



Szanowni Państwo,

z przyjemnością informujemy, że po analizie zgłoszonych wniosków, Nagrodę Naukową AISN PTK im. Emila Płowieckiego ufundowaną przez firmę Balton otrzymuje dr hab. n. med. Jacek Bil, prof. CMKP za pracę pt. "Revisiting the use of the provocative acetylcholine test in patients with chest pain and nonobstructive coronary arteries: a five-year follow-up of the AChPOL registry, with special focus on patients with MINOCA" opublikowaną w *Translational Research* 2020 Nov 21:S1931-5244(20)30280-2. (IF za rok 2020 = 5,411).

Serdecznie gratulujemy Laureatowi!

Z wyrazami szacunku

w imieniu Zarządu AISN PTK
Prof. Stanisław Bartuś



Szanowni Państwo,

na prośbę Pani Prof. Janiny Stępińskiej, Przewodniczącej Kapituły Nagrody Prezesów PTK, uprzejmie przypominam, iż zbliża się termin zgłaszania kandydatów do Nagrody Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Nagroda jest nagrodą indywidualną, przyznawaną za oryginalne, zdefiniowane osiągnięcie naukowe lub nowatorskie rozwiązanie wdrożeniowe w zakresie kardiologii klinicznej lub doświadczalnej, udokumentowane pracami opublikowanymi w recenzowanych czasopismach naukowych. Nagroda może być przyznana obywatelowi polskiemu, który w dniu upływu terminu do dokonywania zgłoszeń kandydatów do Nagrody nie ukończył 45. roku życia.

Zachęcam do przesyłania propozycji kandydatów do Nagrody. Termin nadsyłania zgłoszeń mija 31 maja br. Regulamin Nagrody dostępny jest na stronie internetowej PTK: https://ptkardio.pl/aktualnosci/574-komunikat_przewodniczacej_kapituly_nagrody_prezesow_ptk

Z pozdrowieniami

w imieniu Zarządu AISN PTK
Prof. Stanisław Bartuś

Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil, kardiolog, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej CMKP w CSK MSWiA w Warszawie – kandydat na prezesa-elekta Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2021-2023

Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy,

nazywam się Robert Gil i jestem kardiologiem. W styczniu bieżącego roku po uzyskaniu rekomendacji Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK zgłosiłem swoją kandydaturę na funkcję Prezesa-Elekta Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2021–2023. Przedstawiłem wówczas skrócony program swoich planowanych zadań. Obecnie przyszedł czas, aby bliżej zaprezentować się środowisku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Kariera i działalność na rzecz kardiologii

Do Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego należę od 1987 roku. W latach 1993–1997 byłem członkiem Zarządu Oddz. Szczecińskiego PTK, w którym udzielałem się jako prelegent oraz współorganizator posiedzeń naukowych. Byłem również w Komitecie Organizacyjnym (przew. prof. dr hab. n. med. Z. Kornacewicz-Jach) Wiosennej Konferencji PTK, która miała wówczas miejsce w Szczecinie. W 1996 roku zostałem przyjęty do Klubu 30 PTK, stając się jednym z pierwszych jego członków.

Lata 1997–2007 to czas mojej bardzo intensywnej pracy w ramach Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK (1997–2004: Przewodniczący, 2004–2007: past-przewodniczący ww. Sekcji). To wtedy bardzo dynamicznie zaczęły pojawiać się w Polsce nowe pracownie kardioangiograficzne, dlatego niezbędne było stworzenie od podstaw całego systemu dla nowej i bardzo obiecującej dziedziny: programu szkoleń, wytycznych dot. kwalifikacji chorych i wykonywania zabiegów, jak i zasad certyfikacji operatorów oraz samych ośrodków.

To w tamtym czasie w gronie wielu wybitnych dziś kardiologów przygotowaliśmy program 24h dyżuru hemodynamicznego dla chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi oraz centralnej bazy procedur kardiologii inwazyjnej. Dzisiaj to nasza duma w Europie (!). Otwarcie trzeba przyznać, że to były wspólne i namacalne efekty pracy kierowanych przeze mnie

Zarządów i jestem z tego również osobiście bardzo usatysfakcjonowany. Nie ma bowiem dla mnie większej wartości niż współtworzenie czegoś, co zostaje na pokolenia, zmienia na lepsze medycynę, a przez to życie wielu ludzi. W krajach, które podążały naszą drogą, byłem ściśle kojarzony z dynamicznym rozwojem kardiologii interwencyjnej w Polsce. Do tego należy dodać zorganizowanie pierwszych w Polsce Warsztatów Kardiologii Interwencyjnej, podczas których transmitowane były na żywo zabiegi wykonywane w pracowni kardioangiograficznej. W ciągu 25 lat Warsztaty te stopniowo ewoluowały ze ściśle skoncentrowanych na problematyce zabiegowej do uznanego międzynarodowego wielodyscyplinarnego forum, zajmującego się wszystkimi aspektami leczenia chorych kardiologicznych. Ich 25. edycja, od 2005 roku pod nazwą WCCI, będzie miała miejsce w czerwcu bieżącego roku i jak zawsze zgromadzi nie tylko kardiologów interwencyjnych, ale i specjalistów z innych dziedzin medycyny (kardiochirurdzy, radiolodzy, chirurdzy naczyniowi, angiologów, pielęgniarki, technicy medyczni) oraz wszystkich działów kardiologii (prewencja, obrazowanie, niewydolność serca, intensywna opieka, rehabilitacja i inne).

Działalność w PTK i ESC

Od 2011 roku jestem przewodniczącym Klubu Kardiologów Interwencyjnych utworzonym przez AISN PTK w celu wspierania działań jej Zarządu, takich jak: reprezentowanie kardiologii interwencyjnej na spotkaniach w Parlamentarnych Komisjach Zdrowia, z przedstawicielami MZ czy z AOTMiT. Mam w związku z tym dobre przygotowanie w tej kwestii, a współpraca z decydentami jest niezwykle istotna dla rozwoju kardiologii w naszym kraju.

W latach 2015–2019 byłem członkiem ZG PTK, pełniąc m.in. funkcję przewodniczącego Komisji Zagranicznej ZG PTK (kadencja 2017–2019). Funkcję tę pełnię również w obecnej kadencji tj. 2019–2021. W jej ramach odpowiadam za: przygotowania PTK do kongresów ESC oraz, wraz z Prezydium ZG PTK, za kontakty międzynarodowe. Dzięki temu nawią-

załem ważne międzynarodowe kontakty oraz dobrze poznałem zasady funkcjonowania ESC, co już zaowocowało utrzymaniem w „polskich rękach” członkostwa w Nominating Committee of the ESC (*country representative*) oraz w Publications Committee (Chair). Niewątpliwie reprezentacja polskich kardiologów w ESC jest zdecydowanie za mała (uzupełnia ją jeszcze *Chairman of the Regulatory Affairs Committee*), jednak poprawa sytuacji wymaga długoletnich zabiegów na wielu poziomach ESC, przy świadomości szczególnego wpływu osiągnięć naukowych i organizacyjnych zależnych od naszych Sekcji i Asocjacji. Te działania już się toczą, dając nadzieję na lepsze jutro. Z wieloletniego doświadczenia ze współpracy z ESC wiem, że jest ona skuteczna jedynie wtedy, kiedy dobrze zna się realia funkcjonowania i wewnętrznych procedur ESC. Dlatego wysuwanie propozycji, aby zobowiązywać członków PTK działających w ESC do „wprowadzania” dwóch Polaków na swoje miejsce nie ma najmniejszych realnych szans powodzenia. Trzeba podkreślić, iż międzynarodowa wymiana doświadczeń w ramach współpracy z ESC, jej agendami oraz z *World Heart Federation* (Komisja Zagraniczna PTK odbudowała ten kontakt) musi być nieustanna i realizowana przez osoby z doświadczeniem w europejskich strukturach, by kardiologia w Polsce mogła dotrzymać tempa światowym standardom i technologiom, a słowa i pomysły przekładały się na namacalne korzyści dla polskich kardiologów i całej naszej dziedziny.

Od 2017 roku udzielam się jako członek Komitetu Naukowego Kongresów PTK. W 2020 roku pełniłem funkcję przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Wiosennej Konferencji Naukowej PTK i KP. Nie ukrywam, iż pandemia COVID-19 była wtedy wielkim wyzwaniem, ale warto podkreślić, że pierwsza online Wiosenna Konferencja PT&KP zakończyła się sukcesem frekwencyjnym oraz finansowym, a jej program został oceniony bardzo wysoko. W efekcie zaproponowano mi przewodniczenie Komitetowi Organizacyjnemu 84. Wiosennej Konferencji PTK&KP, zaplanowanej na czerwiec bieżącego roku.

„Na co dzień” jestem aktywnym członkiem Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych, Sekcji Rytmu Serca, Asocjacji Niewydolności Serca oraz Asocjacji Intensywnej Terapii Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, uczestnicząc również jako wykładowca w organizowanych przez nie konferencjach naukowych.

Członkiem Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) zostałem w 1995 roku. Swoje umiejętności zawodowe i naukowe szlifowałem w najlepszych ośrodkach europejskich (Karolinska Institutet, Sztokholm – prof. H. Vallin; REHA Centrum Bad Krozingen – prof. H. Roskamm; Centro Cuore, Mediolan – dr A. Colombo). Dzięki swojej aktywności naukowej i zawodowej uzyskałem

stypendium naukowe ESC realizowane w latach 1995–1996 w Ośrodku Thoraxcenter w Rotterdamie (kier. Prof. P.W. Serruys). Współpracę naukową z ww. ośrodkiem kontynuowałem przez kolejne 2 lata, będąc już pracownikiem PAM w Szczecinie. To w tamtym czasie poznałem ludzi, którzy wiele znaczyli (a część nadal znaczy) w europejskiej kardiologii (m.in.: J. Roelandt, M. Simoons, P. De Feyter, P.W. Serruys, F. Zijstra), pozostając namacalnym wzorem dla mnie. To tam, „ręka w rękę” współpracowałem z młodymi, ambitnymi ludźmi nie tylko z Europy ale i z USA, Australii oraz Japonii. To skutkuje dzisiaj bardzo ważnymi międzynarodowymi kontaktami i szerokim horyzontem spojrzenia na naszą dziedzinę, a także na możliwości i kierunki jej rozwoju.

W 2000 roku po spełnieniu kryteriów, związanych z dorobkiem zawodowym oraz naukowym uzyskałem tytuł *Fellow of European Society of Cardiology* (FESC). Od powrotu do kraju pozostaję aktywnym członkiem Working Group on Interventional Cardiology (od 2006 *European Association of Percutaneous Coronary Interventions*). W kadencji 2009–2011 pełniłem funkcję zastępcy przewodniczącego *Fellowship Committee of the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions* (EAPCI). Pod koniec kwietnia 2021 roku uzyskałem propozycję kandydowania na funkcję członka *Nominating Committee of the EAPCI*. Ponadto uczestniczę w pracach *Stroke Council* w ESC. Ten fakt wiąże się między innymi z moją działalnością na rzecz udziału w Polsce kardiologów interwencyjnych w programie leczenia ostrego niedokrwienego udaru mózgu.

Kariera medyczna i naukowa

Jestem lekarzem od 37 lat. Obecnie posiadam 3 specjalizacje (2. stopień z zakresu chorób wewnętrznych, kardiologia oraz angiologia). Planuję zrealizować również specjalizację z intensywnej terapii kardiologicznej. Dzięki tym specjalizacjom moja ocena chorego jest pełniejsza i bardzo przydaje się w prowadzeniu Kliniki, zajmującej się kardiologią interwencyjną, do której trafiają przecież chorzy z tzw. chorobami współtowarzyszącymi. Dlatego wiem, jak ważna jest pełna współpraca wszystkich działów jednej specjalności, jaką jest kardiologia dla naszych pacjentów, którzy potrzebują nas wszystkich do pełnego wyzdrowienia i zachowania dobrej jakości życia. Lata temu wydawało mi się, że kardiologia interwencyjna będzie w stanie samodzielnie poradzić sobie z największymi wyzwaniami zdrowotnymi pacjentów sercowych, ale wraz ze zdobywaniem kolejnych specjalizacji i upływem lat mojej praktyki lekarskiej widzę bardzo wyraźnie, jak wielką rolę w skutecznym leczeniu naszych pacjentów odgrywa współpraca wszystkich dziedzin środowiska kardiologicznego. Partnerstwo i wspólny cel – dobro pacjenta – to dziś kierunki, w których, jako prezes-elekt chciałbym podążać.

Po ukończeniu w 1984 roku z wyróżnieniem Pomorskiej Akademii Medycznej (obecnie Pomorski Uniwersytet Medyczny) rozpocząłem pracę w Klinice Kardiologii PAM (kier. prof. B. Olejak, następnie prof. Z. Kornacewicz-Jach), przechodziłem kolejne etapy rozwoju zawodowego, zaczynając jako stażysta (1984–1985), a kończąc jako kierownik Samodzielnej Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii Instytutu Kardiologii PAM (1993–2001), którą współtworzyłem, doprowadzając ją do pozycji *centre of excellence* w dziedzinie ultrasonografii wewnątrznaczyniowej oraz oceny czynnościowej zwężeń wieńcowych.

Mój dorobek naukowy oraz organizacyjny został zauważony i w Polsce. Stąd oferta pracy złożona mi przez CSK MSWiA w Warszawie. Od listopada 2001 roku w wyniku konkursu jestem kierownikiem Kliniki Kardiologii Inwazyjnej w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie, która od samego początku była pomyślana jako pełnozakresowa, a nie ograniczona jedynie do działalności zabiegowej. We wrześniu 2018 roku kierowana przeze mnie Klinika uzyskała afiliację Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i rozpoczęła swoją działalność w procesie edukacji kadr lekarskich RP. Moje zdolności organizacyjne oraz zarządcze zostały dostrzeżone również przez Dyрекcję CSK MSWiA, co skutkowało powołaniem mnie 3 lata temu na stanowisko przewodniczącego Komitetu Terapeutycznego oraz Komisji Bioetycznej działającej przy CSK MSWiA. Muszę przyznać, iż medycyna to nieustanna lekcja, wymagająca ciągłego rozwoju, stąd z pokorą i całkowitym wsparciem podchodzę do roli współpracy wszystkich dziedzin kardiologii – abyśmy wspólnie, korzystając z wiedzy i doświadczenia medycznego nas wszystkich mogli jak najlepiej służyć naszemu pacjentowi – pacjentowi kardiologicznemu. Bo zarówno pacjent jest jeden – kardiologiczny, jak i kardiologia jest jedna.

Tytuł profesora belwederskiego otrzymałem w 2005 roku z rąk Prezydenta RP. W okresie tych prawie 20 lat pracy w CSK MSWiA byłem promotorem 8 doktoratów (recenzentem ponad 20). Trzech moich doktorantów uzyskało już stopnie dr habilitowanego nauk medycznych (4. habilitacja „w drodze”). Cała trójka uzyskała tytuł FESC i nadal pracuje w kierowanej przeze mnie Klinice. Na recenzenta w przewodach habilitacyjnych byłem powoływany ponad 10 razy, a w profesorskich w 6 przypadkach.

W okresie grudzień 2001–październik 2016 roku wchodziłem w skład powołanego przez Ministra Zdrowia RP Zespołu Ekspertów ds. akredytacji w dziedzinie kardiologii. Od października 2002 roku pełnię funkcję Konsultanta Służby Zdrowia MSWiA w dziedzinie kardiologii.

Mam w swoim dorobku naukowym ponad 400 publikacji, w tym ponad 200 w czasopismach recenzowanych (IF ponad 400, liczba cytowań ponad

3 tysiące), z których zdecydowana większość opublikowanych została w renomowanych czasopismach zagranicznych. Poza tym jestem współautorem ponad 30 rozdziałów książek oraz ponad 300 doniesień zjazdowych, z których ponad 120 było przedstawianych na prestiżowych zjazdach międzynarodowych z zakresu elektrofizjologii klinicznej oraz kardiologii inwazyjnej. Od 2001 roku regularnie zapraszany jestem do czynnego udziału (ang. *Faculty member*) w organizowanych w Europie, Azji oraz Ameryce Północnej prestiżowych konferencjach oraz warsztatach kardiologicznych (m.in. ESC, CRF, EuroPCR, TCT). Ten dorobek powoduje, że w kontaktach międzynarodowych jestem traktowany poważnie i po partnersku. Niewątpliwie pomaga mi w tym też biegła znajomość nie tylko języka angielskiego, ale i języka rosyjskiego oraz niemieckiego.

Od początku z pacjentami z COVID-19

Mój szpital w marcu 2020 roku został praktycznie bez uprzedzenia przekształcony w szpital jednoimienny, i jako ten największy w kraju przeznaczony dla pacjentów zarażonych wirusem SARS-CoV-2, obsługujący chorych z całej Polski. Od początku byłem na pierwszej linii frontu walki z pandemią. Kierowana przeze mnie Klinika do chwili obecnej leczy chorych z COVID-19, w tym tych w najcięższym stanie, tj. wymagających zastosowania sztucznej wentylacji. Jestem dumny z postawy i wyników pracy całego mojego Zespołu, jak również kierowanego przeze mnie szpitalnego Komitetu Terapeutycznego. Nasze pierwsze wytyczne dot. leczenia COVID-19 (stałe uaktualniane) powstały wcześniej niż opracowanie AOTMiT.

Po ponad półtora roku pełnej wyzwania pracy, wielu trudnościach zarówno organizacyjnych, jak i medycznych należy jasno stwierdzić, że pandemia COVID-19 ujawniła wszystkie słabości polskiej ochrony zdrowia, w tym niedostatki i słabości kardiologii. Pracując w najtrudniejszych warunkach od pierwszych dni stanu epidemii byłem naocznym świadkiem załamania się wraz z kolejnymi falami naszego 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, co było z entuzjazmem akceptowane przez Dyрекcję naszej jednostki. W potrzebie „każda władza” zaakceptuje mądre rozwiązania. Powinniśmy o tym pamiętać w kontekście potrzebnych zmian. Bo przecież one muszą nastąpić i to my, kardiolodzy, możemy i powinniśmy być ponownie ich inicjatorami! W ostatnim czasie sporo dowiedzieliśmy się o Krajowej Sieci Kardiologicznej. Wygląda na to, że dotychczasowe podejście, zakładające wchodzenie kolejnych programów skoordynowanych zostanie

zamienione na tę sieć, która pilotażowo rusza na terenie województwa mazowieckiego. Niestety ten „nowy pomysł” na kompleksowe rozwiązania potrzeb pacjentów ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi nie zabezpiecza wszystkich ich potrzeb. W moim przekonaniu KSK powinna zintegrować KOS-Zawał i wprowadzić KONS jako niezbędne elementy domykające całość, która wtedy ma szansę osiągnąć sukces porównywalny z programem KOS-zawał. Widzę na to szansę, bo Rada Koordynacyjna KSK, która została powołana do gotowego już projektu ma w swoim składzie dwóch przedstawicieli PTK, którzy nie wątpię, że będą dążyć do jej dopracowania.

Europejskie standardy w Polsce

Polska kardiologia na tle Europy do okresu pandemii COVID-19 pomimo znanych nam problemów, była w fazie rozwoju. Uważam, że nie możemy pozwolić na zaprzepaszczenie zauważalnych w Europie osiągnięć polskiej kardiologii ani pozwolić na obniżenie standardu naszej opieki dla chorego kardiologicznego. Dotychczasowa jakość zobowiązuje i jako środowisko zdecydowanie nie chcemy obniżać standardów leczenia wymyślając „swoje, które jakoby uwzględniały nasze polskie różnice”. Nie jestem zwolennikiem „wyważania otwartych drzwi”. Jeśli chcemy uczestniczyć w pracach najważniejszych struktur ESC, jeśli chcemy być zapraszani do wygłaszania wykładów na konferencjach

afiliowanych przez ESC, to nie możemy „poprawiać” przyjętych i zatwierdzonych rekomendacji ESC. Nasz krytycyzm zastąpmy profesjonalizmem, a chęć wprowadzenia zauważonych przez nas odmienności powinien pojawiać się na etapie tworzenia takich rekomendacji czy też inspirować do ich jak najszybszego uaktualnienia (!). To dlatego jako myśl przewodnią mojej kadencji proponuję hasło: „Polska Kardiologia – Europejskie Standardy”. PTK musi nieustannie rozwijać kardiologię w Polsce, poprzez usilne starania o wprowadzanie w naszym kraju innowacyjnych terapii lekowych i sprzętowych, co jest szalenie ważne w kontekście szybko starzejącego się społeczeństwa, kardiologicznych i współistniejących z nimi chorób cywilizacyjnych.

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy – czas po pandemii wymaga konkretnych i zdecydowanych działań opartych na realnych założeniach, nie sloganach na potrzeby kampanii wyborczej.

Wierzę, że ze swoim doświadczeniem oraz umiejętnościami organizacyjnymi jestem w stanie zrealizować swoje zamierzenia, a hasłem przewodnim mojej kandydatury jest Polska Kardiologia – Europejskie Standardy.

Z wyrazami szacunku
i koleżeńskimi pozdrowieniami

Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

List dr. hab. n. med. Michała Hawranka

– kandydata na przewodniczącego AISN w kadencji 2023–2025

By zadbać o świadomość wyzwań

Kardiologia interwencyjna to jeden z najszybciej rozwijających się obszarów medycyny. Od wielu lat towarzyszymy wprowadzaniu nowych metod i urządzeń, zarówno w diagnostyce, jak i terapii choroby tętnic wieńcowych i chorób strukturalnych. W najbliższych latach należy się spodziewać równie szybkiego rozwoju jak do tej pory. Powinniśmy być przygotowani na nadchodzące wyzwania, zarówno z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, jak i operatora.

Polska jest jednym z liderów leczenia ostrych zespołów wieńcowych w Europie i na świecie. W ostatnich latach ponad 90% pacjentów z zawałem serca jest poddawanych koronarografii, a przeszskórne interwencje wieńcowe wykonuje się u 90% pacjentów ze STEMI oraz u 70% pacjentów z NSTEMI. Tak wysokie odsetki pacjentów poddawanych diagnostyce inwazyjnej i rewaskularyzacji są możliwe dzięki gęstej sieci certyfikowanych pracowni hemodynamiki oraz wykwalifikowanemu personelowi. Musi jednak pamiętać, że leczenie OZW odbywa się w trybie 24/7. Do funkcjonowania systemu leczenia OZW konieczna jest odpowiednia liczba kardiologów interwencyjnych a zgodnie z danymi z AISN PTK w Polsce jest nas obecnie 788. Biorąc pod uwagę, że konieczne jest zapewnienie obsady ponad 4500 dyżurów miesięcznie obciążenia dla kadry medycznej są bardzo duże. Dodatkowo, jest nas mniej w przeliczeniu na milion mieszkańców niż w większości krajów europejskich. Jako stowarzyszenie naukowe nie mamy bezpośredniego wpływu na politykę medyczną. Możemy jednak dbać o to by świadomość wyzwań była dla decydentów oczywista i jest to jedno z działań, istotnych w najbliższych latach.

Przewlekłe zespoły wieńcowe to jedno z najczęstszych schorzeń układu krążenia. W ostatnich latach, zarówno w Polsce, jak i na świecie obserwujemy istotny spadek częstości rewaskularyzacji wśród pacjentów z tym rozpoznaniem. Przyczyn jest zapewne wiele, od uwarunkowań lokalnych po wyniki badań naukowych, które zmieniają podejście do leczenia tej populacji chorych. Dodatkowo zmienia się charakterystyka pacjentów, którzy trafiają do pracowni hemodynamiki. Z jednej strony chorzy są starsi, często obciążeni wielochorobowością oraz znacznym zaawansowaniem miażdżycy w tętnicach

wieńcowych. Z drugiej strony u wielu z nich za wystąpienie dolegliwości, ostrych lub przewlekłych, odpowiadają inne czynniki niż istotne zwężenia w tętnicach wieńcowych. Wszyscy musimy dostosować się do zmieniającej się rzeczywistości.

Leczenie pacjentów ze złożoną charakterystyką kliniczną i angiograficzną zawsze wiąże się z większym ryzykiem interwencji. Wielu z nich spełnia kryteria pacjentów wysokiego ryzyka związanych z prezentacją kliniczną, chorobami towarzyszącymi i zaawansowaniem miażdżycy. Przeprowadzenie adekwatnej rewaskularyzacji często wymaga stosowania dodatkowych metod zarówno diagnostycznych i terapeutycznych. Udowodnione korzyści rokownicze wynikają z rewaskularyzacji zwężeń powodujących niedokrwienie. Ponadto, dysponujemy danymi potwierdzającymi istotne korzyści stosowania obrazowania wewnątrzwieńcowego celem optymalizacji zabiegu. Z powyższych powodów ocena czynnościowa zwężeń i obrazowanie są już standardem w trakcie przeszskórnych interwencji wieńcowych. Dzięki aktywności poprzednich rządów AISN PTK dysponujemy refundacją tych metod. Nie można ich jednak sumować. Wydaje się, że w wielu przypadkach dobre rokowanie pacjenta wynika z zastosowania ich obu. Jest to jeden z elementów do rozwiązania w przyszłości.

Adekwatna diagnostyka nie dotyczy tylko tętnic niasierdziowych. Zgodnie z danymi z rejestrów niemal połowa pacjentów poddawanych koronarografii nie jest kwalifikowana do rewaskularyzacji. U wielu z nich stan kliniczny wynika z innych przyczyn niż miażdżycza tętnic niasierdziowych. Dysponujemy już metodami, które pozwalają na obiektywną ocenę tych przyczyn, w tym zaburzeń w zakresie mikrokrążenia. Powinniśmy dążyć do refundacji tych metod, ponieważ staną się niebawem koniecznością kliniczną. Poza precyzyjną diagnostyką optymalne przeprowadzenie zabiegu często wymaga stosowania zaawansowanego i drogiego sprzętu. Od przewodników wieńcowych, przez cewniki przedłużające i mikrocewniki do specjalistycznego sprzętu do rekanalizacji CTO. Ponadto zmiany uwapnione wymagają dodatkowego przygotowania. Dysponujemy już rotablacją, ale w wielu przypadkach zasadne byłoby stosowanie litotrypsji wewnątrzwieńcowej, lub połączenie tych metod.

Dodatkowo, u części chorych przeprowadzenie zabiegu jest możliwe tylko z użyciem przezskórnego wspomaganie krążenia. Jednym z ważniejszych działań w niedalekiej przyszłości jest przekonanie decydentów o zwiększeniu nakładów na przezskórne zabiegi wysokiego ryzyka.

Przezskórne leczenie strukturalnych wad serca jest jednym z największych osiągnięć kardiologii w ostatnich latach. Dysponujemy metodami pozwalającymi na leczenie wad zastawkowych, wad przeciekowych oraz anomalii naczyniowych. Z uwagi na postęp medycyny oraz coraz dłuższy czas życia populacja pacjentów wymagających interwencji strukturalnych będzie systematycznie rosta. W Polsce, dzięki działaniu wielu środowisk w ostatnich latach nastąpił dynamiczny wzrost liczby takich zabiegów. Niemniej jednak znacznie więcej pacjentów oczekuje niż może zostać poddanych takim procedurom. Dlatego też nieustannie powinniśmy przypominać o konieczności zwiększania nakładów na ten cel.

Mnogość sytuacji klinicznych, możliwych interwencji oraz dostępnych urządzeń we współczesnej kardiologii interwencyjnej skutkują koniecznością intensywnego szkolenia. Zarówno na początku drogi zawodowej jak i w jej trakcie. Tym samym, zdobycie umiejętności kardiologa interwencyjnego powinno wiązać się ze znajomością wszystkich istotnych zagadnień diagnostycznych oraz terapeutycznych. Wydaje się, że podobnie jak w wielu innych krajach, usystematyzowanie zakresu koniecznej wiedzy będzie prowadziło do lepszego przygotowania adeptów kardiologii interwencyjnej do nadchodzących wyzwań. Zasadną wydaje się dyskusja nad opracowaniem podstawy programowej programu szkolenia z zakresu kardiologii interwencyjnej.

Dotychczasowa działalność Zarządów AISN PTK pozwoliła na znaczne podniesienie standardów kardiologii interwencyjnej. W kolejnych latach należy kontynuować działania w zakresie, 1) edukacji poprzez wspieranie i promocję szkoleń regionalnych oraz tematycznych także w formie zdalnej, 2) informacji poprzez stronę internetową asocjacji, 3) współpracy poprzez skoordynowane działania wspierające kardiologię interwencyjną, 4) nauki poprzez aktualizację dokumentów oraz wspieranie projektów naukowych.

Życiorys

Urodziłem się 12 września 1975 roku. W 2000 roku ukończyłem Wydział Lekarski w Zabrze Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 2001 roku rozpocząłem pracę w III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze. W 2006 roku obroniłem rozprawę doktorską pod tytułem „Angiograficzna ocena progresji miażdżycy w tętnicach wieńcowych u chorych po zawale serca leczonych angioplastyką. Obserwacja 12-miesięczna”. W 2019 roku otrzymałem tytuł doktora habilitowanego za cykl prac pod tytułem „Przezskórne interwencje wieńcowe wysokiego ryzyka – charakterystyka pacjentów, metody leczenia oraz czynniki prognostyczne”. W latach 2017–2021 pełniłem funkcję Sekretarza Zarządu AISN PTK. Od roku 2021 pełnię funkcję Kierownika Pracowni Hemodynamiki i Radiologii Zabiegowej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Z wyrazami szacunku

Michał Hawranek

Reflektorem po świecie kardiologii

Niewydolność serca to coraz powszechniejszy problem medyczny, będący *de facto* skomplikowanym zespołem chorobowym o złożonej patogenezie, stającym się obecnie jednym z najważniejszych wyzwań dla jednostek ochrony zdrowia.

W opublikowanym niedawno raporcie eksperci Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego potwierdzili, że w naszym kraju liczba pacjentów z niewydolnością serca przekroczyła już milion. Populację tę charakteryzuje ponad 40-procentowa śmiertelność w ciągu pięciu lat, a koszty rocznego leczenia przekraczają 1,7 mld złotych z kwotą łączną 6,2 mld złotych kosztów bezpośrednich.

Artur Krzywkowski

Obserwujemy dla nauki

Właśnie dlatego Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, w imieniu Komitetu Naukowego Badania, zaprasza zatem wszystkich zainteresowanych do zgłoszenia ośrodków ambulatoryjnych lub szpitali oraz współuczestnictwa w badaniu obserwacyjnym niewydolności serca w Polsce. Pragnąc utrzymać wysoką reprezentatywność pozyskanych danych, zgłoszenie zostanie przeanalizowane pod kątem reprezentacji geograficznej, wielkości ośrodka, oraz jego wyposażenia zgodnie z zasadami, które opracowano w ramach EORP ESC i które były podstawą realizacji rejestru przed 10 laty.

Nowe wytyczne na Wiosennej Konferencji

Kolejna 84 edycja Wiosenna Konferencja PTK & XIII Konferencja „Kardiologii Polskiej” dobiegła końca. W jej programie zorganizowano 21 sesji, obejmujący ponad 29 godzin wykładów i warsztatów. Zarejestrowano blisko 500 uczestników.

Ze względu na utrzymujące się kolejny rok zagrożenie pandemiczne odbyła się ona w trybie online. Jednym z najważniejszych punktów w programie było przedstawienie nowych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w szczególności postępowania w: migotaniu przedsionków, ostrych zespołach wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST, wrodzonych wadach serca u dorosłych, kardiologii sportowej oraz w przypadku pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, którzy chcą uprawiać sport. Do najważniejszych zmian w rekomendacjach kardiologicznych ostatniego roku należy zaliczyć przede wszystkim konieczność udokumentowanie faktu występowania migotania przedsionków w celu postawienia rozpoznania za pomocą standardowego 12-odprowadzeniowego EKG lub przy pomocy 1-odprowadzeniowego EKG, ale z zapisem trwającym ≥ 30 sekund. Wprowadzono również tak zwany holistyczny system opieki nad pacjentem z migotaniem przedsionków ABC (*Atrial fibrillation Better Care*) w celu lepszej skuteczności leczenia i poprawy rokowania według schematu A – *Anticoagulation/Avoid stroke*; B – *Better symptom management* oraz C – *Cardiovascular and Comorbidity optimization*. Zwrócono również uwagę, że warunkiem podjęcia decyzji o sposobie terapii musi być bezwzględnie zgoda Pacjenta. Dodatkowo, przezcewnikowa ablacja migotania przedsionków z izolacją żył płucnych zalecana jest obecnie w klasie I jako leczenie kontrolujące rytm w przypadku jednej nieudanej próby lub nietolerancji przy stosowaniu leków antyarytmicznych z klasy I lub III u pacjentów z napadowym migotaniem przedsionków lub

przetrwiałym migotaniem przedsionków z lub bez dużych czynników ryzyka.

W przypadku ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST (NSTEMI-ACS) zaleca się obecnie stosowanie algorytmu 0h/1h lub 0h/2h zamiast 0h/3h.

U pacjentów z bardzo dużym prawdopodobieństwem niestabilnej dławicy zaleca się wykonanie inwazyjnej koronarografii, natomiast w przypadku pacjentów niskiego – umiarkowanego ryzyka wytyczne postrzegają wykonanie tomografii komputerowej uważanej jako lepszą opcję.

Wczesną rutynową diagnostykę inwazyjną w ciągu 24h wytyczne zalecają u wszystkich pacjentów z następującymi kryteriami wysokiego ryzyka: NSTEMI na podstawie pomiarów hs-cTn; wynik w skali GRACE > 140 oraz dynamiczne lub przypuszczalnie nowe utrzymujące się zmiany odcinka ST/T lub przejściowe uniesienie odcinka ST. Wytyczne nie rekomendują rutynowego podawania inhibitora P2Y12 bez znajomości anatomii tętnic wieńcowych. U pacjentów z migotaniem przedsionków wprowadzono nową docelową strategię podwójnej terapii z krótkim okresem (< 7 dni) potrójnego leczenia przeciwpłytkowego i przeciwkrzepliwego.

W zakresie kardiologii sportowej i aktywności fizycznej u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego podkreślono w wytycznych wagę ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności co najmniej przez 150 minut w tygodniu (lub 75 minut na tydzień ćwiczeń o dużej intensywności) u wszystkich pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Szczegółowe zalecenia zaproponowano u pacjentów z otyłością, dobrze kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, dyslipidemią czy też cukrzycą, jak na przykład dołączenie do wyżej wymienionej aktywności, treningu siłowego minimum 3 razy na tydzień. Przedstawiono również zalecenia dotyczące aktywności fizycznej w szeregu schorzeń, jak ostre i przewlekłe zespoły wieńcowe, niewydolność serca, wady zastawkowe, choroby aorty, kardiomiopatie, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie osierdzia, wrodzone wady serca u dorosłych, kanałopatie czy też u pacjentów z wszczepionym stymulatorem lub ICD.

Spadki zapowiadają problemy

Spadki wykonywanych procedur elektrofizjologii i elektroterapii to zapowiedź dużego wyzwania, a zdaniem prof. J. Kaźmierczaka – Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii obserwowane ostatnio duże spadki liczby wykonywanych procedur elektrofizjologii i elektroterapii to zapowiedź dużego wyzwania i bardzo poważnych problemów. Potwierdzony znaczny wzrost (co najmniej 67 tysięcy!) liczby zgonów, porównując rok do roku, to tylko w części problem

spowodowany skutkami pandemii COVID-19. Dane dotyczące wzrastającej umieralności polskiej populacji były znane już wcześniej. Niepokojące tendencje i spadki liczb wykonywanych procedur w dziedzinie elektrofizjologii i elektroterapii kardiologicznej można potraktować jako papiererek lakmusowy dla sytuacji w całej polskiej kardiologii. Pewne jest jedno: czeka nas poważne wyzwanie.

Podczas dorocznej konferencji Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego POLSTIM 2021 prof. Jarosław Kaźmierczak zaprezentował najnowsze dane dotyczące sytuacji pacjentów kardiologicznych, w tym wymagających zastosowania metod elektrofizjologii i elektroterapii kardiologicznej. Zwrócono również uwagę na wysoką liczbę odzwierciedlającą nadwyżkę zgonów z dowolnej przyczyny w 2020 roku w porównaniu do 2019 roku. Zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii tak wysoki wskaźnik nie jest jednak wyłącznie efektem pandemii COVID-19. Jeszcze przed wybuchem pandemii koronawirusa statystycy przewidywali, że w 2020 roku będzie w Polsce o około 7 tysięcy zgonów więcej niż w roku poprzednim. Okazuje się, że dodatkowy wzrost liczby zgonów był związany ze wzrostem przypadków schorzeń układu krążenia. W innych grupach chorób nie odnotowano aż tak wysokich wzrostów. To oznacza, że schorzenia sercowo-naczyniowe stanowią główną przyczynę nadumieralności Polaków i że czeka nas poważne wyzwanie związane ze skutecznym ograniczaniem zachorowań na choroby serca i naczyń, a także ze skuteczną diagnostyką, terapią i opieką kardiologiczną – powiedział prof. Jarosław Kaźmierczak, kierownik Kliniki Kardiologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Konsultant Krajowy w dziedzinie Kardiologii. Warto również podkreślić, że w dziedzinie elektrofizjologii i elektroterapii kardiologicznej potwierdzono znaczne spadki liczby wykonywanych procedur mimo że jeszcze do końca



Prof. Jarosław Kaźmierczak

2019 roku notowano wyraźny i stały wzrost liczby tych zabiegów. Niestety w 2020 roku odnotowano niepokojący i prawie 11-procentowy spadek wszczepień i wymiany urządzeń wszczepialnych, takich jak: stymulatory serca, kardiowertery-defibrylatory. Jeszcze gorzej wygląda sytuacja w zakresie implantacji układów do terapii resynchronizującej. W 2020 roku zanotowano bowiem aż 16-procentowy spadek.

Czarna lista Apple

Firma Apple opublikowała wstępną listę urządzeń mogący stanowić niebezpieczeństwo dla pacjentów posiadających urządzenia wszczepialne. Wśród nich znajdują się również tzw. „popularne gadżety, z których korzystamy każdego dnia. Urządzenia z tej listy mogą mieć zły wpływ na działanie rozruszników serca i defibrylatorów” – podaje Apple. Dzieje się tak, ponieważ wiele z nich posiada magnesy oraz emituje fale elektromagnetyczne. To z kolei może negatywnie wpływać na inne urządzenia, również na rozruszniki serca i defibrylatory. Apple informuje również, że bezpieczny dystans od urządzeń medycznych dla produktów Apple to 15 cm oraz 30 cm dla produktów z możliwością ładowania bezprzewodowego. Co ciekawe, w reakcji na publikację listy podobne informacje na temat swoich urządzeń opublikowali Samsung i Huawei. Na „czarnej liście” znajdują się m.in.: AirPods i etui ładujące, AirPods i bezprzewodowe etui ładujące, Apple Watch wraz z akcesoriami: Apple Watch, Paski Apple Watch z magnesem, Apple Watch urządzenie ładujące z magnesem czy popularne iPady.

Rejestrujemy krwawienia

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, a w szczególności Asocjacja Intensywnej Terapii Kardiologicznej oraz Komisja Inicjatyw Klinicznych ZG PTK zapraszają do wzięcia udziału w 4-tygodniowym wieloośrodkowym badaniu obserwacyjnym pod nazwą „Rejestr Krwawień na Oddziałach Kardiologii” Krwawienia są niejednokrotnie konsekwencją postępowania terapeutycznego, a także jednym z ważniejszych czynników wpływających na skuteczność leczenia i rokowanie pacjentów na oddziałach kardiologii

i intensywnej terapii kardiologicznej. Celem badania jest uzyskanie szczegółowych danych dotyczących częstości występowania krwawień na oddziałach kardiologii, sposobów diagnostyki i leczenia, jak również potencjalnych metod zapobiegania krwawieniom w codziennej praktyce klinicznej w Polsce. Organizatorzy mają nadzieję, że analiza i publikacja zebranych danych przyczyni się do poprawy rokowania pacjentów na oddziałach kardiologii w naszym kraju. Badanie będzie realizowane w ramach Platformy Naukowej PTK, a głównym badaczem jest prof. Marek Gierlotka z Kliniki i Oddziału Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu. W ramach badania PTK udostępni ośrodkom badawczym system do elektronicznego gromadzenia danych. Szczegółowe informacje (dokumenty zgłoszeniowe dla Ośrodka, protokół rejestru, formularz danych badania CRF, informacje i zgody dla pacjenta oraz umowa pomiędzy ośrodkiem a PTK) zostaną przesłane po otrzymaniu zgłoszenia o chęci wzięcia udziału w badaniu.

Promujemy szczepienia

Komisja Promocji Zdrowia PTK, kierując się najwyższą troską o zdrowie i życie pacjentów, zdecydowała się skierować apel do wszystkich o uwzględnienie w zaleceniach dla pacjentów konieczność zaszczepienia się przeciwko COVID-19. W uzasadnieniu członkowie Komisji podkreślają że pandemia COVID-19 boleśnie dotknęła nie tylko społecznych i gospodarczych aspektów funkcjonowanie naszego kraju, ale przede wszystkim spowodowała gwałtowny wzrost śmiertelności w Polsce. Jedną z przyczyn jest niewątpliwie fakt pogorszenia przebiegu większości schorzeń kardiologicznych wśród pacjentów z COVID-19 z późniejszymi powikłaniami. Nie bez znaczenia jest również ograniczenie dostępności do świadczeń z zakresu kardiologii wynikające zarówno z konieczności hospitalizacji pacjentów z COVID-19, jak i niezbędnych przesunięć w zatrudnianiu personelu medycznego. Dlatego więc kardiolodzy, z poczuciem odpowiedzialności za zdrowie i życie populacji naszego kraju, powinni zdecydowanie włączyć się w promocję szczepień przeciwko COVID-19.