoby zakładania i zdejmowania ŚOI. ECDC zaleca stosowanie poniższej procedury w celu zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa personelowi.

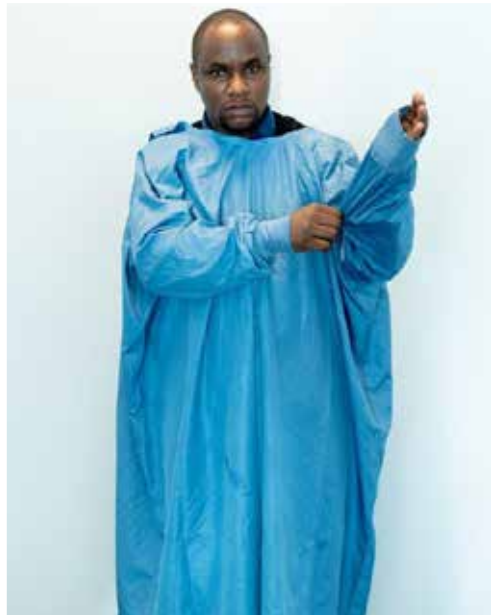
Zakładanie ŚOI

Przed założeniem ŚOI w celu opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19) należy zastosować procedurę higienicznego mycia rąk i dezynfekcji rąk środkiem na bazie alkoholu, zgodnie z zaleceniami producenta oraz międzynarodowymi wytycznymi [7]. Jest to bardzo ważny etap, którego nie należy pomijać (Rycina 3).



Rycina 3. Dezynfekcja rąk z użyciem środka na bazie alkoholu.

Zakładanie ŚOI należy rozpocząć od fartucha (Rycina 4). Istnieją różne typy fartuchów (jedno- i wielorazowe). Poniższe instrukcje dotyczą stosowania fartucha wielorazowego użytku z długim rękawem. W przypadku fartucha zapinanego/wiązanego z tyłu należy skorzystać z asysty osoby trzeciej (Rycina 5).



Rycina 4. Zakładanie wodoodpornego fartucha z długim rękawem.



Rycina 5. Asysta zapinająca fartuch z tyłu.

Po założeniu fartucha, należy założyć odpowiednią półmaskę. ECDC zaleca korzystanie z półmasek typu FFP2 lub FFP3 podczas wszystkich badań, procedur i zabiegów dotyczących pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19). Po założeniu półmaski należy sprawdzić jej dopasowanie zgodnie z zaleceniami producenta. Istnieją różne metody sprawdzania dopasowania ŚOI – zostały one opisane w osobnym dokumencie dostępnym pod adresem:

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/safe-use-of-ppe.pdf> [5].



Rycina 6. Zakładanie półmaski FFP2/FFP3.

Należy dopasować metalową listewkę tak by półmaska ściśle przylegała do nosa oraz zaciągnąć paski tak by uzyskać stabilne i komfortowe dopasowanie półmaski. Jeżeli pojawiają się problem z odpowiednim dopasowaniem maseczki można spróbować skrzyżowania pasków (choć może być to sprzeczne z zaleceniami producenta).



Rycina 7. Dopasowywanie metalowej listewki do kształtu twarzy.

Przy braku dostępności półmasek dopuszcza się stosowanie zwykłych maseczek chirurgicznych (Rycina 8). Podczas zakładania takiej maseczki należy zadbać o jej odpowiednie ułożenie na twarzy oraz ściśle dopasowanie do krzywizny twarzy za pomocą wbudowanej metalowej listewki (Rycina 9).



Rycina 8. Zakładanie maseczki chirurgicznej



Rycina 9. Dopasowywanie maseczki chirurgicznej za pomocą wbudowanej metalowej listewki.

Po założeniu i dopasowaniu półmaski/maseczki należy założyć okulary/gogle ochronne lub przyłbice. Należy założyć je na paski półmaski/maseczki i upewnić się, że jest ona stabilnie i komfortowo zamocowana (Ryciny 10 i 11).



Rycina 10. Zakładanie gogli ochronnych z paskiem elastycznym



Rycina 11. Gogle ochronne z paskiem elastycznym – widok boczny

W przypadku okularów/gogli ochronnych z zausznikami, należy się upewnić, że zostały one prawidłowo założone i są w odpowiednim rozmiarze (Rycina 12).



Rycina 12. Zakładanie gogli ochronnych z zausznikami

Po założeniu ochrony na oczy należy założyć rękawiczki. Przy zakładaniu rękawiczek należy pamiętać, że powinny one nachodzić na rękaw fartucha (Rycina 13). Dla osób uczulonych na lateks należy udostępnić rękawiczki z innego materiału (np. winylowe lub nitylowe).



Rycina 13. Zakładanie rękawiczek.

Zdejmowanie ŚOI

Prawidłowe założenie ŚOI zapewnia dostateczną ochronę przed skażeniem. Po kontakcie z pacjentem należy je ściągnąć. Jest to równie ważna procedura, która musi być przeprowadzana uważnie w celu uniknięcia przypadkowego skażenia.

W pierwszej kolejności należy ściągnąć rękawiczki, będące potencjalnie najbardziej skażonym elementem ŚOI. Przed ściągnięciem rękawiczek można rozważyć ich dezynfekcję za pomocą opartego na alkoholu środka do dezynfekcji rąk. Procedura ściągnięcia rękawiczek składa się z ośmiu kroków (Rycina 14).

Krok 1. Pierwszą rękawiczkę należy chwycić (za pomocą drugiej ręki) pomiędzy nadgarstkiem a dłonią.

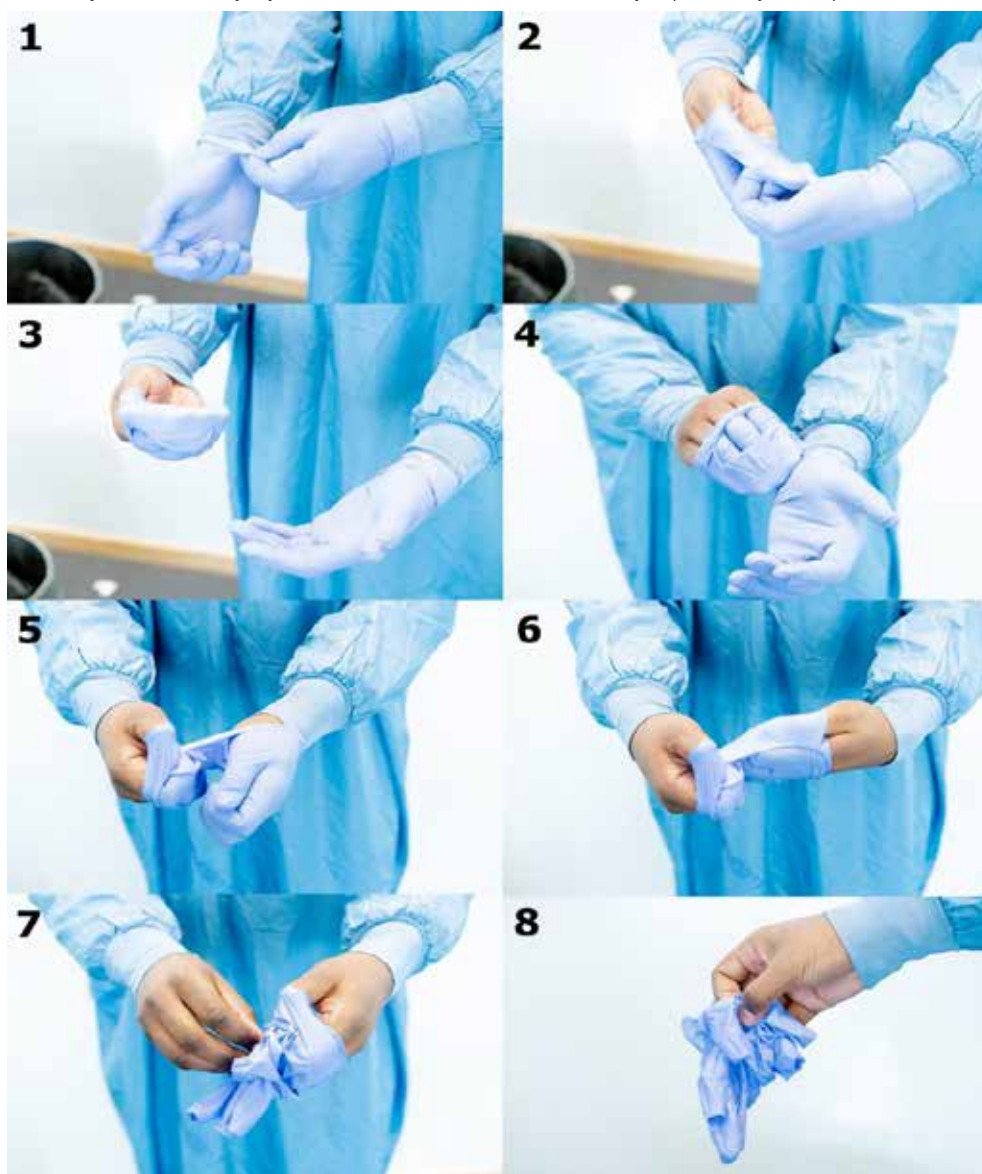
Kroki 2 i 3. Pociągnąć rękawiczkę od siebie tak by wywinęła się na drugą stronę i objęła palce (3).

Krok 4. Za pomocą ręki z zdjętą rękawiczką należy teraz chwycić drugą rękawiczkę pomiędzy dłonią a nadgarstkiem, analogicznie jak w pierwszym kroku.

Kroki 5 i 6. Następnie należy pociągnąć drugą rękawiczkę od siebie, tak by wywinęła się na drugą stronę i objęła palce.

Krok 7. W tym momencie obydwie rękawiczki powinny być do połowy zdjęte. Należy zdjąć pierwszą rękawiczkę całkowicie, łapiąc za jej wewnętrzną część i ściągając z palców. Następnie, ręką bez rękawiczki należy złapać za wewnętrzną część pozostałej rękawiczki.

Krok 8. Rękawiczki należy wyrzucić do worka z materiałem zakaźnym (czerwony worek).



Rycina 14. Procedura ściągnięcia rękawiczek (kroki od 1 do 8).

Po zdjęciu rękawiczek należy zdezynfekować ręce za pomocą środka na bazie alkoholu i założyć czystą parę rękawiczek by móc bezpiecznie kontynuować procedurę zdejmowania ŚOI.

Po założeniu świeżej pary rękawiczek należy ściągnąć fartuch. W przypadku korzystania z fartucha zapinanego z tyłu (tak jak w tym przykładzie) należy skorzystać z pomocy asysty w celu jego rozpięcia (Rycina 15). Osoba asystująca powinna mieć ubraną maseczkę chirurgiczną oraz rękawiczki. Po zdjęciu rękawiczek powinna ona zdezynfekować ręce z użyciem środka na bazie alkoholu.

Następnie należy ściągnąć fartuch ochronny łapiąc go z tyłu (Rycina 16) i ciągnąc od siebie wywijając go na lewą stronę, tak by jego skażona część zawinęła się do środka (Rycina 17).



Rycina 15. Rozpinanie fartucha z pomocą asysty



Rycina 16. Ściąganie fartucha – chwyt za jego tylną część



Rycina 17. Ściąganie fartucha – ciągnięcie od siebie.

Fartuchy jednorazowe należy wyrzucić. Fartuchy wielokrotnego użytku powinny zostać przekazane do dezynfekcji. (Rycina 18).



Rycina 18. Umieszczenie fartucha wielorazowego użytku w pojemniku przeznaczonym do dezynfekcji.

Po ściągnięciu fartucha należy ściągnąć gogle. Następnie należy je wyrzucić - jeżeli są one jednorazowego użytku – lub przekazać do dezynfekcji.

Ściąganie gogli z paskiem elastycznym należy rozpocząć od umieszczenia palca pod paskiem a następnie postępować zgodnie z poniższą instrukcją (Rycina 19). Należy unikać kontaktu z przednią częścią gogli, jako potencjalnie skażoną. Procedura zdejmowania gogli z zausznikami została zaprezentowana na Rycinie 20.



Rycina 19. Zdejmowanie gogli z paskiem elastycznym (kroki od 1 do 4).



Rycina 20. Zdejmowanie gogli z zausznikami (kroki 1 i 2).

Po goglach należy ściągnąć półmaskę. Jej zdejmowanie należy rozpocząć od umieszczenia kciuka pod paskiem, następnie należy postępować zgodnie z instrukcją umieszczoną na Rycinie 21.

Półmaska (lub maseczka) powinna być wyrzucona natychmiast po jej ściągnięciu. Ważnym jest by unikać kontaktu z samą maseczką i podczas zdejmowania dotykać jedynie jej pasków.



Rycina 21. Ściąganie półmaski (kroki od 1 do 4).

Następnie należy ściągnąć i wyrzucić rękawiczki używane w procedurze zdejmowania ŚOI. Przed ściągnięciem rękawiczek można rozważyć ich dezynfekcję za pomocą opartego na alkoholu środka do dezynfekcji rąk. Rękawiczki należy ściągać zgodnie z procedurą przedstawioną na Rycinie 8. Po ściągnięciu rękawiczek należy zdezynfekować ręce.

Autorzy (Eksperti ECDC) (w kolejności alfabetycznej)

Cornelia Adlhoch, Orlando Cenciarelli, Scott Chiossi, Mikolaj Handzlik, Michael Ndirangu, Daniel Palm, Pasi Penttinen, Carl Suetens
Tłumaczenie na polski: Szymon Zdanowski

Piśmiennictwo

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report – 29 2020 [updated 19 February 2020; cited 2020 25 February]. Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=6e50645_2.
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 2020 [internet, cited 2020 24 February]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>.
3. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak 2020 [cited 2020 24 February]. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): increased transmission beyond China – fourth update 2020 [cited 2020 24 February]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SARS-CoV-2-risk-assessment-14-february-2020.pdf.pdf>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Safe use of personal protective equipment in the treatment of infectious diseases of high consequence 2014 [cited 2020 25 February]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/safe-use-of-ppe.pdf>.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed novel coronavirus (2019-nCoV) 2020 [cited 2020 25 February]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-personal-protective-equipment-needs-healthcare-settings.pdf>.
7. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on hand hygiene in health care 2009 [cited 2020 25 February]. Geneva: WHO; 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=3D5B6AF129FA5FA0F98F7D80DF80EC2D?sequence=1.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

Procedura postępowania z chorym z SARS-Cov-2 i zawałem STEMI/NSTEMI dla szpitali jednoimiennych

Szanowni Państwo,

w ostatnich dniach wszyscy żyjemy w nowej rzeczywistości związanej z pandemią SARS-Cov-2. Są już ośrodki, które informują o pierwszych zabiegach u pacjentów SARS-Cov-2 pozytywnych. Biorąc pod uwagę fakt, że wszyscy możemy się z tym problemem zetknąć, konieczne jest ze strony AISN krótkie podsumowanie obecnego stanu rzeczy.

Uwagi ogólne

Właściwe wydaje się ograniczenie bądź zaprzestanie wykonywania zabiegów planowych z zastrzeżeniem, że biorąc pod uwagę potencjalnie wielotygodniowy okres zagrożenia epidemiologicznego, należy identyfikować pacjentów planowych wysokiego ryzyka (np. wielonaczyniowa choroba wieńcowa zakwalifikowana w ramach Heart Team do PCI, chory z cukrzycą i obniżoną LVEF), u których przedłużające oczekiwanie na zabieg PCI może wiązać się ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych. Pacjenci tacy powinni być kwalifikowani do rewaskularyzacji w trybie przyspieszonym.

Należy dołożyć starań, aby ocena kliniczna nakierowana na identyfikację pacjentów zakażonych SARS-Cov-2 nie wydłużała istotnie czasu do rewaskularyzacji u pacjentów ze STEMI, wstrząsem karcinogennym oraz NSTEMI wysokiego ryzyka.

Personel pracowni hemodynamicznych powinien być poinformowany o tym, które pracownie w województwie są dedykowane we współpracy ze szpitalami jednoimiennymi do leczenia OZW u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-Cov-2.

Personel pracowni powinien być regularnie szkolony z procedur bezpieczeństwa epidemiologicznego oraz postępowania po ekspozycji.

Uwagi ogólne

Organizacja leczenia OZW u chorych z COVID19 w Polsce:

W każdym województwie istnieją ośrodki dedykowane do leczenia pacjentów z infekcją COVID 19 oraz OZW. Konsultanci wojewódzcy oraz woje-

wodowie rozesłali taką listę do wszystkich szpitali w Polsce. Zarząd AISN czyni starania aby wkrótce zamieścić taką listę na naszej stronie internetowej wraz z danymi kontaktowymi. Ważnym jest aby podkreślić, iż nie można dopuścić, aby z powodu pandemii SARS-Cov-2 doszło do wzrostu śmiertelności związanej z zawałem serca. Pacjent z OZW i potwierdzonym SARS-Cov-2 powinien być leczony w szpitalu jednoimiennym. Ośrodek jednoimieny jest zobowiązany przyjąć takiego chorego i leczyć go zgodnie z wewnętrznymi procedurami. Zwracamy uwagę na sugerowane w stanowisku SCAI/ACC różnice w podejściu do chorych z STEMI i NSTEMI. Pozwalamy sobie przesłać przykładowe procedury postępowania dla szpitali COVID jednoimiennych oraz ośrodków kardiologii nie będących ośrodkami jednoimiennymi.

Kluczową rolę w procedurach interwencyjnych odgrywa bezpieczeństwo personelu wykonującego zabiegi zgodnie z wytycznymi Konsultanta Krajowego ds. Chorób zakaźnych Opis zalecanego ubioru oraz zasady właściwego przygotowania do zabiegu, a także co bardzo istotne właściwego zdejmowania ochrony po zabiegu (przedstawiamy w załącznikach).

Dalsza hospitalizacja pacjentów: pacjenci zweryfikowani jako SARS-Cov-2(+) powinni być leczeni na dedykowanych do tego oddziałach, zgodnie z wewnętrznymi procedurami szpitali jednoimiennych.

Wszyscy pozostali chorzy, w tym pacjenci z kwarentanny (niezweryfikowani jako SARS-Cov-2 pozytywny), powinni być leczeni z zachowaniem zasad prewencji, które również są opisane w naszych propozycjach. Możliwe jest przekazanie takiego chorego do ośrodka jednoimiennego, choć nie ma on obowiązku przyjęcia takiego chorego.

W niektórych województwach mogą być odrębne ustalenia dotyczące powyższych ustaleń, szczególnie punktu 8.

W imieniu Zarządu AISN:

*Wojciech Wojakowski
Stanisław Bartuś
Marek Grygier*

Procedura postępowania z chorym z SARS-Cov-2 i zawałem STEMI/NSTEMI dla szpitali niejednoimiennych

A.

Dotyczy

pacjenta z SARS-Cov-2 (potwierdzone) z zawałem STEMI/NSTEMI

- pacjenta z kwarantanny SARS-Cov-2 z zawałem serca STEMI/NSTEMI

1. Grupa chorych z POTWIERDZONYM SARS-Cov-2 (+) zgodnie z zaleceniami MZ/Konsultanta Krajowego powinna być leczona w szpitalach do tego przeznaczonych. WSZYSCY POZOSTALI CHOROZY mają być leczeni najbliżej miejsca zachorowania (również chorzy z kwarantanny).
2. Przewiezienie chorego do ośrodka COVID19 następuje **tylko po potwierdzeniu przyjęcia przez (1)lekarza dyżurnego oddziału chorób zakaźnych oraz (2)lekarza pracowni hemodynamiki szpitala jednoimiennego.**
3. **Na czas transportu należy rozważyć podanie choremu terapii fibrynolitycznej (zgodnie z wytycznymi ESC/PTK) dotyczy STEMI.**
4. Jeśli chory będzie leczony na miejscu, wówczas pacjent jest przyjmowany na sali zabiegowej. (patrz dalsze punkty 5-10)
5. Personel ubiera się zgodnie z osobną procedurą w służbie (jednorazowe ubranie, buty chirurgiczne, maski HEPA, okulary ochronne, fartuchy zabiegowe, rękawice podwójne).
6. Chory ma zakładaną maskę chirurgiczną.
7. Po przyjęciu, podpisaniu zgody, chory ma wykonywany zabieg na sali zabiegowej.
8. Do zabiegu personel ubiera się zgodnie z osobną procedurą w służbie (jednorazowe ubranie, buty chirurgiczne, maski HEPA, okulary ochronne, fartuchy ołowiane, fartuchy nieprzemakalne foliowe, fartuchy zabiegowe, rękawice podwójne).
9. Po zabiegu sala jest dezynfekowana zgodnie z osobną procedurą.
10. Po zabiegu chory jest przewożony przez personel zakładu hemodynamiki do oddziału zakaźnego lub na OIOM (nie na OINK, chyba że są inne ustalenia lokalne).

B.

Dotyczy

- przyjęcia pacjenta każdego innego pacjenta z zawałem serca

1. Zgłoszenie chorego telefonicznie (np. z karetki lub SOR) odbiera lekarz dyżurny pracowni hemodynamiki.

2. Pacjent jest przyjmowany na sali przygotowawczej, ma zakładaną maseczkę chirurgiczną.
3. Personel ubiera się zgodnie z osobną procedurą w służbie (jednorazowe ubranie, buty chirurgiczne, maski zabiegowe, okulary, rękawiczki).
4. Po przyjęciu chory ma wykonywany zabieg na Sali zabiegowej.
5. Następnie sala przygotowawcza i sala zabiegowa jest dezynfekowana zgodnie z osobną procedurą.
6. Po zabiegu chory jest przewożony przez personel zakładu hemodynamiki/oddziału na salę OINK).

AKTUALNOŚCI AISN, EAPCI oraz PTK

Komisja Nauki i Grantów ZG PTK uprzejmie informuje o możliwości uzyskania grantów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC)

3.02.2020 r.

Komisja Nauki i Grantów ZG PTK uprzejmie informuje o możliwości uzyskania grantów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC):

- darmowa rejestracja na Kongres ESC 2020 dla członków PTK poniżej 40 roku życia lub będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego — Kandydaci muszą być członkami ESC (ESC Professional Member);
- granty edukacyjne na kongres ESC w wysokości 850 euro na pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania oraz darmowa rejestracja na kongres. Priorytetowo oceniane będą aplikacje osób, które są pierwszymi autorami lub współautorami abstraktów zgłoszonych na Kongres ESC.

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: Granty ESC. Deadline aplikowania to 15 marzec 2020. Redukcja kosztów rejestracji dla członków ESC (ESC Professional Member), którzy zarejestrują się na Kongres ESC do 28 lutego 2020.

prof. Wojciech Wojakowski
Przewodniczący Komisji Nauki i Grantów ZG PTK

Szanowni Członkowie Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK,

Drogie Koleżanki i Koledzy,

AISN wprowadza w 2020 roku 10 grantów na pokrycie opłaty wydawniczej w Postępkach w Kardiologii Interwencyjnej — *Advances in Interventional Cardiology*. Inicjatywa ma na celu zachęcenie i ułatwienie młodym polskim naukowcom (do 35. roku życia) publikacji swoich badań z zakresu kardiologii interwencyjnej w recenzowanym piśmie, które jest jednocześnie oficjalnym czasopiśmie AISN, indeksowanym w PubMed (ostatni IF za rok 2019 = 1.160).

Szczegółowe informacje (regulamin, wzór wniosku) są dostępne do pobrania na stronie internetowej AISN w zakładce "Granty".

Serdecznie zapraszamy do składania wniosków i ubiegania się o granty!

Z wyrazami szacunku,
Prof. Stanisław Bartuś
Przewodniczący AISN PTK
Doc. Zenon Huczek
Członek Zarządu AISN PTK

Szanowni Państwo,

w związku ze zmianą systemu informatycznego rejestru ORPKI w dniu 20 lutego 2020 roku, uprzejmie prosimy o zapoznanie się z ulepszoną i nowocześniejszą wersją rejestru pod adresem:

<https://orpki.cm-uj.krakow.pl/>

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy w imieniu Ośrodka Komputerowego UJ CM w Krakowie o kontakt pod adresem e-mail: orpki_admin@cm-uj.krakow.pl

Z wyrazami szacunku,

Zarząd AISN PTK

Szanowni Państwo,

ze względu na zagrożenie epidemiologiczne koronawirusem SARS-CoV-2 oraz prawdopodobny wzrost zachorowań, XXIV Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej w Warszawie, planowane w terminie 15–17 kwietnia 2020 roku, odbędą się w późniejszym terminie. O nowej dacie WCCI poinformujemy Państwa w najbliższym czasie. Prosimy śledzić komunikaty zamieszczone na stronie <http://wcci.pl/> oraz w korespondencji mailowej.

Robert J. Gil

Adam Witkowski

Szanowni Państwo,

mając na uwadze obecną sytuację epidemiologiczną związaną z rozprzestrzenianiem się koronawirusa w Polsce oraz związanymi z tym zaleceniami Ministra Zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego uprzejmie informujemy, iż XXVII Zabrzeńska Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń” została przełożona i odbędzie się 20–23 października 2020 roku.

Powzięta przez nas decyzja jest nie tylko głosem rozsądku, ale także wyrazem naszej wielkiej troski o Państwa i nasze zdrowie. Mamy nadzieję, że jako medycy przyjmiecie ją Państwo ze zrozumieniem.

Pamiętajmy, że zmiana terminu nie zmienia atrakcyjnego programu spotkania. A zatem już dzisiaj serdecznie Państwa zapraszamy na wiele ciekawych sesji z udziałem najlepszych ekspertów gwarantujących wysoki poziom edukacyjny i naukowy naszego wydarzenia.

Mamy nadzieję, że nie tylko program, ale również piękna jesienna aura sprawi, że zechcecie Państwo przyjechać do Zabrza. Czekamy tu na Państwa!

Serdecznie zapraszamy do odwiedzenia naszej strony www.konferencjazabrze.pl oraz Facebooka <https://www.facebook.com/konferencjazabrze>

Z koleżeńskimi pozdrowieniami,

Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala

Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior

Przewodniczący Konferencji

Zmiana terminu 83 Wiosennej Konferencji PTK/XII Konferencji Kardiologii Polskiej

Szanowni Państwo,

informujemy, że 83 Wiosenna Konferencja PTK/ XII Konferencja „Kardiologii Polskiej” odbędzie się w zmienionym terminie 25–26 czerwca 2020 roku (czwartek-piątek) w hotelu NARVIL w Serocku k. Warszawy.

Jeżeli jednak sytuacja epidemiologiczna w kraju uniemożliwi przeprowadzenie Konferencji w powyższym terminie, zostanie ona przełożona na rok 2021.

Zachęcamy Państwa do śledzenia strony wydarzenia <https://wiosennakp.ptkardio.pl/>.

prof. Robert Gil

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

When Angel Fall – apoteoza życia według Wojciecha Mazolewskiego



Duże obciążenie pracą, permanentny stres związany z koniecznością podejmowania trudnych decyzji, dotyczących właściwego i skutecznego postępowania leczniczego powoduje, że przestajemy zauważać piękno otaczającego nas świata. Niestety, zbyt często tracimy również wrażliwość na sztukę, co wyraża się między innymi brakiem chęci poszukiwania jej wytworów. Aby przeciwdziałać tym niekorzystnym trendom, chciałbym zaproponować czytelnikom „Kardiologii Inwazyjnej” nowy cykl zatytułowany „Muzykoterapia”, w którym, dokonując — siłą rzeczy — subiektywnego wyboru, będę starał się zachęcić do odkrywania „przestrzeni”, których eksploracja może pozwolić na przeżywanie radości z powodu bliskiego i osobistego kontaktu z Pięknem, a także na... zupełnie inne spojrzenie na otaczającą nas rzeczywistość.

When Angel Fall — apoteoza życia według Wojciecha Mazolewskiego.

Mam nadzieję że pierwszy z dokonanych przeze mnie wyborów będzie zrozumiany, a przede wszystkim spotka się z życzliwym przyjęciem czytelników „Kardiologii Inwazyjnej”.

Chciałbym bowiem polecić nową płytę znakomitego zespołu Wojciech Mazolewski Quintet zatytułowaną *When Angels Fall*, na której prezentuje on utwory naszego kolegi po fachu, a przede wszystkim legendy polskiego jazzu i wielkiej gwiazdy Hollywood Krzysztofa Komedy.

Doktor Krzysztof „Komeda” Trzeciński to postać niezwykła. Urodził 27 kwietnia 1931 roku w Poznaniu. Dość wcześnie, biorąc pod uwagę trudne czasy powojennej odbudowy, bo w wieku 7 lat, rozpoczął naukę gry na fortepianie. W 1950 roku, jako niespełna

19-latek, podczas pobytu w Krakowie, po raz pierwszy wziął udział w profesjonalnym „jam session”.

W trakcie studiów w Akademii Medycznej w Poznaniu rozpoczął współpracę ze znanym w tamtejszym środowisku akademickim zespołem Dixieland Band Jerzego Grzewińskiego, a w latach 1952–1954 występował w składzie legendarnego dziś zespołu Melomani. Po ukończeniu studiów w Poznańskiej Akademii Medycznej rozpoczął pracę w Klinice Laryngologii w Poznaniu. Wówczas w obawie przed represjami po raz pierwszy użył pseudonimu „Komeda”. W 1956 roku założył „Sekstet Komedy”, z którym zadebiutował podczas otwarcia Oddziału Telewizji

Polskiej w Poznaniu. Pierwszym znaczącym sukcesem tego zespołu występującego w składzie: Komeda, Jerzy Milian, Stanisław Pludra, Józef Stolarz, Jan Wróblewski, Jan Zylber, był entuzjastycznie przyjęty koncert w trakcie I Festiwalu Muzyki Jazzowej w Sopocie w 1956. Rok później zespół Krzysztofa Komedy otrzymał srebrny medal na 6. Międzynarodowym Festiwalu Młodości w Moskwie. Od tego czasu rozpoczęła się również długoletnia współpraca Komedy z Romanem Polańskim. W 1958 roku pianista przeniósł się do Krakowa. Został członkiem zespołu Jazz Believers i w tym samym roku wystąpił w trakcie pierwszej edycji . Festiwalu Jazz Jamboree w Warszawie któremu pozostał wierny aż do 1967 roku.

W kolejnych latach kompozytor założył też własne Trio z często zmieniającym się składem — grali w nim między innymi tak znani muzycy, jak: Jan Byrczek, Roman Dyląg, Adam Skorupka, Tadeusz Federowski, Adam Jędrzejowski, Andrzej „Fats” Zieliński, Zylber oraz Rune Carlsson. Prowadził także Kwintet (Komeda, Czesław Bartkowski, Tomasz Stańko, Maciej Suzin lub Janusz Kozłowski i Michał Urbaniak) oraz Kwartet (Komeda, Carlsson, Stańko, Dyląg). W 1962 roku Krakowski Jazz Club przyznał mu „Złotego Helikona”, a w ankiecie czytelników miesięcznika „Jazz” zdobył tytuł Jazzmana Roku.

W styczniu 1968 roku Krzysztof Komeda wyjechał do Stanów Zjednoczonych, gdzie pracował między innymi nad muzyką do tak znanych filmów jak „Rosemary’s Baby” czy „The Riot”.

W grudniu tego samego roku uległ w Los Angeles ciężkiemu wypadkowi, którego okoliczności do dziś pozostają nieznane. Staraniem żony i przyjaciół powrócił do kraju 18 kwietnia 1969 roku. Niestety,

mimo starań polskich lekarzy pięć dni później zmarł. Został pochowany na Cmentarzu Powązkowskim w Warszawie.

Płyta *When Angels Falls* jest właśnie płytą o śmierci i o życiu... o przemijaniu i nietrwałości świata, który nas otacza, a jednocześnie o... radości życia, jego pięknie i — miłości. To płyta bardzo przemyślana. Zawarty na niej materiał bardzo dobrze prezentuje się na koncertach. Słuchaczom imponuje idealnie wykorzystanie techniki wszystkich instrumentalistów, którzy z niezwykle niezwykłą swobodą i luzem interpretują te uznane już za klasyczne, wręcz kanoniczne kompozycje, wśród których zdecydowanie mogą się podobać muzyczne ilustracje, choćby takie jak „Ballad for Bernt” z „Noża w wodzie” czy słynna kotysanka z „Dziecka Rosemary”.

Wojtek Mazolewski, opowiadając w jednym wywiadów o swojej nowej płycie, przyznał: „Przygotowując

się do nagrania tej płyty, czytałem nuty Komedy, książki i wspomnienia o nim, spotykałem się z ludźmi, którzy go znali i odwiedzałem miejsca, gdzie mieszkał... od Poznania do Los Angeles. Chciałem poczuć, kim był i jak żył. To wszystko wzbogacało ten projekt o świadomość, uczucia i emocje z tym związane. Na stworzenie oryginalnego materiału na podstawie tematów Krzysztofa Komedy poświęciłem ze swoim zespołem ostatnie trzy lata. Wielką inspiracją są dla mnie także filmy takich mistrzów, jak Roman Polański (‘Rosemary’s Baby’, ‘Nóż w wodzie’) i Jerzy Skolimowski (‘Bariera’).

Nic dodać, nic ująć.

Płyta *When Angels Falls* to nie tylko przejmujący hołd złożony wielkiemu artyście. To także apoteoza życia tak potrzebna właśnie dziś...

Artur Krzywkowski