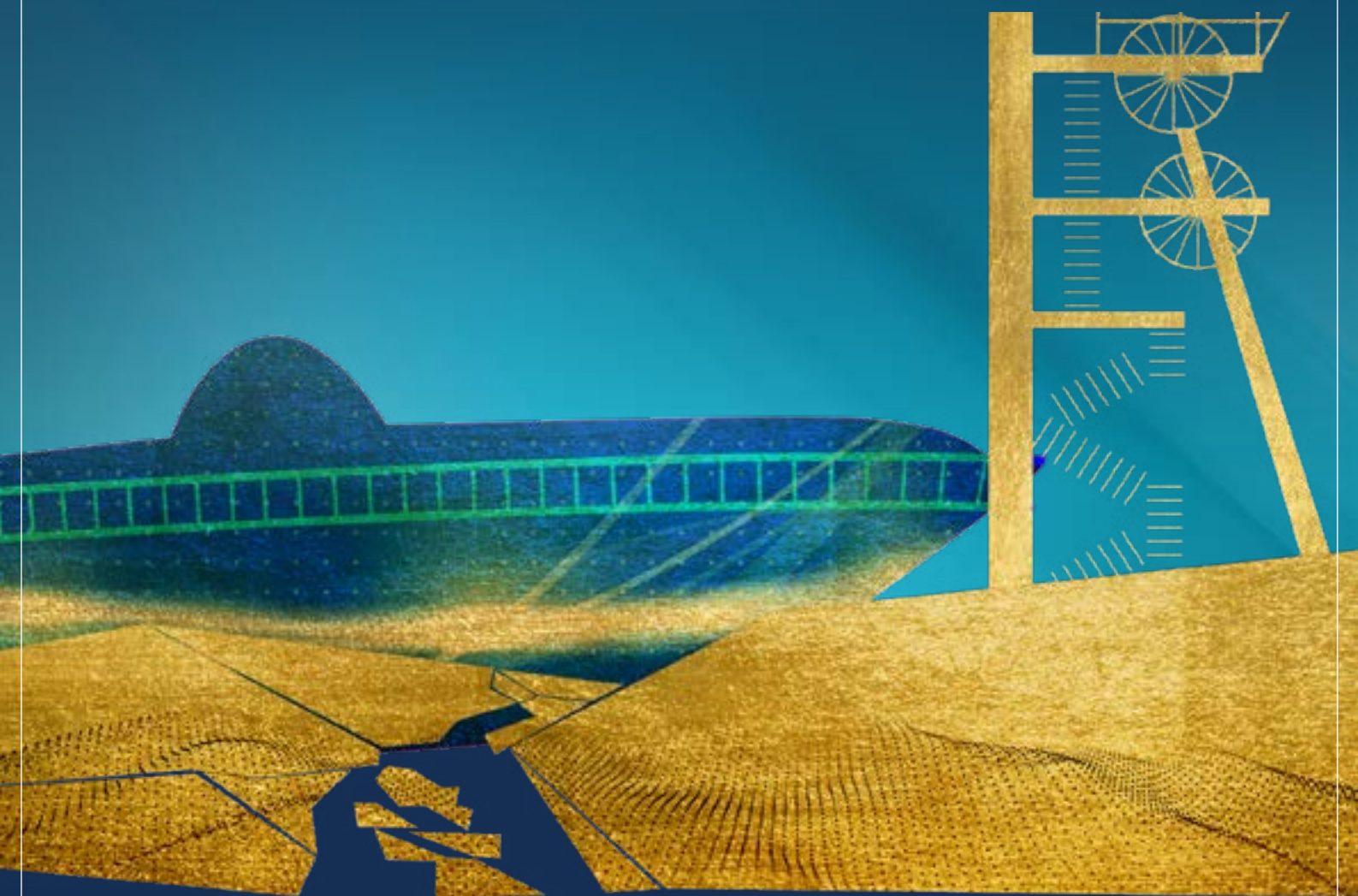


G A Z E T A KONGRESOWA

XXVI Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



**Rozmowa
z Przewodniczącym
Komitetu Naukowego
Kongresów**

prof. Jackiem Legutko

**Rozmowa
z Przewodniczącym KO
XXVI Międzynarodowego
Kongresu PTK**

dr hab. Jackiem Kowalczykiem

**Rozmowa z Prezesem PTK
na półmetku kadencji
nt. kolejnych wyzwań
w polskiej kardiologii**

prof. Przemysławem Mitkowskim

03

Rozmowa z Przewodniczącym
Komitetu Naukowego Kongresów
prof. Jackiem Legutko

07

Rozmowa z Przewodniczącym KO
XXVI Międzynarodowego
Kongresu PTK
dr hab. Jackiem Kowalczykiem

09

Rozmowa z Prezesem PTK
na półmetku kadencji
nt. kolejnych wyzwań w polskiej
kardiologii
prof. Przemysławem Mitkowskim

11

Eksperci Europejskiego
Towarzystwa Kardiologicznego
i redaktorzy European Heart
Journal na Kongresie PTK!

12

Wytyczne ESC/PTK
na XXVI Międzynarodowym
Kongresie PTK w Katowicach

14

1. Wytyczne ESC dotyczące komorowych zaburzeń
rytmu serca oraz nagłego zgonu sercowego

16

2. Wytyczne Operacje niekardiologiczne

18

35-lecie interwencyjnego
leczenia zawału serca

20

Digital Cardio Area
rozmowa z prof. Pawłem Krzesińskim

22

Focus na zaburzenia rytmu

24

Rozmowa z przyszłym
Przewodniczącym MPE
prof. Oskarem Kowalskim



**PROF. DR HAB. MED.
JACEK LEGUTKO**

DYREKTOR INSTYTUTU
KARDIOLOGII WYDZIAŁU
LEKARSKIEGO, UNIwersYTET
JAGIELLOŃSKI COLLEGIUM
MEDICUM

KIEROWNIK ODDZIAŁU
KLINICZNEGO KARDIOLOGII
INTERWENCYJNEJ, SZPITAL
IM. JANA PAWEŁA II W KRAKOWIE
PRZEWODNICZĄCY KOMITETU
NAUKOWEGO KONGRESÓW PTK

Rozmowa z Przewodniczącym Komitetu Naukowego Kongresów *prof. Jackiem Legutko*

Czy hasło tegorocznego Kongresu „Sercu na ratunek” to dość niepokojące odzwierciedlenie stanu zdrowotnego pacjentów kardiologicznych w Polsce?

Hasło wynika z raportów epidemiologicznych, które napływają do nas w ostatnich latach. Polska, na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w dalszym ciągu znajduje się w grupie wysokiego ryzyka śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych. Wiadomo od lat, że choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią najczęstszą przyczynę zgonów Polek i Polaków. To co wywołało drastyczne załamanie, jeśli chodzi o dane epidemiologiczne, to pandemia COVID-19, która zwłaszcza w początkowej fazie wiązała się ze znacznym zmniejszeniem liczby pacjentów zgłaszających się do szpitali, nawet z ostrymi schorzeniami kardiologicznymi takimi jak zawał serca. Kontakt pacjentów z lekarzami opierał się głównie o teleporady. Problemy ochrony zdrowia wynikające

z dużej liczby chorych na COVID-19 wymagających hospitalizacji oraz podyktowanych pandemią zmian organizacyjnych zarówno w zakresie funkcjonowania szpitali, jak również opieki ambulatoryjnej, doprowadziły do znacznego zmniejszenia wykonywanych pilnych i planowych procedur kardiologicznych i kardiochirurgicznych. Była to niewątpliwie jedna z głównych przyczyn rekordowej liczby nadmiarowych zgonów w Polsce w latach 2020-2021, kiedy to zmarło blisko 200 000 Polaków więcej niż w latach ubiegłych. Niestety w tej statystyce Polska znalazła się na szczycie tabeli, wyprzedzając Stany Zjednoczone oraz inne kraje Europy, w tym Europy Środkowo-Wschodniej. Trzeba zwrócić uwagę na fakt, iż główną przyczyną tych nadmiarowych zgonów nie był sam COVID, ale choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym przede wszystkim choroba niedokrwienna serca i udar mózgu.

Czyli nie można winą za ten stan obarczyć jedynie pandemii?

Myślę, że pandemia była „czynnikiem spustowym”, który uwidocznił, jak dużym problemem w Polsce są choroby układu krążenia oraz jak populacja polska jest wrażliwa na wszelkie wahania dostępności do specjalistycznej opieki kardiologicznej i kardiologicznej, w tym wczesnej diagnostyki i leczenia ostrych stanów kardiologicznych. Dwukrotnie większa zapadalność Polaków na choroby układu krążenia w stosunku do krajów Europy Zachodniej wiąże się nie tylko z większą podatnością uwarunkowaną genetycznie, ale także z dużym rozpowszechnieniem głównych czynników ryzyka miażdżycy. Według dostępnych danych epidemiologicznych na nadciśnienie tętnicze choruje w Polsce około 11 mln osób, na cukrzycę około 3 mln, na hipercholesterolemię blisko 20 mln, co czwarty Polak pali papierosa, a u 7 mln stwierdza się otyłość. W konsekwencji blisko 2 miliony Polaków (ok. 4% populacji) choruje na chorobę niedokrwienną serca. To więcej od średniej europejskiej, która wynosi 3,5% oraz aż dwukrotnie więcej od Cypru, Irlandii czy Luksemburgu, gdzie ten odsetek jest najniższy w Europie.

Panuje w Polsce mylne przekonanie, że w ostatnich latach zmniejszyła się liczba pacjentów trafiających do szpitali z ostrym zawałem serca. To nie prawda, lecz mit. Na podstawie danych z NFZ na przestrzeni lat 2014-2019 całkowita liczba pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zawału serca STEMI lub NSTEMI wzrosła o ok. 10%. I wynosi obecnie ok. 80 000 przypadków rocznie. Niepokoją nas także dane opublikowane w roku ubiegłym przez Państwowy Zakład Higieny. Wynika z nich jasno, że obserwowany od 1999 roku pozytywny trend w zakresie systematycznego rok po roku zmniejszenia się umieralności mężczyzn i kobiet z powodu chorób układu krążenia w Polsce uległ wyraźnemu zahamowaniu w roku 2016, z tendencją do jego odwrócenia w kierunku wzrostu umieralności w okresie pandemii. Musimy również pamiętać, że umieralność z przyczyn możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce i interwencji medycznej jest w Polsce wyższa niż średnia w Unii Europejskiej, a oczekiwana długość życia w chwili urodzenia jest w Polsce o 4 lata krótsza niż średnia w Unii Europejskiej i aż o blisko 7 lat krótsza niż w znajdującej się na szczycie tej listy Norwegii. To wszystko składa się na dość mroczny obraz epidemiologiczny, który musi wywołać odpowiednią reakcję zarówno środowiska kardiologicznego, jak również instytucji odpowiedzialnych za organizację i finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, aby te niepokojące trendy jak najszybciej odwrócić. Stąd hasło tegorocznego XXVI Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Sercu na ratunek!”.

Motto Kongresu to „Niezaspokojone potrzeby zdrowotne w kardiologii”. Jakie są te najpilniejsze problemy do rozwiązania?

Oczywiście priorytetem powinno być pilne wprowadzenie rozwiązań systemowych, które dzięki zwiększeniu dostępności do specjalistycznej diagnostyki i leczenia kardiologicznego oraz kardiologicznego doprowadzą do zmniejszenia długu zdrowotnego zaciągniętego w okresie pandemii, a w konsekwencji odwrócenia bardzo niepokojących wskaźników epidemiologicznych. Najważniejsze postulaty Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego to uwolnienie limitów na planowe procedury kardiologiczne i kardiologiczne oraz usprawnienie wprowadzania do refundacji innowacyjnych leków i wyrobów medycznych (niektóre leki i wyroby medyczne, które od wielu lat mają pierwszą klasę zaleceń według Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w dalszym ciągu nie są w Polsce refundowane). Konieczna jest naszym zdaniem ponowna ewaluacja wycen procedur kardiologicznych, które zostały w drastyczny sposób obniżone w latach 2016-2017. Mamy nadzieję na pilne rozszerzenie funkcjonowania Krajowej Sieci Kardiologicznej na teren całego kraju oraz jej modyfikację umożliwiającą objęcie nią wszystkich najważniejszych jednostek chorobowych. Jeżeli chodzi o optymalizację wczesnej diagnostyki i leczenia interwencyjnego zawału serca to cieszymy się, że system jest bardzo dobrze zorganizowany. Ciągłe jednak ubolewamy z powodu takich faktów jak na przykład: nierozwiązany problem transportu przedszpitalnego pacjentów, którzy zgłaszają się z zawałem serca do ośrodka bez pracowni hemodynamiki. Tu w dalszym ciągu opóźnienia czasowe są nieakceptowalne. Problemem jest diagnostyka pacjentów z grupy zawału serca bez istotnych zwężeń tętnic wieńcowych, czyli MINOCA. Jest to bardzo heterogenna grupa pod względem patofizjologii prowadzącej do rozwoju zawału serca, a jednocześnie obciążona złym rokowaniem. Niestety najczęściej diagnostyka obrazowa kończy się w tych przypadkach na koronarografii i echokardiografii, co w większości przypadków nie pozwala na postawienie właściwego rozpoznania przyczyny MINOCA, a w konsekwencji na wdrożenie odpowiedniego leczenia. W ostatnich latach drastycznie spadło zainteresowanie absolwentów wydziałów medycznych specjalizacją z kardiologii. W wielu ośrodkach czekają na nich wolne miejsca specjalizacyjne, co jeszcze kilka lat temu było nie do pomyślenia. Potrzebne jest stworzenie silnej motywacji dla młodych ludzi do podejmowania szkolenia, inaczej w szybkim tempie zaczną pogłębiać się już istniejące problemy kadrowe.

Jaki kierunek działań w takim razie powinni obrać medycy, by zaspakajać podstawowe potrzeby zdrowotne w kardiologii?

Musimy wyjść poza nasze codzienne miejsca pracy i zintensyfikować szeroko pojęte działania edukacyjne.

Promowanie zdrowego stylu życia oraz najnowszych osiągnięć kardiologii w polskim społeczeństwie to podstawowe zadanie każdego członka Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Realizujemy je od lat i dalej powinniśmy realizować, również w bezpośrednim kontakcie z naszymi pacjentami. Służy temu chociażby Forum Serce Pacjenta, które odbędzie się w Katowicach już po raz czwarty tuż po zakończeniu XXVI Międzynarodowego Kongresu PTK. Niezwykle ważne jest także propagowanie i wdrażanie do codziennej praktyki klinicznej wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Konieczne jest zaznajamianie z nimi nie tylko kardiologów, ale także lekarzy innych specjalności, które z nami blisko współpracują. Myślę tutaj w szczególności o lekarzach rodzinnych. Wdrażanie najnowszych leków i technologii medycznych do codziennej praktyki klinicznej napotyka często na problemy natury finansowej – o zmianę tej sytuacji w dalszym ciągu musimy wszyscy walczyć. Powinniśmy aktywnie zabiegać o to, aby polskie ośrodki miały możliwość udziału w ambitnych międzynarodowych projektach badawczych, nastawionych na wdrażanie nowych leków i wyrobów medycznych mających na celu poprawę rokowania naszych chorych. Mamy również ambicje, aby tego typu duże badania wielośrodkowe, obejmujące duże populacje pacjentów i nakierowane na poprawę wyników leczenia w zakresie twardych punktów końcowych inicjować i prowadzić we własnym zakresie. Polska jest dużym krajem, ma wiele doskonałych ośrodków akademickich, doświadczonych kadry naukowej i medycznej i powinna mieć możliwość prowadzenia tego typu badań w oparciu o granty i dotacje pochodzące z budżetu państwa. Załącznikiem tego typu badań są projekty lekowe realizowane dzięki grantom Agencji Badań Medycznych. W dalszym ciągu czekamy na możliwość finansowania badań oceniających nowe strategie terapeutyczne czy też zastosowanie innowacyjnych wyrobów medycznych. Potrzebna jest kontynuacja współpracy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z Ministerstwem Zdrowia, Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowym Funduszem Zdrowia w celu opracowywania i wdrażania nowych rozwiązań systemowych. Świetnym przykładem takiej współpracy jest program KOS-zawał, który – choć obciążony dużym wysiłkiem administracyjnym ze strony ośrodków, które go realizują – zmniejsza śmiertelność chorych z zawałem serca po wypisie ze szpitala. Naszym podstawowym zadaniem na już jest upowszechnienie tego programu dla wszystkich chorych z zawałem serca w Polsce.

O czym jeszcze będzie się dyskutować podczas tego Kongresu? Czy są w tym roku jakieś nowości, które zaskoczą uczestników?

Przede wszystkim cieszymy się, że po trzech latach wracamy do obrad, które odbywają się w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w bezpośrednim kontakcie prowadzących

sesje wykładowców z uczestnikami. W takim kontakcie, który stymuluje żywą dyskusję i wymianę poglądów. To nie jest oczywiście nowość – to tak przez nas wszystkich oczekiwany powrót do przeszłości. Przez trzy dni trwania Kongresu odbędzie się 149 sesji naukowych. Uczestniczyć w nich będzie ponad 400 wykładowców i przewodniczących sesji z Polski i zagranicy. Mamy olbrzymi zaszczyt i przyjemność gościć w tym roku podczas naszego Kongresu sławy europejskiej i światowej kardiologii. Do Katowic przyjedzie Profesor Franz Weidinger z Wiednia – Prezydent Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Profesor Cecilia Linde ze Sztokholmu – Sekretarz Zarządu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Profesor Petar Seferovic z Belgradu – Wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w poprzedniej kadencji oraz Co-Editor *European Heart Journal* dla Europy Wschodniej oraz Profesor Filippo Crea – Redaktor Naczelny *European Heart Journal*. To znakomici goście, którzy niewątpliwie ubogacą wartość naukową oraz podniosą prestiż tego wydarzenia.

Program Kongresu jest niezwykle bogaty, dlatego staramy się dać pewne sugestie osobom, które będą miały problem z podjęciem decyzji, którą sesję w danym czasie wybrać. Każda grupa tematyczna Komitetu Naukowego Kongresów opracowała sesję rekomendowaną, czyli taką, którą uważa za najważniejszą z punktu widzenia praktycznego oraz znaczenia zagadnień, które będą w trakcie niej dyskutowane.

W trakcie Kongresu odbędzie się kilka sesji specjalnych z udziałem przedstawicieli innych towarzystw naukowych, z którymi Polskie Towarzystwo Kardiologiczne pragnie zacieśnić i rozwijać bezpośrednią współpracę. Myślę tutaj o Polskim Towarzystwie Onkologicznym, Polskim Towarzystwie Diabetologicznym, Polskim Towarzystwie Medycyny Rodzinnej oraz, o tak bliskim naszemu sercu, Polskim Towarzystwie Nadcisnienia Tętniczego. Coraz więcej pacjentów cierpiących na liczne schorzenia współistniejące uczęszcza do kilku lekarzy jednocześnie. Uważam, że budowanie mostów pomiędzy lekarzami różnych specjalności, poszukiwanie wzajemnego zrozumienia poprzez edukację i wzajemną wymianę poglądów i doświadczeń to jedyna droga do poprawy jakości leczenia oraz rokowania pacjentów z wielochorobowością.

Nowością tegorocznego Kongresu będzie sesja specjalna *Kardiologii Polskiej* poświęcona dokumentom eksperckim opublikowanym na łamach naszego tak doskonale rozwijającego się czasopisma w roku bieżącym. To będzie debiut na Międzynarodowym Kongresie PTK, aczkolwiek pierwsza tego typu sesja odbyła się w trakcie Wiosennej Konferencji PTK i Kardiologii Polskiej w Opolu. Sesja specjalna poświęcona rejestrom klinicznym realizowanym za pośrednictwem Platformy Naukowej PTK – to także nowa inicjatywa. Rejestry mają na celu pokazanie polskiej rzeczywistości w różnych kluczowych aspektach związanych z diagnostyką i leczeniem

kardiologicznym, z jaką spotykamy się na co dzień w naszych oddziałach kardiologicznych. Podczas sesji poznamy wstępne wyniki rejestru dotyczącego krwawień w oddziałach kardiologicznych, rejestru pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory, a także rejestru poświęconego Zespołom fali J. Chciałbym również zwrócić uwagę i zachęcić Państwa do liczego udziału w sesjach przypadków klinicznych, które na wielu międzynarodowych kongresach cieszą się wielkim zainteresowaniem. Najczęściej prezentowane są tam problemy, które nie są powszechne, ale mogą kiedyś spotkać każdego z nas. Z reguły te sesje wiążą się z bardzo żywymi dyskusjami i mają duży walor edukacyjny. Moją ambicją jako przewodniczącego Komitetu Naukowego Kongresów jest to, aby przywrócić odpowiednią rangę sesjom prac oryginalnych. W tym roku zdecydowaliśmy się, aby wszystkie odbywały się w formie sesji plakatów modelowanych. Każdy prezentowany plakat doczeka się dyskusji z udziałem przewodniczących sesji ekspertów oraz uczestników sesji. Najciekawsze w opinii recenzentów oryginalne doniesienia naukowe będą konkurowały w trzech sesjach konkursowych w zakresie prac klinicznych, prac eksperymentalnych oraz najlepszego plakatu o nagrody Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Warto podkreślić, że będą to nie tylko nagrody honorowe, ale także nagrody pieniężne. Mam nadzieję, że to co powinno być tak naprawdę jądrem Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a więc wzajemna wymiana osiągnięć i doświadczeń naukowych, będzie w latach następnych ponownie nabierało znaczenia.

Aż 149 sesji to niezwykle bogata oferta. Czy poza wspomnianymi nowościami są sesje, na które szczególnie Pan Profesor chciałby zwrócić uwagę?

Wydaje mi się, że wszystkie sesje będą bardzo interesujące, natomiast kilka z nich moim zdaniem wymaga szczególnej rekomendacji. Na pierwszym miejscu wymienię tutaj wspólną sesję Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, która rozpocznie się w czwartek o godzinie 15:45 i nie będzie miała żadnej sesji konkurującej. Z Zarządem Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego będziemy dyskutować na temat poprawy diagnostyki i leczenia pacjentów z niewydolnością serca, a więc „Heart failure – all hands on deck”. To będzie bardzo kompleksowe podejście do problemów pacjentów z niewydolnością serca, uwzględniające diagnostykę, farmakoterapię oraz leczenie interwencyjne. Wspominaliśmy już wcześniej o haśle i motcie Kongresu i tak naprawdę centralnym punktem dyskusji na temat tego w jaki sposób powinniśmy przełamywać bariery organizacyjne i ekonomiczne dla rozwoju kardiologii w Polsce będzie sesja specjalna Prezesa PTK, Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii i Przewodniczącego Komitetu

Naukowego Kongresów. Odbędzie się ona tuż po uroczystej inauguracji kongresu w czwartek o godzinie 19:30. Mamy nadzieję na żywą dyskusję na temat tego, w jaki sposób poprawić sytuację w zakresie choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca, chorób strukturalnych, intensywnej terapii kardiologicznej, elektroterapii i elektrofizjologii. W sesji, poza ekspertami PTK, udział wezmą przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Agencji Badań Medycznych, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów „EcoSerce”. W piątek rano o godz. 9:00 odbędzie się sesja hubowa *European Heart Journal* – spotkanie z członkami Rady Redakcyjnej. Zarówno Redaktor naczelny EHJ, Profesor Filippo Crea, jak i członkowie Komitetu Redakcyjnego EHJ, Profesor Cecilia Linde i Profesor Petar Seferovic będą z nami w Katowicach. W trakcie tej sesji dokonają przeglądu najważniejszych doniesień z ostatnich miesięcy opublikowanych w *European Heart Journal*, ale przede wszystkim pozwolą nam zrozumieć, jak opublikować artykuł w tym najlepszym czasopiśmie kardiologicznym w Europie i jednym z najlepszych na świecie. Myślę, że wskazówki komitetu redakcyjnego w tym zakresie będą bezcenne. Szczególnie zachęcamy do udziału młodych naukowców, ale nie tylko. Opublikowanie w tym czasopiśmie pracy oryginalnej zrealizowanej w całości przez rodzimych naukowców w polskich ośrodkach naukowo-badawczych jest nadal bardzo trudne.

Kolejna sesja, do udziału w której chciałbym Państwa zachęcić, to sesja poświęcona 35-leciu interwencyjnego leczenia zawału serca w Polsce. Rozpocznie się ona w czwartek o godzinie 12:15, z udziałem pionierów pierwotnej angioplastyki wieńcowej z prof. Witoldem Rużyłło na czele. W trakcie sesji podyskutujemy o tym, jak staliśmy się europejskim liderem w leczeniu zawału serca, jak wygląda terazniejszość oraz jakie są główne problemy i bariery dla dalszego rozwoju w przyszłości. Na zakończenie kilka słów na temat sesji wytycznych. Niewątpliwie nie wymagają one szczególnej rekomendacji. W tym roku opublikowano cztery nowe dokumenty Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dotyczące komorowych zaburzeń rytmu serca oraz nagłego zgonu sercowego, operacji niekardiochirurgicznych, kardiopulmonologii oraz rozpoznawania i leczenia nadciśnienia płucnego. Podczas trzech dni trwania Kongresu będą one szczegółowo omawiane na sesjach z udziałem autorów oraz recenzentów wytycznych. Będzie to świetna okazja nie tylko do zapoznania się z nowymi rekomendacjami ESC, ale także do dyskusji wszelkich wątpliwości i kontrowersji, które pojawiają się każdorazowo po publikacji tych dokumentów. Jak widać program tegorocznego Kongresu PTK jest niezwykle bogaty i mam pewność, że każdy uczestnik znajdzie w nim coś dla siebie. ♦



**DR HAB. JACEK
KOWALCZYK**

ODDZIAŁ KLINICZNY
KARDIOLOGII KATEDRY
KARDIOLOGII, WRODZONYCH
WAD SERCA I ELEKTROTERAPII
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO W KATOWICACH
ŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB
SERCA W ZABRZU

Rozmowa z Przewodniczącym KO XXVI Międzynarodowego Kongresu PTK *dr hab. Jackiem Kowalczykiem*

W tym roku Kongres ponownie zawitał do Katowic. Dlaczego Katowice, podobnie jak cały region śląski, są miejscem szczególnym?

Witam Państwa bardzo serdecznie i w pierwszych słowach bardzo dziękuję za zaproszenie mnie do tej rozmowy.

W tym roku ponownie będziemy gościć środowisko kardiologiczne w Katowicach, ale należy pamiętać, że nie tylko kardiologiczne, bowiem interdyscyplinarny charakter wielu sesji powinien zachęcić do udziału w naszym wydarzeniu również przedstawicieli innych specjalności.

Śląska medycyna, w tym kardiologia, odegrały i nadal odgrywają bardzo istotną rolę w kraju i poza granicami. Nie sposób wymienić nawet dużej części niezwykle zasłużonych lekarzy i naukowców, a co dopiero wszystkich, ale – biorąc pod uwagę powojenny okres śląskiej medycyny, ściśle związany z początkami Śląskiej Akademii Medycznej, a obecnie

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – warto wymienić Pana Prof. Kornela Gibińskiego nazywanego ojcem śląskiej interny, Pana Prof. Franciszka Kokota, czy też Pana Prof. Leszka Gieca uznawanego za ojca śląskiej kardiologii. To tu na Śląsku miały miejsce liczne pionierskie zabiegi, jak chociażby z zakresu transplantologii przy udziale zespołów Profesora Zbigniewa Religi i Profesora Mariana Zembali, które dały początek programom transplantacji serca oraz płuc. W tym roku obchodzimy 35-lecie interwencyjnego leczenia zawału serca – skoordynowanego programu całodobowego dyżuru zawałowego, w którego wdrożeniu odegrał szczególną rolę ośrodek zabrzański.

Historia śląskiej medycyny, w tym kardiologii, jest na tyle bogata, że naprawdę nie sposób przedstawić w kilku zdaniach nawet te najważniejsze osiągnięcia i związane z nimi postaci. Cieszy nas natomiast fakt, że Zarząd Główny Polskiego

Towarzystwa Kardiologicznego wciąż docenia zasługi i znaczenie śląskich kardiologów oraz darzy ich zaufaniem, powierzając organizację swojego najważniejszego dorocznego wydarzenia.

Jedną z wizytówek Katowic i regionu śląskiego jest Międzynarodowe Centrum Kongresowe (MCK), dzięki czemu to właśnie Katowice stwarzają najlepsze warunki do organizacji tak dużego przedsięwzięcia.

Dodatkowo korzystamy ze wspólnych doświadczeń i znakomitej współpracy z Zespołem MCK przy organizowaniu poprzednich edycji kongresu w Katowicach oraz przychylności i ogromnego wsparcia Urzędu Miasta Katowice. Wyrazem uznania dla Miasta Katowice m.in. w zakresie promocji regionu i organizacji dużych wydarzeń jest przyznanie Katowicom tytułu Europejskiego Miasta Nauki 2024 podczas tegorocznej konferencji EuroScience Open Forum. Cieszymy się, że nasz Kongres organizowany przy współudziale Miasta Katowice znakomicie wpisuje się w taką promocję regionu.

Jakimi rozwiązaniami organizacyjnymi możemy zaskoczyć uczestników w tym roku i co nowego pojawiło się w tegorocznej formule Kongresu?

W dużej mierze bazujemy oczywiście na sprawdzonych i pewnych rozwiązaniach, albowiem podejmując się organizacji tak dużego przedsięwzięcia musimy stawiać przede wszystkim na bezpieczeństwo organizacyjne, czyli brak zagrożeń dla realizacji całości wydarzenia. Wykorzystując doświadczenia z lat minionych, staramy się oczywiście poprawić pewne rozwiązania i funkcjonalności. Jednym z takich zmodyfikowanych i udoskonalonych produktów jest aplikacja mobilna, która w naszej ocenie jest jeszcze bardziej intuicyjna oraz funkcjonalna, gdyż pozwala m.in. na dostęp do programu z podziałem na sale i dni kongresowe, tworzenie listy własnych aktywności, a także zawiera zmodyfikowane kryteria wyszukiwania.

Strona internetowa kongresu również została rozbudowana i zmodyfikowana, dzięki czemu zawiera bardzo dużo praktycznych informacji dla uczestników i wykładowców, a dzięki temu, że jest systematycznie aktualizowana mamy zapewniony dostęp do najświeższych informacji związanych z Kongresem. Wznawiamy również działalność Digital Cardio Area, czyli strefy dedykowanej innowacjom i specjalnie przygotowaną przestrzeń dla prezentacji najbardziej nowatorskich pomysłów, technologicznych odkryć i rozwiązań związanych z prewencją i leczeniem chorób układu krążenia. Dla uatrakcyjnienia Kongresu zostały zaplanowane również sesje interaktywne, a dzięki aplikacji mobilnej będzie można uczestniczyć w różnego rodzaju konkursach, głosowaniach, czy też zadawać pytania naszym ekspertom.

Nie chciałbym wkraczać w kompetencje Komitetu Naukowego Kongresów PTK, który przygotował znakomity program, za co przy tej okazji i każdej innej bardzo dziękuję,

ale mogę zdradzić, że podczas tegorocznego Kongresu będą dwie wyjątkowe sesje przygotowane wspólnie z europejskimi ekspertami, czyli wspólna Sesja PTK i ESC pt. „Niewydolność serca – wszystkie ręce na pokład” oraz spotkanie z Członkami Rady Redakcyjnej *European Heart Journal*.

Podczas tegorocznego Kongresu nie zabraknie również trudnych tematów i sesji specjalnych poświęconych hasłu Kongresu „Sercu na ratunek”, albowiem pandemia z jednej strony przyczyniła się do jeszcze większej zapadalności na choroby układu krążenia, a z drugiej utrudniła, ograniczyła oraz opóźniła dostęp do opieki medycznej i tym samym pogłębiła „dług kardiologiczny”. W związku z tymi wszystkimi problemami i rosnącymi potrzebami polskiej kardiologii znajdują Państwo wiele akcentów poświęconych tej tematyce zgodnie z mottem tegorocznego Kongresu, które brzmi „Niezaspokojone potrzeby zdrowotne w kardiologii”.

Czy Komitet Organizacyjny miał problem z zachęceniem potencjalnych uczestników do udziału w Kongresie po przerwie pandemicznej?

Odpowiedź na to pytanie jest wbrew pozorom trudna. Z jednej strony większość z nas była stęskniona za tradycyjną formą wymiany wiedzy i doświadczeń oraz możliwością spotkania znajomych, z drugiej jednak strony pandemia trwale zmieniła nasze życie i sposób funkcjonowania, do czego powoli się przyzwyczailiśmy i niejednokrotnie trudno się tak nagle przestawić. Powszechność rozwiązań zdalnej komunikacji oraz ich wygoda, a przy okazji bezpieczeństwo, niewątpliwie stanowią pewnego rodzaju naturalną konkurencję dla tego typu wydarzeń organizowanych stacjonarnie.

Czy w związku z tym spodziewamy się dużej frekwencji?

Zainteresowanie tegorocznym kongresem jest duże, zarówno ze strony poszczególnych grup personelu medycznego, jak i firm farmaceutycznych oraz sprzętowych. Tym niemniej spodziewamy się nieco mniejszej frekwencji niż przed 3 lata, między innymi za sprawą kwestii, o których mówiłem przy okazji poprzedniego pytania, ale również utrzymujących się obaw o panującą sytuację epidemiczną, która wciąż jest nieprzewidywalna i tak naprawdę niedoszacowana. Jako Komitet Organizacyjny XXVI MK PTK dołożyliśmy wszelkich starań, żeby tegoroczny Kongres odbył się bezpiecznie w formule stacjonarnej oraz został równie dobrze odebrany jak ostatni stacjonarny przed pandemią. Czytając program naukowy, jesteście przekonani, że każdy znajdzie dla siebie wiele interesujących sesji i wykładów, za co bardzo dziękuję Komitetowi Naukowemu Kongresów PTK.

Życząc owocnych obrad i wielu pozytywnych wrażeń,
Pozdrawiam serdecznie w imieniu Organizatorów,
Jacek Kowalczyk ♦



PROF. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI

PREZES POLSKIEGO
TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO

I KLINIKA KARDIOLOGII,
UNIwersytet
Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego
w Poznaniu

Rozmowa z Prezesem PTK na półmetku kadencji nt. kolejnych wyzwań w polskiej kardiologii *prof. Przemysławem Mitkowskim*

W 2019 roku, po objęciu funkcji Prezesa Elekta Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, nakreślił Pan Profesor główne cele swojej kadencji oraz hasło przewodnie, które brzmiało: „Razem możemy więcej”. Czy udaje się realizować to założenie?

Niezwykle trudno oceniać kadencję w trakcie jej trwania, ale można z pewnością stwierdzić, że hasło z kampanii wyborczej jest priorytetem działania Zarządu Głównego PTK i samego Prezesa. W pracach Towarzystwa uczestniczą przedstawiciele wszystkich grup i struktur PTK. Organizowane są wspólne przedsięwzięcia, na konferencjach odbywają się wspólne sesje różnych sekcji i asocjacji. Bardzo efektywnie współpracujemy z innymi towarzystwami naukowymi: diabetologicznym, nefrologicznym,

neurologicznym, onkologicznym, nadciśnienia tętniczego, lipidologicznym i przedstawicielami medycyny rodzinnej. Efektem tej współpracy są nie tylko liczne sesje w trakcie tegorocznego Kongresu, ale także wspólne dokumenty i stanowiska. Taka współpraca jest bardzo ważna – integruje środowisko, ułatwia codzienne kontakty i konsultacje, a także pozwala na efektywne rozmowy z agendami rządowymi w sprawie refundacji nowych leków i procedur.

Zapowiedział Pan Profesor również szczególny nacisk na współpracę międzynarodową oraz obecność Polaków w zarządach międzynarodowych towarzystw naukowych. Czy pandemia bądź obecna sytuacja geopolityczna pozwoliły te zamierzenia zrealizować?

Niestety pandemia stała się istotnym elementem limitującym spotkania międzynarodowe. Brak bezpośrednich kontaktów z koleżankami i kolegami z innych towarzystw znacznie utrudnia rekomendowanie polskich kardiologów do zasiadania w gremiach kierowniczych międzynarodowych towarzystw naukowych. Nie udało się wprowadzić do zarządu European Society of Cardiology kandydatów z Polski, którzy zostali zgłoszeni lub byli popierani przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. W trakcie tegorocznych wyborów prowadziliśmy rozmowy w tej sprawie z kandydatami – mam nadzieję, że zaowocują one w przyszłości. Póki co uzyskaliśmy kilka miejsc w ważnych komisjach ESC, do których zaproponowaliśmy naszych kandydatów. Pamiętajmy, że prof. Piotr Szymański jako przewodniczący Regulatory Affairs Committee jest członkiem zarządu ESC ex-officio, podobnie ex-officio – jest członkiem Regulatory Committee. Radosław Lenarczyk i Wojtek Wojakowski znaleźli się w komitecie redakcyjnym tegorocznych wytycznych ESC dotyczących konsultacji kardiologicznej przed zabiegami nie-kardiochirurgicznymi, a Sebastian Szmít w zaleceniach z zakresu kardioonkologii. Mamy bardzo dobrą reprezentację w komitetach niektórych asocjacji ESC. Mamy przyczółki, ale nasze apetyty są znacznie większe. Przed nami ciężka praca.

Niedawno zakończył się Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Barcelonie. Jak Pan Profesor ocenia udział delegacji PTK w Kongresie?

To bardzo ważne wydarzenie, które po raz pierwszy od 3 lat zostało zorganizowane w formule stacjonarnej. Odbiliśmy wiele spotkań z Zarządem ESC. Mam nadzieję, że zaowocują w przyszłości. Bardzo cieszy duża reprezentacja polskich lekarzy na obradach. Mamy również czym się pochwalić. Konrad Pieszek uzyskał pierwszą nagrodę Young Investigator Award w dziedzinie Thrombosis – na podstawie opublikowanych wyników badania rejestrowego LATTEE, zainicjowanego przez Klub 30. GRATULACJE dla dra Pieszka i całego Klubu. Zprezentowanych zostało wiele doniesień naukowych polskich autorów. To warunek konieczny istnienia naszego Towarzystwa na arenie międzynarodowej – europejskiej i globalnej.

Jak ocenia Pan Profesor aktywność polskich ekspertów podczas ostatniego Kongresu w Barcelonie?

Nasi eksperci uczestniczyli w sesjach, prowadzili, prezentowali dokonania naukowe. Będziemy się starali, aby ta reprezentacja była znacznie większa. Cieszy udział naszych koleżanek i kolegów w badaniach wieloośrodkowych.

Na początku kadencji Pan Profesor podkreślał zwiększenie znaczenia Kardiologii Polskiej na arenie międzynarodowej. Czy udało się powiększyć zasięg czasopisma?

Nasze czasopismo rośnie w siłę. Współczynnik oddziaływania (IF) z roku na rok jest coraz wyższy. Kardiologia Polska uzyskała w tym roku 100 punktów ministerialnych. To zasługa całej Redakcji z Redaktorem Naczelną – prof. Anettą Undas. To także zasługa tych, którzy wysyłają swoje prace do publikacji i tych, którzy je cytują, publikując w innych czasopismach. Sporo czasu zajęło nam wynegocjowanie umowy z nowym wydawcą. Mam nadzieję, że na nowo otwierają się perspektywy rozwoju, czego nam wszystkim życzę.

Jakie wyzwania i zadania stoją jeszcze przed Prezesem PTK na półmetku kadencji?

Przed nami kolejny trudny rok. Dług zdrowotny, który już istniał przed pandemią, w czasie jej trwania tylko się pogłębił. Zależy nam bardzo na wprowadzaniu nowych technologii lekowych i wyrobów medycznych, zniesieniu limitów na procedury kardiologiczne, choćby w ramach poszerzanego pilotażu sieci kardiologicznej. Spore nadzieje wiążemy z Narodowym Programem Chorób Układu Krążenia. Deklarowane środki pozwolą na dalszy rozwój kardiologii i zmniejszanie długu kardiologicznego. Liczymy na współpracę z organizacjami pacjentów, to ważne środowisko opiniotwórcze. Nadal będziemy ściśle współpracować z Ministerstwem Zdrowia, Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowym Funduszem Zdrowia, Agencją Badań Medycznych w celu wypracowania i wdrażania nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych. Nie zapomnimy o edukacji – to jeden z głównych celów działania Towarzystwa. Będziemy nadal współpracować z towarzystwami naukowymi w kraju oraz z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym i jego strukturami.

Mam nadzieję, że najbliższe miesiące przyniosą wiele oczekiwanych rozwiązań. ♦

Eksperci Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i redaktorzy European Heart Journal na Kongresie PTK!

W ramach XXVI Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego przygotowaliśmy dla Państwa dwie nadzwyczajne sesje prowadzone wraz z czołowymi przedstawicielami europejskiej kardiologii.



„Niewydolność serca – wszystkie ręce na pokład” – wspólna Sesja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

**22 września, czwartek,
w godzinach 15:45-17:15,
sala Katowice**

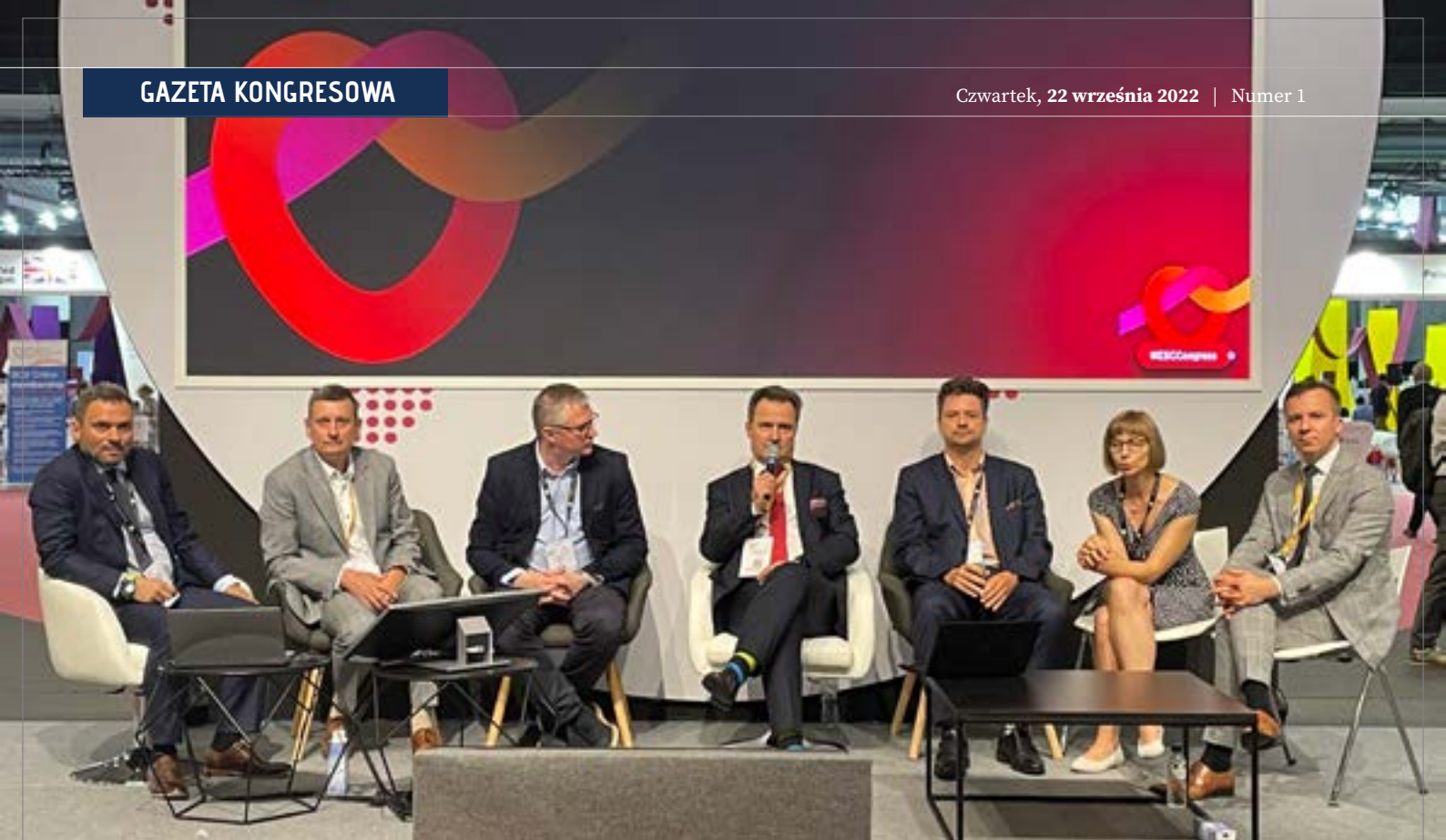
Ta unikalna, przekrojowa sesja ma za zadanie podsumować obserwowane w ostatnich latach postępy w leczeniu niewydolności serca: farmakoterapii, kardiologii inwazyjnej, elektroterapii i elektrofizjologii. Prezentacje wygłoszą wybitni eksperci, a zarazem przedstawiciele władz ESC: Petar Seferovic, Franz Weidinger i Cecilia Linde. Spotkanie zamknie debata polskich i europejskich ekspertów na temat kompleksowej diagnostyki i leczenia pacjentów z niewydolnością serca. Sesję poprowadzą Prezes PTK Przemysław Mitkowski, Prezydent ESC Franz Weidinger oraz Prezes Elekt PTK Robert Gil.

„Spotkanie z członkami Rady Redakcyjnej European Heart Journal”

**23 września, piątek,
w godzinach 09:00-10:30,
HUB**

Filippo Crea, redaktor naczelny European Heart Journal przyjął zaproszenie i, wraz z Grzegorzem Gajosem, zastępcą redaktora naczelnego Kardiologii Polskiej, poprowadzi sesję HUB na Kongresie PTK! Petar Seferovic opowie, jak pisać artykuły, które mają zostać opublikowane w EHJ, a Cecilia Linde i Grzegorz Gajos przedstawią najciekawsze publikacje z EHJ i Kardiologii Polskiej. Integralną częścią spotkania jest możliwość osobistego kontaktu i dyskusji z doświadczonymi redaktorami prestiżowych czasopism branżowych. Lepszej okazji na takie spotkanie nie będzie!

W imieniu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
dr hab. n. med. Michał M. Farkowski
Przewodniczący Komisji Zagranicznej PTK



WYTYCZNE ESC/PTK

na XXVI Międzynarodowym Kongresie PTK w Katowicach



PROF. AGNIESZKA TYCIŃSKA

PRZEWODNICZĄCA KOMISJI
WYTYCZNYCH PTK



ESC
European Society
of Cardiology



Najnowsze wytyczne ESC 2022 zostały ogłoszone z końcem sierpnia br. na Kongresie ESC w Barcelonie. Wśród członków grup roboczych przygotowujących wytyczne znaleźli się Polacy: **prof. Radosław Lenarczyk** i **prof. Wojtek Wojakowski** (operacje niekardiochirurgiczne) oraz **prof. Sebastian Szmit** (kardioonkologia). Recenzentem wytycznych z ramienia ESC była **prof. Agnieszka Tycińska** (kardioonkologia).

Wytyczne były dyskutowane w czasie trwania wielu sesji na Kongresie ESC, w tym na sesji specjalnej z udziałem Prezesa PTK – prof. Przemysław Mitkowskiego oraz członków Komisji Zagranicznej PTK (zdjęcie).

Zalecenia ESC/PTK z 2022 roku będą przedstawiane **w czasie trwania XXVI Kongresu PTK w Katowicach** na sesjach zaznaczonych w programie jako **Wytyczne**.

Najnowsze wytyczne przedstawiają **recenzenci z ramienia PTK**, a sesję poprowadzą **prof. Piotr Ponikowski**, **prof. Michał Tendera** oraz **prof. Adam Torbicki** (Sesja: Najnowsze wytyczne ESC/PTK 2022, **czwartek 22.09.2022 o godz. 12:15-13:45, Sala Zabrze**):

1. Wytyczne ESC dotyczące komorowych zaburzeń rytmu serca oraz nagłego zgonu sercowego przedstawi **prof. Przemysław Mitkowski**.

2. Wytyczne ESC dotyczące operacji niekardiologicznych przedstawi **prof. Stanisław Bartuś**.
3. Wytyczne ESC dotyczące kardiologii przedstawi **prof. Przemysław Leszek**.
4. Wytyczne ESC/ERS dotyczące rozpoznawania i leczenia nadciśnienia płucnego przedstawi **prof. Marcin Kurzyna**.

Ponadto poszczególne wytyczne będą szczegółowo dyskutowane przez współautorów, recenzentów i innych ekspertów w **4 oddzielnych sesjach w piątek 23.09.2022 oraz w sobotę 24.09.2022 w Sali Zabrze**.

Na tegoroczny Kongres PTK Komisja Wytycznych PTK zaproponowała w sumie 7 sesji poświęconych wytycznym ESC/PTK:

1. Najnowsze wytyczne ESC/PTK 2022: czwartek 22.09.2022 o godz. 12:15-13:45, Sala Zabrze.
2. Zalecenia ESC 2022 dotyczące komorowych zaburzeń rytmu serca oraz nagłego zgonu sercowego: piątek 23.09.2022, 09:00-10:30, Sala Zabrze.
3. Wytyczne ESC 2022 dotyczące kardiologii: piątek 23.09.2022, 11:00-12:30, Sala Zabrze.
4. Wytyczne ESC/ERS 2022 dotyczące rozpoznawania i leczenia nadciśnienia płucnego: piątek 23.09.2022, 16:30-18:00, Sala Zabrze.
5. Wytyczne ESC 2022 dotyczące operacji niekardiologicznych: sobota 24.09.2022, 09:00-10:30, Sala Zabrze.
6. Sesja specjalna dotycząca najnowszych wytycznych ESC w oparciu o przypadki kliniczne. Wytyczne ESC w 2022 w praktyce klinicznej – sesja wsparta przypadkami klinicznymi: sobota 24.09.2022, 11:00-12:30, Sala Zabrze
7. Realizacja wytycznych ESC z 2021 w polskich warunkach – czyli jak zalecenia wpływają na rzeczywistość: piątek 23.09.2022, 09:00-10:30, Sala Katowice.

Ponadto na tegorocznym Kongresie przedstawione zostaną wytyczne w różnych odsłonach:

1. Ocena kardiologiczna i przygotowanie pacjenta do zabiegu nie-kardiologicznego. Wytyczne ESC 2022: sobota 24.09.2022, 11:00-12:30, Sala Wrocław.
2. Wspólna sesja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Skoordynowana opieka kardio-onkologiczna: piątek 23.09.2022, 09:00-10:30, Sala Łódź.

3. Opieka nad pacjentami po przebytej ostrej zatorowości płucnej w świetle nowych dokumentów ESC i PTK: piątek 23.09.2022, 09:00-10:30, Sala Lublin.
4. ICD w prewencji nagłego zgonu sercowego: sobota 24.09.2022, 09:00-10:30, Sala Białystok.

Wytyczne ESC zostały wydane w European Heart Journal i są dostępne na stronie www.escardio.org/Guidelines. Dostępne są także skrócone wersje wytycznych w postaci algorytmów postępowania na urządzenia mobilne.

Polska wersja najnowszych wytycznych jest już w trakcie tłumaczenia. Pełne polskie wersje zostaną wydrukowane w Zeszytach Edukacyjnych Kardiologii Polskiej, zaś wersje elektroniczne będą dostępne na stronie www.ptkardio.pl. Wytyczne kieszonkowe w wersji polskiej będą udostępniane jako aplikacja na urządzenia mobilne (Google Play i App Store), a także na konferencjach i przyszłorocznym Kongresie PTK.

Mam nadzieję, że sesje poświęcone wytycznym będą się cieszyły Państwa zainteresowaniem, a ich duża liczba w programie ułatwi dostępność do różnych tematów i możliwość skorzystania z pełnej wiedzy w czasie trwania Kongresu.

Serdecznie zapraszam!

WYTYCZNE ESC/PTK 2022 [1] 2 3 4

Wytyczne ESC dotyczące komorowych zaburzeń rytmu serca oraz nagłego zgonu sercowego

**PROF. PRZEMYSŁAW MITKOWSKI**

PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

I KLINIKA KARDIOLOGII, UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Wśród tegorocznych wytycznych ESC znalazł się również dokument dotyczący diagnostyki i leczenia komorowych zaburzeń rytmu serca i zapobieganiu nagłemu zgonowi sercowemu. Poprzednia edycja tego dokumentu ukazała się 7 lat temu, co w medycynie oznacza inną epokę. Nagły zgon sercowy odpowiada za 50% wszystkich zgonów sercowo-naczyniowych. 50% przypadków nagłego zgonu jest pierwszą manifestacją choroby serca. W wytycznych położono duży nacisk na poszukiwanie przyczyn z uwzględnieniem badań obrazowych, genetycznych, testów prowokacyjnych i badania elektrofizjologicznego.

W wytycznych znajdziemy nowe rozdziały poświęcone prowokacyjnym testom diagnostycznym, testom genetycznym, czy postępowaniu u chorego z burzą elektryczną. Bardzo ważne są schematy postępowania u chorych, którzy przeżyli epizod nagłego zatrzymania krążenia oraz u tych, co zmarli w mechanizmie nagłego zgonu sercowego. U tych ostatnich należy pobrać płyny na badania toksykologiczne, a w przypadku podejrzenia mechanizmu sercowego, także fragmenty tkanek do badań genetycznych. Po postawieniu rozpoznania, należy poddać badaniom przesiewowym członków najbliższej rodziny, w celu identyfikacji osób zagrożonych nagłym zgonem sercowym.

Bardzo dużo miejsca poświęcono poszukiwaniu nowych grup pacjentów zagrożonych wystąpieniem groźnych utrwalonych komorowych zaburzeń rytmu. W prewencji pierwotnej u chorych z etiologią niedokrwienną niewydolnością serca w kwalifikacji do wszczepienia ICD pozostawiono podstawowe kryterium jakim jest frakcja wyrzutowa u objawowych chorych $\leq 35\%$, a u bezobjawowych ($NYHA \leq 1$) – $\leq 30\%$. Zwrócono jednak uwagę na grupę z frakcją wyrzutową lewej komory w zakresie 36-40%. O ile zaobserwujemy u nich nieutralne częstoskurcze komorowe lub utraty przytomności o niewyjaśnionej przyczynie, należy wykonać u nich programowaną stymulację komór. Wyindukowanie utrwalonego częstoskurczu pozwala na wszczepienie ICD (powrót do wniosków z badania MADIT), a tych, u których nie udało się wyindukować utrwalonego jednokształtnego częstoskurczu komorowego (smVT), należy poddać monitorowaniu przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR). Zresztą badanie elektrofizjologiczne jest zalecane u wszystkich chorych po zawale serca, którzy doświadczają utrat przytomności. Ciekawe propozycje dotyczą postępowania z chorymi z chorobą niedokrwienną serca i smVT. W grupie chorych z frakcją $< 40\%$ wszczepiamy ICD, ale jeżeli frakcja wynosi $\geq 40\%$, a arytmia jest hemodynamicznie tolerowana w klasie IIa wskazań mamy: przezcewnikową ablację, implantację ICD lub przewlekłe leczenie amiodaronem.

U chorych z etiologią inną niż niedokrwienność wprowadzono nowe pojęcie: hipokinetyczna kardiomiopatia nie-rozstrzeniowa (HNDCM), dla odróżnienia chorych z hipokinetyczną rozstrzenią lewej komory (DCM). Jeżeli chorzy mają obciążony rozpoznaniem DCM/ HNDCM wywiad rodzinny, należy wykonać testy genetyczne. Rozpoznanie mutacji genu LMNA przy ryzyku wystąpienia groźnej arytmii komorowej wynoszącym $\geq 10\%$ i LVEF $< 50\%$ lub nsVT, lub zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego należy rozważyć wszczepienie ICD. Także u chorych bez tej mutacji i z frakcją wyrzutową pomiędzy 36-50%, jeżeli są obecne co najmniej dwa czynniki ryzyka (utrata przytomności, późne wzmocnienie w rezonansie magnetycznych, indukowalny monomorficzny częstoskurcz komorowy, obecność patologicznych mutacji), również należy rozważyć implantację urządzenia.

U chorych z kardiomiopatią przerostową podniesiono klasę wskazań do implantacji ICD w grupie chorych z ryzykiem wystąpienia groźnej arytmii w zakresie ≥ 4 i $< 6\%$ z IIb do IIa, o ile istnieją dodatkowe czynniki obciążające (istotne, obejmujące $\geq 15\%$ masy lewej komory późne wzmocnienie, LVEF $< 50\%$, nieprawidłowa reakcja presyjna w trakcie wysiłku, obecność mutacji białek sarkomeru).

W farmakoterapii zespołu wydłużonego QT preferowane są nieselektywne leki betaadrenolityczne (propranolol i nadolol), a w przypadku LQTS 3 – meksyletyna!!!

U objawowych chorych z katecholaminergicznym wielokształtnym częstoskurczem komorowym poza stosowanymi z wyboru lekami betaadrenolitycznymi należy rozważyć wprowadzenie flekainidu.

Pojawiły się nowe kalkulatory ryzyka nagłego zgonu sercowego dla DCM/HNDCM i LQTS. Dokument dostarcza wielu praktycznych wskazówek postępowania z pacjentami w celu poprawy rokowania odległego.

Zachęcam do udziału w sesjach poświęconych nowym wytycznym ESC.

WYTYCZNE ESC/PTK 2022 1 [2] 3 4

Wytyczne Operacje niekardiochirurgiczne

**PROF. RADOSŁAW LENARCZYK**

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH W ZABRZU

KATEDRA KARDIOLOGII, WRODZONYCH WAD SERCA I ELEKTROTHERAPII,
ODDZIAŁ KLINICZNY KARDIOLOGII

ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA, ZABRZE

Zalecenia dotyczące oceny kardiologicznej pacjentów poddawanych zabiegom nie sercowo-naczyniowym (SN) są jednymi z czterech nowych wytycznych ESC ogłoszonych na tegorocznym kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Dokument ten napisany został pod przewodnictwem prof. Julindy Mehilli i prof. Sigrun Halvorsen, wśród autorów znalazło się dwóch Polaków (prof. Wojtek Wojakowski i prof. Radosław Lenarczyk). Jest on nie tylko uaktualnieniem wytycznych o tym samym tytule, opublikowanych w 2014 roku, ale stanowi ich istotne rozszerzenie. Zawiera bowiem nowe, nieobecne w poprzedniej edycji rozdziały traktujące o:

- » przedoperacyjnej ocenie pacjentów z nowo wykrytymi szmerami nad sercem, obrzękami, dusznością lub dusznicą bolesną,
- » pacjentach z kruchością,
- » postępowaniu u pacjentów z nowotworem,
- » profilaktyce przeciwzakrzepowej okołoperacyjnie,
- » leczeniu krwiozastępczym,
- » postępowaniu z pacjentami z COVID-19,
- » powikłaniach sercowo-naczyniowych operacji nie sercowo-naczyniowych.

Ponadto, szereg rozdziałów (np. dotyczących: stosowania leków przeciwkrzepliwych/przeciwplatekcyjnych okołoperacyjnie, postępowania z pacjentami z wadami zastawkowymi lub z arytmiami) istotnie rozbudowano.

Najbardziej istotne nowe zalecenia klasy I w tegorocznych wytycznych:

I. Pacjenci kierowani do zabiegów nie sercowo-naczyniowych

- » zalecana jest przedoperacyjna ocena ryzyka sercowo-naczyniowego, optymalnie przeprowadzona równocześnie z proponowaniem pacjentowi zabiegu
- » jeśli czas pozwala, zalecana jest optymalizacja leczenia chorób sercowo-naczyniowych i redukcja ryzyka SN przed zabiegiem

II. Pacjenci <65 r.ż., bez objawów podmiotowych, przedmiotowych w kierunku chorób SN

- » u pacjentów z wywiadem rodzinnym kardiomiopatii warunkowanych genetycznie, zaleca się wykonanie EKG i UKG przekłatkowego (TTE) przed zabiegiem, niezależnie od objawów i wieku

III. Przedoperacyjna ocena pacjentów z nowo wykrytymi szmerami nad sercem, obrzękami obwodowymi, dusznością lub bólami w klatce piersiowej

- » u pacjentów z dusznością i/lub obrzękami obwodowymi, zalecane jest wykonanie EKG i ocena NT-pro BNP/BNP przed zabiegiem, o ile nie znane są pozasercowe przyczyny dolegliwości
- » u pacjentów z dusznością i/lub obrzękami obwodowymi, oraz podwyższonym NT-pro BNP/BNP, wskazane jest wykonanie TTE przed zabiegiem

V. Leki przeciwplatekcyjne

» u pacjentów poddawanych operacjom obciążonym wysokim ryzykiem krwawień (np. zabiegi wewnątrznaczyniowe, na rdzeniu kręgowym, oku) zalecane jest odstawienie kwasu acetylosalicylowego co najmniej 7 dni przed zabiegiem

VI. Leki przeciwzakrzepowe

» u pacjentów poddawanych zabiegom obciążonym znikomym ryzykiem krwawień, lub jeśli potencjalne krwawienie może zostać łatwo opanowane, zalecane jest nieprzerywanie doustnej terapii przeciwzakrzepowej (OAT) okołoperacyjnie

VII. Wady zastawkowe

» u pacjentów z ciężką, objawową niedomykalnością zastawki aortalnej (AR), lub bezobjawową AR i: wymiarem końcowoskurczowym lewej komory >50 mm, lub jego indeksem >25 mm/m², lub frakcją wyrzutową lewej komory ≤50%, korekcja wady zastawkowej jest zalecana przed planowym zabiegiem średniego lub wysokiego ryzyka

» u pacjentów ze średniego stopnia/ciężkim, reumatycznym zwężeniem zastawki dwudzielnej i: objawami, lub skurczowym ciśnieniem w tętnicy płucnej >50 mmHg, interwencja zastawkowa (walwuloplastyka przezskórna lub korekcja chirurgiczna) jest zalecana przed planowym zabiegiem średniego lub wysokiego ryzyka

VIII. Pacjenci z arytmiami

» u pacjentów z objawowym, jednokształtnym, utrwalonym częstoskurczem komorowym zależnym od blizny mięśnia sercowego, nawracającym pomimo optymalnej terapii, zalecane jest wykonanie ablacji arytmii przed planowym zabiegiem nie SN

IX. Wrodzone wady serca u dorosłych

» zaleca się, aby zabiegi nie sercowo-naczyniowe wysokiego i pośredniego ryzyka u dorosłych pacjentów z wadami wrodzonymi serca przeprowadzane były w ośrodkach mających doświadczenie w prowadzeniu takich pacjentów

X. Pooperacyjne powikłania sercowo-naczyniowe

» wskazane jest uświadomienie sobie możliwości wystąpienia pozabiegowych powikłań SN oraz screening w kierunku zawału pozabiegowego u pacjentów poddawanych zabiegom nie sercowo-naczyniowym średniego i wysokiego ryzyka

» u pacjentów mających wskazania do OAT pozabiegowo, leki przeciwkrzepliwe nie będące antagonistami witaminy K są preferowane w stosunku do antagonistów witaminy K.

35-lecie interwencyjnego leczenia zawału serca

Sesja specjalna

Przewodniczący: *W. Rużyłło (Warszawa), A. Lekston (Zabrze), R. Gil (Warszawa)*

Panel dyskusyjny: *J. Legutko (Kraków), M. Gąsior (Zabrze), M. Grygier (Poznań)*

**Czwartek
22 września**
godz. 12:15–13:45,
sala Katowice

Jak staliśmy się europejskim liderem w pierwotnej angioplastyce

R. Gil (Warszawa)

Teraźniejszość leczenia zawału serca w Polsce

M. Gąsior (Zabrze)

Główne problemy i bariery w dalszym rozwoju

J. Legutko (Kraków)

Deбата: co nas czeka w najbliższej dekadzie

Szanowni Państwo,

W tym roku mija 35 lat od wprowadzania w Polsce pierwszego 24-godzinne dyżuru interwencyjnego leczenia chorych z zawałem serca. Jest to jubileusz szczególny, ponieważ z biegiem lat ten model leczenia zawału serca stał się znakiem firmowym nie tylko polskiej kardiologii interwencyjnej. W Polsce pierwszy zabieg angioplastyki w zawale serca został wykonany w Instytucie Kardiologii w Warszawie, w zespole prof. Witolda Rużyłły (dr M. Dąbrowski wraz z dr M. Woroszyłką i dr J. Jodkowskim) w 1985 roku. Kilka miesięcy później w zespole prof. Stanisława Pasyka w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu zabieg wykonali dr Andrzej Lekston i dr Bogdan Borkowski.

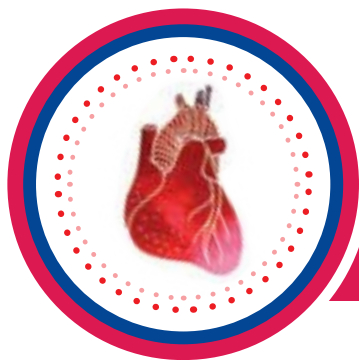
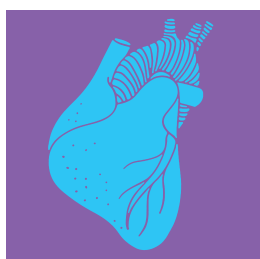
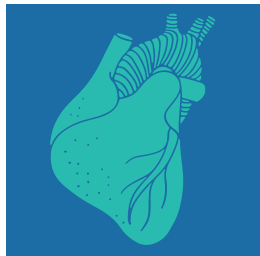
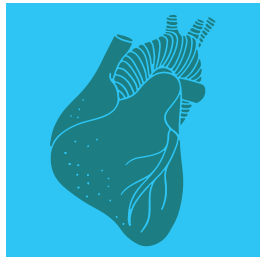
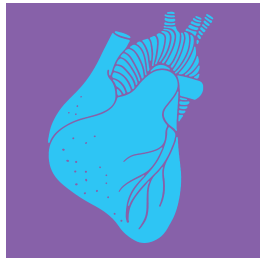
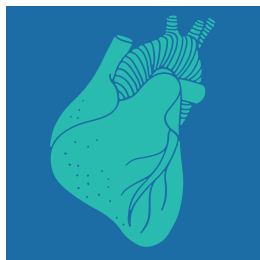
W 1987 roku rozpoczęto w Zabrzu, jeden z pierwszych w Europie, stacjonarny 24-godzinny dyżur dla pacjentów z zawałem serca. Na przełomie 1999 i 2000 roku uruchomiono Małopolski Program Interwencyjnego Leczenia Zawału Serca (Jacek Dubiel, Dariusz Dudek, Krzysztof Żmudka, Jacek Legutko, Stanisław Bartuś). W 2001 roku wdrożono Wielkopolski Program Leczenia Ostrego Zespołu Wierciowych (Andrzej Cieśliński, Stefan Grajek, Maciej Lesiak, Janusz Rzeźniczak).

W 2002 roku wprowadzono na Podlasiu System Ratownictwa Kardiologicznego – inwazyjne leczenie chorych z ostrym zawałem serca (Wacław Kochman, Sławomir Dobrzycki, Paweł Kralisz), a w 2004 roku na Mazowszu bezpośredni transfer pacjentów z zawałem serca do pracowni hemodynamicznej po transmisji EKG (Witold Rużyłło, Maciej Karcz). W kolejnych latach model został rozpowszechniony w całym kraju. Obecnie dyżur prowadzi ponad 130 ośrodków.

W trakcie sesji wybitni polscy eksperci przypomną, jak staliśmy się jednym z europejskich liderów leczenia zawału serca metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej. Omówią również niezwykle ważne i gorące tematy dotyczące teraźniejszości leczenia zawału serca w Polsce oraz główne problemy i bariery w dalszym rozwoju. Sesja zakończy się debatą o tym, co nas czeka w najbliższej dekadzie w leczeniu chorych z zawałem serca.

Szanowni Państwo,

Serdecznie zapraszamy do uczestnictwa w sesji. prof. Mariusz Gąsior, Kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii SUM, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu



POLPHARMA W KARDIOLOGII

POLSART[®]
TELMISARTAN

POLSART[®] PLUS
TELMISARTAN + HYDROCHLOROTIAZYL

telam
telmisartan + amlodypina

Nedal[®]
nebiwolol

espiro[®]
epplerenon

TORAMIDE
Torasemidum

ROMAZIC
rosuwastatyna

Acard
Acidum acetylsalicylicum

LERAKTA[®]
lerkanidypina

metocard[®] zk
bursztynian metoprololu

Polpril
ramipril

MIZETAM[®]
Ezetymib + Atorwastatyna

ATORVASTEROL[®]
atorwastatyna

RIMAL
ramipril + amlodypina

Polfenon[®]
Propafenoni hydrochloridum



polpharma

Digital Cardio Area



rozmowa z prof. Pawłem Krzesińskim



PLK DR HAB. N. MED. PAWEŁ KRZESIŃSKI, PROFESOR WIM
PRZEWODNICZĄCY KOMISJI INFORMATYKI I TELEMEDYCYNY ORAZ INFRASTRUKTURY
ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO
KIEROWNIK KLINIKI KARDIOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY



Digital Cardio Area to tylko prezentacja nowoczesnych rozwiązań technologicznych czy coś więcej?

Nasze spotkanie w ramach DCA to przede wszystkim stworzenie możliwości integracji środowiska kardiologicznego ze światem twórców technologii. Takie działania stawia sobie, jako jedno z zadań, Komisja Informatyki i Telemedycyny oraz Infrastruktury Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, której Członkowie czynnie uczestniczą w DCA. Trudno wyobrazić sobie lepsze okoliczności prezentacji cyfrowych innowacji medycznych niż coroczny Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Co mogą zyskać uczestnicy prezentujący się podczas DCA?

Udział w DCA to unikalna okazja przedstawienia swojego rozwiązania środowisku kardiologicznemu. Każda technologia użytkowa wymaga weryfikacji w praktyce. Uczestnicy DCA mogą liczyć nie tylko na krytyczną ocenę, ale również na cenne uwagi. Coraz więcej przedstawicieli zawodów

medycznych ma doświadczenie w stosowaniu nowinek technicznych. Zawsze szukamy w nich rozwiązań najbardziej odpowiadających bieżącym potrzebom medycyny. Dostrzegamy też często ich ograniczenia i niedoskonałości, które trudno zidentyfikować na etapie koncepcyjnym, a które mogą okazać się barierą wejścia do praktyki klinicznej. DCA ma być właśnie platformą umożliwiającą wymianę doświadczeń między twórcą rozwiązania i jego użytkownikiem końcowym.

Wiemy, że temat innowacji w medycynie coraz częściej gości w umysłach szczególnie młodych lekarzy i zapalonych studentów medycyny oraz kierunków technicznych. Czy to wydarzenie skierowane tylko dla młodych? Do kogo adresowane jest to wydarzenie?

Niewątpliwie młodsze pokolenia są bardzo zainteresowane nowymi rozwiązaniami technicznymi. Dla 20- i 30-latków są one codziennością, nieodzownymi narzędziami wykorzystywanymi nie tylko w pracy zawodowej, ale i w życiu prywatnym.

Z pewnością przyjmują oni nowinki techniczne w sposób naturalny, ich kompetencje cyfrowe są wysokie. Mitem jest jednak, że pokolenia starsze stronią od innowacji. Wręcz przeciwnie, wielu pasjonatów cyfryzacji to doświadczeni kardiolodzy, którzy w świecie nowych technologii odnajdują rozwiązania „starych” problemów. Ich doświadczenie i holistyczne spojrzenie na medycynę są niezastąpione w wytyczaniu torów rozwoju informatyzacji medycyny.

Czym kierowała się Komisja Konkursowa przy ocenie projektów?

Niewątpliwie ocena zgłoszeń to bardzo trudne zadanie. Zwłaszcza, gdy przychodzi nam wyłonić zwycięzcę wśród rozwiązań, które trudno do siebie porównywać. Niewątpliwie kluczowe pytania, które Komisja zadaje sobie przy ustalaniu werdyktu to: w jakim stopniu rozwiązanie odpowiada potrzebom systemu opieki zdrowotnej? Jaka jest szansa jego wdrożenia w codziennej praktyce? Czy zostanie ono zaakceptowane przez personel medyczny i pacjentów? I – co najważniejsze – jakie korzyści odniosą z niego nasi pacjenci?

Pan Profesor jest współtwórcą innowacyjnego Projektu AMULET, który zwyciężył w konkursie Start-Up-Med. Projekt został zauważony również w światowych publikacjach medycznych. Jaki jest przepis na sukces? Od pomysłu poprzez realizację?

Projekt AMULET to efekt blisko 6 lat pracy interdyscyplinarnego Zespołu, połączenie wysiłku lekarzy, pielęgniarek, informatyków i inżynierów. Właśnie realizując ten projekt, uświadomiliśmy sobie, jak ważna jest integracja techniki z medycyną i że nie jest to łatwy proces. W mojej ocenie o sukcesie projektu zaważyło trafne zdefiniowanie potrzeby klinicznej, wytworzenie technologii „przyjaznych” w stosowaniu personelowi i pacjentowi oraz użycie skutecznych algorytmów diagnostyczno-terapeutycznych. W kontekście głównego tematu naszej rozmowy – celów DCA – muszę również podkreślić istotne znaczenie dobrej strategii prezentacji efektów projektu. Byliśmy świadomi, że aby dotrzeć do szerokiego grona odbiorców, konieczne są nie tylko dobre publikacje naukowe, ale również promocja poprzez komunikatywną stronę internetową, konferencję i media. To jedno z doświadczeń, którym chętnie podzielimy się z uczestnikami DCA.

Co dalej z projektem AMULET?

Kompleksowy model teleopieki AMULET jest już niemal gotowy do wdrożenia. Optymalizujemy rozwiązania technologicznie, mamy koncepcję, jak wdrożyć te rozwiązania w codziennej praktyce poprzez integrację z systemem

opieki zdrowotnej. Cieszy nas zainteresowanie potencjalnych inwestorów i decydentów. Mamy nadzieję, że krok po kroku osiągniemy nasz cel – transfer technologii do codziennej praktyki klinicznej.

Jakie inne innowacyjne rozwiązania zagościły na dobre w dzisiejszej kardiologii?

Kardiologia od wielu lat jest dziedziną dynamicznie się rozwijającą. Nie sposób wymienić wszystkich rozwiązań, które wprowadzono do praktyki w ostatnich latach. Są to m.in. nowoczesne metody obrazowania i instrumentarium w interwencjach wieńcowych, nowe metody małoinwazyjnego leczenia wad serca, innowacje w elektrofizjologii, np. stymulator bezelektrodowy, czy też podskórny kardiowerter defibrylator. Niewątpliwym sukcesem polskiej kardiologii jest też opracowanie i wdrożenie telerehabilitacji kardiologicznej.

...a na jakie czekamy z niecierpliwością?

Wiele rozwiązań „czeka tuż za rogiem”. Chcielibyśmy jak najszybciej wdrożyć telemonitoring urządzeń wszczepialnych i inne rozwiązania telemedyczne, jak choćby telemonitoring elektrokardiograficzny czy też wspomniane wcześniej elementy teleopieki według modelu AMULET. Liczymy na dalszy dynamiczny rozwój kardiologii inwazyjnej. A być może tym, co będzie najbardziej nas ekscytowało w najbliższych latach, jest zastosowanie w medycynie sztucznej inteligencji. To może być prawdziwa rewolucja, zmiana do której musimy przygotować się również w sferze mentalnej.

Co może zyskać pacjent kardiologiczny dzięki nowoczesnym rozwiązaniom technologicznym?

Nie ma wątpliwości, że nowoczesne technologie poprawiają efekty leczenia. Gwarantują wykonalność coraz trudniejszych interwencji sercowo-naczyniowych, poprawiają skuteczność diagnostyki. W przypadku niektórych rozwiązań mamy dowody naukowe na poprawę rokowania w zakresie twardych punktów końcowych, w tym zmniejszenia śmiertelności. Niewątpliwie ważne jest również zwiększenie dostępności opieki medycznej oraz zagwarantowanie pacjentowi poczucia podmiotowości i jego centralnej pozycji w systemie opieki zdrowotnej. Nowoczesne rozwiązania telemedyczne nie tylko poprawiają jakość życia pacjentów i ich poczucie „bycia zaopiekowanym”, ale również zwiększają ich własne zaangażowanie w proces leczenia. Jeżeli mamy coraz większe możliwości pokonywania barier miejsca i czasu, trzeba z tego korzystać. ♦

Focus na zaburzenia rytmu

dr hab. n. med. Maciej Kempa

KIEROWNIK PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII I ELEKTROTERAPII SERCA KLINIKI KARDIOLOGII I ELEKTROTERAPII SERCA GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

PRZEWODNICZĄCY SEKCJI RYTMU SERCA POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

Nowe zalecenia i wytyczne, (nie)nowe zmagania kliniczne w obszarze migotania przedsionków, aktualne wyzwania i szanse w obszarze systemowej opieki nad pacjentami z arytmiami w Polsce – w trakcie tegorocznego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zaburzenia rytmu serca będą jednym z kluczowych tematów przewodnich. Na sesję poświęconą diagnostyce i terapii arytmii zaprasza dr hab. n. med. Maciej Kempa, Kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii Serca Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodniczący Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Doroczny Kongres PTK to wydarzenie zawsze bardzo oczekiwane przez polskich kardiologów. Jest to okazja do zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami medycyny,

ale także możliwość ugruntowania swojej wiedzy. Zwłaszcza, że kardiologia to dziedzina niezwykle szybko się rozwijająca. Jako przedstawiciel środowiska „elektro” zachęcam wszystkich uczestników Kongresu do wzięcia udziału w sesjach poświęconych właśnie zaburzeniom rytmu. W tym roku nie zabraknie zarówno ciekawych doniesień, jak i pretekstów do inspirujących dyskusji.

Ostatnie miesiące to czas, kiedy publikacji doczekały się trzy niezwykle ważne dokumenty EHRA. W drugiej połowie ubiegłego roku opublikowano nowe wytyczne w zakresie stałej stymulacji serca oraz diagnostyki i leczenia niewydolności serca. Choć publikacje te były już szeroko komentowane w minionych miesiącach, na Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego nie zabraknie wystąpień obejmujących tę tematykę – zagadnienia z nią związane są wciąż przedmiotem naszych analiz.

Największą, gorącą nowością są jednak najnowsze zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczące leczenia komorowych zaburzeń rytmu i prewencji nagłego zgonu sercowego. Dokument ten zostanie szeroko omówiony przez ekspertów Sekcji Rytmu Serca podczas dedykowanej sesji. Zajmiemy się w niej nie tylko problematyką stratyfikacji ryzyka w poszczególnych sytuacjach klinicznych, ale także farmakoterapią arytmii komorowych i leczeniem inwazyjnym. Są to niezwykle istotne zagadnienia, bowiem na temat arytmii komorowych i związanego z nimi ryzyka wiemy coraz więcej.

Nowe zalecenia ESC podkreślają znaczenie badań genetycznych i metod obrazowania w szacowaniu zagrożenia nagłym zgonem sercowym. Szeroko poruszono w nich temat konieczności indywidualizacji decyzji o zabezpieczeniu pacjenta implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem (ICD). Doprecyzowano zalecenia w poszczególnych jednostkach chorobowych, takich jak arytmiczne zespoły uwarunkowane genetycznie czy kardiomiopatie. W wielu przypadkach zmienione zostały wytyczne warunkujące decyzję o implantacji ICD. Dostrzeżono nieco mniejszą rolę tych urządzeń w przypadku niewieńc pochodnego charakteru kardiomiopatii rozstrzeniowej, jednocześnie podnosząc klasę wskazań do implantacji w niektórych innych sytuacjach, jak na przykład pozapalne uszkodzenie serca. W dokumencie nie pominięto rosnącej roli ablacji. Autorzy odnieśli się także do zagadnień związanych z nowymi możliwościami prewencji nagłego zgonu, polegającymi na stosowaniu defibrylatorów podskórnych i kamizelek defibrylujących. Czy – i jak – nowe zalecenia przełożą się na rodzimą praktykę kliniczną? W tym obszarze czeka nas z pewnością interesująca dyskusja.

Na Kongresie PTK tradycyjnie nie zabraknie sesji przygotowanej przez Sekcję Rytmu Serca. W tym roku w całości poświęcimy ją migotaniu przedsionków. Ta najczęściej występująca arytmia wciąż pozostaje groźna ze względu na ryzyko powikłań, jakie się z nią wiąże. Trudne pozostaje jej skuteczne leczenie. Dokładnie omówimy zasady rozpoznawania migotania przedsionków oraz aktualne możliwości jego skutecznego leczenia. Poruszymy także zagadnienia związane z rolą nowych, jakże modnych obecnie różnego rodzaju rejestratorów arytmii określanych jako „wearables”. Czy to tylko nieszkodliwe gadżety czy może przydatne w diagnostyce urządzenia? Osobny wykład dotyczyć będzie profilaktyki incydentów zakrzepowo-zatorowych.

Nie tylko migotanie przedsionków, ale i inne zaburzenia rytmu to także problem monitorowania stanu pacjenta celem oceny zagrożenia, ale także skuteczności

prowadzonego leczenia. W Polsce wciąż brakuje systemowego rozwiązania tego zagadnienia. Telemonitoring osób po implantacji kardiowertera-defibrylatora to narzędzie o udowodnionej w badaniach klinicznych skuteczności w zmniejszeniu śmiertelności w tej grupie chorych. W naszym kraju z tej formy nadzoru korzysta obecnie zaledwie kilka procent pacjentów z implantowanym ICD. Koszty takiej opieki niestety nadal pozostają po stronie ośrodków, które zdecydowały się na jej prowadzenie. Podczas Kongresu jedna z sesji rekomendowanych przez Komitet Naukowy Kongresów PTK dotyczyć będzie opisanych wyżej zagadnień.

Wszyscy zainteresowani zaburzeniami rytmu podczas tegorocznego „Peteku” z pewnością znajdą coś dla siebie. Serdecznie zachęcam Koleżanki i Kolegów do aktywnego udziału w Kongresie. Cieszyć się na spotkanie! ♦

Redakcja:

Marta Sułkowska



**DR HAB. N. MED.,
PROF. SUM
OSKAR KOWALSKI**

PROREKTOR DS. KSZTAŁCENIA
PODYPŁOMOWEGO I PROMOCJI
UCZELNI, SUM KATOWICE
KIEROWNIK KATEDRY
DIETETYKI SUM, KATOWICE
KIEROWNIK PRACOWNI
ELEKTROFIZJOLOGII I
STYMULACJI SERCA, SCCS
ZABRZE

Rozmowa z przyszłym Przewodniczącym MPE

prof. Oskarem Kowalskim

Szanowny Panie Profesorze, kiedy 10 lat temu startowała Multimedialna Platforma Edukacyjna edukacja w sieci była innowacją. Wideowykłady, kursy online były absolutną nowością. Pandemia sprawiła, że edukacja przez internet stała się codziennością, po tę formę komunikacji (i edukacji) zaczęły sięgać nie tylko towarzystwa, ale także liczne redakcje medyczne. Co w tym edukacyjnym gąszczu wyróżnia Platformę Edukacyjną PTK?

Oczywiście MPE wyróżniają wyjątkowi specjaliści, osoby, które są niekwestionowanymi autorytetami w swoich dziedzinach. Powoduje to, że materiały mają najwyższą jakość merytoryczną. Trzeba również podkreślić, że materiały edukacyjne są tworzone w oparciu o fakty medyczne, a więc wyniki badań naukowych.

Jakie wyzwania stoją przed Platformą Edukacyjną?

Obecnie dostępne są bardzo liczne źródła prezentujące doniesienia z dziedziny kardiologii, hipertensjologii oraz dziedzin pokrewnych. Zaletą materiałów prezentowanych na MPE jest jednak fakt wspomniany wcześniej – najwyższy poziom merytoryczny i obiektywizm. Dlatego uważam, że pozwoli to na sprostanie wyzwaniom wynikającym z oferty konkurencyjnych platform.

W jakim kierunku będzie się rozwijała MPE?

Celem MPE jest edukacja, dostarczanie informacji zarówno dla profesjonalistów, jak i pacjentów – i tego kierunku nie można

zmieniać. Można ją delikatnie modyfikować, wprowadzać nowe rodzaje kursów, podcasty, a także testy sprawdzające wiedzę. Myślę, że to konieczne, bo przecież jako środowisko jesteśmy zobowiązani do ciągłego doskonalenia i uzupełniania wiedzy.

Platforma to nie tylko bogata biblioteka licznych materiałów dla lekarzy, ale także portale edukacyjne dla pacjentów. Czy są plany, by nadal rozwijać tę działalność?

Jak wspomniałem wcześniej, wydaje się, że to jedna z najważniejszych misji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Trzeba sobie zdawać sprawę, że z jednej strony pacjenci poszukują w internecie wiedzy medycznej, a z drugiej są zalewani informacjami nefachowymi, a często po prostu wprowadzającymi w błąd. Naszym zadaniem będzie wypromowanie MPE jako rzetelnego i sprawdzonego źródła wiedzy medycznej, prezentowanej w przystępny i zrozumiały sposób.

Jak przekonać pacjentów do edukacji przez internet, skoro lekarze zalecają unikać „dra Google”?

Problemem nie jest przekonanie Pacjentów do korzystania z internetu, bo to jest praktykowane na co dzień. Problemem będzie przekonanie do korzystania z takiego źródła jakim jest MPE – fachowego i co najważniejsze – prawdziwego, opartego na faktach. Będziemy próbować. ♦

IDENTYFIKATOR UPOWAŻNIA DO WSTĘPU

do Muzeum Śląskiego
w cenie 1 zł w dniach
trwania Kongresu

Muzeum Śląskie w Katowicach
ul. T. Dobrowolskiego 1, 40-205 Katowice

muzeumslaskie.pl

Kongres PTK 2022

Pobierz aplikację PTK „Moje PTK”
i przejdź do modułu kongresowego

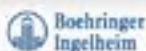


**Program i najważniejsze informacje zawsze pod ręką
- korzystaj z dostępnych funkcjonalności**

Aplikację „Moje PTK” odnajdziesz w Google Play/AppStore
Aplikacja jest dostępna w wersji na smartphone oraz tablet



Główni Sponsorzy Kongresu



Sponsor aplikacji mobilnej



Wydawca:
Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
Warszawa, ul. Stawki 3A lok. 1-3



Komitę Organizacyjny:
Dr hab. med. Jacek Kowalczyk
Prof. dr hab. med. Zbigniew Kalarus
Dr hab. med. Oskar Kowalski, prof. SUM

Opracowanie wydawnicze:
Grupa casusBTL Sp. z o.o.
ul. Rodawska 26, 61-312 Poznań



Opieka redakcyjna:
Grupa casusBTL

Redaktor prowadzący:
Bartosz Szymański

Redakcja i korekta:
Bartosz Szymański
Dominika Sobol-Gotowska
Grupa casusBTL

Skład i opracowanie graficzne:
Marcin Pluska

Obsługa fotograficzna:
Wojciech Grabowski

Publikacja przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 z późniejszymi zmianami).

© Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Jakiegokolwiek kopiowanie niniejszej publikacji, w całości lub w części, bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy jest całkowicie zabronione. Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń. Opinie wyrażone w poszczególnych artykułach są wyłącznie opiniami ich autorów i nie mogą być przypisywane wydawcy, redaktorom ani członkom Komitetu Naukowego.

Każdy lekarz powinien kierować się własnym doświadczeniem klinicznym podejmując decyzję o przewadze korzyści z leczenia nad ryzykiem działań niepożądanych. Lekarze powinni zapoznać się z pełną informacją o preparatach wymienionych w artykułach, zamieszczoną na opakowaniach leków lub w materiałach promocyjnych producentów.

Współgospodarz Kongresu:



KATOWICE
dla odmiany