

Kandydat Asocjacji Interwencji Sercowo- -Naczyniowych PTK na Prezesa-Elektę Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Profesor Robert J. Gil,
wybitny kardiolog,
Kierownik Kliniki Kardiologii
Inwazyjnej, CMKP w Centralnym
Szpitalu Klinicznym
MSWiA w Warszawie



Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki
i Drodzy Koledzy

Zwracam się do Was o poparcie mojej kandydatury na funkcję Prezesa-Elektę Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2021–2023.

Z pacjentami kardiologicznymi pracuję **od ponad 30 lat** (specjalizacja w 1998), a od 2001 roku jestem kierownikiem Kliniki Kardiologii Inwazyjnej w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie, która w 2018 roku uzyskała afiliację Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

Podczas swojej kadencji jako Prezes-Elekt, a następnie jako Prezes PTK, chciałbym podkreślać zarówno na arenie polskiej, jak i międzynarodowej **ogromne znaczenie naszej specjalizacji** i wykazać, że rozwój kardiologii przyczynia się do prawidłowego rozwoju społeczeństwa, co powinno przekładać się na postrzeganie jej wręcz jako **medycznej racji stanu** w przestrzeni publicznej.

To my, kardiolodzy, przyczyniliśmy się do redukcji umieralności z powodu chorób serca w Polsce oraz do zachowania dłuższego życia w zdrowiu, o czym trzeba stale i głośno mówić, szczególnie w kontaktach z decydentami w ochronie zdrowia w naszym kraju. Choroby układu sercowo-naczyniowego nadal są pierwszą przyczyną zgonów Polaków i nie wolno o tym zapominać bez względu na sytuację (!).

Po kilku latach obniżania wyceny procedur w kardiologii dzięki organicznej pracy prominentnych członków PTK udało się przekonać decydentów o konieczności szerszego spojrzenia na pacjenta kardiologicznego.

W efekcie powstał i odniósł prawdziwy sukces program skoordynowanej opieki nad pacjentem po zawale serca (KOS-zawał). Jednak z nie do końca zrozumiałych względów nie został uruchomiony już obiecany program skoordynowanej opieki nad chorym z niewydolnością serca (KONS), tylko częściowo zrealizowany został również obiecany program leczenia hipercholesterolemii lekami najnowszej generacji, nie mówiąc już o pozostałych programach koordynujących leczenie kolejnych schorzeń kardiologicznych, o których nic nie słyhać (!). W tej ostatniej kwestii wydaje się, iż właśnie chorzy z **migotaniem przedsionków** powinni być odbiorcami kolejnego programu. Najwyższy czas zadbać o przeniesienie **standardów europejskich** w kwestii migotania przedsionków do naszego kraju, nie jako wycinkowe sukcesy w bardziej zaawansowanych ośrodkach tylko jako zorganizowane działanie systemowe (!). Nie mam najmniejszych wątpliwości, iż działając wspólnie jesteśmy w stanie wprowadzić w życie **kolejny program opieki koordynowanej**. I dlatego ze zwiększoną siłą powinniśmy nadal zabiegać o zrozumienie i przekonanie decydentów o roli i wadze schorzeń układu sercowo-naczyniowego, co

powinno skutkować dodatkowym finansowaniem w kardiologii.

W moim przekonaniu czas najwyższy aby wzorem Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego stworzyć przy PTK strukturę na wzór **Advocacy Committee and Regulatory Affairs Committee**. Takie „Biuro Eksperckie” powinno zatrudnić profesjonalnych specjalistów odpowiedzialnych za śledzenie sytuacji bieżącej na rynku zdrowia oraz reagowanie na dziejące się procesy. W efekcie ich pracy powinny na bieżąco powstawać odpowiednie opracowania, pozwalające walczyć o korzystne finansowanie procedur w naszej branży (m.in. refundacji dla nowych metod diagnostycznych, leków oraz terapii niefarmakologicznych). Głęboko wierzę, iż dzięki takim opracowaniom argumenty współpracujących z w/w „Biurem Eksperckim” specjalistów wymuszą zupełnie inne traktowanie naszych zabiegów o **zwiększenie finansowania kardiologii**. Profesjonalizm tych najwyższej klasy ekspertów, współpracujących z ESC i Towarzystwami Kardiologicznymi z innych krajów pozwoli na wykorzystanie ich kompetencji Rządowi, Parlamentowi oraz stosownym Agencjom przy tworzeniu polityki zdrowotnej państwa, a nam kardiologom umożliwi bliższe i bardziej partnerskie relacje z decydentami oparte na **dialogu**. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne jako instytucja powinno być **pierwszym źródłem informacji, opinii i weryfikacji** dla polskiego rządu w zakresie tworzenia polityki zdrowotnej w kardiologii oraz organem doradczym w kreowaniu jej generalnie.

W 2020 roku dało się słyszeć, że gdyby nie pandemia COVID-19, to rok ten byłby bardzo dobry, zarówno dla samej kardiologii, jak i dla naszych pacjentów.

Teraz, na początku 2021 roku, po pełnym roku wyznań, wielu trudnościach zarówno organizacyjnych, jak i medycznych należy jasno stwierdzić, że wirus SARS-CoV-2 ujawnił wszystkie słabości polskiej ochrony zdrowia, w tym niedostatki i słabości kardiologii. Pracując od pierwszych dni stanu epidemii (od 20.03. 2020 roku) w szpitalu przekształconym w tzw. jednoimienny **byłem naocznym świadkiem załamania się ówczesnego systemu opieki kardiologicznej**. Mogłem śledzić skutki kolejnych decyzji przedstawicieli rządu, widząc jednocześnie bezradność personelu medycznego w tej kwestii. Na własne oczy widziałem, ile można zmienić na dobre działając wspólnie w obrębie szpitala (!). Dlatego uważam, iż paradoksalnie po wyjściu z pandemii (właśnie rozpoczęły się szczepienie przeciwko SARS-CoV-2) powinno być łatwiej gruntownie zmienić zasady funkcjonowania ochrony zdrowia, w tym w zakresie kardiologii. Bez takich przemyślanych zmian nie tylko nie powrócimy do poprzedniego poziomu w wykonywaniu zabiegów, ale nie będziemy w stanie wprowadzać tzw. innowacji, a co za tym idzie podążać za **najlepszymi praktykami i euro-**

pejskimi standardami leczenia kardiologicznego na najwyższym poziomie, który wszyscy chcemy zapewnić naszym pacjentom.

Uważam, że nie możemy pozwolić na **zaprzeżenie zauważalnych w Europie osiągnięć polskiej kardiologii** ani pozwolić na **obniżenie standardu naszej opieki dla chorego kardiologicznego**. Dlatego musimy ją nieustannie rozwijać, poprzez usilne starania o wprowadzanie w naszym kraju innowacyjnych terapii lekowych i sprzętowych, co jest niezwykle ważne w kontekście szybko starzejącego się społeczeństwa, kardiologicznych i współistniejących z nimi chorób cywilizacyjnych. Nie mam żadnych wątpliwości, że wymienione Biuro Eksperckie może nam w tym procesie zmian w ochronie zdrowia bardzo pomóc.

Nie bez znaczenia będzie również **aktywna i mądra działalność medialna** budująca i ugruntowująca **pozytywny wizerunek** Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz poszczególnych jego Asocjacji i Sekcji w mediach. Moim celem było i jest promowanie polskiej kardiologii, pokazywanie naszych wspólnych sukcesów, ogromnego zaangażowania w tworzeniu jednego z najlepszych systemów opieki nad pacjentami w Europie oraz efektywnej współpracy między różnymi specjalnościami kardiologicznymi. Wszyscy jesteśmy jedną dziedziną medycyny i właśnie w tym poczuciu i atmosferze współpracy powinniśmy budować i pokazywać siłę oraz znaczenie całej polskiej kardiologii.

Jeżeli zostaną wybrany na zaszczytne stanowisko Prezesa – Elekta PTK, jako temat wiodący mojej kadencji Prezesa PTK chciałbym zaproponować **„Skoordynowane leczenie chorych kardiologicznych”**, polegające na dopełnieniu już funkcjonującego programu dla chorych po zawale serca o obiecany program dla niewydolności serca, dla hipercholesterolemii, oraz **stworzenie stosownego programu dla chorych z migotaniem przedsionków**. Jestem przekonany, iż zwłaszcza ten ostatni program dotyczy obszaru kardiologii, w którym ogniskuje się współpraca kardiologów zajmujących się kardiologią interwencyjną, diagnostyką obrazową, wadami serca, niewydolnością serca, szeroko pojętą elektrofizjologią kliniczną, ale i prewencją kardiologiczną oraz farmakoekonomiką. W moim przekonaniu jest to nowe, **interdyscyplinarne pole** do wspólnego działania.

Chciałbym również zająć się **pozyskiwaniem środków finansowych** dla PTK poprzez poszukiwanie nowych i dodatkowych źródeł finansowania, m.in. poprzez zawarcie długoterminowych umów z firmami farmaceutycznymi i sprzętowymi w celu finansowania grantów naukowych, grantów wyjazdowych, kongresów, konferencji i innych aktywności PTK. Te ostatnie kwestie są ważne przede wszystkim w kontekście znacznych utrudnień z uwagi na obowiązujące

obecnie w Europie regulacje zabraniające firmom indywidualnego wsparcia naukowców, co dotyka przede wszystkim młodsze koleżanki i młodszych kolegów, którzy chcieliby zaprezentować wyniki swoich badań. **Mocne wsparcie badań naukowych i wyjazdów zagranicznych** tych koleżanek i kolegów powinno być jednym z najważniejszych elementów polityki finansowej naszego Towarzystwa, które powinno dbać o **rozwój kadr kardiologicznych** w naszym kraju.

Uważam, że możliwość nieustannego **rozwaju młodych kardiologów** jest bardzo istotna w dobie prężnie rozwijającej się medycyny. Międzynarodowa wymiana doświadczeń w ramach współpracy z **ESC, jej agendami oraz z World Heart Federation** musi być nieustanna, by kardiologia w Polsce mogła dostrzymać kroku światowym standardom i technolo-

giom. Musimy wspierać młode talenty w kreowaniu wybitnych specjalistów mających zagwarantować polskiemu społeczeństwu opiekę kardiologiczną najwyższej jakości. I to stawiam jako **najwyższy cel swojej prezesury**.

Wierzę, że ze swoim doświadczeniem oraz umiejętnościami organizacyjnymi jestem w stanie zrealizować swoje zamierzenia, dlatego hasłem przewodnim mojej kandydatury jest: **Polska kardiologia. Europejskie standardy**.

Z wyrazami szacunku
i koleżeńskimi pozdrowieniami,
Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil



XXIV Międzynarodowy
Kongres Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego
W INTERNECIE



Dramatyczna rewolucja

XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z wielu powodów był dla polskich kardiologów wydarzeniem przełomowym i nowatorskim. Po raz pierwszy został przeprowadzony całkowicie w przestrzeni wirtualnej i trwał aż... 43 dni, zgromadził rekordową liczbę uczestników, wychodząc szeroko poza środowisko kardiologiczne.

Bez wątplenia dla wszystkich nowoczesna formuła tegorocznego Kongresu PTK stanowiła dramatyczną rewolucję, wręcz zmianę w organizacji spotkań naukowych. Taka formuła Imprezy była niewątpliwym wyzwaniem nie tylko dla wykładawców czy uczestników, ale przede wszystkim dla osób przygotowujących poszczególne sesje i moderujących ich przebieg. To ich zaangażowanie i wyobrażenia decydowały o dostępności i rzetelności wiedzy przekazanej przez najwybitniejszych specjalistów i wpływały na ostateczną oglądalność transmisji i ich ocenę.

Chciałbym zatem udzielić głosu bohaterom, by po podzielili się swoimi refleksjami wygotoszonymi „na gorąco” bezpośrednio po ich zakończeniu. Lektura tych wypowiedzi przekonuje, jak trudne zadanie postawili przed nimi Organizatorzy i z jakim zaangażowaniem realizowali swoje pomysły.

prof. dr hab. n. med. Wojciech Braksator, przewodniczący sesji pt. Serce do sportu – okiem praktyka

Dwa tygodnie temu ukazały się nowe wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące szeroko rozumianej aktywności fizycznej, w tym sportu rekreacyjnego i sportu wyczynowego. Wszyscy w jakimś zakresie uprawiamy sport, a przynajmniej staramy się, w związku z tym ten temat jest żywy, także w sensie naukowym, gdyż kongresy PTK zawsze te wytyczne szeroko omawiają. W dzisiejszej sesji wykładawcy podjęli się zadania przedstawienia podstawowych informacji diagnostycznych, to znaczy: najpierw określenia zagrożeń związanych z uprawianiem sportu, następnie metod diagnostycznych, które mogą pozwolić uniknąć tego, co nazywamy ryzykiem nagłej śmierci związanej ze sportem. Sport to zdrowie oczywiście, natomiast nagłe zgony zdarzają się w populacji ludzi młodych, niezależnie od tego, czy sport uprawiają, czy nie, w związku z tym tak ważna jest odpowiednia diagnostyka wszystkich tych osób, które chcą podejmować aktywność fizyczną. Była mowa o badaniach przesiewowych, elektrokardiograficznych, o echokardiografii, wreszcie o najnowszej metodzie – która pozwala dość jednoznacznie zająć stanowisko, czy dana osoba uprawiająca sport może go uprawiać dalej, czy nie – czyli o rezonansie magnetycznym serca. Te

nowoczesne metody obrazowania bardzo się przyczyniły do rozwoju diagnostyki w kardiologii, także w kardiologii sportowej. Należy jednak pamiętać, że podstawą oceny zawsze pozostaje dobrze zebrany wywiad, badanie przedmiotowe i 12-odprowadzeniowe badanie elektrokardiograficzne, które – włącznie z oceną kliniczną – jest zalecane przez większość towarzystw. Nic nie zastąpi także doświadczenia na polu kardiologii sportowej, ponieważ odpowiednia czujność, która może wynikać wyłącznie z doświadczenia, jest tu niezwykle potrzebna.

prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, przewodniczący sesji pt. Terapia przeciwkrzepliwa w wybranych sytuacjach klinicznych

Sesja była bardzo interesująca, dlatego że opierała się na najnowszych zaleceniach terapii przeciwkrzepliwej w określonych sytuacjach klinicznych. Mówiliśmy o kardiowersji, o ablacji, o procedurach chirurgicznych, o leczeniu angioplastyką wieńcową, w tym o ostrych zespołach wieńcowych. Chorych z migotaniem przedsionków, którzy mają wskazania do przewlekłej terapii przeciwkrzepliwej, jest bardzo dużo. Szacujemy, że z różnymi formami migotania przedsionków żyje w Polsce co najmniej pół miliona osób. Do tego dochodzą chorzy z wszczepionymi protezami zastawkowymi, pacjenci z zakrzepicą żył głębokich i zespołami zakrzepowo-zatorowymi. To jest spora populacja. Mówiliśmy o tym, jak tę grupę chorych bezpiecznie przeprowadzić przez procedury. Najnowsze zalecenia są jeszcze bardziej restrykcyjne, jeżeli chodzi o czas wykonania kardiowersji bez oceny ryzyka zatorowo-zakrzepowego, a tak naprawdę obecności skrzepiny w uszku lewego przedsionka. Te 12 godzin od początku napadu jest okresem dościsłym bezpiecznym, niemniej również wszystko zależy od tego, jakie jest ryzyko zatorowo-zakrzepowe w skali CHA₂DS₂-VASc. Dalej mówiliśmy o ablacjach. To zabiegi, szczególnie ablacje w zakresie lewego serca, które cechują się dużym ryzykiem zakrzepowo-zatorowym, ale też wysokim ryzykiem krwotocznym. Oczywiście, w tym drugim przypadku olbrzymie znaczenie ma doświadczenie osób, które wykonują to badanie i kluczowe jest tutaj bezpieczne przejście przez przegrodę międzyprzedsionkową. W tej chwili – w zasadzie niezależnie od tego, jakimi lekami przeciwkrzepliwymi chorzy są leczeni – nie zaleca się przerywania tej terapii w przygotowaniu do zabiegów ablacji. Kolejna grupa to zabiegi chirurgiczne. Tutaj oczywiście bardzo ważne jest to, jakie jest ryzyko krwotoczne tego zabiegu. Druga rzecz: jaki lek chory przyjmuje i – w powiązaniu z tym – jaka jest funkcja nerek. Jeżeli zabieg należy do grupy wysokiego ryzyka, to oczywiście wstrzymanie terapii doustnymi antykoagulantami jest dłuższe, jeżeli niskiego ryzyka – odpowiednio krótsze. I w końcu ostatni temat, czyli wykonywanie angioplastyki wieńcowej. Mówiliśmy o preferowanym dostępie. W tej chwili – dzięki postępowi technologicznemu,

produkcji nowych stentów – ograniczamy terapię potrójną, nawet u chorych z niskim ryzykiem zakrzepowo-zatorowym, do okresu okołozabiegowego albo do tygodnia bezpośrednio po zabiegu, potem wprowadzamy podwójną terapię i wreszcie po roku pozostajemy na samym antykoagulancie. Przeprowadzenie tych chorych wymaga indywidualnej oceny ryzyka zakrzepowo-zatorowego i krwotocznego i to również było poruszone w tej sesji.

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gąsior, przewodniczący sesji pt. Kontrowersje w elektroterapii

Pierwsze wnioski, które się pojawiły, były takie, żeby przestrzegać rekomendacji, szczególnie jeżeli mają one klasę I. Są jednak pewne sytuacje, w których trzeba indywidualizować wskazania, zwłaszcza tam, gdzie istnieje prawdopodobieństwo, że stopień uszkodzenia serca może być częściowo odwracalny. Taka sytuacja występuje po ostrym zapaleniu mięśnia sercowego lub też po uszkodzeniu mięśnia sercowego przy terapii onkologicznej. Tutaj okres do podjęcia decyzji o wszczęciu defibrylatora powinien być wydłużony do powyżej 3 miesięcy. Odnośnie do drugiego zagadnienia, jakim była kwestia, czy każdy chory wymaga wszczęcia stymulatora w przypadku bloku lewej odnogi po TAVI – odpowiedź brzmi: nie. Z reguły takiego wszczęcia będą wymagali pacjenci nie z tytułu bloku lewej odnogi pęczka Hisa, ale z tytułu występujących zaburzeń przewodzenia w obrębie węzła przedsionkowo-komorowego. Wystąpienie bloku przedsionkowo-komorowego, nawet I stopnia, wskazuje, że najpewniej tacy pacjenci będą mieli wskazania do wszczęcia rozrusznika, a niektórzy z nich – wskazania do wszczęcia układu resynchronizującego.

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Tycińska, przewodnicząca sesji pt. Wstrząs kardiogeny w zawale serca – jak leczyć w 2020?

Jeśli chodzi o leczenie wstrząsu zawałowego w dzisiejszych czasach, wciąż mamy nieakceptowalną śmiertelność. Farmakoterapia wstrząsu kardiogenego jest bardzo trudna – nie dysponujemy satysfakcjonującymi lekami. Wszystkie leki, które istnieją, „poległy” w badaniach, trudno jest stworzyć porównujące je badanie z randomizacją *head to head*. Wydaje się, że z jednej strony stosowanie epinefryny, adrenaliny jest za późne, chociaż z drugiej – lek bardzo zwiększa dług tlenowy, więc na pewno nie jest lekiem pierwszego wyboru u pacjentów we wstrząsie kardiogenym. Z pewnością lek, który nie zwiększa długu tlenowego, a ma działanie inotropowo dodatnie – lewozymendan – nie został dobrze przebadany w tej grupie pacjentów i niestety nie ma dobrych danych na to, aby ten lek miał swoje zastosowanie w grupie pacjentów z już rozwiniętym wstrząsem zawałowym. Jeśli chodzi o terapię interwencyjną: *sooner is better*, to jest jedyne, co nas ratuje w tej sytuacji. Im szybciej otworzymy naczynie

dozawałowe, tym lepiej dla pacjenta i tym mniejsza śmiertelność. I tyle dobrych wieści. Jeśli chodzi o wspomaganie krążenia, balon do kontrpulsacji możemy stosować tylko w ograniczonych sytuacjach klinicznych, na pewno nie rutynowo. Być może brakuje jeszcze jednego badania, którego wynik by pokazał, że balon – tak jak kiedyś – ma zastosowanie powszechne. Oczywiście takim badaniem w tej chwili nie dysponujemy. Myślę, że każdy z nas wierzy, że ten balon jest wciąż niedoceniany, bo inne sposoby wspomagania krążenia są po prostu zbyt drogie. Jeśli chodzi o kwalifikację pacjentów, wydaje się, że to, o czym mówił pierwszy wykładowca, jest bardzo ważnym aspektem: fenotypowanie pacjentów, czyli wychwycenie pacjentów wysokiego ryzyka, może być szansą na poprawę ich rokowania. Wreszcie rola kardiochirurga. Jest bardzo trudna, dlatego że ci pacjenci mają niestety wysoką śmiertelność okołoperacyjną. Kardiochirurg jest na pewno niezbędny w sytuacjach podbramkowych, a więc przede wszystkim kiedy mamy mechaniczne powikłania zawału serca przed- lub pozabiegowe.

Mamy nadzieję, że tą dawką streszczeń jedynie rozbudziliśmy Państwa ciekawość. Jeszcze raz zachęcamy do obejrzenia wykładów z dzisiejszej pierwszej części dnia. Na część drugą podsumowań zapraszamy wieczorem.

prof. dr hab. n. med. Miłosz Jaguszewski, przewodniczący sesji pt. Najciekawsze doniesienia z Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2020 – The best of ESC

Tegoroczny kongres ESC obfitował w wiele ciekawych i ważnych z klinicznego punktu widzenia doniesień. Najciekawsze z nich omówiliśmy w trakcie sesji Klubu 30 PTK pt. The best of ESC. W temacie obrazowania w chorobach układu krążenia podkreślono konieczność szerszego wykorzystywania rezonansu magnetycznego w diagnostyce chorób serca, w tym u chorych z podejrzeniem kardiomiopatii i po zawale serca bez zwężeń w tętnicach wieńcowych (MINOCA). Zarówno w czasie sesji dydaktycznych, jak i doniesień oryginalnych omawiano rosnącą rolę oceny „ranliwego” komponentu blaszek miażdżycowych u chorych z przewlekłymi zespołami wieńcowymi. Nie zabrakło praktycznych sesji omawiających pułapki w wykonywaniu i interpretacji badań obrazowych serca. W temacie ostrych i przewlekłych zespołów wieńcowych tegoroczny kongres ESC dostarczył dowodów na zasadność optymalizacji terapii przeciwplatekcyjnej z wykorzystaniem tikagreloru u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek oraz u pacjentów powyżej 80. rż. W świetle zaprezentowanych danych kolchicina jawi się jako nowy skuteczny lek u pacjentów z przewlekłymi zespołami wieńcowymi. Stosowanie kwasu eikozapentaenowego (EPA) u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym i hipertriglicydemią nie tylko poprawia rokowanie, ale prowadzi do

zmniejszenia objętości wrażliwych blaszek miażdżycowych. Kongres ESC 2020 przyniósł również szereg ważnych doniesień z zakresu niewydolności serca (HF). Tak jak rok wcześniej dla dapagliflozyny, teraz również dla empagliflozyny udowodniono poprawę rokowania u pacjentów z HF z obniżoną frakcją wyrzutową, niezależnie od współistnienia cukrzycy typu 2 (badanie EMPEROR-Reduced). Pojawił się także pierwszy lek przeznaczony dla pacjentów z kardiomiopatią przerostową z zawężaniem drogi odpływu lewej komory (LVOTO) – mavacamten, którego stosowanie w badaniu EXPLORER-HCM prowadziło do istotnej redukcji LVOTO i poprawy wydolności wysiłkowej. Nadal natomiast brak przełomu w leczeniu pacjentów z HF z zachowaną frakcją wyrzutową. Podczas kongresu ESC zaprezentowano także wiele ciekawych doniesień z dziedziny elektrokardiologii. Badania pokazały między innymi, że wprowadzenie wczesnej strategii kontroli rytmu serca u pacjentów z niedawno rozpoznany migotaniem przedsionków daje lepsze wyniki leczenia, natomiast digoksyna może być lekiem pierwszego rzutu u pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków i niewydolnością serca. Ponadto wytyczne wzmacniają pozycję ablacji w leczeniu migotania przedsionków. W trakcie kongresu zaznaczono również istotność promowania co najmniej umiarkowanej aktywności fizycznej w grupie pacjentów z chorobami układu krążenia. Odpowiednia stratyfikacja ryzyka i optymalna terapia są niezbędne, aby zapewnić zalecenie ćwiczeń o ustawicznie zwiększanej intensywności. Pacjenci powinni być zaangażowani w proces podejmowania decyzji, a zapis dyskusji i plan ćwiczeń powinien być udokumentowany w dokumentacji medycznej. Te ostatnie przesłania, związane ściśle z prewencją chorób układu krążenia, są niezwykle ważne, gdyż w sposób istotny uzupełniają wszelkie strategie terapeutyczne mające na celu redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego.

dr n. med. Radosław Sierpiński, przewodniczący sesji pt. Agencja Badań Medycznych jako narzędzie rozwoju innowacyjnej kardiologii

Zakończyła się bardzo istotna sesja, którą przygotowaliśmy wspólnie z prof. Adamem Witkowskim, prezesem PTK. Udział zagranicznych partnerów pozwalała nam na wymianę doświadczeń z naukowcami, którzy, jak chociażby prof. Francesco Maisano, mają niezwykle doświadczenie w zakresie komercjalizacji nauki, a tego w Polsce brakuje. Jako prezes Agencji Badań Medycznych z dużą atencją wsłuchuję się w głosy środowiska i mam nadzieję, że będziemy w stanie na te głosy odpowiedzieć. Już teraz chcę powiedzieć, że Agencja w tym roku zakontraktuje prawie miliard złotych, z czego około połowa będzie przeznaczona dla szeroko pojętego środowiska badaczy z obszaru kardiologii. Stworzymy w ten sposób szansę dla polskich kardiologów, którzy mają gigantyczny potencjał naukowy. Naszą rolą –

jako decydentów, ale też twórców pewnej polityki naukowej kraju – jest utrzymanie tego potencjału i zapewnienie takich narzędzi, które pozwolą go maksymalnie wykorzystać. Cieszę się z tych programów, które są w trakcie realizacji, deklaruję dalsze wsparcie i sądzę, że kolejne programy będą również spotykały się z ciepłym przyjęciem przez badaczy. Ważnym osiągnięciem jest również powstania polskiej sieci Centrów Wsparcia Badań Klinicznych, które powstaną w uniwersytetach medycznych oraz w instytutach naukowo-badawczych i na pewno będą stanowiły wsparcie dla naukowców, również w zakresie kardiologii, tworząc – mam nadzieję – Polskę liderem badań klinicznych w Europie Środkowo-Wschodniej.

prof. dr hab. n. med. Andrzej Wysokiński, przewodniczący sesji pt. Echokardiografia obciążeniowa poza chorobą wieńcową

Echokardiografia obciążeniowa jest badaniem bardzo pracochłonnym, trudnym i dlatego rzadko wykonywanym przez młodych kolegów. Niemniej jednak jest to badanie interesujące, wnoszące dużo do diagnostyki, oczywiście w wybranych, dobrze zakwalifikowanych przypadkach. Dlatego sugerowałem na naszym posiedzeniu sesji, żeby młodzi koledzy – mimo iż nie mają jeszcze doświadczenia, ale doświadczenie zdobywa się z czasem – te badania częściej wykonywali. Szczególnie teraz, w dobie, kiedy propagowane są różne programy długoterminowej opieki nad pacjentami między innymi z niewydolnością czy wadami serca. Takie badanie jak echo obciążeniowe daje dużo wiadomości dodatkowych i jest szczególnie cenne w programowaniu wysiłków u tych chorych. Pozwala także prognozować ich dalsze przeżycie, ponieważ jest to badanie niewątpliwie – jak staraliśmy się w czasie sesji dowieść – cenne i w leczeniu wad serca, i u sportowców, u których można pewne rzeczy przewidzieć, zanim dojdzie do ekstremalnych wypadków, co się zdarza ostatnio, bo wiadomo, że sport wyczynowy wiąże się z różnymi obciążeniami, przede wszystkim serca. Wykonując badania obciążeniowe, możemy pewne rzeczy prognozować i im zapobiec, co jest sprawą najważniejszą.

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Kurpesa, przewodnicząca sesji pt. Nadkomorowe zaburzenia rytmu – rozwiązywanie problemów w praktyce

Nasza sesja dotyczyła nadkomorowych zaburzeń rytmu, które być może wzbudzają mniej emocji niż komorowe zaburzenia rytmu, ale przysparzają też bardzo wielu problemów diagnostycznych i terapeutycznych. Mamy jednak aktualne, przedstawione 2 tygodnie temu na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wytyczne dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków, mamy ubiegłoroczne wytyczne dotyczące postępowania w nadkomorowych zaburzeniach rytmu, tak że dysponujemy aktualną wiedzą, którą sobie podczas tej

sesji omówiliśmy w aspekcie bardzo praktycznym, poruszając różne problemy, które możemy napotkać u pacjentów z tego rodzaju arytmiami, jeżeli współistnieją jakieś inne objawy chorobowe, na przykład bóle zamostkowe wskazujące na chorobę wieńcową albo szybka praca serca. Omówiliśmy też zagadnienia związane z leczeniem za pomocą kardiowersji elektrycznej oraz kwestie dotyczące powikłań zatorowo-zakrzepowych, które stanowią nieodłączny problem związany z nadkomorowymi zaburzeniami rytmu, zwłaszcza z przewodzeniem czy też migotaniem przedsionków. W sesji uczestniczyli bardzo dobrzy wykładowcy, a także dwaj paneliści, którzy komentowali każdy z przedstawianych wykładów, uwypuklając dodatkowo te zagadnienia, które dla lekarza praktyka są szczególnie ważne.

prof. dr hab. n. med. Hanna Szwed, przewodnicząca sesji pt. Nadciśnienie tętnicze i migotanie przedsionków – razem czy osobno?

Na pewno razem. Na tej sesji przedstawiliśmy właśnie wzajemne powiązanie nadciśnienia tętniczego i migotania przedsionków. Można zaobserwować punkty wspólne w patofizjologii współwystępowania tych patologii, ale także, co pokazywały wykłady, terapia nadciśnienia tętniczego i migotania przedsionków w wielu miejscach jest tożsama. Z uwagi na to, że sesje musiały być ograniczone czasowo, nie było możliwości, aby szerzej przedyskutować te zagadnienia pomiędzy wykładowcami, przewodniczącymi, a zwłaszcza uczestnikami sesji. Mam nadzieję, że w przyszłości będzie to możliwe, ponieważ jest to zagadnienie niesłychanie istotne. U osób, u których te dwie jednostki występują równocześnie, należy przywiązywać niezwykle dużą wagę do tego, aby prowadzić profilaktykę pierwotną i profilaktykę wtórną, a także znać zasady farmakoterapii takiej, która obejmuje równocześnie obie jednostki chorobowe. Trzeba też jednak zwracać uwagę na to, aby nie wystąpiły powikłania leczenia jednej choroby przy współistnieniu drugiej. W wykładach o aspekcie praktycznym – zarówno prof. Rafała Dąbrowskiego, jak i prof. Marii Trusz-Gluzy – dotyczących farmakoterapii i postępowania u chorych z migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym w kontekście profilaktyki występowania migotania przedsionków, a także profilaktyki udaru mózgu, występuje kilka punktów spornych, które można by było szerzej omówić i to powinno być przedmiotem kolejnych spotkań i wykładów.

prof. dr hab. n. med. Ewa Straburzyńska-Migaj, przewodnicząca sesji pt. Tips & tricks – jak skutecznie odwadniać chorego z niewydolnością serca?

Myślę, że to była bardzo ważna sesja, ponieważ leczenie moczopędne chorego z niewydolnością serca wydaje się w założeniu proste, jednak jest dość skomplikowane. Prowadzenia leczenia moczopędnego tak naprawdę wymaga wzięcia pod uwagę

wielu czynników, takich jak: choroby towarzyszące czy stan czynności nerek. Jest to zatem leczenie wymagające indywidualizacji. W trakcie tej sesji dość szczegółowo staraliśmy się pokazać różne aspekty, które należy uwzględniać podczas leczenia moczopędnego, na przykład badanie osmolalności osocza, badanie natriurezy. To jest coś, co się obecnie podkreśla: nie tylko wielkość diurezy powinna być monitorowana, ale także bardzo przydatne jest monitorowanie natriurezy. Kolejny aspekt, który należy podkreślić, to sytuacja pacjenta ze zdekompensowaną niewydolnością serca. U takich chorych leczenie diuretyczne powinno być włączane jak najwcześniej, ale powinno też być monitorowane wcześniej – nie po 12, ale już po 2, 4 czy 6 godzinach powinniśmy oceniać, jak wygląda diureza i natriureza. Zwrócono również uwagę na to, że powinniśmy wykorzystywać w naszej praktyce codziennej możliwość złożonego leczenia moczopędnego. Z jednej strony należy stosować różne leki diuretyczne działające w różnych punktach uchwytów w nefronie, a z drugiej – leczenie moczopędne powinno być, zwłaszcza u pacjentów z zaostrzeniem niewydolności serca, kombinowane z lekami rozkurczającymi naczynia. Podkreśliłiśmy także, że pojawiają się nowe leki – niezwykle ciekawa grupa pierwotnie przewidziana dla chorych na cukrzycę. Okazuje się, że mają one efekt diuretyczny, bardzo korzystny w porównaniu z klasycznymi diuretykami, ponieważ – nie dając efektów niepożądanych – dodatkowo działają nefroprotekcynie. Nie są jeszcze co prawda umieszczone w żadnych wytycznych, ale oczekujemy, że na początku przyszłego roku pojawią się uaktualnione wytyczne dotyczące postępowania w niewydolności serca i na pewno te leki znajdą w nich swoje miejsce.

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Mizia-Stec, przewodnicząca sesji pt. Wypadanie płątka zastawki mitralnej: jak oceniać ryzyko?

Wypadanie płątka zastawki mitralnej to zawsze niezwykle ciekawy temat. Jest to zmiana strukturalna, którą możemy pięknie obrazować w echokardiografii – to jest pierwszy argument. Drugi argument jest taki, że przez lata nadinterpretowaliśmy zmiany widziane w echokardiografii i zbyt często rozpoznawaliśmy wypadanie płątka zastawki mitralnej; w ostatnim okresie trochę zweryfikowaliśmy, sprecyzowaliśmy kryteria diagnostyczne. Trzeci argument, przemawiający za tym, że temat jest ciekawy, brzmi: pacjenci z wypadaniem płątka zastawki mitralnej często mają różne dolegliwości, w tym kołatania serca, co u części przekłada się na zwiększone ryzyko nagłego zgonu sercowego i zwiększoną częstość złożonych arytmii komorowych. Zaczynając od bardzo błędnego, na początku nadinterpretowanego rozpoznania, zbyt często stawianego, przechodzimy do wąskiej grupy pacjentów, u której ten problem będzie się wiązał z wyższym ryzykiem nagłego zgonu sercowego. Co więcej – część tych pacjentów to osoby młode. Spo-

glądamy więc na tę populację z dużą ostrożnością. W ostatnim okresie coraz więcej wiemy na temat samego wypadania i na temat czynników ryzyka związanych z arytmiami komorowymi. I w tym zakresie dla oceny występowania arytmii komorowych musimy oczywiście znać klinikę pacjenta, musimy właściwie zinterpretować zapis EKG – bo mogą być tam przesłanki wskazujące na wyższe ryzyko arytmii komorowych – musimy właściwie ocenić obraz echokardiograficzny i wynik rezonansu magnetycznego, patrząc trochę szerzej: nie tylko na wypadające płatki, na ich morfologię, grubość, ale też na to, co dzieje się z lewym przedsionkiem, w jaki sposób zbudowana jest lewa komora, czy w jej obrębie nie ma dodatkowych zmian, które będą predysponowały do arytmii komorowych... Nowością w ostatnim okresie jest rozpoznanie *mitral annulus disjunction* – przesunięcie miokardium lewej komory w okolicy pierścienia mitralnego w głąb komory lewej; ten fragment zastąpiony jest przez tkankę pozbawioną włókien mięśniowych. Co jest pierwsze: czy najpierw jest *mitral annulus disjunction*, potem wypadanie, czy odwrotnie – trudno powiedzieć. Myślę, że ta pierwsza wersja jest bardziej prawdopodobna, ale to jest nowe znalezisko, które możemy stwierdzić w badaniach obrazowych. Jeżeli mamy tak zdefiniowanego pacjenta, który ma pewne czynniki ryzyka, dodatkowo ma zmiany w obrębie lewej komory, w obrębie mięśni brodawkowatych, to na tego pacjenta patrzymy trochę szerzej. Drugą stroną medalu wypadania płątka zastawki mitralnej stanowi to, że jest to zmiana strukturalna, zastawkowa, która może dawać istotną niedomykalność mitralną. Zaczynając zatem od pacjenta z pozornie łagodnym schorzeniem, poprzez pacjenta z nieco wyższym ryzykiem zgonu sercowego, dochodzimy do pacjenta, który być może powinien być operowany z powodu wypadania płatek zastawki mitralnej. W kwestii kwalifikacji tych pacjentów do zabiegu, kierujemy się trochę innymi kryteriami i bierzemy możliwości naprawy tej zastawki, bo kardiochirurdzy są w stanie wykonać taki zabieg naprawczy. Jest to leczenie już wady zaawansowanej, które w konsekwencji wpłynie na poprawę stanu klinicznego pacjenta. Mamy więc bardzo duży wachlarz pacjentów, bardzo różne problemy, z którymi się na co dzień spotykamy w praktyce klinicznej. Arytmie komorowe, o których dosyć dużo rozmawialiśmy, mogą się wiązać z ryzykiem, jak mówiłam, nagłego zgonu sercowego. U części pacjentów można myśleć o bardziej inwazyjnym podejściu do zaburzeń rytmu serca – o ablacji arytmii komorowej. Niestety, te arytmie są zazwyczaj polimorficzne, zlokalizowane głównie w obrębie mięśniówki lewej komory, w obrębie mięśni brodawkowatych. Tam znajduje się ognisko tej arytmii, dlatego nie są to zaburzenia rytmu serca łatwe do leczenia przy pomocy ablacji. Oczywiście, część pacjentów z tej metody skorzysta, ale odsetek skutecznych

zabiegów, w tym przypadku bardzo trudnych, jest zdecydowanie mniejszy niż tradycyjnie. Kolejnym tematem, który może wiązać się z tymi pacjentami, jest prewencja nagłego zgonu sercowego przy pomocy implantacji kardiowerterów-defibrylatorów. Jeżeli podejmujemy prewencję wtórną – mamy pacjenta po zatrzymaniu krążenia – ta kwestia nie budzi żadnych wątpliwości, powinniśmy to zrobić. Ale u kogo implantować kardiowerter-defibrylator w ramach prewencji pierwotnej? Raczej w bardzo wąskiej subpopulacji pacjentów z wypadaniem. Ale tak naprawdę nie do końca znamy definicję tej populacji, nie mamy stratyfikacji ryzyka, która by pozwoliła tę subpopulację wyodrębnić. Wydaje się, że pacjenci z zaawansowanym prolapsem, pacjenci z prolapsem wysokiego ryzyka arytmii komorowej, z omdleniami powinni być poddani bardzo dokładnej analizie i monitorowaniu, powinni także mieć wyeliminowane wszystkie czynniki mogące zwiększać ryzyko arytmii: alkohol, kawę, zaburzenia elektrolitowe, odwodnienie. Wtedy zmniejszymy liczbę arytmii, a w konsekwencji – ryzyko zgonu sercowego. W bardzo wąskiej populacji można myśleć o bardziej zaawansowanych formach elektrofizjologii czy elektroterapii.

dr hab. n. med. Przemysław Leszek, prof. IK, przewodniczący sesji pt. Pacjent z dusznością spoczynkową

Była to sesja nastawiona na objaw, czyli na to, z czym zgłasza się do nas pacjent. Pacjent nie zgłasza się do lekarza z kardiomiopatią rozstrzeniową czy rozpoznaniem zatorowości płucnej, pacjent zgłasza się z rozpoznaniem duszności. W związku z tym to bardzo cenna sesja, bo była nastawiona na codzienne podejście do pacjenta. Pacjent zgłaszający się, jest to pacjent objawowy, więc rozpatrujemy, jakie przyczyny prowadzą do objawów duszności. Duszność to objaw, który może mieć bardzo dużo przyczyn, przyczyn kardiologicznych i pozakardiologicznych. Tu w gronie wybitnych specjalistów kardiologów omówione zostały kardiologiczne przyczyny duszności w sposób jasny, systematyczny, na pewno ułatwiający zrozumienie tematu i wpływający na lepsze podejście do leczenia pacjenta.

prof. dr hab. n. med. Cezary Kępka, przewodniczący sesji pt. Obrazowanie w planowaniu przezcewnikowych interwencji strukturalnych i zastawkowych

Jeden z najważniejszych wniosków, jakie można sformułować po tej sesji, brzmi: korzystajmy z rozsądkiem z metod obrazowych. Jeżeli metody podstawowe nie dają odpowiedzi na pytanie, czy warto u danego pacjenta przeprowadzić zabieg i czy ten zabieg można zrobić bezpiecznie, to należy skorzystać z dodatkowych, tak zwanych nowoczesnych, metod takich jak: rezonans, tomografia czy obrazowanie łączone.

Ponadto zabiegi strukturalne, o których mówiliśmy, nie mają prawa – co do zasady – być we współczesnej kardiologii robione bez dobrego nowoczesnego obrazowania. Są to bowiem zabiegi z reguły skomplikowane, mogące wiązać się z ryzykiem powikłań. W związku z tym zoptymalizowanie ich – a do tego prowadzi obrazowanie: do optymalizacji zarówno kwalifikacji, jak i samej procedury takich zabiegów – jest kluczowe i powinno być elementem niezbędnym w procesie diagnostycznym i terapeutycznym u każdego chorego.

Powinniśmy również pamiętać, że wykonanie i interpretacja badań obrazowych – szczególnie w tak wąskiej grupie pacjentów – o bardzo szerokich implikacjach klinicznych, czyli kwalifikacji do zabiegu bądź dyskwalifikacji z niego, powinny być prowadzone przez doświadczony zespół nie tylko echokardiografistów, ale – tak jak to zostało powiedziane – szeroki zespół kardiologów zajmujących się obrazowaniem. Być może powinniśmy powoływać obrazowy *heart team* w kwalifikacji i monitorowaniu wykonania zabiegów u większości pacjentów.

dr hab. n. med. Grażyna Brzezińska-Rajszyś, prof. IPCZD, przewodnicząca sesji pt. Trudne przypadki wad serca. Czego nas nauczyły – continuum

Jest to sesja, która odbywa się na kongresach PTK od wielu, wielu lat. Omawiamy w niej postępowanie i sposób podejmowania decyzji w różnych przypadkach, które wymykają się ze standardowego sposobu diagnostyczno-terapeutycznego. Spośród przysyłanych przykładów przypadków klinicznych wybieramy te najlepiej nadające się do celów dydaktycznych, które warto przedyskutować. W takiej sesji dyskusja jest najważniejsza. Jest wielostronna dzięki temu, że wśród debatujących są między innymi kardiochirurzy: kardiochirurg dziecięcy i kardiochirurg osób dorosłych. Taka konfiguracja umożliwia bardzo drobiazgową i różnorodną ocenę prezentowanych problemów konkretnych pacjentów. Dzisiaj prezentowane przypadki były wyjątkowo trudne i pokazały, jak ważna jest wymiana doświadczeń, jak ważne jest – przy podejmowaniu decyzji i prowadzeniu kontroli pacjentów – wykorzystanie wielu aktualnie dostępnych możliwości obrazowania. W mojej ocenie sesja była bardzo ciekawa. Promowała spersonalizowane podejście do trudnych pacjentów na bazie decyzji heart teamu z uwzględnieniem doświadczenia profesjonalnego poszczególnych ośrodków.

dr hab. n. med. Renata Głównyńska, dr n. med. Anna Turska-Kmieć, przewodniczące sesji pt. Wytyczne ESC dotyczące kardiologii sportowej i aktywności fizycznej u chorych z chorobami sercowo-naczyniowymi

Od 2005 roku w poszczególnych dziedzinach pojawiały się krótkie opracowania, które dotyczyły aktywności fizycznej. Obecne wytyczne stanowią

podsumowanie tych zaleceń. Dopiero więc po 15 latach pojawiły się wytyczne, które oceniają aktywność fizyczną na polu dzisiejszych zdobyczy nauki i dzisiejszych możliwości zarówno kontroli, jak i kwalifikacji.

Poprzednie stanowiska dotyczyły aktywności fizycznej, natomiast w aspekcie stricte kardiologii sportowej to są pierwsze wytyczne. Z uwagi na poziom rekomendacji mają one charakter wręcz dogmatyczny, choć musimy zdawać sobie sprawę, że zawarte w nich zalecenia oparte są głównie o opinie ekspertów, ponieważ bardzo mało mamy wielośrodkowych badań randomizowanych i meta-analiz w zakresie aktywności fizycznej czy kardiologii sportowej.

Dzisiejsza sesja była prowadzona przez prof. dr hab. n. med. Annę Jegier, dr n. med. Annę Turską-Kmieć oraz dr hab. n. med. Renatę Główczyńską. W jej trakcie odbyły się 4 wykłady, które pokrywały wiele tematów zawartych w tych najnowszych wytycznych.

Profesor Wojciech Braksator opowiedział o aktywności fizycznej u osób z wadami zastawkowymi serca. Problem bardzo powszechny, pojawiający się zarówno u sportowców wyczynowych, jak i u osób, które uprawiają sport rekreacyjnie.

Następnie prof. Piotr Hoffman powiedział nam – jako światowej klasy ekspert w dziedzinie wad wrodzonych serca u dorosłych – o możliwościach podejmowania aktywności fizycznej przez osoby cierpiące na ciężkie schorzenia.

Wykład dr Anny Turskiej-Kmieć dotyczył bardzo ważnego problemu, mianowicie aktywności fizycznej u osób, które mają zaburzenia rytmu serca i kanałopatie, czyli genetycznie uwarunkowane zaburzenia rytmu serca niosące ze sobą ryzyko nagłego zgonu sercowego. Nowe wytyczne ESC w niektórych aspektach są bardziej restrykcyjne niż amerykańskie. Wprowadzono między innymi nowo opracowane metody oceny poziomu wydolności wysiłkowej. Zrezygnowano z podziału na wysiłki dynamiczne i statyczne – teraz określa się poziom, wysokość aktywności i do tego poziomu dopasowuje się dyscypliny sportowe. Ponadto zwraca się uwagę na to, że nie tylko lekarz odpowiada za decyzję o podejmowaniu aktywności fizycznej, ale również pacjent musi być dokładnie poinformowany, czym grozi kontynuacja sportu w przypadku występowania jakiejś patologii. Jest to bardzo ważny element, ponieważ do tej pory aspekt ten nie był tak wyraźnie podkreślany.

Jeśli chodzi o zaburzenia rytmu serca, to podczas posiedzenia podkreśliłmy szczególną rolę zaburzeń rytmu związanych z genetycznie uwarunkowaną arytmia (np. zespół wydłużonego QT czy zespół Brugadów).

Bardzo ważny jest ostatni wykład, który przedstawił prof. Artur Mamcarz. Wystąpienie dotyczyło reko-

mendacji w niewydolności serca. Profesor przypomniał postać Wojciecha Oczi, nadwornego lekarza królów polskich, który powiedział, że ruch jest lekiem. W związku z tym ruch, tak jak każdy lek, ma swoją dawkę, przeciwwskazania i efekty uboczne. Należy odpowiednio zatem dopasować dawkę ruchu w każdej z omawianych sytuacji.

Komentowane wytyczne podkreślają znaczenie aktywności fizycznej jako prewencji. Uprawianie sportu zmniejsza ryzyko rozwoju wielu chorób układu sercowo-naczyniowego, aczkolwiek nadal nie jest jasne, jak aktywność fizyczna wpływa na przebieg naturalny poważnych chorób układu sercowo-naczyniowego u osób z zaawansowanymi problemami. Na pewno wiemy, że aktywność fizyczna o małej i umiarkowanej intensywności w wielu wypadkach jest korzystna i bezpieczna, natomiast podejmowanie wysiłku fizycznego o wysokiej częstotliwości powinno być dawkiowane z rozsądkiem.

Ponieważ ta sesja zebrała bardzo ważnych ekspertów (którzy od wielu lat zajmują się problematyką aktywności sportowej w różnej wersji: sportowej i rehabilitacyjnej), to uważamy, że sesja stanowi dużą dawkę nowych informacji o aktywności fizycznej i kardiologii sportowej. Miała ona wymiar praktyczny, bo wielu lekarzy spotyka się na co dzień z różnymi – dotyczącymi możliwości uprawiania sportów – pytaniami ze strony swoich pacjentów.

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kutarski, przewodniczący sesji pt. Zakażenia w elektroterapii serca

Problem infekcji w elektroterapii jest stary jak sama elektroterapia, czyli liczy sobie około 50 lat. Czy coś się zmienia? Z dwóch referatów wynikało, że liczba infekcji układów stymulujących w ostatnim pięcioletniu jest mniejsza niż była 15–20 lat temu. To jest dobra wiadomość. Dlaczego tak jest? Poprawiają się warunki, w jakich pracujemy.

Druga kwestia, którą poruszaliśmy na sesji, to infekcje wczesne i późne. Wczesne występują do roku i nie stanowią takiego wyzwania. Większym problemem są infekcje późne, które się pojawiają po 3, 5, a nawet 8–10 latach od ostatniego zabiegu. Rana nieotwierana przez 10 lat, a tu nagle pojawia się ropienie. Co to zmienia? Gdy pojawia się infekcja po świeżo wszczepionym układzie, to w ośrodku, gdzie go wszczepiano, usuwa się w sposób prosty jednostkę i elektrody. Natomiast po roku, a już na pewno po dwóch, elektroda jest nie do usunięcia w sposób prosty. Stymulator tak, natomiast elektroda wymaga procedury usuwania przezżylnego. Takich pacjentów trzeba wysyłać do wyspecjalizowanych ośrodków, a procedury są kosztowne. Jakie są patomechanizmy infekcji, które pojawiają się późno, to już jest temat aktualnych badań i rozważań. Wiemy dużo o profilaktyce zabiegów infekcji wczesnych, a co z tymi późnymi, których jest 2/3? Jak im za-

pobiegać? Jest to temat nie na jedną sesję, ale na szereg następnych konferencji, które – mam nadzieję – kiedyś się odbędą.

Czy są alternatywy? Wbrew nadziejom wydaje się, że infekcjom układów nie zapobiegają urządzenia bezelektrodowe. Tam, gdzie istnieje implant i organizm, który jest podatny na infekcje bakteryjne, będą problemy.

prof. dr hab. n. med. Waldemar Banasiak, przewodniczący sesji pt. Kardioonkologia – rozwiążmy wspólnie problem kliniczny

Mamy fantastyczne wyniki badań, które pomagają budować standardy, i wiemy, że dla dużego odsetka pacjentów jesteśmy w stanie zastosować odpowiednią farmakoterapię. Nie można tego powiedzieć o pacjencie ze współistniejącym procesem nowotworowym. W takich przypadkach trzeba raczej liczyć na doświadczenie i zdrowy rozsądek, wszystkie bowiem standardowe terapie, które chętnie stosujemy u nieonkologicznych pacjentów, mogą doprowadzić

do bardzo poważnych, czasami nawet zagrażających życiu, powikłań u osób z nowotworami. Nie wyobrażam sobie, żeby nie było kooperacji między nami a onkologami; proces onkologiczny bowiem determinuje nasze decyzje. W pewnych sytuacjach – przy bardziej zaawansowanych procesach – nie podejmujemy niektórych, zwłaszcza agresywnych, form terapii. Taka współpraca pozwala wybrać najlepszy moment na wykonanie operacji u takich pacjentów czy najlepszy moment na wdrożenie chemioterapii. Ale układ ten działa również w drugą stronę, onkolodzy bowiem – wprowadzając swoją terapię – mogą spowodować ujawnienie procesów kardiologicznych, które potęgują problem z kontynuacją leczenia onkologicznego. W tej sytuacji obowiązkiem kardiologów jest zrobić wszystko, aby jak najszybciej pacjent mógł wrócić do terapii onkologicznej.

Redakcja „Kardiologii Inwazyjnej” w imieniu swoim i Czytelników bardzo dziękuje Państwu za zaangażowanie w organizację Kongresu.

Wyjątkowy rok

Powoli żegnamy rok 2020, który sprawił, że nieoczekiwanie znaleźliśmy się w nowej rzeczywistości związanej z pandemią SARS-CoV-2. Czas pandemii spowodował zmiany w niemal wszystkich aspektach naszego życia. Również plany działań Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego musiały zostać podporządkowane nowej sytuacji, a niektóre zostały wręcz wymuszone przez epidemię i jej skutki.

Jak pamiętamy, 12 marca 2020 roku Minister Zdrowia ogłosił listę jednoimiennych szpitali zakaźnych, co spowodowało spore zamieszanie w pracowniach hemodynamicznych, nie tylko tych które znalazły się w obrębie takich jednostek. Do Zarządu napływały liczne prośby drogą telefoniczną oraz pocztą e-mail o wydanie jasnych wytycznych postępowania z pacjentami z OZW oraz zakażonych (i podejrzanych) nowym wirusem. Już 19 marca 2020 roku Zarząd rozesłał oraz umieścił na stronie www.aisn.pl propozycje postępowania i schematy decyzyjne dla tej grupy chorych. Ponadto zamieszczono stosowne instrukcje oraz filmy szkoleniowe dotyczące ubierania i ściągania środków ochrony osobistej. Dzięki tym prostym informacjom w wielu szpitalach udało się, jeśli nie opanować napiętą sytuację, to przynajmniej wskazać kierunek działań w celu wypracowania własnych lokalnych zasad postępowania z grupą chorych zakażonych SARS-CoV-2 i chorobami sercowo-naczyniowymi.

W tym samym czasie, po przeprowadzeniu ankiety wśród ośrodków kardiologii inwazyjnej, Zarząd Główny PTK oraz Zarząd AISN PTK wspólnie z Konsultantem Krajowym ds. Kardiologii przesłał pismo do Ministra Zdrowia z prośbą o pilne zaopatrzenie wszystkich pracowni kardiologii interwencyjnej OZW w trybie dyżuru 24/7 w niezbędne do ochrony przed zakażeniem SARS-CoV-2 środki ochrony osobistej. Było to niezbędne w celu zwrócenia uwagi osób decyzyjnych, iż pracownie hemodynamiczne pra-



ują podobnie jak szpitalne oddziały ratunkowe, przyjmując chorych bezpośrednio przewiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego.

W połowie kwietnia (17.04.2020 r.) zostało opublikowany dokument PTK pt. „Kardiologia podczas epidemii COVID-19. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego” zawierający praktyczne schematy postępowania z pacjentami z OZW w dobie pandemii. Po przeprowadzeniu ankiety w pracowniach hemodynamicznych w całej Polsce, która wykazała 20–30-procentowy spadek liczby zabiegów kardiologii inwazyjnej, 20 kwietnia 2020 roku rozpoczęła się wspólna akcja medialna Zarządu Głównego PTK i AISN PTK skierowana do pacjentów i całego społeczeństwa pt. „Chroń życie, NIE #zostańwdomu z zawałem!”. Jej celem było zachęcenie pacjentów do zgłaszania się z powodu OZW do leczenia. Akcja medialna, w której oprócz Prezesa PTK i Przewodniczącego AISN PTK, uczestniczyło wielu znanych lekarzy, dotarła do co najmniej 14 mln odbiorców (do dnia 6.05.2020 r.). Akcja, z przerwą wakacyjną, toczy się nadal.

Organizatorzy większości konferencji wraz z AISN PTK weszli w tym roku w przestrzeń wirtualną. Pierwsze warsztaty akredytowane przez Asocjację, które odbyły się w trybie on-line (*PINC, Peripheral Interventions in Cracow*) zostały zorganizowane

w czerwcu i pokazały, że tego typu spotkania naukowe można przygotować z bardzo dobrym efektem merytorycznym oraz nadzwyczajnie wysoką frekwencją. W tej samej formie odbyły się wszystkie najważniejsze konferencje kardiologii interwencyjnej w Polsce i na świecie. Dodatkowo, AISN przygotowało cykl szkoleń on-line we współpracy z firmą Abbott Medical, które zostały zrealizowane w okresie od września do listopada. Obecnie przygotowany jest dalszy ciąg dalszy spotkań naukowych, które mają na celu realizację misji dydaktycznej i szkoleniowej AISN PTK. AISN PTK będzie kontynuował szkolenia w tej formie, zwykle we wtorki o godzinie 17.00. Szkolenia te będą dostępne na stronie www.aisn.pl

W dalszym ciągu czekamy na wdrożenie finansowania optycznej koherentnej tomografii (OCT). AISN PTK wraz z Zarządem Głównym PTK zwracał się do Ministra Zdrowia wielokrotnie z prośbą o włączenie OCT, jako procedury do koszyka świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych. Chcielibyśmy, aby to świadczenie było realizowane wymiennie z ultrasonografią wewnątrznaczyniową (IVUS), z tymi samymi wskazaniami i z tą samą wyceną, bez ponoszenia dodatkowych kosztów dla płatnika. W dalszej kolejności Zarząd zwróci się do Ministra Zdrowia o finansowanie wewnątrznaczyniowej litotrypsji.

Misja AISN PTK jako towarzystwa naukowego to wspieranie młodych naukowców i zachęcanie do realizacji projektów badawczych. AISN PTK umożliwia finansowanie publikacji członkom AISN dzięki odpowiednim grantom. Granty te są na bieżąco ogłaszane na stronach AISN. Asocjacja we współpracy z partnerami finansuje również badania naukowe. W tym roku grant AISN PTK o wartości 100 tys. zł we współpracy z firmą Abbott Medical został ogłoszony na badania dotyczące mikrokrążenia tętnic wieńcowych.

Wpłynęło 8 wniosków, po wnikliwej analizie niezależnych recenzentów, finansowanie otrzymał projekt pt. „Ocena stężenia mikropęcherzyków z komórek śródbłonna i komórek mięśni gładkich naczyń u pacjentów z dysfunkcją naczyń mikrokrążenia wieńcowego” autorstwa dr. n. med. Łukasza Kołtowskiego (I Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). Gratulujemy zwycięzcy!

Tegoroczna działalność AISN PTK pozwoliła wejść na kolejny poziom poszerzania wiedzy oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Udowodniliśmy, że brak możliwości fizycznego spotkania się nie jest przeszkodą do ustawicznego podnoszenia naszych umiejętności, choć z pewnością jakość tych szkoleń zależy od indywidualnego podejścia szkolących się.

Ten rok w AISN PTK był wyjątkowy, podobnie jak we wszystkich innych dziedzinach. Pandemia wpłynęła na niemal każdy element naszego życia, w tym na działalność organizacji naukowych. Dzięki dostępnym narzędziom oraz zaangażowaniu wielu osób udało się wprowadzić działalność statutową na kolejny poziom, do przestrzeni internetowej. Udowodniliśmy, że brak możliwości fizycznego spotkania się nie jest przeszkodą do ustawicznego podnoszenia umiejętności i rozwoju naukowego. AISN PTK będzie kontynuował szkolenia dla kardiologów interwencyjnych w obecnej formie zwykle we wtorki o godzinie 17. Szkolenia te będą dostępne na stronie www.aisn.pl.

Prof. Stanisław Bartuś
Przewodniczący AISN PTK



Szanowni Państwo,

mamy przyjemność poinformować, iż Zarząd AISN PTK zgłosił Pana Prof. Roberta J. Gila do Komisji Wyborczej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego jako kandydata na Prezesa Zarządu Głównego PTK. Zachęcamy do zapoznania się z załączonymi informacjami o kandydacie.

Zarząd AISN PTK



Szanowni Członkowie Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK,

Drogie Koleżanki i Koledzy,

w imieniu Zarządu AISN PTK z przyjemnością informuję, iż po zapoznaniu się z opiniami recenzentów, Komisja Grantów wyłoniła laureata tegorocznego Grantu Naukowego AISN PTK 2020 we współpracy z firmą Abbott Medical. Został nim Pan dr n. med. Łukasz Kołtowski, który zgłosił projekt pt. „Ocena stężenia mikropęcherzyków z komórek śródbłonna i komórek mięśni gładkich naczyń u pacjentów z dysfunkcją naczyń mikrokrażenia wieńcowego”. Grant zostanie zrealizowany w I Katedrze i Klinice Kardiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (UCK WUM) pod kierownictwem Pana dr. hab. n. med. Janusza Kochmana.

Wszystkie granty były na bardzo wysokim poziomie i zasługują na szybką realizację. Niestety AISN PTK może obecnie finansować tylko jeden grant. Dziękujemy wszystkim osobom biorącym udział w konkursie. Serdecznie gratulujemy Laureatowi!

Z wyrazami szacunku,

Prof. Stanisław Bartuś
Przewodniczący AISN PTK

Prof. Zenon Huczek
Przewodniczący Komisji Zarządu AISN PTK
ds. Grantów Naukowych i Stypendiów Wyjazdowych



Szanowni Państwo,

Miło nam poinformować, że przyjęte przez Nadzwyczajne Walne Zebranie Delegatów (9.10.2020) zmiany w statucie PTK zostały zaakceptowane przez Krajowy Rejestr Sądowy.

Aktualny statut znajduje się na stronie internetowej PTK pod adresem: https://ptkardio.pl/o_ptk/56-statut_ptk

Bardzo prosimy o zapoznanie się z tym ważnym dokumentem.

Z poważaniem,

Beata Lewandowska
Dyrektor Biura Zarządu Głównego



Szanowni Państwo,

Z wielką przyjemnością informujemy, że w dniu 1 stycznia 2021 roku oficjalnie uruchamiamy Platformę Naukową Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Platforma Naukowa PTK ma na celu ułatwienie realizacji badań obserwacyjnych (rejestrów) przez struktury i jednostki organizacyjne PTK, a w szczególności przez Sekcje i Asocjacje PTK.

W ramach Platformy Naukowej, Zarząd Główny PTK udziela wsparcia w prowadzeniu wielośrodkowych badań obserwacyjnych, których wyniki mogą być przydatne i pomocne w aspekcie medycznym, naukowym oraz organizacyjnym systemu opieki zdrowotnej, co wypełnia cele statutowe PTK.

Nadzór merytoryczny i organizacyjny nad Platformą Naukową sprawuje Komisja Inicjatyw Klinicznych Zarządu Głównego PTK.

Na stronach PTK, po zalogowaniu się, w zakładce „Platforma Naukowa PTK” dostępne są do pobrania:

- Regulamin Platformy Naukowej PTK
- Formularz zgłoszenia propozycji Rejestru do PN PTK
- Kalkulator kosztów wsparcia PN PTK (excel)

Formularz zgłoszeniowy wraz z kompletem załączników należy przysyłać w formie elektronicznej na email Przewodniczącego Komisji Inicjatyw Klinicznych PTK: marek.gierlotka@gmail.com i jednocześnie do ZG PTK zarzad.glowny@ptkardio.pl

Zgodnie z regulaminem, na rok 2021 Zarząd Główny PTK zarezerwował kwotę 60 tys. złotych dla co najmniej 5 rejestrów. Maksymalny koszt wsparcia jednego rejestru został ustalony na 12 tys. złotych.

Serdecznie zapraszamy do składania wniosków!

Dr hab. Marek Gierlotka, prof. UO
w imieniu Komisji Inicjatyw Klinicznych ZG PTK
Prof. Adam Witkowski
Prof. Przemysław Mitkowski
w imieniu Zarządu Głównego PTK

8th Transcatheter Heart Team Conference 2021: 8. Konferencja Przezcewnikowego Leczenia Chorób Strukturalnych Serca 2021

data: **4.03.2021–5.03.2021**

miejsce: Hotel Vienna House Angelo

Katowice, Polska

strona www: <http://tthconference.com/>

THT to coroczna, międzynarodowa konferencja poświęcona zagadnieniu przezcewnikowego leczenia chorób strukturalnych serca. Jej celem jest utworzenie miejsca wymiany doświadczeń oraz edukacji członków Zespołów Sercowych, a także prezentowanie najnowszych doniesień naukowych oraz osiągnięć technologicznych w tej dziedzinie.

Poprzednie wydania Konferencji THT odbyły się w Warszawie i Katowicach, pod patronatem następujących sekcji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego:

Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych, Sekcji Kardiochirurgii, Sekcji Wad Zastawkowych Serca, Sekcji Echokardiografii, Sekcji Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego i Tomografii Komputerowej Sekcji Pielęgniarek i Techników Medycznych



Program Konferencji THT otrzymał akredytację Europejskiej Asocjacji Przeszkórnych Interwencji Sercowo-Naczyniowych EAPCI.

8. edycja konferencji w odbędzie się w dniach 4–5 marca 2021 roku w Katowicach.

Głównymi tematami kongresu będą:

TAVI: przezcewnikowe leczenie wad zastawki aortalnej
 TMVI: przezcewnikowe leczenia wad zastawki mitralnej
 PAVTI: przezcewnikowe leczenia wad zastawki płucnej i trójdzielnej
 LAAC: przezcewnikowe zamknięcie uszka lewego przedsionka
 Nowoczesne metody obrazowania w chorobach strukturalnych serca
 Leczenie udaru niedokrwienego mózgu za pomocą mechanicznej trombektomii

Ramowy program konferencji:

4 marca czwartek 08:00–19:00

Warsztaty szkoleniowe: Prezentacja najlepszych zabiegów leczenia strukturalnych chorób serca w ośrodkach europejskich

Postępy w leczeniu pacjentów z chorobami strukturalnymi serca metodą TAVI oraz TMVI – perspektywy rozwoju w 2020 roku

Zaawansowane techniki TAVI dla operatorów – kardiologów inwazyjnych oraz kardiochirurgów

Przezcewnikowe leczenie natywnej zastawki aortalnej

Przezcewnikowe leczenie zdegenerowanej biologicznej zastawki aortalnej

Bezpieczeństwo zabiegów TAVI: metody zmniejszania częstości powikłań oraz selekcja pacjentów PCI przed TAVI

TAVI u pacjentów z niewydolnością serca

TAVI u pacjentów z niedomykalnością zastawki mitralnej

TAVI u pacjentów z dwupłatkową zastawką aortalną

Leczenie przeciwplatekcyjne oraz przeciwkrzepliwne w TAVI

Metody zmniejszania ryzyka udaru mózgu w TAVI

Metody zmniejszenia ryzyka niewydolności nerek w TAVI

Metody zmniejszenia ryzyka zaburzeń rytmu serca po TAVI

Wyniki rejestrów oraz badań klinicznych TAVI do lutego 2021 roku

Kampania Valve-for-Life – Zastawka to Życie

5 marca 2021 piątek 08:00–15:00

Warsztaty szkoleniowe: przezcewnikowe metody zamknięcia uszka lewego przedsionka LAAC

Przezcewnikowe leczenie wad natywnej zastawki mitralnej

Przezcewnikowe leczenie zdegenerowanej biologicznej zastawki mitralnej

Przezcewnikowe leczenie wad zastawek trójdzielnej i płucnej

Sesja edukacyjna: obrazowanie CT w chorobach strukturalnych serca

Sesja edukacyjna: obrazowanie echokardiograficzne w chorobach strukturalnych serca

Sesja dla pielęgniarek: wykłady omawiające opiekę nad pacjentem przed, w czasie i po TAVI

Leczenie udaru niedokrwienego mózgu za pomocą mechanicznej trombektomii

Pełny program Konferencji THT jest dostępny na stronie internetowej pod adresem www.THTconference.com

Mamy nadzieję, że kongres będzie miejscem łączącym wiedzę oraz pasje wszystkich zespołów leczących pacjentów z chorobami strukturalnymi serca.

Serdecznie zapraszamy!

Prof. hab. n. med. Andrzej Ochała
 Prof. hab. n. med. Adam Witkowski
 Dr n. med. Radosław Parma
 Dr n. med. Maciej Dąbrowski

Reflektorem po świecie kardiologii

Tuż przed końcem roku
w dniu 31.12.2020 roku
odbyła się wideokonferencja
z Przewodniczącym Sejmowej
Komisji Zdrowia, panem posłem,
Tomaszem Latosem.
Ze strony Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego w rozmowie wzięli
udział: prof. Tomasz Zdrojewski,
Przewodniczący Komisji ds.
Współdziałania z Parlamentem
i Administracją Państwową ZG PTK
i prof. Adam Witkowski, Prezes PTK.

Artur Krzywkowski

PTK chce współdziałać!

Wobec narastających problemów pacjentów kardiologicznych omówiono możliwości włączenia się PTK w prace sejmowej Komisji Zdrowia oraz uwzględnienia zagadnień związanych z chorobami układu sercowo-naczyniowego w harmonogramie prac Komisji.

Redakcja „Kardiologii Inwazyjnej” będzie informować swoich Czytelników postępach prac związanych z tymi wstępnymi ustaleniami.

Uruchomiono Platformę

W dniu 1 stycznia 2021 roku oficjalnie uruchomiono Platformę Naukową Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Platforma ta ma na celu ułatwienie realizacji badań obserwacyjnych (rejestrów) przez struktury i jednostki organizacyjne PTK, a w szczególności przez Sekcje i Asocjacje PTK.

W ramach Platformy Naukowej, Zarząd Główny PTK będzie udzielał wsparcia w prowadzeniu wielośrodkowych badań obserwacyjnych, których wyniki mogą być przydatne i pomocne w aspekcie medycznym, naukowym oraz organizacyjnym systemu opieki zdrowotnej, co wypełnia cele statutowe PTK. Nadzór merytoryczny i organizacyjny nad Platformą Naukową sprawować ma Komisja Inicjatyw Klinicznych Zarządu Głównego PTK.

Formularz zgłoszeniowy wraz z kompletem załączników należy przysyłać w formie elektronicznej na email Przewodniczącego Komisji Inicjatyw Klinicznych PTK: marek.gierlotka@gmail.com i jednocześnie do ZG PTK zarzad.glowny@ptkardio.pl

Zgodnie z regulaminem, na rok 2021 Zarząd Główny PTK zarezerwował kwotę 60 tys. złotych dla co najmniej 5 rejestrów. Maksymalny koszt wsparcia jednego rejestru został ustalony na 12 tys. złotych.

Dlaczego częściej umieramy?

Opublikowany rządowy raport o przyczynach zwiększonej liczbie zgonów w Polsce w 2020 roku potwierdza, że w zeszłym roku zmarło o 67 tys. osób więcej niż w 2019. Zdaniem przedstawicieli władz wzrost spowodowały przede wszystkim zgony, które wystąpiły między październikiem a grudniem ubiegłego roku. Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że liczba zgonów zwiększyła się przede wszystkim w grupie osób powyżej 60. roku życia i stanowią one aż 94% nadwyżki liczby zgonów względem roku 2019. Spośród przyrostu liczby zgonów w 2020 roku względem roku ubiegłego 43% stanowią zgony zareportowane przez Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne

z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Warto zwrócić także uwagę, że kolejne 27% nadwyżki to zgony u pozostałych osób, u których w przeszłości zdiagnozowano zakażenie SARS-CoV-2.

Dane ministerialne wzbudzają jednak sporo wątpliwości i są przedmiotem intensywnych dyskusji w gronach ekspertów. W mediach ponadto pojawiały się informacje o pacjentach określanych mianem „niecovidowych”, którzy z powodu paraliżu systemu ochrony zdrowia nie otrzymali odpowiedniej i pomocy. Niestety w wielu przypadkach nawarstwiają się również efekty tak zwanego „zamrożenia” czy to odgórnego, czy oddolnego placówek medycznych. Zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia przekładano bowiem niektóre operacje, a przychodnie i szpitale ograniczały przyjęcia i ze względu na bezpieczeństwo i braki kadr na kwarantannie. Innym problemem okazały się także na decyzje samych pacjentów, obawiających się zakażenia. Pośrednio potwierdza to prawie 20-tysięczny spadek w porównaniu z rokiem 2019 liczby wystawionych kart DiLO. W niektórych miesiącach spadek sięgał 30–40%

W przypadku każdej z wyróżnionych w opracowaniu Ministerstwa Zdrowia listy chorób przewlekłych zaobserwowano istotny przyrost względem statystyk z roku poprzedniego. Najwyższy relatywny wzrost odnotowano wśród osób cierpiących na choroby układu krążenia (16,69%), natomiast najniższy wśród osób chorych na nowotwory (4,7%).

Dla nikogo natomiast nie było zaskoczeniem aż 82-procentowy wzrost liczby zgonów osób, które były obciążone tak zwanymi „chorobami współistniejącym”. Autorzy raportu ministerialnego dodatkowo dokonali podziału na zgony, które przez Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne zostały „zaraportowane” jako spowodowane wirusem, a także te, które jako takie nie zostały tak przedstawione, ale były zgonami wśród osób z pozytywnym wynikiem. Były to zgony związane z powikłaniami wirusa lub zgony wśród pacjentów, którzy ulegli zakażeniu w szpitalu, będąc już w stanie krytycznym. Zdecydowana większość zgonów następuje w ciągu 30 dni od potwierdzenia zakażenia Sars-CoV-2, obserwowane są jednak również zgony następujące później. Jak pisze resort, mogą być one spowodowane powikłaniami po przejściu infekcji. Tym samym tego typu zgony mogą być rzadziej raportowane z SARS-CoV-2 jako przyczyną zgonu. Ponadto część różnicy może wynikać z opóźnień sprawozdawczych. W grudniu widoczny był znaczny przyrost zgonów „późnych”, które mogą być spowodowane wystąpieniem powikłań po szczycie pandemii, który obserwowany był w listopadzie. Częściowo, wzrost może być tłumaczony naturalnymi zgonami, niezwiązanymi z przebiegiem choroby.

Drastyczny spadek!

O problemie spowodowanego zakażeniem COVID-19 drastycznym spadkiem liczby wykonywanych zabiegów i stacjonarnych konsultacji, a także konsekwencji takiego stanu z którymi będziemy musieli mierzyć się jeszcze bardzo długo” kolejny raz alarmował prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Zdaniem Prezesa PTK „zamrożenie” systemu ochrony zdrowia, spowodowane „lockdownem”, szczególnie od marca do maja, przełożyło się na ograniczenie liczby procedur zabiegowych w kardiologii i kardiochirurgii. W ostrych zespołach wieńcowych spadek interwencji rok do roku wynosi około 35%. W przypadku zabiegów planowych zmniejszenie liczby procedur kardiologii interwencyjnej sięga nawet 70%, a procedur elektrofizjologicznych około 40%. W tym roku zmalała także liczba operacji kardiologicznych: pomostowań aortalno-wieńcowych (by-passy), operacji zastawkowych, przeszczepów serca”

Profesor Adam Witkowski z niepokojem stwierdził również, że „W czasie pandemii znacznie ograniczony został także dostęp do porad kardiologicznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Udzielane były głównie porady zdalne, co z jednej strony okazało się bezcenne, gdyż pozwoliło na kontynuację leczenia u wielu chorych, zdalne wystawianie e-recept oraz zminimalizowanie kontaktów starszych pacjentów z innymi osobami oczekującymi na przyjęcie przez lekarza. Z drugiej jednak strony teleporada w kardiologii nie jest możliwa u wszystkich pacjentów, którzy potrzebują kontaktu z lekarzem. Nie dotyczy chorych z zaostrzeniami chorób przewlekłych, którzy wymagają badania fizykalnego, lub pacjentów pierwszorazowych, którym także trudno zdalnie udzielić pomocy”.



Prezes PTK dodał również, że „w czerwcu 2020 roku oraz w czasie wakacji system udało się częściowo odmrozić, a także nawet nadrobić część zaległości. Niestety, mimo wszystko opieka nad pacjentem kardiologicznym nie wróciła do stanu sprzed pandemii, co niechybnie odbije się źle na zdrowiu Polaków. Już teraz obserwujemy bowiem istotny wzrost liczby zgonów, za które trudno obciążać tylko COVID-19”. Udzielanie świadczeń w 2020 roku, zdaniem Profesora Adama Witkowskiego, utrudniała także epidemia strachu, która szła w parze, szczególnie wiosną, z pandemią SARS-CoV-2. Z tego powodu wielu pacjentów nie zgłaszało się do lekarza czy szpitala, mimo ostrych objawów i nasilonych dolegliwości. Z konsekwencjami będziemy mierzyć się jeszcze bardzo długo.

Bezelektrodowa przyszłość

„Najnowsze bezelektrodowe stymulatory serca są mniejsze niż kostka cukru. To wyjątkowo wytrzymała, kosmiczna technologia. Wraz z rozwojem i unowocześnianiem stymulatorów serca powstała nowa dziedzina – elektroterapia kardiologiczna, chroniąca pacjentów przed nagłym zgonem sercowym i hospitalizacjami. Wykorzystuje się w niej różnego typu urządzenia już tak doskonałe, że pacjenci z zaburzeniami serca mogą prowadzić aktywne życie rodzinne i zawodowe” – oświadczył prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.



Poza stymulatorami serca są to kardiowertery-defibrylatory oraz urządzenia umożliwiające terapię resynchronizującą. Aparaty te spełniają coraz więcej funkcji, a jednocześnie są miniaturyzowane. Powstały kardiowertery-defibrylatory całkowicie podskórne, a tak zwane

rejestratory zdarzeń są już tak małe, że specjaliści nie mówią o ich wszczępieniu, lecz o „wstrzyknięciu”. Wykorzystuje się je do wykrywania ukrytej arytmii serca, powodującej rzadkie omdlenia, na przykład raz na kilka miesięcy. Urządzenia do stymulacji serca zostały zminiaturyzowane o ponad 90%, zachowując wszystkie funkcje standardowego układu. Nawet czas pracy baterii pozostał długi, bo wystarcza na około 10 lat.

Zdaniem specjalistów, najnowszej generacji bezelektrodowe stymulatory, czyli pozbawione elektrod wewnętrzsercowych, mają objętość jednego centymetra sześciennego, czyli są nieco mniejsze niż kostka cukru. Są one również pozbawione wielu negatywnych skutków długiego przebywania elektrod w układzie sercowo-naczyniowym. A technologia

nierzadko jest daleko bardziej zaawansowana niż niektóre technologie kosmiczne czy militarne.

Profesor Przemysław Mitkowski potwierdził, że kardiologowie do niedawna nie wyobrażali sobie stymulacji serca inaczej, jak tylko dostarczanej przy użyciu generatora impulsów i elektrod, które są do niego przyłączone. Takimi elektrodami były przewodniki o długości kilkudziesięciu, zwykle 50 lub 60 cm. Dziś stymulatory bezelektrodowe przeznaczone są przede wszystkim dla osób, które miały już powikłania elektrostymulacji, szczególnie powikłania infekcyjne albo u których ryzyko wystąpienia takich powikłań jest dramatycznie wysokie. Tymczasem urządzenia bezelektrodowe są tak zaawansowane technologicznie, że pozwalają na rozpoznanie przepływu krwi przez zastawkę trójdzielną. Zapewniają pacjentowi większy rzut w porównaniu do tej pierwszej generacji przy praktycznie tej samej żywotności baterii.

Pierwszy stymulator bezelektrodowy wszczepiono w grudniu 2013 roku. W Polsce stosuje się go od pięciu lat, po raz pierwszy został wszczepiony w styczniu 2016 roku. Już w 2020 roku pojawiła się druga generacja tych urządzeń i zapewnia ona bardziej fizjologiczną stymulację serca.

Czy e-zdrowie nas uzdrowi?

Pani Minister Anna Goławska potwierdziła, że w opinii Resortu Zdrowia telemonitorowanie pacjenta może mieć ogromny wpływ na odciążenie placówek ochrony zdrowia. Swoją drogą Polskie Towarzystwo Kardiologiczne już od lat apeluje o refundację telemonitoringu urządzeń wszczepialnych, a Prezes Elekt PTK Prof. Przemysław Mitkowski wielokrotnie podkreślał, że dzięki szybkiemu przepływowi informacji dotyczącej zmian stanu chorego lekarze są w stanie przewidzieć konieczność hospitalizacji. Niejednokrotnie, jeśli w skład implantowanego układu wchodzi system telemonitoringu urządzeń wszczepialnych, to takiego chorego od hospitalizacji można uchronić poprzez korektę dotychczasowego leczenia farmakologicznego. Dotyczy to technologii, które są na etapie potwierdzenia ich skuteczności klinicznej, czyli tak zwanych nowych, jeszcze niezarejestrowanych, ale takich, które na obszarze Unii Europejskiej zostały już dopuszczone do obrotu i stosowania w ramach diagnostyki albo terapii.

Pani minister Anna Goławska potwierdziła również, że w zamierzeniach Ministerstwa Zdrowia Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia to jeden z najważniejszych priorytetów. Po wprowadzeniu e-zwolnienia, e-recepty, e-skierowania, teleporady i e-wizyty, przyszedł czas na kolejne cyfrowe usługi: wymianę elektronicznej dokumentacji medycznej i raportowanie zdarzeń medycznych, centralną e-rejestrację oraz zamawianie e-recept. Program zakłada, by do 2022 roku wszystkie dane na temat zdrowia Polaków

zostały przeniesione do systemów informatycznych. Projekt e-zdrowie stanowić ma bowiem kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia.

Zarząd zaprasza

Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zaprasza do składania ofert oraz negocjacji mających na celu wyłonienie wydawcy miesięcznika „Kardiologia Polska” („KP”) na okres od 1 kwietnia 2021 do 31 marca 2023, z możliwością bezkonkurencyjnego przedłużenia umowy o następne 2 lata (do 31 marca 2025).

Regulamin konkursu oraz inne dokumenty związane z prowadzonym konkursem, dostępne są na stronie internetowej Towarzystwa pod adresem: www.ptkardio.pl

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zakłada, że potencjalny kontrahent zobowiąże się między innymi do utrzymania i dalszego wzrostu poziomu naukowego pisma, ocenianego według obiektywnych kryteriów: Impact Factor oraz Index Copernicus, utrzymania możliwości prenumeraty KP w wersji papierowej, powiązania z opłatą kongresową dorocznego kongresu PTK, a także prenumeraty suplementów „Kardiologii Polskiej”, w tym Zeszytów Edukacyjnych oraz wydawanie polskich wersji wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, niedługo po ich publikacji w „European Heart Journal”.

„Niewydolność” jeszcze on-line

Kolejna VII edycja konferencji „Łódzkie Warsztaty Niewydolności Serca” odbędzie się w dniu 20 lutego 2021 roku. Niestety, tym razem ze względu na okoliczności organizatorzy zrezygnowali z tradycji spotkań w hotelu Andels i zdecydowali się na przygotowanie spotkania w wersji on-line. Program spotkania zapowiada się bardzo interesująco. W ostatnim roku pojawiło się bowiem wiele nowości coraz bardziej przekonujących, jak wielkie znaczenie powinno mieć tak zwane postępowanie wielospecjalistyczne zwłaszcza w pandemii COVID-19.

A THT w Katowicach?

W dniach 4 i 5 marca 2021 roku w katowickim hotelu Vienna House Angelo odbędzie kolejna ósma

już edycja Konferencji Przezcewnikowego Leczenia Chorób Strukturalnych Serca 2021.

THT, czyli: 8th *Transcatheter Heart Team Conference*, to coroczna, międzynarodowa konferencja poświęcona zagadnieniu przezcewnikowego leczenia chorób strukturalnych serca. Jej celem jest utworzenie miejsca wymiany doświadczeń oraz edukacji członków zespołów sercowych, a także prezentowanie najnowszych doniesień naukowych oraz osiągnięć technologicznych w tej dziedzinie.

Poprzednie edycje Konferencji THT odbyły się w Warszawie i Katowicach. Obecną swoim patronatem objęły liczne sekcje Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w tym między innymi Asocjacja Interwencji Sercowo-Naczyniowych, Sekcja Kardiologii, Sekcja Wad Zastawkowych Serca czy Sekcja Echokardiografii.

Program Konferencji THT otrzymał akredytację Europejskiej Asocjacji Przezskórnych Interwencji Sercowo-Naczyniowych EAPCI. Głównymi tematami tegorocznego kongresu będą:

- TAVI: przezcewnikowe leczenie wad zastawki aortalnej,
- TMVI: przezcewnikowe leczenia wad zastawki mitralnej,
- PAVTI: przezcewnikowe leczenia wad zastawki płucnej i trójdzielnej,
- LAAC: przezcewnikowe zamknięcie uszka lewego przedsionka,
- nowoczesne metody obrazowania w chorobach strukturalnych serca,
- leczenie udaru niedokrwiennego mózgu za pomocą mechanicznej trombektomii.

Pełny program Konferencji THT jest dostępny na stronie internetowej pod adresem www.THTconference.com.

Redakcja „Kardiologii Inwazyjnej” trzyma kciuki za Organizatorów, wierząc, że uda się zgodnie z planem przeprowadzić ten ważny Kongres będący miejscem spotkań ludzi dzielących pasję leczenia pacjentów z chorobami strukturalnymi serca.