



Piątek, 23 września 2022 | Numer 2



G A Z E T A KONGRESOWA

XXVI Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Sercu
na
ratunek



**Niezaspokojone
potrzeby
zdrowotne
w kardiologii**

**Uroczysta Inauguracja
XXVI Międzynarodowego
Kongresu PTK**

**Prof. Janina Stępińska
Członkiem Honorowym
Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego**

**Dążymy do doskonałości
Rozmowa z Redaktorem Naczelnym
Kardiologii Polskiej,
prof. Anettą Undas**

03

Uroczysta Inauguracja
XXVI Międzynarodowego
Kongresu Polskiego
Towarzystwa
Kardiologicznego

14

Dążymy do doskonałości
Rozmowa z Redaktorem Naczelną
Kardiologii Polskiej,
prof. Anettą Undas

17

Konferencja prasowa inaugurująca
XXVI Międzynarodowy
Kongres Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego

06

Prof. Janina Stępińska
Członkiem Honorowym Polskiego
Towarzystwa Kardiologicznego

18

Digital Cardio Area
podczas XXVI Międzynarodowego
Kongresu PTK

08

Sylwetka laureata Nagrody
Kapituły Prezesów PTK 2022

19

IV Forum Serce Pacjenta:
rzetelna edukacja to lepsze zdrowie

10

Wytyczne ESC/PTK 2022
3. Wytyczne ESC dotyczące kardioonkologii

22

XXVI Międzynarodowy Kongres PTK
oczami naszego fotoreportera

12

Wytyczne ESC/PTK 2022
4. Wytyczne ESC 2022 – Nadciśnienie Płucne



Uroczysta Inauguracja

XXVI Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

W czwartek o godz. 17:30 w sali Katowice odbyła się Uroczysta Inauguracja Kongresu PTK. Gości powitał Komitet Organizacyjny reprezentowany przez dra hab. med. Jacka Kowalczyka.

Uroczysta Inauguracja XXVI MK PTK miała w tym roku wyjątkowy charakter, gdyż po trzech latach przerwy uczestnicy znów mogli zasiąść na sali obrad, a nie przed ekranami swoich komputerów.

– Dziękuję wszystkim wykładowcom, ekspertom, prowadzącym sesje, że zechcieli przyjąć nasze zaproszenie i uczestniczyć aktywnie w naszym wydarzeniu. Wielkie słowa podziękowania za

zaufanie jakim nas obdarzono, czyli zespół profesora Kalarusa, który reprezentuję. Słowa te kieruję do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z Panem Prezesem profesorem Mitkowskim na czele, że powierzyli nam to trudne zadanie organizacji najważniejszego wydarzenia kardiologicznego w Polsce w tych niepewnych czasach. Bardzo dziękuję Komitetowi Naukowemu Kongresów pod kierunkiem Pana profesora Jacka Legutko za przygotowanie znakomitego programu. Blisko 150 wykładów i znakomici eksperci. Bardzo serdecznie chciałbym podziękować władzom regionu, a zwłaszcza przedstawicielom miasta Katowice, które są współgospodarzem naszego wydarzenia. – powiedział dr hab. med. Jacek Kowalczyk, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego XXVI Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

– *Bardzo się cieszę że ten wybór padł na Katowice i że tak licznie Państwo przyjechaliście do Katowic by dyskutować o naszym zdrowiu, naszych sercach, diagnostyce i leczeniu* – przywitał zgromadzonych gości Marcin Krupa, Prezydent Miasta Katowice, życząc wszystkim uczestnikom wspaniałych chwil nie tylko podczas wykładów, ale także w trakcie zwiedzania miasta.

...w ostrych i przewlekłych zespołach wieńcowych niedokrwiennych i krwotocznych”

...fman, Włodzimierz Janusz
...told Rzybyto, Andrzej
...si, Adam Witkowski
...Sp. z o.o.



Profesor Przemysła Mitkowski przywitał zgromadzonych gości w tym między innymi Przewodniczącą Senackiej Komisji Zdrowia senator Beatę Małecką-Liberę oraz członkinie Senackiej Komisji Zdrowia senator Agnieszkę Gorgoń-Komor oraz profesora Tomasza Hryniewieckiego Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii.

– *Cieszymy się, że udało nam się tutaj spotkać po 3 latach, pierwszy raz w formie stacjonarnej. Tegoroczny Kongres to 149 sesji naukowych, 436 wykładowców i przewodniczących sesji, ale również znakomici goście. Mamy olbrzymi zaszczyt i przyjemność gościć w tym roku podczas naszego Kongresu sławy europejskiej i światowej kardiologii. Do Katowic przyjechali 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 – podziękował Komitetowi Naukowemu Kongresów za przygotowanie niezwykle bogatego programu prof. Jacek Legutko.*

Następnie prof. Przemysław Mitkowski zaprosił na scenę prof. Roberta Gila oraz prof. Adama Witkowskiego i razem poprowadzili ceremonię nadania Członkostwa Honorowego PTK. W tym roku tytuł ten otrzymała profesor Janina Stępińska. Laudację wygłosili prof. Adam Torbicki oraz dr hab. Przemysław Trzeciak. Później prof. Mitkowski wręczył Medale PTK – otrzymali je Krystyna Jaworska „Za wieloletnią pracę na rzecz PTK i toruńskiego środowiska kardiologicznego” oraz prof. Jarosław Drożdż „Za stworzenie i rozwój Multimedialnej Platformy Edukacyjnej PTK”.

Tradycyjnie część ceremonii przeznaczono na wyróżnienia i nagrody. Po raz dwudziesty drugi wręczono Nagrodę Prezesów PTK. W tym roku z rąk prof. Janiny Stępińskiej, przewodniczącej Kapituły, otrzymał ją dr hab. Mariusz Tomaniak „Za cykl prac: Nowe strategie postępowania przeciwłukowego w ostrych i przewlekłych zespołach wieńcowych w populacji chorych o wysokim ryzyku powikłań niedokrwiennych i krwotocznych” Nagrodę Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego im. Profesora Stefana Rywika z rąk prof. Mitkowskiego i prof. Gila odebrał prof. Andrzej Pająk „Za wybitne osiągnięcia na-

ukowe, organizacyjne, edukacyjne i popularyzatorskie na rzecz profilaktyki chorób układu krążenia w Polsce”. Następnie prof. Leszek poprowadził ceremonię rozdania Nagród Naukowych PTK za rok 2021 (J. Kochman, Ł. Kołtowski, G. Opolski, M. Tomaniak) za „Nowe metody zabiegowego i farmakologicznego leczenia ostrych i przewlekłych zespołów wieńcowych” oraz Nagród za Publikacje Naukowe w roku 2021 (Ewa A. Jankowska, Wojciech Kosmala, Michał Tkaczyszyn)

Później na scenę wszedł prof. Jacek Legutko, który wręczył nagrody Komitetu Naukowego Kongresów PTK za najlepsze prace wygłoszone na XXVI Międzynarodowym Kongresie PTK w 2022 r. z zakresu:

- badań klinicznych zespołowi autorów: K. Borowiec (Warszawa), O. Woźniak (Warszawa), W. Śmigielski (Warszawa), U. Skrzypczyńska-Banasik (Warszawa), E. Kowalik (Warszawa), A. Lutyńska (Warszawa), P. Hoffman (Warszawa), E. Biernacka (Warszawa) za pracę: „NT-proBNP ma wyższą wartość niż nowe biomarkery w przewidywaniu niekorzystnego rokowania u pacjentów z arytmogenną kardiomiopatią prawej komory”,

- badań podstawowych zespołowi autorów: M. Kopytek (Kraków), M. Ząbczyk (Kraków), A. Undas (Kraków), J. Natorka (Kraków) za pracę: „Upośledzona fibrynoliza u pacjentów z ciężką stenozą aortalną jest spowodowana ekspresją inhibitora aktywatora plazminogenu typu 1 (PAI-1)”,
- prac plakatowych Zespołowi Autorów: A. Mamzer (Łódź), M. Waligóra (Kraków), M. Kurzyna (Otwock), E. Mroczek (Wrocław), T. Mularczyk-Kubzdela (Poznań), P. Pruszczyk (Warszawa), E. Lewicka (Gdańsk), D. Karasek (Bydgoszcz), I. Skoczylas (Zabrze), B. Kuśmierczyk-Droszcz (Warszawa), K. Mizia-Stec (Katowice), K. Ptaszyńska-Kopczyńska (Białystok), W. Jacheć (Zabrze), G. Kopeć (Kraków), J.D. Kasprzak (Łódź) za pracę: „Wpływ pandemii COVID-19 na ogólnopolską kohortę nadciśnienia płucnego: 18-miesięczna analiza krajowej bazy danych BNP-PL”,
- badań studenckich zespołowi autorów: K. Klimek (Katowice), M. Tworek (Katowice), K. Kłoczek (Katowice), J. Dołęga (Katowice), G. Majta (Katowice), K. Marcinkiewicz (Katowice), K. Mizia-Stec (Katowice) za pracę: „Czynnościowa niedomykalność trójdzielna wpływa na skuteczność kardiowersji elektrycznej migotania przedsionków u pacjentów z przedsionkową czynnościową niedomykalnością mitralną”.

Podczas uroczystości została wręczona także nagroda za najbardziej innowacyjny projekt, rozwiązanie organizacyjne lub produkt prezentowany podczas XXVI Kongresu PTK. Z rąk prof. Pawła Krzesińskiego odebrali ją przedstawiciele firmy Hemolens Diagnostics (Cardiolens FFR-CT Pro).



W dalszej części do prof. Mitkowskiego i prof. Gila dołączył prof. Witkowski i wręczono kolejne nagrody: Grant Servier otrzymał Mariusz Tomaniak, Grant Adamed – Piotr Duchnowski, Grant Boehringer Ingelheim – Paweł Rubiś, Grant Młodego Naukowca 2022 – Sylwester Rogula, Grant Wyjazdowy Klubu 30 – Agata Tymińska. Nagrodę Naukową Klubu 30 odebrał Kajetan Grodecki.

Po serii nagród i grantów do Klubu 30 przystąpili nowi członkowie. Do sekcji młodych polskich kardiologów dołączyli: Karolina Borowiec, Małgorzata Cichoń, Katarzyna Dudzińska-Szczerba, Ewa Dziewięcka, Anna Fojt, Monika Gawałko, Jakub Gumprecht, Anna Imiela, Tomasz Imiela, Sylwia Iwańczyk, Szymon Jonik, Agnieszka Jurek, Anna Kędziora, Agnieszka Kotalczyk, Bartosz Krzowski, Zuzanna Lewicka-Potocka, Patrycja Matusik, Dorota Ochijewicz, Karolina Semczuk-Kaczmarek, Grzegorz Sławiński.

– *Działalność Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego bez wsparcia przemysłu dla realizacji naszych działań statutowych byłaby niemożliwa w Polsce* – powiedział prof. Mitkowski i rozpoczął ostatnią część ceremonii, czyli wręczenie statuetek dla Partnera i Przyjaciela Polskiej Kardiologii. Statuetki „Partnera Polskiej Kardiologii 2022” odebrały firmy: Abbott, Adamed, AstraZeneca, Berlin Chemie, Boehringer Ingelheim, KRKA, Pfizer, Polpharma, Servier zaś „Przyjaciela Polskiej Kardiologii 2022” firmy: Bausch Health, Novartis.

Po uroczystej inauguracji rozpoczęła się sesja specjalna Prezesa PTK, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii i Przewodniczącego Komitetu Naukowego Kongresów PTK „Bariery organizacyjno-ekonomiczne dla rozwoju kardiologii w Polsce”. ♦

Prof. Janina Stępińska

Członkiem Honorowym Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



Polskie Towarzystwo Kardiologiczne decyzją Zarządu Głównego zatwierdzoną przez Walne Zebranie Delegatów postanowiło przyznać w tym roku tytuł Honorowego Członka PTK Profesor Janinie Stępińskiej. Wniosek o nadanie tytułu złożyła Asocjacja Intensywnej Terapii Kardiologicznej PTK.

Profesor Janina Stępińska po ukończeniu Warszawskiej Akademii Medycznej rozpoczęła pracę w Klinice Wad Serca Instytutu Reumatologii, a następnie Instytutu Kardiologii w Aninie. Pracując w Klinice Wad Serca, jednocześnie prowadziła Oddział Intensywnej Opieki Medycznej. W związku z ogromnym postępem w kardiologii, rozwojem kardiologii

interwencyjnej, elektroterapii i kardiochirurgii oraz wzrostem liczby chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, ostrą niewydolnością serca, z groźnymi dla życia zaburzeniami rytmu serca, Pani Profesor uważała, że struktura szpitali powinna być inna. Większość pacjentów może być diagnozowana i leczona ambulatoryjnie lub w ramach bardzo krótkich hospitalizacji, za czym przemawiają również czynniki ekonomiczne. Natomiast intensywna terapia kardiologiczna jest niezbędna. Stworzyła koncepcję, w której intensywna terapia kardiologiczna jest „sercem” oddziałów kardiologicznych. Tam ważny jest czas, ale również najwyższa jakość, umiejętność pracy zespołowej i podejmowania decyzji. To się przekłada na odległe wyniki leczenia.

Zwolennikiem takiej koncepcji był także prof. Zbigniew Religa, ówczesny dyrektor Instytutu Kardiologii, który zaakceptował pomysł budowy bardzo nowoczesnej, dużej, 21-lóżkowej Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej. Profesor Stępińska kierowała Kliniką Intensywnej Terapii od początku jej powstania do 2019 roku, a w latach 2003-2010 jednocześnie Kliniką Wad Nabytych Serca. Kierując oboma klinikami wprowadziła wiele nowatorskich rozwiązań klinicznych i systemowych. Za swoje zasługi w nowoczesnym leczeniu zawału serca została uhonorowana nagrodą „Kroku Milowego w Leczeniu Zawału Serca” podczas XXV Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej w Zabrzu. W 2015 roku została na krótko, i ku oburzeniu anestezjologów, konsultantem krajowym w dziedzinie intensywnej terapii. Był to okres szczególnie trudny dla intensywiistów. Pani Profesor zabiegała o poprawę wycen procedur wysokospecjalistycznych oraz poszerzenie uprawnień terapeutycznych dla kardiologów leczących chorych na oddziałach intensywnej terapii kardiologicznej.

Od początku swojej pracy zawodowej prowadziła bardzo szeroką działalność edukacyjną. Była kierownikiem specjalizacji ponad 20 kardiologów, brała udział w tworzeniu programu specjalizacji z kardiologii i przez lata przewodniczyła komisjom egzaminacyjnym w dziedzinie kardiologii. Była promotorem licznych rozpraw doktorskich i opiekunem przewodów habilitacyjnych.

Profesor Stępińska od wielu lat aktywnie działa w strukturach Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W kadencji 1998-2001 była sekretarzem Zarządu Głównego PTK, pozostając w Zarządzie Głównym na kolejną kadencję i wracając do niego w 2009 roku jako Prezes Elekt. W latach 2011-2013 była Prezesem PTK – pierwszą i jak do tej pory jedyną kobietą na tak zaszczytnym stanowisku. W czasie Jej kadencji istotnie wzrosła liczba członków Towarzystwa, powołano dwie nowe komisje: ds. e-learningu oraz ds. współdziałania z parlamentem i administracją państwową. Zdecydowano o przyznawaniu przez PTK grantów naukowych oraz uruchomiono Multimedialną Platformę Edukacyjną. Pani Profesor zawsze zależało na pracy zespołowej i aktywizacji młodych kardiologów; dlatego za Jej przyczyną na wszystkie posiedzenia Zarządu zapraszano przedstawiciela Klubu 30.

Jednym z głównych Jej celów jako Prezesa PTK było wzmocnienie roli intensywnej terapii kardiologicznej. Wielokrotnie podkreślała, że w kardiologii skończyła się era intensywnej opieki na rzecz intensywnej terapii. Z ówczesnym konsultantem krajowym w dziedzinie kardiologii profesorem Grzegorzem Opolskim podejmowała

liczne działania służące edukacji podyplomowej. Pracowała nad utworzeniem specjalizacji z intensywnej terapii, a koncepcję jej funkcjonowania przedstawiała m.in. na posiedzeniach Rady Naukowej w Ministerstwie Zdrowia. Profesor Stępińska miała ogromne osiągnięcia dla powstania i rozwoju początkowo Sekcji, a następnie Asocjacji Intensywnej Terapii PTK. W 2017 roku za swoje zasługi dla rozwoju intensywnej terapii i Asocjacji została Honorowym Członkiem Zarządu AITK PTK. W strukturach PTK jest aktualnie Przewodniczącą Kapituły Prezesów przyznającej co roku najważniejszą nagrodę naukową Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Pani Profesor od lat jest bardzo aktywna także w strukturach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC). W 2000 roku przyznano Jej tytuł Fellow ESC. Od 2002 roku jest członkiem Grupy Roboczej Wad Zastawkowych Serca ESC, a w latach 2006-2012 była członkiem Zarządu tej grupy. W latach 2002-2004 była członkiem Educational Committee ESC. W latach 2014-2018 zasiadała w Zarządzie Acute Cardiac Care. Była również członkiem Komitetu Naukowego (2017-2019) i Komitetu Nominacyjnego ESC (2019-2021). Obecnie jest przedstawicielem ESC w Komitecie Naukowym World Heart Federation.

Profesor Stępińska jest autorką i współautorką przeszło 300 publikacji naukowych o sumarycznym wskaźniku IF ponad 600 punktów, cytowanych ponad 14 tysięcy razy. Jest m.in. współautorką wcześniejszych wytycznych ESC dotyczących wad nabytych serca, niewydolności serca i recenzentem wytycznych dotyczących operacji niekardiologicznych. Jest członkiem Rad Naukowych czasopism: Kardiologii Polskiej, w której w latach 1984-1990 była sekretarzem redakcji, Acute Cardiovascular Care European Heart Journal oraz Cardiology Journal, gdzie jako Associate Editor jest odpowiedzialna za intensywną terapię kardiologiczną i niewydolność serca.

Szanowna Pani Profesor, gratulujemy najważniejszego wyróżnienia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Życzymy wielu sił i wytrwałości w dalszym wspieraniu całego środowiska kardiologicznego! ♦

dr hab. med. Przemysław Trzeciak
Przewodniczący Asocjacji Intensywnej Terapii Kardiologicznej PTK

Sylwetka laureata Nagrody Kapituły Prezesów PTK 2022



JANINA STĘPIŃSKA
PRZEWODNICZĄCA KAPITUŁY
NAGRODY PREZESÓW PTK

Nagroda Kapituły Prezesów została w tym roku wręczona po raz dwudziesty drugi. Jest to najważniejsze wyróżnienie naukowe przyznawane przez Polskie

Towarzystwo Kardiologiczne. Nagroda jest przyznawana naukowcom, członkom PTK, którzy w dniu, w którym mija termin zgłoszeń do Nagrody nie ukończyli 45. roku życia. Przyznawana jest za oryginalny dorobek naukowy lub nowatorskie rozwiązania wdrożeniowe w zakresie kardiologii klinicznej lub doświadczalnej. Podstawę wniosku o nagrodę stanowią prace wydrukowane w recenzowanych czasopiśmie naukowych. Przynajmniej część dorobku, będącego podstawą wniosku, musi być realizowana w Polsce. Natomiast we wszystkich zgłoszonych pracach kandydat musi mieć afiliację polskiego ośrodka.

W skład Kapituły Nagrody wchodzi wszyscy dotychczasowi Prezesi PTK oraz Prezes Elekt. Fundatorem nagrody jest firma Bayer.

W tym roku wpłynęło 7 wniosków o nagrodę. Najczęściej kandydaci sami zgłaszali swoją kandydaturę. Dwaj kandydaci zgłoszeni byli przez kierowników klinik, a jeden z nich, nota bene Laureat, dodatkowo przez Klub 30. Podobnie jak w kilku ostatnich latach, część kandydatów złożyła

aplikację po raz kolejny. Wszystkie aplikacje spełniały warunki formalne. Wprowadzony po raz pierwszy w tym roku dodatkowy załącznik mający na celu uporządkowanie informacji dotyczących kandydatów

i ich dorobku naukowego, ale przede wszystkim mający wyeksponować osiągnięcie zgłoszone do Nagrody, przyniósł oczekiwane efekty. Nagroda

Prezesów PTK nie jest nagrodą za całokształt dorobku, chociaż kandydaci proszeni są o podanie liczby opublikowanych prac oryginalnych, współczynnika oddziaływania, liczby cytowań. Natomiast kluczowy jest, nieprzekraczający 1500 znaków, opis osiągnięcia zgłoszonego do Nagrody i wykaz publikacji stanowiących podstawę do Nagrody.



dr hab. n. med. Mariusz Tomaniak

Tegorocznym Laureatem został dr hab. n. med. Mariusz Tomaniak z I Katedry i Kliniki Kardiologii, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, kierowanej przez prof. dr. hab. Marcina Grabowskiego. Zainteresowania naukowe dr. hab. n. med. Mariusza Tomaniaka koncentrują się wokół choroby niedokrwiennej. Zajmuje się nieinwazyjną i inwazyjną oceną czynnościową zmian w tętnicach wieńcowych w oparciu o FFR/iFR oraz nowymi algorytmami komputerowego modelowania dynamiki płynów w diagnostyce ostrych i przewlekłych zespołów wieńcowych. Ma bezpośredni wkład w budowę i walidację nowego oprogramowania do analizy FFR w oparciu jedynie o samą

angiografię – *vessel Fractional Flow Reserve (vFFR)*. Jako jeden z pierwszych badaczy wykazał użyteczność stworzonych algorytmów w przewidywaniu efektów PCI (wskaźnik *residual vFFR*) w oparciu o samą angiografię i komputerowe modelowanie geometrii naczyń, tzw. *virtual PCI*. Interesuje się wykorzystaniem optycznej koherentnej tomografii komputerowej, ultrasonografii wewnątrzwieńcowej i spektroskopii bliskiej podczerwieni dla przewidywania zdarzeń sercowo-naczyniowych, optymalizacji wyników PCI oraz indywidualizacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w ostrych i przewlekłych zespołach wieńcowych. Indywidualizacja postępowania dotyczy również strategii farmakoterapii przeciwplatekowej u pacjentów poddawanych przezskórnym interwencjom wieńcowym. W oparciu o ocenę odpowiedzi na leczenie oraz biomarkery płytkowe ocenia nowe schematy podawania i dawkowania leków, strategie deeskalacji i eskalacji terapii, a także zastosowanie leków w nowych wskazaniach klinicznych.

Doświadczenie kliniczne i naukowe zdobywał nie tylko w I Klinice Kardiologii WUM, ale również w wieloletniej współpracy z Erasmus MC, Thorax Center w Rotterdamie. W 2015 roku był Stypendystą Ministerstwa Zdrowia, MEiN i ESC, w 2018 roku został Laureatem Grantu ESC. Był inicjatorem badań klinicznych, przewodniczył analizom wyników, dzięki czemu publikował w międzynarodowej grupie również jako pierwszy autor.

Nagroda została przyznana za cykl prac: „Nowe strategie postępowania przeciwplatekowego w ostrych i przewlekłych zespołach wieńcowych w populacji chorych o wysokim ryzyku powikłań niedokrwienych i krwotocznych”. W cyklu dr hab. n. med. Mariusz Tomaniak wykazał większe bezpieczeństwo przy takiej samej skuteczności stosowania po PCI w OZW 11-miesięcznej monoterapii tikagrelorom po miesięcznej DAPT, w porównaniu do pacjentów przyjmujących 12-miesięczną DAPT złożoną z tikagreloru i kwasu acetylosalicylowego. Obserwowane korzyści widoczne były również u pacjentów poddawanych złożonym zabiegom PCI, a także w grupie z podwyższonym ryzykiem powikłań zakrzepowych i krwotocznych. Dotyczy to między innymi chorych w wieku powyżej 75 lat, chorych z upośledzoną funkcją nerek. W populacji z POCHP leczenie tikagrelorom w monoterapii nie zwiększało częstości wystąpienia duszności związanej z lekiem.

We wcześniejszych badaniach dr hab. n. med. Mariusz Tomaniak wykazał, że prasugrel podawany przed elektrywnym zabiegiem PCI pacjentom z nieadekwatnym zahamowaniem agregacji płytek po kłopotogrelu może wiązać się z mniejszym okołozabiegowym uszkodzeniem miokardium.

W imieniu Kapituły Prezesów PTK gratuluję dr. hab. n. med. Mariuszowi Tomaniakowi, ale również wszystkim Kandydatom do Nagrody.

Gratuluję Panom Profesorom Marcinowi Grabowskiemu i Grzegorzowi Opolskiemu – obecnemu i poprzedniemu kierownikowi Kliniki, w której zatrudniony jest dr hab. med. Mariusz Tomaniak. Po raz kolejny Laureat pochodzi z Kliniki kierowanej przez wcześniejszego Laureata Nagrody Prezesów PTK. ♦

Laureaci Nagrody Prezesów PTK*

R O K	L A U R E A T
2001	Krzysztof Narkiewicz
2002	Piotr Ponikowski
2003	Marcin Demkow
2004	Piotr Pruszczyk
2005	Jarosław Kasprzak
2006	Anetta Undas
2007	Marek Deja
2008	Wojciech Wojakowski
2009	Jacek Jawień
2010	Łukasz Szumowski
2011	Ewa Jankowska
2012	Katarzyna Stolarz-Skrzypek
2013	Maciej Kostrubiec
2014	Mariusz Kruk
2015	Karol Kamiński
2016	Mateusz Śpiewak
2017	Tomasz Roleder
2018	Marcin Grabowski
2019	Miłosz Jaguszewski
2020	Maksymilian Opolski
2021	Jan Biegus
2022	Mariusz Tomaniak

*Do roku 2005 Nagroda Kardiologiczna Firmy Bayer.

W tabeli nie podano tytułów i stopni naukowych Laureatów, ponieważ od czasu uzyskania Nagrody uległy one zmianom.

Wytyczne ESC dotyczące kardioonkologii



DR HAB. N. MED. SEBASTIAN SZMIT, PROF. CMKP

KATEDRA I KLINIKA KRAŻENIA PŁUCNEGO, CHOROÓB ZAKRZEPOWO-
ZATOROWYCH I KARDIOLOGII CMKP

INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII

Wytyczne dedykowane kardioonkologii zostały ogłoszone po raz pierwszy w 70-letniej historii Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Dokument liczy 133 strony, ma 50 tabel zawierających łącznie 272 pozycje zupełnie NOWYCH rekomendacji, ponadto jest 13 tabel i 48 figur objaśniających trudne zagadnienia. Dokument powstał we współpracy ze środowiskiem europejskich hematologów (European Hematology Association, EHA), europejskich onkologów i radioterapeutów (European Society for Therapeutic Radiology and Oncology, ESTRO) oraz kardioonkologów (którzy, nie licząc osób należących do ESC, byli reprezentowani przez amerykańskich przedstawicieli International Cardio-Oncology Society, IC-OS).

Można zaryzykować stwierdzenie, że ten dokument wytycznych ESC to kardiologia spersonalizowana dla potrzeb chorych na nowotwory. Powstanie tego dokumentu to niewątpliwie efekt danych epidemiologicznych: po pierwsze – narastającej liczby chorych na nowotwory, a wśród nich coraz większej liczby osób z chorobami sercowo-naczyniowymi doświadczających chorób nowotworowych, po drugie – coraz większej liczby powikłań sercowo-naczyniowych wynikających z choroby nowotworowej lub będących efektem leczenia przeciwnowotworowego nawet tego najbardziej nowoczesnego.

Wśród ważnych nowych pojęć, które pojawiają się w dokumencie należy zwrócić szczególną uwagę na **toksyczność sercowo-naczyniową związaną z leczeniem przeciwnowotworowym** (*cancer therapy-related cardiovascular toxicity*, CTR-CVT). W tym względzie przyjęto definicje zaproponowane przez Międzynarodowe Towarzystwo Kardio-Onkologiczne (IC-OS), opublikowane w wersji online w grudniu 2021 w *European Heart Journal*. Wśród tych definicji swoistych dla onkologii i hematologii takich jak: zapalenie mięśnia sercowego autoimmunologiczne, powikłania naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca i zaburzenia przewodzenia (wydłużenie odstępu QTc), uszkodzenie mięśnia sercowego, jatrogenną kardiomiopatię i niewydolność serca – określono wspólnym mianem **dysfunkcji serca związanej z leczeniem przeciwnowotworowym** (*cancer therapy-related cardiac dysfunction*, CTRCD). Opisano spektrum objawowej CTRCD od bardzo ciężkiej aż po łagodną. Pojawiły się też kryteria dla bezobjawowej ciężkiej CTRCD, gdy frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) serca spada podczas leczenia przeciwnowotworowego poniżej 40% (wiemy z rejestru CARDIOTOX, że w takiej sytuacji jest zwiększona śmiertelność). Na drugim biegunie rozpoznania znalazła się łagodna bezobjawowa CTRCD, która oznacza, że LVEF $\geq 50\%$, ale następuje istotna względna zmiana GLS o $>15\%$ od wartości wyjściowej lub jest wzrost stężenia biomarkerów sercowych (troponiny, peptydów natriuretycznych).

Wytyczne zalecają stratyfikację ryzyka sercowo-naczyniowego przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego. W tym względzie dokument sugeruje, że należy rozważyć (klasa IIa) kryteria zaproponowane w 2020 roku przez *Heart Failure Association-International Cardio-Oncology Society* (HFA-ICOS). W zależności od typu planowanego leczenia przeciwnowotworowego (antracykliny, terapia antyHER2, inhibitory angiogenezy, inhibitory szlaku BCR-ABL, terapie stosowane w szpiczaku mnogim, inhibitory RAF i MEK) poszczególne składowe wywiady kardiologiczne będą

nam definiować pacjentów niskiego, średniego, wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych podczas aktywnego leczenia nowotworu. U pacjentów wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka zalecana jest konsultacja kardiologiczna przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego i należy rozważyć strategie prewencyjne. Echokardiografia jest zalecaną metodą z wyboru do monitorowania chorych, zwłaszcza echokardiografia 3D wraz z GLS, jeśli jest dostępny. Ocena echokardiograficzna jest zalecana przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego u wszystkich chorych wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka. W przypadku zastosowania antracyklin lub terapii antyHER2 u chorych wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka, ale z dobrym spodziewanym rokowaniem onkologicznym, seryjne kontrolne badania echokardiograficzne są zalecane podczas aktywnego leczenia nowotworu, jak również po 3 i 12 miesiącach po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego (klasa zaleceń I). Ale już w przypadku inhibitorów angiogenezy wyjściowo echokardiografia jest co prawda zalecana u pacjentów wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka, ale kontrolne badania echokardiograficzne należy rozważyć (klasa IIa) co 3 miesiące podczas pierwszego roku leczenia oraz co 6-12 miesięcy w kolejnych latach leczenia. W przypadku leczenia szpiczaka wyjściowo echokardiografia jest zalecana u wszystkich, dla monitorowania należy ją rozważyć (klasa IIa) tylko w przypadku stosowania karfilzomibu u chorych wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka.

Warto zwrócić uwagę, że dokument wytycznych jasno precyzuje rolę nowych antykoagulantów w onkologii i hematologii, gdzie obserwowane jest wyższe ryzyko krwawienia istotnie związane z chorobą nowotworową. W przypadku migotania przedsionków wytyczne wskazują, że należy rozważyć (klasa IIa) nowe doustne antykoagulanty jako opcję preferowaną względem heparyn drobnocząsteczkowych oraz antagonistów witaminy K (oczywiście z wykluczeniem pacjentów z mechanicznymi zastawkami oraz umiarkowanym-istotnym zwężeniem zastawki dwudzielnej). Co ważne profilaktykę przeciwzakrzepową wobec udaru mózgu w migotaniu przedsionków można rozważyć (klasa IIb) nawet u chorych z CHA₂DS₂-VASc score 0 (u mężczyzn) lub 1 (u kobiet), a wskazanie to determinuje fakt wysokiej aktywności prozakrzepowej wynikającej z obecności choroby nowotworowej. W leczeniu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej wytyczne rekomendują (wskazanie klasy I) apiksaban, edoksaban lub rywaroksaban pod warunkiem, że nie ma przeciwwskazań (poziom wiarygodności wynosi tutaj A). Należy jednak zauważyć, że eksperci pozostawili równolegle heparyny drobnocząsteczkowe jako również rekomendowane (klasa I), jeśli lekarz uzna sytuację kliniczną pacjenta jako predysponującą do wykorzystania tej grupy leków.

W bardzo praktyczny sposób została rozwiązana kwestia leczenia nadciśnienia tętniczego u chorych na nowotwory. Wytyczne rekomendują inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę lub antagonistów receptora dla angiotensyny jako leki pierwszego wyboru, a jeśli wartości ciśnienia są $\geq 160/100$ mmHg najlepiej od razu w skojarzeniu z dihydropirydynowym antagonistą wapnia. Jako rekomendowany cel terapii przyjęto $<140/90$ mmHg. Jednak u wybranych chorych z przerzutową chorobą nowotworową można rozważyć (klasa IIb) jako docelowe wartości ciśnienia skurczowego 140-160 oraz rozkurczowego 90-100 mmHg.

Wytyczne prezentują jasne zalecenia co do obserwacji odległej chorych po przebytych leczeniu przeciwnowotworowym z dobrym rokowaniem odległym, oddzielne zalecenia można znaleźć dla populacji dziecięcej i odmienne dla populacji młodych dorosłych.

Wśród opisanych szczególnych populacji chorych nie zabrakło miejsca dla leczenia nowotworów serca, zespołu rakowiaka, amyloidozy serca. Eksperci przygotowali algorytm monitorowania kobiet w ciąży, które otrzymują potencjalnie kardi toksyczną terapię przeciwnowotworową. Na koniec dokumentu oddzielny rozdział został dedykowany chorym z implantowanymi urządzeniami, którzy poddani są radioterapii.

Serdecznie zapraszam Państwa do lektury tego obszernego i ważnego dokumentu.

WYTYCZNE ESC/PTK 2022 1 2 3 [4]

Wytyczne ESC 2022 – Nadciśnienie Płucne

**PROF. DR HAB. N. MED. ADAM TORBICKI***KLINIKA KRAŻENIA PŁUCNEGO, CHOROBY ZAKRZEPOWO-ZATOROWYCH I
KARDIOLOGII CMKP, ECZ-OTWOCK*

Nie tylko kardiolodzy, ale i pulmonolodzy oczekiwali ze szczególnym zainteresowaniem na nowe wytyczne dotyczące diagnostyki i terapii nadciśnienia płucnego. Poprzednie, z 2015 roku, także przygotowane wspólnie przez dwa towarzystwa naukowe – European Society of Cardiology i European Respiratory Society – nie wprowadziły drastycznych zmian. Niespodziewanie jednak Światowe Sympozjum Nadciśnienia Płucnego w Nicei w 2018 roku zaproponowało istotną modyfikację granicy parametrów, powyżej których powinniśmy rozpoznawać nadciśnienie płucne i jego przedwłośniczkową postać. Zasadność i zakres tej propozycji wzbudziły wiele kontrowersji, podobnie jak i wątpliwości co do tego, czy konsensus ekspertów przygotowujących materiały prezentowane podczas Sympozjum już obowiązuje klinicystów czy też należy poczekać na wytyczne ESC/ERS, uważane za dokument wiążący. Sesja podczas Kongresu w Barcelonie ostatecznie rozstrzygnęła wątpliwości. Nie tylko obniżono granicę rozpoznawania nadciśnienia płucnego do 20 mmHg (wszystko co powyżej to teraz już nadciśnienie płucne!), ale również obniżono granicę naczyniowego oporu płucnego wskazującego na nadciśnienie płucne przedkapilarne do 2 jednostek Wooda. Trzeba się zgodzić, że wartości te lepiej odzwierciedlają fizjologię krążenia płucnego znaną z kilku tysięcy cewnikowań przeprowadzonych u osób zdrowych. Jednocześnie jednak nowa definicja pozostawiła zawyżoną w stosunku do fizjologii wysokość 15 mmHg zaklinowanego ciśnienia w tętnicy płucnej, poniżej której można rozpoznawać izolowane przedkapilarne nadciśnienie płucne. Korzyścią z takich zmian ma być możliwość wcześniejszego rozpoznawania tętniczego lub zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego u osób młodych, z grup ryzyka progresywnych postaci NP a bez innych obciążeń krążeniowo-oddechowych. Jednocześnie jednak otwierają one drogę do pochopnych rozpoznań tych groźnych postaci, zwłaszcza u osób z niewydolnością lewej komory i zachowaną frakcją wyrzutową skutecznie leczonych lekami moczopędnymi. Dlatego też eksperci przygotowujący wytyczne pozostawili swoisty opornik, którym są utrzymane na poprzednim poziomie – a więc dopasowane do definicji rozpoznającej nadciśnienie płucne dopiero od 25 mmHg – kryteria echokardiograficzne jego prawdopodobieństwa. Dotyczy to prędkości maksymalnej fali zwrotnej trójdzielnej 2,8 m/s powyżej której – tak jak w starej definicji – prawdopodobieństwo nadciśnienia płucnego określać się będzie jako pośrednie. Wzmocniono jednak rolę innych niż prędkość maksymalna trójdzielnej fali zwrotnej objawów w podwyższaniu echokardiograficznego prawdopodobieństwa nadciśnienia płucnego. Przypomnę, że w przypadku ich występowania to prawdopodobieństwo może być określone jako pośrednie, nawet jeśli fala zwrotna nie przekracza 2,8 m/s. Takie prawdopodobieństwo wg nowego algorytmu diagnostycznego będzie podstawą do skierowania pacjenta do ośrodka referencyjnego zajmującego się NP dla kompleksowej oceny i określenia wskazań do cewnikowania prawego serca. No i tu pojawia się dodatkowy problem. Jeśli w cewnikowaniu serca stwierdzimy średnie ciśnienie w tętnicy płucnej 21-24 mmHg, PVR > 2 jw. I PCWP < 15 mm. i rozpoznamy – zgodnie z nową definicją – nadciśnienie płucne to... nie ma dla takiego pacjenta leków, których skuteczność sprawdzono w badaniach randomizowanych. Rolą eksperckich ośrodków nadciśnienia płucnego będzie poradzić sobie jakoś z tą niejednoznaczna sytuacją. Nie będzie to ich jedyny nowy problem. Do ośrodków takich częściej kierowani będą obecnie pacjenci z podejrzeniem nowo zdefiniowanego „ciężkiego” nadciśnienia płucnego rozwijającego się w przebiegu dysfunkcji lewego serca lub przewlekłej choroby płuc. W obu przypadkach kryterium „ciężkości” opiera się na stwierdzeniu PVR > 5 jw. Opór naczyniowy płucny można jednak ocenić dopiero podczas cewnikowania serca, a to z kolei powinno być przeprowadzane w ośrodkach eksperckich zajmujących się nadciśnieniem płucnym – zalecenie klasy I.

Wytyczne sugerują, aby decyzje dotyczące terapii takich pacjentów były następnie podejmowane indywidualnie, możliwie z uwzględnieniem informacji płynących ze spiroergometrii. Zabraniają przy tym stosowania leków swoistych dla TNP u chorych z niewydolnością lewego serca (klasa III), ale dopuszczają ewentualną terapię PDE5i u chorych z ciężkim nadciśnieniem płucnym rozwijającym się w przebiegu chorób płuc. Pojawiła się nawet rekomendacja dotycząca możliwości zastosowania wziewnego treprostynilu, jeśli u pacjenta występuje śródmiąższowa choroba płuc. Z tym w Polsce nie będzie na razie problemu, bo ta postać leku nie ma europejskiej rejestracji.

Po wprowadzonych zmianach ośrodki referencyjne NP będą więc miały mnóstwo pracy i należy jedynie mieć nadzieję, że wartki nurt pacjentów wymagających wspomnianej oceny i decyzji terapeutycznych nie opóźni diagnostyki i terapii pacjentom najpilniej jej potrzebującym. Ma temu teoretycznie służyć tzw. szybka ścieżka dla pacjentów z czynnikami ryzyka lub obrazem klinicznym sugerującym tętnicze lub zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne. Ważną praktycznie zmianą jest zalecenie rozpoczynania, a często i pozostawiania na monoterapii doustnej inhibitorem PDE5 pacjentów, u których tętniczemu nadciśnieniu płucnemu towarzyszą inne schorzenia układu krążenia i oddechowego. To bardzo liczna grupa wśród populacji pacjentów z rozpoznaniem tętniczego nadciśnienia płucnego, przekraczająca 80%. Wydaje się niezbędne, aby większość z nich po okresie obserwacji w centrum eksperckim powróciło do swych macierzystych ośrodków kardio- i pulmonologicznych. Ułatwiłoby to ośrodkom eksperckim wypełnianie przeznaczonej im w wytycznych szczególnej roli w prowadzeniu wiarygodnej diagnostyki różnicowej oraz intensywnej terapii swoistej u potrzebujących jej pacjentów. Różnicowanie w obrębie nadciśnienia płucnego wymaga wiarygodnych cewnikowań prawego serca, ostrych prób wazoreaktywności, pomiarów hemodynamicznych podczas wysiłku lub obciążenia płynami. Terapia zaś opiera się na wstępnej (bardzo rozbudowanej o liczne parametry) i okresowej (obecnie uproszczonej do trzech nieważnych parametrów – klasy czynnościowej, testu 6-minutowego marszu i BNP/NT-proBNP) ocenie prognostycznej z dynamicznym dopasowywaniem do jej wyników terapii, włącznie z kwalifikacją do transplantacji płuc. Interesujące, że zalecenie dotyczące rozpoczynania leczenia od podwójnej farmakoterapii doustnej zatwierdzono dopiero po długich rozważaniach (polecam lekturę suplementu!) a początkowa potrójna terapia doustna w ocenie ekspertów zawiódła nadzieje i uzyskała III klasę rekomendacji. Nie zawiódła natomiast balonowa angioplastyka w przewlekłym zakrzepowo-zatorowym nadciśnieniu płucnym, podwyższając z IIb do I klasę rekomendacji u chorych nieoperacyjnych. Cieszy bardzo, że polskie ośrodki istotnie przyczyniły się do wspomnianego podwyższenia klasy zaleceń, czego dowodem są cytowania prac w bibliografii wytycznych. Poza osobami z cięższymi postaciami CTEPH, niekwalifikującymi się do chirurgicznej endarterektomii płucnej, angioplastyka płucna (BPA) nadaje się szczególnie dla młodych pacjentów, którzy nie akceptują nawet niewielkiego pogorszenia swej tolerancji wysiłku spowodowanego dystalnymi zmianami pozatorowymi. Oni bodaj najbardziej skorzystają z nowej definicji NP, mając ciśnienia w tętnicy płucnej w spoczynku często w granicach dawnej normy. Ale nawet jeśli cewnikowanie wykaże całkowicie prawidłowe, niższe lub równe 20 mmHg średnie ciśnienie w tętnicy płucnej to w obecności objawów i zmian pozatorowych w naczyniach płucnych pacjent może być leczony jako posiadający CTEPD – przewlekłą zakrzepowo-zatorową chorobę płucną, bez nadciśnienia płucnego. W decyzjach terapeutycznych w tych grupach chorych szczególnie pomocna jest kardio-pulmonologiczna próba wysiłkowa oraz stwierdzenie podczas cewnikowania prawego serca większego niż 3 mmHg przyrostu PAP na każde zwiększenie przepływu płucnego w tętnicy płucnej o 1 litr. To kolejna zmiana w definicji nadciśnienia płucnego, która jest w pewnym sensie powrotem do koncepcji tzw. nadciśnienia płucnego wysiłkowego, ale oparto ją tym razem na wiarygodniejszych badaniach naukowych. Wytyczne jednoznacznie opowiadają się za uzupełniającą się rolą trzech podstawowych metod terapii CTEPH – chirurgicznej, interwencyjnej i farmakologicznej przyznając, że nie wszystkie ich połączenia czy sekwencje zostały obiektywnie zweryfikowane co do skuteczności i bezpieczeństwa. Pomimo tego CTEPH to bez wątpienia ten rodzaj nadciśnienia płucnego, w którym dokonał się największy postęp terapeutyczny. Dlatego miło, że część nowych wytycznych poświęconą CTEPH przedstawiała podczas Kongresu ESC w Barcelonie Prof. Joanna Pepke-Żaba z Uniwersytetu w Cambridge, laureatka zeszłorocznej Nagrody Rycerza (Rycerki?) Prawego Serca Sekcji Krążenia Płucnego PTK.

Dążymy do doskonałości



PROF. DR. HAB. N. MED.
ANETTA UNDas

ZAKŁAD CHOROÓB ZATOROWO-
-ZAKRZEPOWYCH, INSTYTUT
KARDIOLOGII, COLLEGIUM
MEDICUM UJ, KRAKÓW
I KRAKOWSKI SZPITAL
SPECJALISTYCZNY IM. JANA
PAWEŁA II W KRAKOWIE

Rozmowa z Redaktor Naczelną *Kardiologii Polskiej*, prof. Anettą Undas

W 2018 roku została Pani Profesor Redaktor Naczelną *Kardiologii Polskiej*. Od tego czasu każdy rok przynosi rekordowy Impact Factor i pokazuje wielki potencjał czasopisma. Jaki jest przepis na sukces?

Sukces *Kardiologii Polskiej* to przede wszystkim pokazanie potencjału polskiej kardiologii oraz polskich lekarzy, zarówno klinicystów, jak również naukowców zajmujących się naukami podstawowymi. To nie było trudne zadanie, gdyż liczba dobrych, ciekawych prac zgłaszanych do *Kardiologii Polskiej* jest znaczna. Wyzwaniem okazało się znalezienie tych najlepszych, a następnie ich szybka i wnikliwa recenzja oraz szybka publikacja.

Jednym z problemów, które napotkałam w 2018 roku, był właśnie długi czas oczekiwania na recenzję i ostateczną publikację, który sprawiał, że część informacji była już nieaktualna. Zatem trudno było spodziewać się cytowań, które wpływają na wysoki Impact Factor (IF). Wynik 3,71 za rok 2021 oznacza, że przeciętnie każdy tak zwany cytowalny artykuł, „citable items” (artykuły oryginalne i artykuły pogładowe) opublikowany w 2019 lub 2020 roku był cytowany 3,7 razy w 2021 r. Oczywiście są „liderzy”, artykuły, które były cytowane kilkanaście razy i mamy też niewielką grupkę około 10 artykułów, które nie zostały zacytowane ani jeden raz. W 2018 roku

odsetek niecytowalnych artykułów z lat poprzednich przekraczał 30%, co wiązało się z niższym IF.

Celem, jaki postawił mi Pan Profesor Piotr Ponikowski, który zachęcił mnie do przyjęcia tego niełatwego na początku zadania, było sprawienie, by *Kardiologia Polska* miała IF powyżej 2,5. Dokonaliśmy tego w roku ubiegłym i mam nadzieję, że uda nam się ten IF utrzymać, ponieważ niewątpliwie COVID-19 sprzyjał wzrostowi IF i zjawisko tak zwanej inflacji IF w roku 2021 jest faktem. Co przyniesie kolejny rok? Zobaczmy.

Oczywiście, aby odnieść sukces „bibliometryczny”, potrzebne są także wiedza i doświadczenie w zakresie prowadzenia czasopisma, które zdobywałam przez 10 lat w *Polish Archives of Internal Medicine*. Dodatkowo ważna jest też jasna linia postępowania, którą na początku 2018 roku przyjął cały nowy zespół redakcyjny złożony ze sprawdzonych wcześniej krytycznych naukowców. Oznacza ona, że np. nie przyjmujemy do druku artykułu, jeśli w recenzji, która została rzetelnie przygotowana, znajduje się rekomendacja odrzucenia. Podobnie, nie przyjmujemy artykułów, jeśli zdaniem ekspertów dana praca ma niski priorytet publikacyjny, ma niewielkie implikacje praktyczne i małe aspekty nowatorskie. W moim przekonaniu tylko bardzo konsekwentne trzymanie się przyjętych zasad w pracy redakcyjnej, mimo różnych nacisków, często wyrazów niezadowolonia, pozwala oczekiwać stopniowego wzmacniania międzynarodowej pozycji naszego czasopisma.

Czy artykuły z *Kardiologii Polskiej* są często cytowane w pracach publikowanych w pismach międzynarodowych?

W systemie, który obecnie obowiązuje przy wyliczaniu tak zwanego dwuletniego IF, równie ważne są cytowania w czasopismach wydawanych w Polsce, w Niemczech, w Stanach Zjednoczonych czy w innym kraju. Najważniejsze jest, żeby czasopismo było indeksowane w Web of Science Core Collection, ponieważ wtedy cytowanie artykułu z *Kardiologii Polskiej* wlicza się do IF. Patrząc na strukturę naszych cytowań, ogromna ich większość pochodzi z czasopism anglojęzycznych ukazujących się w różnych krajach, w tym w czasopismach z najwyższym IF. Bardzo ważne jest to, że wraz z wprowadzeniem tak zwanych edytoriałów, czyli krótkich artykułów, które komentują wybrane przeze mnie zwykle dwa artykuły oryginalne z numeru, zwiększyła się liczba wybitnych klinicystów z różnych krajów, którzy wiedzą o istnieniu *Kardiologii Polskiej*. Dziwią się nierzadko, że Polska ma tak dobre czasopismo nie tylko z punktu widzenia jakości artykułów, ale także przygotowania edycyjnego tekstów. Warto podkreślić, że edytoriale są także cytowane. W pierwszej dziesiątce najlepiej cytowanych

w 2021 roku artykułów znajduje się jeden taki edytoriał napisany przez Prof. Borianiego. Oczywiście zawsze liczymy na polskich autorów, którzy publikują w prestiżowych zagranicznych czasopismach i pamiętają o swoich artykułach, które ukazały się w *Kardiologii Polskiej*. Bardzo im osobiście dziękuję także przy tej okazji.

Czy młodzi lekarze chętnie publikują i korzystają z *Kardiologii Polskiej*?

Większość pierwszych autorów artykułów, które ukazują się w *Kardiologii Polskiej*, to osoby, które uważamy za młodych naukowców, bez względu na to, czy zdefiniujemy ich jako osoby do 35-40 roku życia, czy jako osoby młode w znaczeniu kariery naukowej, czyli osoby, które nie mają jeszcze stopnia doktora albo uzyskały go dopiero w ostatnich latach. Natomiast tak zwani *senior authors*, czyli ci którzy pojawiają się zwykle na końcu listy autorów, to są zwykle szefowie ośrodków, którzy nadzorują pracę młodszych autorów. W przypadku prac wieloosobowych, często pierwsi autorzy to również osoby, które mają albo stopień doktora habilitowanego nauk medycznych, albo profesora. Jednak udział młodszych badaczy wśród autorów artykułów w *Kardiologii Polskiej* sięga około 70%. Od nich zależy przyszłość czasopisma tak jak polskiej kardiologii.

Jaka jest przyszłość *Kardiologii Polskiej*? Jakie są obecnie największe jej problemy, a z czym wiąże Pani Profesor największe nadzieje?

Niewątpliwie ten rok jest bardzo trudny dla *Kardiologii Polskiej*. Lata 2019-2021 były to lata „tłuste”. Dzięki wsparciu MEiN *Kardiologia Polska* otrzymała rekordowe dofinansowanie przekraczające 680 000 zł na rozwój i w moim przekonaniu wykorzystała te pieniądze bardzo dobrze, wydawcą była wtedy Medycyna Praktyczna. Teraz nastały lata „chude”. Wdrożyliśmy konieczne zmiany, które oznaczają wprowadzenie m.in. opłat od połowy marca 2022 roku za przyjęcie do druku artykułu. Jednak to nie rozwiązuje problemów ambitnego czasopisma, które wymaga ciągłych nakładów. Niektóre funkcje, które były wcześniej w systemie edytorskim, zostały wstrzymane, gdyż wiązały się z dodatkowymi kosztami. Zatem staramy się, mimo skromnych środków, utrzymać aktualny poziom. Ogromnym sukcesem jest to, że nadal korzystamy z najbardziej popularnego systemu edytorskiego w Europie, jakim jest Editorial Manager, który pozwala porównywać się nam z innymi najlepszymi czasopismami na świecie i też ułatwia pozyskiwanie autorów z innych krajów.

W tle problemów finansowych mamy różne problemy organizacyjne, które napotykamy przy wprowadzaniu nowych aktywności w zakresie naszej strony, którą

chcielibyśmy unowocześnić, nadać jej bardziej atrakcyjny wygląd. Staramy się też rozwijać naszą obecność w mediach społecznościowych. Wszystkie liczące się czasopisma są obecne na Facebooku czy Twitterze, dlatego także *Kardiologia Polska* jest tam już od 3 lat.

Utrzymanie IF jest tylko symbolem tego, do czego dążymy, czyli do doskonałości na miarę nakładów na naukę i medycynę w Polsce, ale wiemy, że możemy i chcemy być jeszcze lepsi. Chcemy, żeby teksty, które ukazują się w *Kardiologii Polskiej* były rzeczywiście najlepsze. Nie tylko najlepsze z tych, które są obecnie zgłaszane do naszego czasopisma. Chcemy zachęcać do publikacji osoby, które do tej pory do nas nie zgłaszały żadnych tekstów, w tym autorów z zagranicy. Naszymi niewątpliwymi atutami są sprawna i rzetelna ocena artykułów oraz szybki kontakt z redakcją. Chcielibyśmy otrzymywać od naszych autorów, ekspertów informacje zwrotne, uwagi na temat działania redakcji np. poprzez automatycznie rozsyłane ankiety.

Jedno jest pewne, jeżeli czasopismo nie rozwija się, nie wprowadza nowych rozwiązań, to się cofa. Impact Factor nie jest dany raz na zawsze. Najlepsze czasopisma czasem korzystają z prestiżu, który budowały przez wcześniejsze lata. Jednak *Kardiologia Polska*, czasopismo aspirujące do grupy najlepszych (najwyższy kwartyl kardiologicznych czasopism wg wartości IF), które dopiero niedawno weszło do kategorii periodyków o IF przynajmniej 3, musi każdego dnia walczyć o to, ażeby na tym poziomie się utrzymać. Rynek wydawniczy się zmienia, konkurencja jest coraz większa, zwłaszcza

w dobie czasopism *open access* publikujących prawie wszystkie zgłoszone teksty za minimum 8-10 tysięcy zł. Jednak wierzę, że dzięki wsparciu wszystkich, zwłaszcza młodych, rozwijających karierę naukową kardiologów, uda nam się być coraz lepszymi i zdobywać coraz wyższe uznanie dla naszego czasopisma, a tym samym dla polskiej kardiologii jako całego środowiska, które reprezentujemy.

W programie tegorocznego Kongresu jest nowość – sesja specjalna Kardiologii Polskiej „Stanowiska sekcji i opinie ekspertów PTK w 2022 roku – praktyczne wskazówki dla klinicystów”. Kogo szczególnie chciałaby Pani Profesor na nią zaprosić?

Bardzo dziękuję Panu Profesorowi Jackowi Legutce za stworzenie sesji, która promuje stanowiska sekcji i asocjacji PTK oraz opinie ekspertów, które po wnikliwej recenzji koordynowanej wcześniej przez Pana Profesora Andrzeja Budaję, obecnie przez Panią Profesor Agnieszkę Tycińską ukazują się w wersji anglojęzycznej w regularnych numerach naszego czasopisma, a po polsku w Zeszytach Edukacyjnych *Kardiologii Polskiej*. Większość z nich zawiera aspekty ważne dla lekarzy, którzy przyjmują pacjentów w ambulatorium lub pracują na oddziałach kardiologii. Zapraszamy również tych, którzy przygotowują się do egzaminów specjalizacyjnych, bo pokazujemy ujęcie jakie polscy eksperci uznają za obowiązujące w Polsce w sposób zwięzły i praktyczny. Zapraszamy serdecznie wszystkich zainteresowanych w piątek na godzinę 16:30 do sali Lublin. ♦

Stanowiska sekcji i opinie ekspertów PTK w 2022 roku – praktyczne wskazówki dla klinicystów

Przewodniczący: A. Undas (Kraków), G. Gajos (Kraków), K. Stolarz-Skrzypek (Kraków)

Obrazowanie wewnątrzwęzłowe
T. Pawłowski (Warszawa)

Postępowanie u pacjentów po zabiegach na zastawkach serca
E. Płońska-Gościński (Szczecin)

Diagnostyka i leczenie ostrej i przewlekłej niewydolności serca
M. Lelonek (Łódź)

Prasugrel w prewencji incydentów sercowo-naczyniowych
M. Barylski (Łódź)

Badania przesiewowe w kierunku nadciśnienia płucnego o etiologii zakrzepowo-zatorowej
M. Ciurzyński (Warszawa)

Dyskusja

**Piątek
23 września
godz. 16.30
sala Lublin**

ROKOWANIA PACJENTÓW



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

www.aotm.gov.pl

Rekomendacja nr 101/2018

z dnia 25 października 2018 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Teleretryczny nadzór nad pacjentami z implantowanymi automatycznym systemem do kardiowersji lub defibrylacji układowej resuscytacji serce z funkcją defibrylacji jako świadczenia specjalistycznego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”

Konferencja prasowa inaugurująca XXVI Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

22 września odbyła się konferencja prasowa inaugurująca XXVI Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który w tym roku odbywa się pod hasłem „Sercu na Ratunek”. Udział w niej wzięli:

- prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
- prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil, Prezes-Elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
- prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, Past-Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski, rzecznik ZG Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- prof. Oskar Kowalski, Współprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego XXVI Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Konferencję prasową zaszczylił swoją obecnością również Waldemar Bojarun, Wiceprezydent Miasta Katowice.

Zgromadzeni eksperci zgodzili się, że pandemia koronawirusa jeszcze bardziej pogłębiła tzw. dług kardiologiczny – pacjenci z zawałem serca znacznie dłużej niż przed pandemią zwlekają z wezwaniem fachowej pomocy medycznej, a liczba pacjentów m.in. z niewydolnością serca, wymagających hospitalizacji drastycznie wzrosła. Dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej był ograniczony,

czas oczekiwania na planowe zabiegi i wszystkie świadczenia zdrowotne wydłużył się. Nadal wielu chorych czeka na rehabilitację kardiologiczną. Choroby serca i układu krążenia wciąż są główną przyczyną śmiertelności w Polsce.

Profesor Przemysław Mitkowski przedstawił „Dekalog potrzeb kardiologii polskiej”, na który składają się:

1. Zniesienie limitu na procedury kardiologiczne i kardiochirurgiczne
2. Rozszerzenia terytorialne programu Sieci Kardiologicznej
3. Liberalizacja kryteriów włączenia do programu leczenia hiperlipidemii
4. Reewaluacja wycen procedur w zakresie kardiologii, zwłaszcza kardiologii interwencyjnej
5. Refundacja procedur o uznanych korzyściach w poprawie rokowania pacjentów
6. Szybkie wprowadzanie refundacji nowych technologii nielekowych
7. Powszechny dostęp do nowych technologii farmaceutycznych w zakresie leczenia niewydolności serca
8. Wdrażanie programów koordynowanej opieki
9. Możliwość opisywania wyników badań obrazowych w zakresie serca przez kardiologów
10. Kolegialne zarządzanie Narodowym Programem Chorób Układu Krążenia ♦



KOMISJA
INFORMATYKI I TELEMEDYCYNY
ORAZ INFRASTRUKTURY
POLSKIE TOWARZYSTWO
KARDIOLOGICZNE

Digital Cardio Area

podczas XXVI Międzynarodowego Kongresu PTK

Współczesna medycyna nie istnieje bez nowoczesnych, zaawansowanych technologicznie rozwiązań. Dlatego podczas XXVI Kongresu PTK powstała strefa Digital Cardio Area – specjalnie zaaranżowana przestrzeń dla prezentacji najbardziej nowatorskich pomysłów, technologicznych odkryć i rozwiązań związanych z prewencją i leczeniem chorób układu krążenia.

Digital Cardio Area to nie tylko innowacyjny projekt i wyjątkowa specjalnie zaaranżowana strefa, ale przede wszystkim prestiżowy Konkurs na najbardziej innowacyjny projekt, rozwiązanie organizacyjne lub produkt prezentowany podczas XXVI Międzynarodowego Kongresu PTK 2022.

Celem Konkursu była promocja Wydarzenia towarzyszącego XXVI Międzynarodowemu Kongresowi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i mającego na celu zaprezentowanie najnowocześniejszych technologii wykorzystywanych w medycynie, w szczególności osiągnięć i rozwiązań związanych z prewencją i leczeniem chorób

układu krążenia wśród: firm, startupów, instytutów medycznych i uczelni wyższych działających w obszarze nowoczesnych technologii informatycznych, teleinformatycznych oraz sprzętowych wykorzystywanych w medycynie.

Konkurs obejmował w szczególności tematykę: technologia IT, sprzęt i urządzenia medyczne, farmacja, biotechnologia, rozwiązania procesowe (projektowe/systemowe), zastosowanie sztucznej inteligencji oraz kategorie: start-up, ośrodek medyczny/naukowy, innowacyjne rozwiązanie oferowane przez firmę z doświadczeniem rynkowym (min. 5 lat na rynku usług i innowacyjnych rozwiązań).

Oceny projektów konkursowych dokonała Komisja Konkursowa pod przewodnictwem prof. Pawła Krzesińskiego - Przewodniczącego Komisji Informatyki i Telemedycyny oraz Infrastruktury Zarządu Głównego PTK.

Nagrodę za najbardziej innowacyjny projekt, rozwiązanie organizacyjne lub produkt prezentowany podczas XXVI Kongresu PTK otrzymała firma Hemolens Diagnostics (Cardiolens FFR-CT Pro). ♦



**PROF. DR HAB.
N. MED. EWA
STRABURZYŃSKA-MIGAJ**

*I KLINIKA KARDIOLOGII
UNIwersytetu Medycznego
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU*

IV Forum Serce Pacjenta: rzetelna edukacja to lepsze zdrowie

Forum Serce Pacjenta, inicjatywa organizowana od 2019 roku jako integralna część Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w tym roku odbędzie się już po raz czwarty. Po dwóch latach pandemii COVID-19 wydarzenie ponownie zostało zorganizowane w formule stacjonarnej. Czy ta inicjatywa jest wciąż potrzebna? – Nie tyle wciąż, co z roku na rok coraz bardziej. Tym bardziej po pandemii COVID-19 – przekonuje prof. Ewa Straburzyńska-Migaj, Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego IV Forum Serce Pacjenta i dodaje: – Pacjenci kardiologiczni są coraz bardziej zainteresowani nowoczesnymi metodami diagnostyki i terapii kardiologicznej. Chorzy chcą żyć dłużej i lepiej, a rzetelna edukacja wydatnie w tym pomaga. Forum Serce Pacjenta jest odpowiedzią na te potrzeby.

W sobotę 24 września 2022 roku w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach dla osób ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego oraz ich bliskich w ramach czwartej edycji Forum Serce Pacjenta przygotowano dwie ogólnodostępne strefy poradnikowe: „Strefę konsultacji dla pacjentów” z bogatą ofertą bezpłatnych badań diagnostycznych oraz „Strefę partnerów” z praktycznymi materiałami i poradami wspomagającymi proces terapii kardiologicznej.

Do dyspozycji uczestników, jak co roku, będą eksperci Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W ramach „Kącika eksperckiego” uczestnicy Forum będą mieli okazję zadać pytania najwybitniejszym w Polsce specjalistom kardiologom, służącym swoją wiedzą w zakresie diagnostyki i terapii schorzeń takich jak między innymi: niewydolność serca,

zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, zatorowość płucna, choroba wieńcowa i zawał serca.

Dla pacjentów oraz ich bliskich przygotowano także program praktycznych warsztatów, poświęconych między innymi: skutecznej walce ze stresem, efektywnej edukacji pacjenckiej, zdrowemu żywieniu oraz pierwszej pomocy.

Forum Serce Pacjenta jak co roku współtworzą stowarzyszenia i fundacje, działające na rzecz osób ze schorzeniami serca i naczyń w Polsce. Z myślą o nich przygotowano specjalną strefę wystawienniczą, w której uczestnicy Forum będą mieli okazję poznać osoby o podobnych do swoich doświadczeniach, podzielić się przemyśleniami, zainteresować działalnością społeczną.

We współpracy ze stowarzyszeniami i fundacjami zorganizowano warsztaty z zakresu prowadzenia organizacji pozarządowej w Polsce. Osoby zainteresowane mogą się na nich dowiedzieć między innymi tego, w jakiej formule prawn-administracyjnej warto prowadzić swoją organizację, jak zachować zasady compliance we współpracy z przemysłem farmaceutycznym i jak efektywnie współpracować z decydentami. Po raz pierwszy chcemy w tej edycji Forum poruszyć temat udziału pacjentów w badaniach klinicznych.

Wiedza o systemie opieki zdrowotnej to ważny aspekt IV Forum Serce Pacjenta. Pacjent podąża jego ścieżkami, ale jako jego beneficjent nie zawsze wie, jak ten system faktycznie funkcjonuje. Jak przebiega w Polsce proces refundacyjny? Które instytucje zajmują się świadczeniami socjalnymi i społecznymi? Gdzie zwrócić się po pomoc w razie potrzeby? Podczas wizyty lekarskiej nie zawsze wystarcza

czasu, żeby omówić z pacjentem wszystkie istotne kwestie. Jednocześnie jako klinicyści dobrze wiemy, że otoczenie systemowe oraz socjalno-bytowe okazuje się bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na skuteczność prowadzonego leczenia. Chcemy zatem przybliżyć pacjentom realia systemu opieki zdrowotnej w Polsce – by lepiej się w nim orientowali i pewniej po nim poruszali, a tym samym skuteczniej leczyli

mówi prof. Ewa Straburzyńska-Migaj

Tegoroczne Forum Serce Pacjenta rozpocznie się dyskusją o warunkach opieki kardiologicznej w Polsce. Sesja inauguracyjna, dotycząca aktualnych wyzwań i szans w obszarze polskiej kardiologii odbędzie się z udziałem interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Paneliści spróbują wskazać najlepsze recepty, które pomogą doskonalić warunki opieki nad pacjentami kardiologicznymi w naszym kraju w sposób możliwie najbardziej efektywny. ♦

Program IV Forum Serce Pacjenta jest dostępny pod adresem: <https://sercepacjenta.pl/edycja2022/program>

Marta Sułkowska

Rzecznik prasowy IV Forum Serce Pacjenta

R E K L A M A



**PUSHING FORWARD
THE FUTURE OF LAAC.
CONFIDENTLY.**

WATCHMAN FLX™
Left Atrial Appendage Closure Device



IV FORUM SERCE PACJENTA



24 września 2022 r. | Katowice

sercepacjenta.pl

XXVI Międzynarodowy Kongres PTK oczami naszego fotoreportera





XXVII MIĘDZYNARODOWY KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO 28-30.09.2023

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



Komitet 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 Ptuska

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