



GAZETA KONGRESOWA



XXVIII
Międzynarodowy
Kongres Polskiego
Towarzystwa
Kardiologicznego

Numer 1

Czwartek, 19 września 2024

Katowice

Kardiologia dla życia. Od prewencji do interwencji

O motywie przewodnim Kongresu oraz polecanych sesjach mówi przewodniczący KNK prof. Jacek Legutko



prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko, FESC
Dyrektor Instytutu Kardiologii
Wydziału Lekarskiego UJ CM
Kierownik Kliniki Kardiologii
Interwencyjnej UJ CM
Krakowski Szpital Specjalistyczny
im. Św. Jana Pawła II

Co kryje się pod hasłem i mottem Kongresu „Kardiologia dla życia. Od prewencji do interwencji”?

Choroby układu krążenia są nadal najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce, a na mapie Europy plasujemy się jako kraj o wysokiej śmiertelności sercowo-naczyniowej. Z tego powodu Polacy żyją o wiele lat krócej niż mieszkańcy krajów Europy Zachodniej czy Stanów Zjednoczonych, a sytuację tę spotęgowała pandemia COVID-19. Dlatego każda kolejna inwestycja w dynamiczny rozwój kardiologii w Polsce nie może być traktowana jako dodatkowy koszt dla systemu, tylko jako szansa na zapewnienie dłuższego i lepszego życia Polaków. W ostatnich kilku dekadach poczyniliśmy wielki postęp w zakresie



wprowadzania nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego. W wielu zakresach nie odbiegamy już znacząco

od najlepszych i najbogatszych krajów świata. Żelaznym przykładem jest tutaj od lat leczenie interwencyjne ostrego zespołu wieńcowych.

Dalszy rozwój i upowszechnienie Programu Krajowej Sieci Kardiologicznej daje szansę na jeszcze większy postęp, zwłaszcza w zakresie ciągle deficytowych procedur terapeutycznych. Dużym i dotąd nierozwiązanym problemem pozostaje natomiast szeroko rozumiana prewencja, na którą ciągle brakuje odpowiednich środków. Nie chodzi tu jednak o to, aby zmienić dotychczasowy kierunek rozwoju i postawić na poprawę prewencji kosztem nowoczesnych terapii kardiologicznych. Należy raczej walczyć o to, aby obydwie te sfery współczesnej opieki kardiologicznej rozwijały się równolegle. Tak jak się to dzieje w programie koordynowanej opieki nad pacjentem po zawale serca KOS-zawał, tylko na dużo wcześniejszym etapie. Najlepiej już od urodzenia aż do śmierci każdego mieszkańca naszego kraju. Nowoczesna kardiologia jest zatem kardiologią dla życia, nastawioną na jego przedłużenie oraz poprawę komfortu. Nie może się jednak skupiać wyłącznie na innowacyjnej diagnostyce i terapii kardiologicznej, tylko musi obejmować całość zagadnienia – od prewencji do interwencji.

CZYTAJ WIĘCEJ NA STR. 2

Kulisy organizacji XXVIII Międzynarodowego Kongresu PTK

rozmowa z Przewodniczącym i Członkami Komitetu Organizacyjnego



dr hab. n. med. Jacek Kowalczyk
Katedra i Klinika Kardiologii
i Elektroterapii, WNM w Zabrze, SUM
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
Przewodniczący KO XXVIII
Międzynarodowego Kongresu PTK



prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus
Katedra i Klinika Kardiologii
i Elektroterapii, WNM w Zabrzu, SUM
Śląskie Centrum Chorób Serca
w Zabrzu



dr hab. n. med. Oskar Kowalski, prof. SUM
Katedra Dietetyki
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
I Oddział Kliniczny i Pracownia
Elektrofizjologii SCCS w Zabrzu

Międzynarodowy Kongres PTK ponownie organizowany jest w Katowicach. Tym razem w wyjątkowym roku, gdy Katowice zyskały tytuł Europejskiego Miasta Nauki. Jakie były główne wyzwania organizacyjne?

[JK] Tak, to prawda, że XXVIII Kongres PTK odbywa się w wyjątkowym roku i to z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze mamy Jubileusz 70-lecia powstania PTK, a po drugie Katowicom – gospodarzowi kongresu – powierzono zaszczytną rolę i tytuł Europejskiego Miasta Nauki 2024. Geneza wyboru Katowic na gospodarza tegorocznego MK PTK była właśnie ściśle związana z tym tytułem, gdyż w 2022 r. podczas poprzedniego katowickiego kongresu władze miasta zwróciły się do nas jako Komitetu Organizacyjnego ówczesnego spotkania kardiologów z pytaniem, czy edycję zaplanowaną na 2024 r. można zrealizować również tutaj, albowiem właśnie w 2022 r. podczas konferencji EuroScience Open Forum przyznano Katowicom wspomniany tytuł. Dzięki przychylności Zarządu Głównego PTK oraz

krakowskiej społeczności kardiologicznej, za co jeszcze raz bardzo dziękujemy, udało się zmienić kalendarz kongresowy i tym sposobem obecnie gościmy ponownie w Katowicach, a za rok będziemy się spotykać w Krakowie.

W związku z tak uroczystymi okolicznościami głównym wyzwaniem – poza logistyką jak zawsze wynikającą z organizacji tego najważniejszego i największego wydarzenia w kalendarzu PTK oraz skonstruowaniem interesującego i ambitnego programu naukowego – było uczynienie tegorocznego Kongresu pod każdym względem wyjątkowym i na długo zapisującym się w pamięci jego uczestników.

Co sprawia, że kongresy kardiologiczne w Katowicach stają się już tradycją?

[JK] Nie wiem, czy to już tradycja, ale faktycznie w ostatnich latach można zauważyć pewną zależność, że Międzynarodowy Kongres PTK cyklicznie powraca do Katowic. Silna pozycja Katowic w tym względzie wynika w dużej mierze z atutów miasta i regionu, takich jak znakomite i cieszące się wielkim uznaniem, również gości

zagranicznych, Międzynarodowe Centrum Kongresowe, systematycznie poprawiająca się baza hotelowa oraz infrastruktura komunikacyjna, a także atrakcyjność turystyczna, m.in. za sprawą Strefy Kultury. MCK jest przez wielu uznawane za najlepszy i najpiękniejszy obiekt tego typu nie tylko w Polsce, ale również w Europie Środkowo-Wschodniej. Dodatkowo korzystamy z kilkuletnich wspólnych doświadczeń i znakomitej współpracy z zespołem MCK przy wcześniejszych spotkaniach oraz z przychylności i ogromnego wsparcia Urzędu Miasta Katowice. Z perspektywy tych kilku katowickich kongresów możemy pochwalić się faktem, że bardzo chętnie wracają tu zarówno wykładowcy i słuchacze, jak i przedstawiciele przemysłu medycznego.

Cieszy nas również fakt, że Zarząd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wciąż docenia za usługi i znaczenie śląskiej kardiologii oraz darzy nas zaufaniem, powierzając po raz kolejny organizację swojego najważniejszego dorocznego wydarzenia, za co przy tej okazji bardzo dziękujemy.

CZYTAJ WIĘCEJ NA STR. 3

„Kardiologia dla życia. Od prewencji do interwencji”

o motywie przewodnim Kongresu oraz polecanych sesjach mówi prof. Jacek Legutko

DOKOŃCZENIE ZE STR. 1

Czy jest szansa, że pacjenci w Polsce będą mieli w końcu lepszy dostęp do profilaktyki, tak aby właśnie nie stali się pacjentami kardiologicznymi wymagającymi interwencji w stanie nagłym?

Oczywiście, że tak, ale wymaga to od nas kardiologów oraz od osób rządzących w naszym kraju odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia dużego wysiłku. Nie możemy ograniczać edukacji kardiologicznej tylko do lekarzy i pacjentów, ale powinniśmy ją skierować w znacznie większym stopniu do całego społeczeństwa. Zdrowy styl życia musi stać się modny, a będzie to możliwe tylko wtedy, gdy przekonamy do niego nie tylko naszych pacjentów i ich rodziny, ale przede wszystkim dzieci i młodzież. Rządzący muszą znaleźć środki na szeroko pojętą edukację społeczną, innowacyjną diagnostykę kardiologiczną, w tym badania przesiewowe oraz na nowoczesne terapie w prewencji pierwotnej i wtórnej chorób serca i naczyń. Dotyczy to wczesnej diagnostyki i modyfikacji czynników ryzyka miażdżycy, badań genetycznych chorób występujących rodzinnie czy też wczesnej diagnostyki choroby niedokrwiennej serca z zastosowaniem angio-tomografii komputerowej tętnic wieńcowych. Dobrze, że pacjenci najwyższego ryzyka po zawale serca mają już bezpłatny dostęp

do nowoczesnych leków hipolipemizujących, jednak w przyszłości będziemy musieli zapewnić to leczenie dla znacznie szerszego grona pacjentów wysokiego ryzyka, najlepiej zanim doznają zawału serca, a nie dopiero po nim. Wyżej wymienione przykłady to tylko kropla w morzu potrzeb prewencji chorób układu krążenia, ale jak wiadomo, kropla draży skałę...

Czy są w tym roku jakieś nowości, które zaskoczą uczestników kongresu?

Tegoroczny Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego jest już 28. z kolei. Na przestrzeni lat kolejne Komitety Naukowe Kongresów wypracowały schemat tworzenia sesji, który doskonale się sprawdza i zaspokaja potrzeby zarówno lekarzy zainteresowanych aktualizacją i poszerzeniem swojej wiedzy medycznej, jak i naukowców prezentujących swoje najnowsze osiągnięcia badawcze. Warto podkreślić nowością tegorocznego kongresu będą dwa HUB-y tematyczne. W ramach „Imaging HUB” wybitni specjaliści z całego kraju podzielą się swoim doświadczeniem w zakresie nowoczesnego obrazowania serca i naczyń, prezentując innowacyjne techniki diagnostyczne w oparciu o analizę obrazów konkretnych przypadków klinicznych. Natomiast „Pro-Contra HUB” to 6 sesji i 12 fascynujących debat na gorące i kontrowersyjne tematy współczesnej kardiologii.

Co w ramach programu naukowego przygotował dla uczestników w tym roku Komitet Naukowy Kongresów PTK?

W trakcie trzech dni obrad odbędą się 152 sesje naukowe z udziałem 542 wykładawców oraz prowadzących. Gościem specjalnym tegorocznego Kongresu PTK będzie pani minister zdrowia RP Izabela Leszczyna. Sesja z jej udziałem odbędzie się w piątek 20 września w godzinach 13:40 – 14:40 (sala Gdańsk) i poświęcona będzie założeniom ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Dzień wcześniej, to jest 19 września, w godzinach 17:30 – 19:15 (sala Katowice), odbędzie się uroczysta Ceremonia Otwarcia Kongresu, a poprzedzi ją wspólna sesja PTK i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, podczas której wykład specjalny na temat Niezaspokojone potrzeby i przyszłe kierunki w diagnostyce i leczeniu CCS wygłosi prof. Stephen Windecker – sekretarz ESC. Po inauguracji zaplanowaliśmy sesję systemową prezesa PTK, konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii i przewodniczącego KNK z okazji jubileuszu 70-lecia działalności towarzystwa. Jej tematem będzie dalszy rozwój kardiologii w Polsce, a swój udział w niej potwierdzili przedstawiciele wszystkich instytucji i podmiotów administracji publicznej mających wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, władze i eksperci PTK oraz przedstawiciele pacjentów. Pozostałymi gośćmi zagranicznymi będą profesorowie Filippo Crea z Włoch, Dipak Kotecha z Wielkiej Brytanii oraz Peter Clemmensen, David Duncker i Nikolaos Dagres z Niemiec. Na wszystkie wyżej wymienione wydarzenia oraz pozostałe sesje z udziałem gości zagranicznych serdecznie zapraszam!

Które sesje, poza wyżej wymienionymi, może pan szczególnie zarekomendować uczestnikom?

Mam nadzieję, że wszystkie sesje będą stały na najwyższym poziomie i usatysfakcjonują ich uczestników. Podczas tegorocznego Kongresu ESC w Londynie opublikowano cztery nowe dokumenty wytycznych, dotyczące nadciśnienia tętniczego, przewlekłych zespołów wieńcowych, migotania przedsionków oraz chorób aorty i tętnic obwodowych. Komisja Wytycznych Zarządu Głównego PTK przygotowała z tej okazji 6 sesji dydaktycznych poświęconych tym wytycznym, z udziałem wybitnych polskich ekspertów i gości zagranicznych. Także tegoroczna sesja wspólna PTK i ESC poświęcona będzie

nowościom i kontrowersjom w diagnostyce i leczeniu przewlekłych zespołów wieńcowych. Zachęcam również do udziału w sesjach specjalnych PTK z innymi towarzystwami naukowymi. W tym roku będą to sesje wspólne PTK z Polskim Towarzystwem Radiologicznym na temat nowoczesnej diagnostyki obrazowej serca, z Polskim Towarzystwem Neurologicznym na temat roli kardiologów w nowych wytycznych dotyczących leczenia udaru mózgu, z Polskim Towarzystwem Leczenia Otyłości na temat otyłości i sarkopenii, z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym na temat lęku w arytmologii oraz z Polskim Towarzystwem Lipidologicznym na temat lipoproteiny (a). Na uwagę zasługuje też łączona jubileuszowa sesja „Klubu 30” PTK oraz Klubów Młodych Ginekologów i Endokrynologów. Szczególnie gorąco zachęcam uczestników kongresu do udziału w moderowanych sesjach plakatowych, na których wyniki swoich najnowszych badań zaprezentują przedstawiciele wszystkich polskich ośrodków naukowo-badawczych.

Korzystając z okazji, pragnę na koniec podziękować wszystkim członkom Komitetu Naukowego Kongresów PTK w kadencji 2023–2025, autorom zgłoszonych sesji dydaktycznych, autorom prac oryginalnych i przypadków klinicznych oraz recenzentów za ogrom pracy, jaki włożyli w tworzenie programu naukowego tegorocznego spotkania. Dziękuję także wszystkim gościom, przewodniczącym sesji naukowych i dydaktycznych, wykładawcom i panelistom za przyjęcie zaproszenia do udziału w kongresie. Szczególnie gorące słowa podziękowania kieruję pod adresem sekretarza KNK doc. Krzysztofa Bryniarskiego oraz przedstawicieli firmy CasusBTL, bez których poświęcenia, zaangażowania, cierpliwości i twórczego wkładu organizacja XXVIII Międzynarodowego Kongresu PTK 2024 w Katowicach nie byłaby możliwa. ●



ODKRYJ KATOWICE Z APLIKACJĄ CITY BREAK DISCOVER KATOWICE WITH CITY BREAK APP

ios



**POBIERZ
ZA DARMO
FREE
DOWNLOAD**

ANDROID



Kulisy organizacji XXVIII Międzynarodowego Kongresu PTK

rozmowa z Przewodniczącym
i Członkami Komitetu Organizacyjnego

DOKOŃCZENIE ZE STR. 1

Czym na kardiologicznej mapie Polski wyróżniają się śląskie ośrodki?

[JK] Śląska medycyna, w tym kardiologia i kardiouchirurgia, odegrały i nadal odgrywają bardzo istotną rolę w kraju i poza granicami. 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. Śląska kardiologia ma ogromne zasługi w zakresie interwencyjnego leczenia zawału serca, czyli skoordynowanego programu całodobowego dyżuru zawałowego, w którego wdrożeniu odegrał szczególną rolę ośrodek zabrzański. Rozwinięciem tego programu w pewnym sensie jest KOS-zawał, czyli program koordynowanej opieki nad pacjentem po zawale serca, dający znakomite wyniki kliniczne w skali całego kraju i w realizacji którego tak aktywne są śląskie ośrodki kardiologiczne. Śląską kardiologię i kardiouchirurgię cechuje również bardzo wczesna i skuteczna implementacja najnowszych osiągnięć z tych obu specjalności do codziennej praktyki klinicznej, a jednym z wielu przykładów jest rozwój elektrofizjologii i elektroterapii czy też leczenia wad strukturalnych serca u dzieci i dorosłych. Nie można również zapominać o istotnej roli śląskich ośrodków w procesie szkolenia i dzielenia się swoim doświadczeniem z zespołami nowo powstających ośrodków kardiologicznych na przestrzeni ostatnich lat, zarówno w całym kraju, jak i poza jego granicami.

Jakie grupy zawodowe oprócz kardiologów najczęściej uczestniczą w kongresie?

[ZK] Uczestnicy naszego kongresu to oczywiście głównie kardiolodzy, ale pragniemy podkreślić, że poza tą grupą specjalistów obecni są przedstawiciele wielu innych specjalizacji, a wiele sesji ma charakter interdyscyplinarny. Niezwykle ważną grupą są kardiouchirurdzy, albowiem to z nimi współpracujemy na co dzień w zakresie leczenia wielu naszych chorych. Powinniśmy wskazać również innych specjalistów, w tym między innymi internistów, neurologów, diabetologów, nefrologów, psychiatrów, specjalistów z zakresu chirurgii naczyniowej, geriatrów. To wynika z faktu, że nasi pacjenci, pacjenci oddziałów kardiologii, prezentują często wielochorobowość, wymagając złożonej opieki kompleksowej, wielospecjalistycznej. O tym wiemy my, kardiolodzy, ale również nasi partnerzy, eksperci, specjaliści z innych dziedzin. Myślę, że to główny powód ich uczestnictwa – w tym aktywnego – w naszym kongresie.

Szczególnie ważna grupa zawodowa uczestników to specjaliści z medycyny rodzinnej, lekarze pracujący w POZ. To właśnie oni kierują do nas chorych do dalszej diagnostyki, współpracują z nami w zakresie optymalizacji opieki nad chorymi kardiologicznymi.

I na zakończenie tego tematu – fizjoterapeuci, pielęgniarki/pielęgniarze, rehabilitanci, ratownicy medyczni to również grupy zawodowe uczestniczące w kongresie PTK. Jak ważna jest ich rola w opiece nad chorymi kardiologicznymi, chyba nie trzeba nikogo przekonywać. Bezcenne jest to, że są z nami.

W jaki sposób kardiologia korzysta z rozwoju cyfryzacji? Jak przekłada się to na organizację i program kongresu?

[OK] Pozwolę sobie spojrzeć szerzej na ten temat. W obecnym czasie niezwykle dynamicznie rośnie znaczenie cyfryzacji medycyny. Za oczywiste uznajemy korzystanie z rozwiązań opartych o technologie cyfrowe wykorzystujące komunikację internetową. Techniki oparte o wirtualną rzeczywistość wkroczyły już do sal zabiegowych. Elementy sztucznej inteligencji w postaci algorytmów diagnostycznych już dziś służą lepszemu leczeniu chorych, pozwalając np. na przewidywanie nadchodzącej dekomensacji układu krążenia u pacjenta z implantowanym kardiowerterem/defibrylatorem. I od tego technologicznego przewrotu niewątpliwie nie ma już odwrotu. Dlatego ten element musiał znaleźć swoje miejsce również na naszym kongresie. Jako przykład podam Digital Cardio Area, czyli innowacyjny projekt dedykowany przede wszystkim środowisku medycznemu i środowisku badaczy, którzy pracują nad nowatorskimi rozwiązaniami z zakresu szeroko pojętego e-zdrowia. Będzie więc miejsce dla prezentacji prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych, biotechnologii, inżynierii biomedycznej, technologii informacyjnych, przetwarzania danych i data science oraz sztucznej inteligencji. Warto też wspomnieć tu o działaniach Grupy Robotycznej TAVI i sesjach przygotowanych przy współpracy z nią.

Z drugiej strony część sesji wybranych przez Komitet Naukowy Kongresu będzie po zakończeniu spotkania dostępnych na Platformie Edukacyjnej PTK. Pozwoli to na poznanie ich treści również tym, którzy nie mogą dotrzeć do Katowic. Ich liczba będzie jednak ograniczona, tym bardziej zapraszamy wszystkich do Katowic. Obecności osobistej nie da się dziś i nie będzie się w stanie zastąpić również w przyszłości, bez względu na rozwój technologii komunikacyjnych!

Jakie znaczenie ma kongres dla polskiej i międzynarodowej społeczności kardiologicznej?

[OK] Z jednej strony Kongres PTK to przede wszystkim wydarzenie naukowe i edukacyjne. To idealny czas i miejsce na poznanie najnowszych wytycznych i zasad pozwalających na skuteczne i nowoczesne leczenie chorób kardiologicznych. Jest to również moment umożliwiający zapoznanie się z osiągnięciami naukowymi z całego świata, nowymi technologiami i rozwiązaniami w zakresie terapii farmakologicznej i zabiegowej. Nie można też zapominać o możliwości prowadzenia wymiany poglądów i dyskusji z autorytetami z całego świata w zakresie interesujących nas elementów kardiologii.

Z drugiej strony kongres to możliwość podtrzymania przyjaźni i zawarcia nowych. Uważam to za również bardzo ważny element wydarzenia, dzięki temu bowiem współpraca między specjalistami czy ośrodkami staje się nie tylko bardziej efektywna, ale również kreatywna, pełna nowych, ciekawych koncepcji. Możliwość porównania własnych doświadczeń z innymi kardiologami niewątpliwie pozwala na doskonalenie procesu leczenia.

Czy można zaobserwować bezpośredni wpływ kongresu na rozwój kardiologii w Polsce?

[ZK] Możemy i powinniśmy jednoznacznie odpowiedzieć, że tak. Kongres PTK to najważniejsze spotkanie kardiologów i środowisk medycznych pracujących w zakresie opieki nad chorymi kardiologicznymi. To również spotkanie wybitnych ekspertów, badaczy, naukowców krajowych i międzynarodowych mających wpływ na optymalizację opieki kardiologicznej w Polsce, na tworzenie wytycznych oraz zaleceń polskich i europejskich kardiologicznych towarzystw naukowych. Nasz kongres jako wydarzenie naukowo-edukacyjne bez wątpienia ma ogromny wpływ na środowiska medyczne oraz na dalszy rozwój kardiologii w Polsce.

Życząc owocnych obrad i wielu pozytywnych wrażeń,

Komitet Organizacyjny XXVIII MK PTK ●

Polska kardiologia, europejskie standardy

rozmowa z Prezesem PTK na półmetku kadencji

**prof. dr hab. n. med.
Robert Gil**
Klinika Kardiologii Państwowego
Instytutu Medycznego
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji



W 2023 roku, po objęciu funkcji prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, nakreślił pan profesor główne cele swojej kadencji oraz przypominał hasło przewodnie, które brzmi: „Polska kardiologia, europejskie standardy”. Czy udaje się realizować te założenia?

Po pierwsze nie jest źle, bo właściwie każdy z dziesięciu punktów jest realizowany, przy czym ich zaawansowanie jest różne. Ku mojemu zaskoczeniu wiele tematów, które wydawało mi się, że będą również interesujące dla Ministerstwa Zdrowia, na ten moment nie zyskuje większego zainteresowania. Jeszcze do niedawna nasza współpraca z MZ nie była w pełni zadawalająca. Nie było łatwo o kontakt, wobec czego trudno było o jakieś ważne dla nas ustalenia. Rozumiem, że w tzw. ochronie zdrowia jest wiele priorytetów, a kardiologia w przekonaniu wielu ma się tak dobrze, że „nie trzeba sobie nią głowy zawracać”. Na szczęście w ostatnich tygodniach wiele się poprawiło i dzięki temu nie jesteśmy pozbawieni powiązań z MZ. Na przykład bierzemy udział w pracach nad tak zwaną piramidą świadczeń, wysuwamy swoich fachowców do różnych komisji i gremiów, gdzie ich ekspertyza może pomóc w podejmowaniu decyzji przez MZ czy Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast ta współpraca różni się w stosunku do poprzedniej obsady ministerstwa. Wydaje się, że głównie tym, iż w poprzednim rządzie człowiekiem w MZ, który wiele brał sobie na głowę (m.in. kwestie dopuszczania nowych leków czy procedur zabiegowych) był wiceminister Milkowski. Dzisiaj widać, że MZ podlega reorganizacji. Tworzą się nowe departamenty, przychodzą nowi ludzie. Nie mamy dzisiaj takiej osoby, która tak chętnie spotyka się z kardiologią i ma wyłączność na wiele ważnych dla nas spraw. Mówi się o tym, że nowa kadra w MZ teraz bardzo burzliwie się rozwija, uczy się podejmowania nowych wyzwań. Po cichu liczymy, że jesienią w kwestii naszej współpracy powinno się jeszcze bardziej poprawić. Jednocześnie widzę, że strukturalnie i organizacyjnie ta „odwrócona piramida świadczeń zdrowotnych” może zacząć skutecznie działać, jeśli wprowadzi więcej zadań dla lekarza rodzinnego, nową wizję funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy odciążą szpitale z podstawowej diagnostyki, którą można robić ambulatoryjnie. Dużo również mówi się o tym, by we współpracy z innymi ministerstwami profilaktykę rozpocząć od lat dziecięcych. Do współpracy włączone byłyby Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Sportu i Turystyki. Bardzo nas cieszy to, że przy prof. Adamie Witkowskim – nowym pełnomocniku ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 – wreszcie ten program stał się dla nas „widzialny”. Przekonujemy się, że możemy na niego wpływać i w jakiś sposób

kształtować. Możemy mieć nadzieję, że z tamtych zasobów finansowych pewne nasze pomysły dotyczące edukacji czy wprowadzania nowych technologii również zaistnieją chociażby w postaci pilotażowej. Potem ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji mogą się okazać trwałą częścią kardiologicznej ochrony zdrowia. Jest również ogromna nadzieja, że rozszerzenie krajowej sieci kardiologicznej na wszystkie województwa, a nie tylko na siedem, będzie miało miejsce już w przyszłym roku. Pytanie, czy już od stycznia czy w drugiej połowie roku. Pracujemy nad nowoczesną diagnostyką kardiologiczną, dokładniej genetyczną. We współpracy z Polskim Towarzystwem Genetyki Człowieka stworzony został ważny dokument, który jest rekomendacją do diagnostyki. Wielkie zasługi w tej kwestii ma prof. Katarzyna Włodarska. Jest nadzieja, że i tutaj odniesiemy pewne sukcesy. Jest też duży nacisk na współpracę z kardiologią dziecięcą, którą trzeba wspomóc, bo potrzeby są wielkie, a fachowców w tej dziedzinie nie mamy zbyt wielu. Trzeba im pomóc w rozwoju naukowym i wspierać ich zabiegami o dofinansowanie branży. Kolejna kwestia to Narodowy Program Leczenia Pacjentów ze Wstrząsem Kardiogenym. Jesteśmy blisko, kończymy właśnie dokument, który jest rekomendacją do dalszych działań, a po szeregu rozmów czekamy teraz na decyzję ministerstwa. Nawet jeśli będzie opóźnienie, to dzięki współpracy z profesorem Witkowskim i możliwości skorzystania ze środków Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia możemy ten program w postaci pilotażowej rozpocząć już późną jesienią tego roku. Mamy obiecanie również, że nastąpi nowa wycena procedur kardiologicznych, które zostały w latach 2015/2016 mocno zredukowane, a potem zasilane tylko w związku z inflacją. Chcielibyśmy, żeby nasze wyceny się urealniły. Chcielibyśmy również wprowadzać nowe, ale już udokumentowane technologie, które są szeroko stosowane w bogatych krajach Europy Zachodniej i nie tylko. Celem mojego hasła wyborczego: „Pol-

ska kardiologia, europejskie standardy” było właśnie zwrócenie uwagi wszystkich, że mamy kadry, mamy całkiem niezłe wyposażenie, jesteśmy otwarci na nowe technologie, ale mamy też mnóstwo chorych, a brakuje nam dodatkowych zapisów, które być może zwiększają koszty początkowe, za to dzięki efektywności ograniczają kolejne hospitalizacje i w rezultacie mogą przynieść redukcję kosztów. O te rozwiązania intensywnie zabiegamy. Mamy powołane zespoły, komisje, które te wszystkie tematy starają się opracowywać.

Zapowiedział pan szczególny nacisk na zapewnienie stabilności działania towarzystwa oraz odpowiedniego zabezpieczenia finansowego. Czy plan, aby w PTK powstało Biuro Ekspertek dające PTK pozycję silniejszego partnera do rozmów, udało się zainicjować?

Tak, to biuro zostało powołane. Profesor Piotr Szymański został jego szefem. Jestem trochę zaskoczony, bo wydawało mi się, że będziemy mieli więcej ofert, więcej aktywności ze strony przemysłu. Eksperci z tego biura mają już „co robić”, ale prawdę mówiąc, można by było robić jeszcze więcej. Fachowcy są powoływani do zadań, z którymi zgłaszają się konkretne firmy. Także z tej grupy eksperci są nominowani do gremiów współpracujących z Narodowym Funduszem Zdrowia, AOTMiT, ABM. Na naszym kongresie w Katowicach ma być obecnych bardzo dużo firm i tam z całą pewnością przypomnę, że jesteśmy otwarci i możemy współpracować.

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne dynamicznie się zmienia. Już dzisiaj mogę powiedzieć, że postulat wyborów powszechnych został przez Zarząd Główny zaakceptowany. Na dniach to się stanie oficjalne, a wtedy pozostanie tylko zatwierdzenie przez Walne Zgromadzenie w przeddzień Kongresu PTK w Katowicach. Mamy gotowy statut Fundacji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, która może zmienić finanse naszego towarzystwa. Dzisiaj jesteśmy uzależnieni od pieniędzy przemysłu, który

kupuje sesje satelitarne i wynajmuje stoiska w czasie naszych naukowych i edukacyjnych eventów. Chcemy sięgać dalej, chcemy korzystać z innych źródeł finansowania, żeby nasze towarzystwo było atrakcyjne dla młodych lekarzy, żeby chcieli się kształcić i podnosić swoje kwalifikacje, chcemy ułatwić im kariery zawodowe, poprawiać warunki rozwoju. Mam nadzieję, że w przyszłym roku zarówno statut, jak i misja fundacji będzie czymś mocno zaangażowanym przez przeciętnego członka PTK.

W celu zwiększenia atrakcyjności PTK i rozszerzenia korzyści z bycia członkiem zaproponował pan przyznawanie tytułu Fellow PTK. Czy udało się wdrożyć ten tytuł?

Pierwszych 18 członków PTK, którzy spełnili kryteria, już mamy i oni w czasie inauguracji kongresu dostaną numerowane dyplomy i stosowne przypinki z logo tytułu. Myślę, że to jest również zadanie PTK, aby tę ideę rozpropagować i zachęcić kolejnych członków. Prestiż dawany przez taki tytuł będzie wart zastanowienia, tym bardziej że postawiliśmy nie tylko na ścieżkę wybitnych naukowców, ale również na ścieżkę dobrych, sprawdzonych klinicystów, czyli ludzi, którzy nie muszą mieć wielkich osiągnięć naukowych, bo bardziej są przy pacjencie. Nie wszyscy pracują w uniwersyteckich ośrodkach, ale ścieżka poprzez osiągnięcia zawodowe także daje szansę bycia w prestiżowej grupie Fellow PTK.

„Największym wyzwaniem mojej kadencji powinien być – czy jest, przynajmniej na ten moment – problem wstrząsu kardiogenego i pozaszpitalnych nagłych zatrzymań krążenia” – mówił pan przed rokiem. Czy w kwestii sieci ośrodków kardiologii interwencyjnej, podzielonych na mniejsze przygotowujące pacjenta, coś się ruszyło?

Jesteśmy bliscy sfinalizowania dokumentu, który nazywam pewnego rodzaju kamieniem węgielnym tego systemu. On pokaże wszystkim trzy poziomową konstrukcję Programu leczenia wstrząsu kardiogenego, czyli ośrodków: podstawowe (ang. spoke), zaawansowane (ang. HUB) oraz superspecjalistyczne (ang. superHUB) z możliwością wykonywania przeszczepów serca. To jest system, który wykorzystuje polską specyfikę, dużą ilość ośrodków kardiologii interwencyjnej (ponad 150 typu spoke), wcale niemałą z kardiochirurgią – jest ich 12 (poziom HUB), a do tego 6, które są superHUB-ami. Chodzi o to żebyśmy te 67% śmiertelności pacjentów ze wstrząsem kardiogenym w Polsce obniżyli minimum do 40%. W najlepszych ośrodkach świata to jest około 35%. Wyniki rzędu 40% śmiertelności osiągnięto w jedynym polskim ośrodku, który funkcjonuje w systemie spoke-HUB, u profesora Ponikowskiego we Wrocławiu, gdzie po prawie 3 latach funkcjonowania śmiertelność została tak drastycznie obniżona. Wdrażanie tego programu widzimy w okresie pięcioletnim, w dwóch fazach co najmniej: pilotażowej w dwóch lub maksymalnie czterech województwach, aby potem przeanalizować efekty i opracować rozwiązania, a następnie wdrożyć ze zmianami już w całym kraju. Tutaj jest duża przychylność i pozytywne wyniki rozmów w NFZ, AOTMiT i ABM. Jeśli chodzi o dofinansowanie działań naukowych w tej kwestii, znowu czekamy, co powie MZ. Mam nadzieję, że po kongresie będziemy mogli przedstawić tam już gotowy dokument.

Drugim wyzwaniem było ułatwienie dostępu do nowych technik diagnostycznych zarówno dla pacjenta, jak i dla specjalistów. Czy w tej kwestii mamy jakieś postępy?

Zarówno tomografia komputerowa z opcją oceny naczyń wieńcowych z użyciem kontrastu, jak i rezonans serca pozostają w gestii radiologów. Radiolodzy mają co robić, bo diagnozują człowieka od czubka głowy po palce u stóp najróżniejszymi technikami. Nie mamy jeszcze zbyt dużej grupy radiologów, którzy się zajmują tylko sercem, co by było nawet dziwne, bo przecież mogą się tym zająć kardiolodzy. Ze względów proceduralnych zapisów w zakresie wiedzy i umiejętności w ramach specjalizacji, konieczność pracy w polu elektromagnetycznym, jak w przypadku rezonansu, czy w promieniowaniu jonizującym w przypadku tomografii komputerowej – radiolodzy są naturalnym dysponentem tego typu badań. Prowadzimy od ponad roku rozmowy, mamy wspólne sesje, mamy pomysł, zaczynamy wspólne szkolenia, ale w kwestii formalnego dopuszczenia kardiologów jest jeszcze trochę do zrobienia.

Czy udało się zwiększyć obecność polskiej kardiologii w ESC?

Jednym z elementów hasła „Polska kardiologia, europejskie standardy” było wprowadzenie jak największej liczby polskich kardiologów do różnych gremiów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Nie udało nam się zaistnieć w wyborach głównych, nasi kandydaci do Zarządu ESC niestety odpadli, ale jest duża nadzieja, że zasilimy szereg komisji, które są w tej chwili tworzone i do których są przymierzani kardiolodzy z całej Europy i nie tylko. Jako towarzystwo zgłosiliśmy około 10 naszych członków i członkiń i mamy nadzieję, że będziemy mieli więcej przedstawicieli niż w poprzedniej kadencji. W oparciu o nieformalne rozmowy wierzymy, że to nam się udało. Im więcej nas tam będzie, tym z pewnością przyniesienie pewnych standardów do kraju może się okazać łatwiejsze. Co więcej mamy to szczęście, że pierwsze 6 miesięcy przyszedło roku to prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej, tak więc jest ogromna szansa, że w rozmowach z MZ będziemy mieli się czym

pochwalić. Może pod hasłem zmian w całej Europie łatwiej będzie również wprowadzić w Polsce kolejne standardy na wzór europejski. Myślę, że europejskość polskiej kardiologii będzie wzrastała z każdym miesiącem mojej kadencji.

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

Nic się nie zmieniło w moich założeniach. Jedne punkty dekalogu zrealizowaliśmy w 20%, inne w 80%, ale wszystkie są ważne. Wiadomo, że niedokończone sprawy nigdy się same nie zamkną. Nie mogę nagle zmieniać swoich wizji i dążeń, muszę być konsekwentny. Życie mnie nauczyło, że liczy się tylko i wyłącznie praca kolegiarna. Prezes, jak silny i mądry by nie był, jest nikim, jeśli nie ma za sobą zarządu, który głosuje uchwały i który zgadza się albo nie zgadza na pewne działania. Mam to szczęście, że otaczają mnie bardzo inteligentni współpracownicy, wymagający, a jednocześnie rozumiejący potrzeby dzisiejszych czasów. Bardzo dobrze mi się z nimi pracuje. To nie

jest tak, że wszyscy słuchają, kiwają głowami i na wszystko się zgadzają. Wcale nierzadko bywa, że moja idea spotyka się z pytaniami i zastrzeżeniami, ale w ramach współpracy jest potem modyfikowana, rozbudowywana i kontynuowana właśnie w kolegiarnym wymiarze, ale także odwrotnie – gdy członkowie ZG przychodzą z propozycją, to staram się ją zrozumieć i wspomóc działania. Najlepszym przykładem jest tutaj powołanie Komisji ds. Przestrzegania Równości. Największym wyzwaniem w moim przekonaniu jest wytrzymać to tempo do końca kadencji. Jak mówią moi współpracownicy z biura Zarządu Głównego, takiej dynamiki jeszcze nie było... Chciałbym, żeby mój zarząd po prostu dał radę wytrzymać jeszcze rok ze mną w takim tempie, w jakim funkcjonujemy dzisiaj. Tak aby zmiany, które zostały zainicjowane już w Poznaniu w ubiegłym roku, zostały utrwalone, a kolejne były na tyle zaawansowane, aby następnemu prezesowi, profesorowi Marek Gierlotka, z łatwością je dokończył. Będąc wtedy tak zwanym past-prezesem, będę oczywiście wspierał wszystkiego jego inicjatywy. ●

Kongres PTK 2024
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

AstraZeneca Boehringer Ingelheim SERVIER
moved by you

Czwartek, 19 września

17:30-19:15 Sala Katowice

**XXVIII MIĘDZYNARODOWY KONGRES POLSKIEGO
TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO**

UROCZYSTA INAUGURACJA KONGRESU

Czwartek, 19 września

19:15-20:45 Sala Katowice

**KARDIOLOGIA W POLSCE
Z PERSPEKTYWY 70 LAT – PRIORYTETY,
WYZWANIA, BARIERY**

Sesja specjalna Prezesa PTK, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii
i Przewodniczącego Komitetu Naukowego Kongresów PTK

Moderator:

P. Gumkowska (Warszawa)

Panel dyskusyjny:

*K. Korbiński (Warszawa), M. Karaszewski (Warszawa), I. Staroń (Warszawa),
A. Kowalczyk (Warszawa), J. Adamski (Warszawa), B. Małecka-Libera (Warszawa),
A. Gogoń-Komor (Bielsko-Biała), R. Gil (Warszawa), J. Legutko (Kraków), W. Banasiak (Wrocław),
M. Gierlotka (Opole), P. Mitkowski (Poznań), K. Mizia-Stec (Katowice), A. Tycińska (Białystok),
A. Wołczenko (Warszawa)*



Kardiomiopatia przerostowa

komentarz ekspertów



prof. dr hab. n. med.
Przemysław
Mitkowski

I Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



prof. dr hab. n. med.
Robert Gil

Klinika Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

Od 1 lipca br. mamy w Polsce nowy program lekowy dla pacjentów chorujących na kardiomiopatię przerostową z zawężeniem drogi odpływu. To krok milowy, ponieważ do tej pory pacjenci leczeni byli tylko objawowo lub chirurgicznie. Od momentu rejestracji leku (26 czerwca 2023 r.) do uzyskania refundacji w Polsce minął rok, a to bardzo dobry wynik, jeśli chodzi o czas oczekiwania pacjentów na terapię.

Pan profesor jako pierwszy podzielił się informacją o dostępności nowej opcji terapii kardiomiopatii przerostowej. Od 1 lipca terapia dostępna jest dla polskich pacjentów w programie lekowym. Dlaczego według pana refundacja była tak ważna zarówno dla kardiologów, jak i dla pacjentów?

[PM] To bardzo ważna decyzja refundacyjna pozwalająca poprawić rokowanie u pacjentów z kardiomiopatią przerostową (HCM) z zawężeniem drogi odpływu lewej komory. Kardiomiopatia przerostowa występuje z częstotliwością 1:500 (0,2%) populacji – zatem jednostka ta należy do grupy chorób rzadkich. Gradient w drodze odpływu lewej komory (LVOTO) – dodatkowa cecha kliniczna pozwalająca na uzyskanie korzyści z nowego leczenia – jest obserwowany u 20–30% pacjentów w spoczynku i aż do 70% w trakcie testów prowokacyjnych. Dotąd w terapii stosowano jedynie leczenie objawowe – nieselektywne, które w pewnej grupie chorych nie przynosiło korzyści, choroba postępowała, a objawy (duszność, łatwe męczenie się, bóle w klatce piersiowej) nasilały się. Czasem jako pierwszy objaw wystąpić może nagły zgon arytmiczny. Nie mieliśmy dotąd możliwości leczenia korygującego defekt genetyczny powodujący wystąpienie oHCM. Mimo że jest to terapia II rzutu zarówno w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, jak i w opisie programu B.162, w ramach którego ten lek jest refundowany, to stanowi ona nadzieję dla pacjentów, u których dotychczasowe leczenie było nieskuteczne, a jedyną alternatywą były skomplikowane zabiegi mające na celu zmniejszenie grubości przegrody międzykomorowej. Dostaliśmy więc narzędzie pozwalające na skuteczną terapię u tych chorych, którym dotąd nie mieliśmy niczego do zaproponowania. Należy podkreślić, że mawakamten uzyskał refundację w Polsce prawie dokładnie rok po zatwierdzeniu leku przez Europejską Agencję do spraw Leków (EMA – 26.06.2023).

Na czym polega przelomowość i innowacyjność mawakamtenu? W jaki sposób działa ten lek?

[PM] Mawakamten jest lekiem, który działa na poziomie sarkomeru. Należy do grupy inhibitorów miozyny. Skurcz mięśni jest związany z połączeniem filamentów aktyny z główkami miozyny sercowej. W kardiomiopatii przerostowej obserwujemy nadmierną mobilizację główek miozyny, co zwiększa siłę skurczu. Mawakamten jest pierwszym lekiem w klasie inhibitorów trójfosfatazy miozynowo-adenozynowej (ATPaza), który poprzez zmniejszenie tworzenia mostków aktynowo-miozynowych redukuje kurczliwość i poprawia energetykę mięśnia sercowego. Prowadzi to do zmniejszenia gradientu w drodze odpływu lewej komory (LVOTO).

Jakie korzyści odnoszą pacjenci ze stosowania tej terapii?

[PM] W badaniu EXPLORER-HCM, w grupie chorych z kardiomiopatią przerostową z zawężeniem drogi odpływu (oHCM) mawakamten zmniejszył gradient skurczowy i poprawiał wydolność wysiłkową w porównaniu z placebo u pacjentów z HCM i objawowym LVOTO (NYHA II–III i EF >55%); aż u 27% w ramieniu aktywnym zaobserwowano zmniejszenie gradientu LVOT do <30 mmHg i poprawę do I klasy czynnościowej NYHA. W drugim badaniu (VALOR-HCM) w opisanej wyżej grupie chorych, którzy ze względu na niemożliwość do opanowania objawy byli już kierowani do zabiegów mających na celu redukcję grubości przegrody, stwierdzono po 16 i 32 tygodniach terapii istotne zmniejszenie liczby pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do tych zabiegów.

Jak zmienia się paradygmat leczenia kardiomiopatii przerostowej dzięki zastosowaniu tej terapii?

[PM] Pacjenci dostali nadzieję na skuteczne leczenie w sytuacji, w której dotychczasowa terapia oparta o leki betaadrenolityczne i nie-dihydropirydynowe blokery kanałów wapniowych nie przynosi zadowalającej poprawy. Lek mawakamten pozwala na zmniejszenie liczby pacjentów kwalifikowanych do zabiegów redukcji grubości przegrody. Dodatkowo lek ten jest dobrze tolerowany, a istotne obniżenie frakcji wyrzutowej jest przemijające i ustępuje po odstawieniu leku. Możliwość terapii mawakamtenem to wspaniała wiadomość dla naszych pacjentów.

PTK uznało refundację tego leku za jeden z priorytetów, co znalazło odzwierciedlenie w Dekalogu PTK na lata 2023–2025. Jakie przesłanki za tym stały?

[RG] Pytanie jest troszkę na wyrost, gdyż nie zgadzam się z tym, że akurat jeden lek został uznany za priorytet. Chcę zwrócić uwagę, że tak zwany „Dekalog niezrealizowanych potrzeb polskiej kardiologii” zawiera w jednym ze swoich punktów kwestię dostępu do nowoczesnych leków w szybszym i szerszym zakresie. Właśnie mawakamten wpisuje się w ten punkt jako jeden z wielu innych potrzebnych leków. Głównym celem jest zapewnienie polskiemu pacjentom kardiologicznym dostępu do najnowszych terapii farmakologicznych

w chorobach, które dotychczas nie mogły być skutecznie leczone lekami. Dlaczego to jest tak istotne? Po pierwsze w kardiomiopatii przerostowej dochodzi do przerostu, a z czasem zwłóknienia ścian mięśnia sercowego – głównie dotyczy to mięśnia lewej komory, ale również przegrody międzykomorowej. Nie jest to tak rzadka jednostka chorobowa, za jaką ją kiedyś uznawano. Dzisiaj można powiedzieć, że zwiększony dostęp do diagnostyki przede wszystkim za pomocą ultrasonografii, czyli echokardiografii, jak również przy pomocy rezonansu magnetycznego ułatwia i przyspiesza ocenę pacjentów. Sama zresztą kardiomiopatia ma co najmniej trzy, jeśli nie cztery typy. Poznajemy te typy między innymi właśnie dlatego, że dużo lepiej diagnozujemy w oparciu przede wszystkim o rezonans magnetyczny. Część tak zwanych nagłych zgonów sportowców, które miały miejsce w przeszłości, była później badana podczas sekcji, co ujawniało, że jedną z przyczyn była kardiomiopatia przerostowa, która w tamtych czasach nie była diagnozowana tak skutecznie jak dzisiaj. Obecnie sportowcy, zwłaszcza zawodowi, muszą regularnie przechodzić badania – nie tylko EKG, które jest dość nieprecyzyjnym narzędziem do wykrywania kardiomiopatii przerostowej. Cechy takie jak skłonność do zaburzeń rytmu czy przerost lewej komory to zbyt mało, by jednoznacznie rozpoznać tę chorobę. Można tutaj myśleć również o efektach długoletniego, złe leczonego nadciśnienia tętniczego i w rezultacie nagle się okazuje, że pacjentów z cechami przerostowego mięśnia sercowego jest bardzo dużo. Zwłaszcza że nie każdy przypadek takiego przerostu to jest właśnie kardiomiopatia przerostowa, mogą to być również choroby spichrzeniowe w postaci amyloidozy czy glikogenozy. Należy podkreślić, że do tej pory nie mieliśmy celowanego leczenia, mieliśmy leczenie, nazwijmy to, objawowe, które zmniejszało prawdopodobieństwo nagłej śmierci sercowej, opóźniało rozwijanie się niewydolności serca, ale nie rozwiązywało problemu. Tutaj mamy nie zestaw leków, który działa w sposób pośredni, a pojedynczy lek, który przerywa, blokuje przerost tego mięśnia sercowego.

PTK przygotowało „Stanowisko dotyczące diagnostyki i leczenia kardiomiopatii przerostowej”. Jakie są główne założenia i rekomendacje wynikające z tego dokumentu?

[RG] Moim zdaniem do kardiologa praktyka powinien przede wszystkim docierać fakt, że kardiomiopatia przerostowa nie jest rzeczą rzadką, nie powinniśmy myśleć o niej jako o chorobie rzadkiej. Ponadto często jest ona dużo cięższa, niż nam się wydaje. Nigdy danej choroby nie zdiagnozujemy, jeśli nie weźmiemy pod uwagę możliwości jej występowania także w przypadku pacjenta z ogólnymi dolegliwościami kardiologicznymi, nie do końca specyficznymi, np. pobołowania w klatce piersiowej, szybka męczliwość, nierówne bicie serca, EKG z dodatkowymi skurczami komorowymi. To są sygnały, że pacjent nie powinien przestać na diagnostyce słuchawką i aparatem do mierzenia ciśnienia, ale mieć wykonane co najmniej echo serca. Badanie to powinno ustalać dalsze postępo-

wanie i pozwolić różnicować pomiędzy innymi przyczynami przerostu mięśnia sercowego, w tym najczęstszą, jaką jest nadciśnienie tętnicze. Kolejnym badaniem, które stopniowo zwiększa specyficzność rozpoznania i pozwala stwierdzić zdecydowanie więcej niż tylko echokardiografia, jest rezonans magnetyczny.

Ile ośrodków w Polsce zajmuje się leczeniem kardiomiopatii przerostowej? Czy dostępność programu lekowego wpłynie na zwiększenie tej liczby? Jaka powinna być optymalna liczba ośrodków zapewniających leczenie kardiomiopatii przerostowej w ramach programu lekowego?

[RG] Nie ma takich jednostek ochrony zdrowia, które zajmują się tylko kardiomiopatią przerostową. Natomiast wśród dużej liczby ośrodków zajmujących się kardiologią znajdują się takie, które ze względu na swoje doświadczenie oraz dostępność bardziej wysublimowanych metod diagnostyki, takich jak rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna czy biopsja serca, mają zdecydowanie większe możliwości. Gdy dodamy do tego dotychczas stosowane metody leczenia kardiomiopatii – jak ablacja alkoholowa z zawężeniem drogi odpływu, stymulacja dwujamowa i wysokie dawki beta-blokerów, które nieraz wymuszały konieczność wszczęcia kardiostymulatora – to okazuje się, że z kardiomiopatiami i możliwościami pełnej diagnostyki już nie wszystkie ośrodki mogły sobie poradzić. Teoretycznie takimi metodami powinny dysponować wszystkie uniwersyteckie ośrodki czy instytuty naukowe. W Polsce powinno być więc około dwudziestu paru takich ośrodków. Oczywiście jedno z większym, drugie z mniejszym doświadczeniem. Do niedawna ograniczone możliwości wiązały się z tym, że sama diagnostyka i potem różnicowanie podtypów zabierały sporo czasu, podobnie testowanie różnych możliwości farmakologicznych połączonych z zabiegami interwencyjnymi, jak na przykład alkoholowa ablacja tętnicy septalnej czy nawet przy pomocy kardiochirurgów miotomia, czyli wycinanie nadmiaru tkanki mięśnia sercowego w celu zwiększenia jamy serca i powiększenia objętości wyrzutowej. Dzisiaj pojawia się lek, który w sporej części może być skuteczny, a do tego stosunkowo prosty w dawkowaniu i nadzorze skutków, dzięki czemu właściwie każdy oddział kardiologii po odpowiednim przeszkoleniu i nabyciu pewnych umiejętności monitorowania takich chorych może to robić. W efekcie nie będzie dwudziestu kilku polskich ośrodków, a dziesiątki, może nawet w każdym województwie nagle znajdzie się do dziesięciu takich ośrodków. Ostatecznie w całej Polsce mogłoby ich być nawet sto. Tak jak nam stosowne badania mówią – nie musimy tych pacjentów hospitalizować, wystarczy kontrola ambulatoryjna pod kątem zaburzeń rytmu i przewodzenia poprzez rejestrację 24h monitorowania EKG. Badanie EKG i monitorowanie wyniku echokardiografii w kierunku redukcji przerostu są dostępne praktycznie w każdym niezle wyposażonym ośrodku. Po prostu uproszczenie leczenia poprzez lek celowany zmienia kompletnie perspektywę następstw tej choroby, wydłuża życie pacjentom, poprawia im jakość życia i nie wymaga aż tak wysokiej specjalistyki do ich prowadzenia. ●

Wytyczne ESC/PTK

na XXVIII Międzynarodowym Kongresie PTK w Katowicach



prof. dr hab. n. med.
Agnieszka Tycińska
Klinika Intensywnej Terapii
Kardiologicznej UMB

Najnowsze wytyczne ESC 2024 zostały ogłoszone w końcu sierpnia br. na Kongresie ESC w Londynie. Wśród członków grup roboczych przygotowujących wytyczne, a także recenzentów znaleźli się Polacy: przewlekłe zespoły wieńcowe – prof. Andrzej Budaj, prof. Adam Witkowski, dr hab. Krzysztof Bryniarski; migotanie przedsionków – prof. Piotr Suwalski, dr Marcin Ruciński, prof. Adam Witkowski, prof. Jarosław Kazimierczak; miażdżycy obwodowej i choroby aorty – dr hab. Donata Kurpas, prof. Adam Witkowski; nadciśnienie tętnicze – prof. Izabela Uchmanowicz, prof. Adam Witkowski i prof. Adrian Doroszko.

Wytyczne były dyskutowane w czasie wielu sesji na Kongresie ESC.

Wytyczne ESC/PTK z 2024 roku będą przedstawiane **podczas XXVIII Kongresu PTK w Katowicach** na sesjach zaznaczonych w programie jako **Wytyczne. Na tegoroczny Kongres PTK Komisja Wytycznych PTK zaproponowała w sumie 6 sesji poświęconych wytycznym ESC/PTK.**

Najnowsze wytyczne przedstawia **recenzenci z ramienia PTK i ESC**, a sesję poprowadzą: **prof. Michał Tendera, prof. Piotr Ponikowski oraz prof. Agnieszka Tycińska** – sesja: **Najnowsze wytyczne ESC/PTK 2024, czwartek 19.09.2024, godz. 12:15-13:45, sala Zabrze:**

1. Wytyczne dotyczące migotania przedsionków – P. Mitkowski (Poznań)
2. Wytyczne dotyczące nadciśnienia tętniczego – P. Jankowski (Kraków)
3. Wytyczne dotyczące przewlekłych zespołów wieńcowych – A. Witkowski (Warszawa)
4. Wytyczne dotyczące miażdżycy obwodowej – R.J. Gil (Warszawa)

Sesję rozpocznie keynote lecture dotyczący badań randomizowanych w ostrej niewydolności serca/wstrząsie kardiogennym, który wygłosi **prof. Peter Clemmensen**.

Zalecenia ESC 2024 dotyczące przewlekłych zespołów wieńcowych – piątek 20.09.2024, 9:00-10:30, sala Zabrze:

Przewodniczący: A. Witkowski (Warszawa), M. Lesiak (Poznań), J. Legutko (Kraków)

Panel dyskusyjny: M. Dobrolińska (Katowice), M. Gąsior (Zabrze), T. Pawłowski (Warszawa)

1. Ocena prawdopodobieństwa, rozpoznanie, ocena ryzyka – S. Iwańczyk (Poznań)
2. Dławica stabilna i niestabilna – Z. Huczek (Warszawa)
3. Znaczenie prewencji wtórnej u pacjentów z PZW – A. Tycińska (Białystok)
4. Wskazania do leczenia interwencyjnego – S. Dobrzycki (Białystok)
5. Punkt widzenia kardi chirurga – P. Suwalski (Warszawa)

Zalecenia ESC 2024 dotyczące nadciśnienia tętniczego – piątek 20.09.2024, 10:45-12:15, sala Zabrze:

Przewodniczący: P. Jankowski (Kraków), A. Doroszko (Wrocław), A. Bielecka-Dąbrowa (Łódź)

1. Definicja, klasyfikacja, aspekty epidemiologiczne – K. Kamiński (Białystok)
2. Cele terapeutyczne. Znaczenie pomiarów domowych i ABPM – P. Dobrowolski (Warszawa)
3. Ocena zależnych od NT powikłań narządowych – A. Prejbisz (Warszawa)
4. Nowoczesna farmakoterapia krok po kroku – A. Kapłon-Cieślicka (Warszawa)
5. NT w trudnych sytuacjach klinicznych – A. Mamcarz (Warszawa)

Zalecenia ESC 2024 dotyczące miażdżycy obwodowej – piątek 20.09.2024, 16:30-18:00, sala Zabrze:

Przewodniczący: R.J. Gil (Warszawa), W. Wojakowski (Katowice), J. Sacha (Opole)

1. Nowoczesne metody diagnostyczne PAD – A. Lisowska (Białystok)
2. Nowoczesne sposoby rewaskularyzacji – S. Bartuś (Kraków)
3. Leczenie przeciwplatek i przeciwkrzepliwych – J. Kubica (Bydgoszcz)
4. Sytuacje szczególne – miażdżycy tętnic szyjnych – P. Pieniążek (Kraków)
5. Zespoły aortalne – P. Pruszczyk (Warszawa)

Zalecenia ESC 2024 dotyczące migotania przedsionków – sobota 21.09.2024, 09:00-10:30, sala Zabrze:

Przewodniczący: D. Kotecha (UK), P. Mitkowski (Poznań), M. Farkowski (Warszawa)

1. Diagnostyka, klasyfikacja, screening – E. Piotrowicz (Warszawa)
2. Ocena ryzyka zakrzepowo-zatorowego oraz krwawienia – S. Budrejko (Gdańsk)
3. Profilaktyka zdarzeń zakrzepowo-zatorowych – B. Woźniakowska-Kapłon (Kielce)
4. Ablacja w migotaniu przedsionków – Z. Kalarus (Zabrze)
5. Co robić, a czego nie robić – czyli podsumowanie najnowszych wytycznych – E. Jędrzejczyk-Patej (Zabrze)

Podsumowanie wytycznych ESC 2024 – take home messages, sesja przygotowywana wspólnie z „Klubem 30” PTK – sobota 21.09.2024, 11:00-12:30, sala Zabrze:

Przewodniczący: G. Opolski (Warszawa), A. Budaj (Warszawa), K. Ozierański (Warszawa)

1. Migotanie przedsionków. Przypadek – A. Cieplucha (Poznań) Komentarz – O. Kowalski (Katowice)
2. Przewlekłe zespoły wieńcowe. Przypadek – S. Iwańczyk (Poznań) Komentarz – P. Kleczyński (Kraków)
3. Nadciśnienie tętnicze. Przypadek – E. Dziewięcka (Kraków) Komentarz – A. Olszanecka (Kraków)
4. Miażdżycy obwodowej. Przypadek – A. Imiela (Warszawa) Komentarz – S. Bartuś (Kraków)

Best of ESC 2024 – najciekawsze doniesienia z Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Sesja „Klubu 30” PTK – sobota 21.09.2024, 11:00-12:30, sala Katowice:

Przewodniczący: A. Witkowski (Warszawa), K. Kupczyńska (Łódź), K. Bryniarski (Kraków)

1. Niewydolność serca i kardiomiopatie – S. Urban (Wrocław)

2. Choroba wieńcowa i interwencje wieńcowe – T. Imiela (Warszawa)
3. Intensywna terapia kardiologiczna – J. Umińska (Bydgoszcz)
4. Wady zastawkowe serca – P. Molek-Dziadosz (Kraków)
5. Prewencja sercowo-naczyniowa – P. Hamala (Łódź)

Dodatkowo w czasie tegorocznego Kongresu przedstawione zostaną wytyczne w różnych odsłonach:

1. Obrazowanie serca a wytyczne ESC – czwartek 19.09.2024, 08:45-10:15, sala Zabrze
2. Wytyczne ESC OZW rok później – czwartek 19.09.2024, 12:15-13:45, sala Szczecin
3. Odpowiednie dać rzeczy słowo – jak zrozumieć, motywować i skutecznie leczyć pacjenta wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego? Dlaczego teoria mija się z praktyką? – czwartek 19.09.2024, 14:00-15:30, sala Katowice
4. Nowe wytyczne 2024 – jakie są implikacje dla codziennej praktyki klinicznej? – piątek 20.09.2024, 12:30-13:30, Imaging Hub
5. Choroba wieńcowa na obcasach – piątek 20.09.2024, 12:30-13:30, sala Katowice

Ponadto rekomendujemy następujące sesje (firmowane przez „Klub 30” PTK):

1. Gdy boli w klatce, a w tętnicach bez zmian... Nowości w leczeniu choroby małych naczyń wieńcowych – czwartek 19.09.2024, 10:30-12:00, sala Szczecin
2. Współczesne wskazania, techniki wykonywania i przydatność diagnostyczna biopsji mięśnia sercowego – czwartek 19.09.2024, 12:15-13:45, sala Bydgoszcz
3. Hot Line – czy wyniki polskich rejestrów zmienią praktykę kliniczną? – czwartek 19.09.2024, 12:15-13:45, sala Kraków
4. Witaj w klubie. Interdyscyplinarnie o pacjentach wymagających skoordynowanego leczenia wielospecjalistycznego. Jubileuszowa sesja „Klubu 30” PTK oraz Klubów Młodych Ginekologów i Endokrynologów – sobota 21.09.2024, 09:00- 10:30, sala Kraków

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.

Dzięki uzyskanemu od Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego endorsementowi 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 kieszonekowe 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 różnych tematów i możliwość skorzystania z pełnej wiedzy w czasie trwania kongresu. ●

Serdecznie zapraszam!
Agnieszka Tycińska
Przewodnicząca Komisji Wytycznych PTK

Wytyczne ESC 2024 dotyczące migotania przedsionków



prof. dr hab. n. med.
Przemysław Mitkowski
I Klinika Kardiologii, Uniwersytet
Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Wtrakcie tegorocznego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) wśród nowo ogłoszonych wytycznych pojawiły się te dotyczące diagnostyki i leczenia migotania przedsionków. Jednym z ich autorów był Polak – prof. Piotr Suwalski, kardiolog z Warszawy.

Prezentacja wytycznych sugerowała początkowo wręcz rewolucyjne zmiany, jednak bliższe zapoznanie się z dokumentem wskazuje, że główne zasady uległy tylko niewielkim korektom.

Podstawowy algorytm postępowania z wytycznych ESC z 2020 roku – ABC został zastąpiony nowym: CARE. Znaczenie liter A i C pozostało bez zmian, odpowiednio: A – antykoagulacja (*anticoagulation*), C – choroby towarzyszące (*comorbidities*). Litera B – lepsza kontrola objawów (*better symptom control*) została zamieniona na R – zmniejszenie nasilenia objawów (*reduce symptom by rate and rhythm control*). Dodano literę E – ocena i dynamiczne kontynuowanie opieki (*assessment and dynamic reevaluation*).

Na podstawie zmiany akronimu i w oparciu o komentarze prezentujących wytyczne należy uznać, że opieka nad chorym z migotaniem przedsionków poza oczywistymi problemami – profilaktyką udarów mózgu i zmniejszeniem nasilenia objawów – powinna skupić się na identyfikacji i leczeniu chorób towarzyszących. Szczególne znaczenie ma kontrola ciśnienia tętniczego u pacjentów z nadciśnieniem, a glikemii – u tych z cukrzycą. U pacjentów z niewydolnością (HF) serca i z przewodnieniem należy stosować diuretyki, u tych z obniżoną frakcją wyrzutową – leczenie zgodne z wytycznymi, a w całej populacji HF – inhibitory SGLT2. Wymienione zalecenia należą do klasy I wskazań, podobnie jak redukcja masy ciała u chorych z nadwagą i otyłością, choć chirurgia bariatryczna znalazła się już tylko w klasie IIb i to tylko u tych pacjentów, u których planuje się strategię opartą o kontrolę rytmu. W klasie I wskazań znalazły się ponadto zmiany stylu życia: zmniejszenie spożycia alkoholu do 3 jednostek na tydzień i zwiększenie aktywności fizycznej zgodnie z indywidualnym programem ćwiczeń.

W ocenie ryzyka zakrzepowo-zatorowego zalecono stosowanie lokalnie zwalidowanych skal ryzyka albo skali CHA₂DS₂-VA. Tak, to nie jest błąd – w najpopularniejszej skali ryzyka pominięto płeć (Sc). W sumie jest to zmiana logiczna i upraszczająca wytyczne – dodatkowo

punkt za płeć nie miał wpływu na stosowanie leczenia przeciwkrzepliwego, choć niektórzy tłumaczą tę zmianę uchronieniem lekarza przed koniecznością przypisania pacjenta do określonej płci. Decyzje związane z punktacją wg skali ryzyka nie zmieniły się: 1 punkt – należy rozważyć, 2 – należy wdrożyć. Zwrócono uwagę, że rozkład czasowy AF nie ma wpływu na fakt stosowania antykoagulacji. Podkreślono także, że leczenie przeciwłytkowe nie może być alternatywą dla doustnych leków przeciwkrzepliwych w profilaktyce epizodów zakrzepowo-zatorowych oraz że wysokie ryzyko krwawienia nie jest przesłanką do zaprzestania terapii przeciwkrzepliwiej, a do zmniejszenia nasilenia czynników zwiększających to ryzyko. Zgodnie z literą wytycznych nie należy kojarzyć leczenia przeciwkrzepliwego z przeciwłytkowym dla redukcji ryzyka udaru oraz nie należy stosować terapii przeciwłytkowej dłużej niż 12 miesięcy po leczeniu przewlekłych zespołów wieńcowych i choroby tętnic obwodowych.

Wymieniono wiele opcji dla uzyskania poprawy w zakresie objawów poprzez kontrolę częstotliwości rytmu: dedykowane leki, kardiowersja elektryczna, leki antyarytmiczne, ablacja przezcewnikowa, ablacja endoskopowa lub hybrydowa, ablacja chirurgiczna i wreszcie ablacja łącza i stymulacja. Choć pierwszym etapem postępowania w celu redukcji nasilenia objawów jest uzyskanie kontroli częstotliwości rytmu serca, to jednak na podstawie wyników badań ATHENA, CASTLE-AF, CABANA oraz EAST-AFNET 4 autorzy zaleceń stwierdzili, że zastosowanie strategii kontroli rytmu może być bezpiecznie wdrożone i zapewnia poprawę objawów związanych z migotaniem przedsionków. Należy również dążyć do utrzymania rytmu zatokowego w celu zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności w wybranych grupach pacjentów. W porównaniu do poprzednich zaleceń rozszerzono także wskazania klasy I do ablacji przezcewnikowej (izolacji ujęć żył płucnych). Obejmują one obecnie: napadowe migotanie przedsionków, nieskuteczną farmakoterapię w napadowym i przetrwałym migotaniu przedsionków oraz w przypadku kardiomiopatii tachyarytmicznej.

Ocena pacjenta powinna obejmować zastosowanie algorytmu CARE nie tylko po pojawieniu się kolejnego epizodu migotania przedsionków, ale także w trakcie hospitalizacji niezwiązanych z AF. Kolejne oceny powinny być przeprowadzone po 6 miesiącach i następnie nie rzadziej niż raz do roku. Ocena powinna obejmować: badanie EKG, badania krwi (morfologia, badania biochemiczne), badania obrazowe (echo przezklatkowe), ambulatoryjne rejestracje ekg i w zależności od potrzeb inne badania obrazowe (echo przezprzełykowe, MRI, CT).

Kryteria rozpoznania migotania przedsionków nie zmieniły się istotnie. Kliniczne AF to arytmia objawowa lub bezobjawowa, udokumentowana w EKG (12-odprowadzeniowym lub w innych urządzeniach do rejestracji EKG). Uznano, że istotny klinicznie jest epizod migotania przedsionków trwający co najmniej 30 sekund – powinien on skłaniać do dalszej ewaluacji. Zmieniono nazwę „subkliniczne AF” na „zarejestrowane przez urządzenia subkliniczne AF”. W tej grupie wymieniono urządzenia implantowalne (rejestratory arytmii, stymulatory, ICD, CRT-D/P) oraz indywidualne monitory rytmu. Podkreślono, że zapisy z tych urządzeń wymagają potwierdzenia przez wykwalifikowany personel medyczny! Ich zapisy pozwalają na wystarczające udokumentowanie AF w przeciwieństwie do innych urządzeń opartych o metody pletyzmograficzne.

W wytycznych nadal okludery uszka (LAAO) mają wskazanie (tylko klasa IIb) ograniczone do pacjentów z przeciwwskazaniami do przewlekłej antykoagulacji w celu prewencji udaru niedokrwiennego i zatorowości obwodowej. W wytycznych nie można znaleźć ani słowa o stosowaniu LAAO u pacjentów, którzy doznali udaru niedokrwiennego w trakcie leczenia doustnymi antykoagulantami.

Zachęcam do bliższego zapoznania się z wytycznymi w trakcie dedykowanych sesji na Kongresie PTK oraz z samym dokumentem opublikowanym na stronach ESC.

Wytyczne ESC dotyczące nadciśnienia tętniczego



prof. dr hab. n. med.
Piotr Jankowski

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Ogłoszone w czasie tegorocznego kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego wytyczne były długo oczekiwanym dokumentem. W ostatnich latach zarówno Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne, jak i Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego wprowadziły wiele istotnych zmian w swoich zaleceniach. Cierpliwość osób oczekujących została wynagrodzona. Dokument przyniósł wiele zmian, niektóre fundamentalne.

Wśród najważniejszych należy wymienić zmianę stosowanej od kilkadziesiąt lat klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego. Zrezygnowano między innymi z kategorii ciśnienia wysokiego, prawidłowego. W zaktualizowanych wytycznych pojawiła się za to nowa kategoria: podwyższone ciśnienie tętnicze. Definiuje się je jako skurczowe ciśnienie krwi od 120 mmHg do 139 mmHg lub rozkurczowe ciśnienie krwi od 70 mmHg do 89 mmHg. Jednocześnie wzmocniono zalecenia wskazujące na zasadność podejmowania decyzji klinicznych w oparciu o pozagabinetowe wartości ciśnienia tętniczego. Dotyczy to także rozpoznawania nadciśnienia tętniczego, przy czym nie zdecydowano się zmienić wartości, od której rozpoznajemy nadciśnienie (w przypadku ciśnienia gabinetowego to wciąż $\geq 140/90$ mmHg). Autorzy opowiadają się za rutynową oceną obecności hipotonii ortostatycznej w czasie konsultacji, w trakcie której rozpoznaje się nadciśnienie tętnicze.

Autorzy wytycznych zdecydowali się przesunąć granicę wieku, do której schemat postępowania jest taki sam jak u osób młodych. O ile przed laty taką granicą było 65 lat, a w ostatnich wytycznych 70 lat, to obecnie granicę tę podniesiono do 85 lat. Jednocześnie utrzymano zasadność rutynowego wykonywania badania echokardiograficznego u osób z nieprawidłowym EKG lub objawami choroby serca (klasa zaleceń I). W pozostałych przypadkach wykonanie tego badania można rozważyć, jeśli jego wyniki potencjalnie mogą wpłynąć na decyzje kliniczne (klasa IIb). Podobne sformułowanie zastosowano w przypadku badania ultrasonograficznego tętnic szyjnych, oceny uwapienia tętnic wieńcowych oraz oceny prędkości fali

tętna, a także badania dna oka (poza stanami nagłymi).

Istotną zmianę wprowadzono w zakresie docelowego ciśnienia tętniczego. Autorzy zalecają osiągnięcie wartości ciśnienia skurczowego 120-129 mmHg, a ciśnienia rozkurczowego 70-79 mmHg. Eksperci wskazują, że warto rozważyć mniej restrykcyjny cel leczenia hipotensyjnego (na przykład ciśnienie skurczowe < 140 mmHg), jeśli niższe wartości ciśnienia nie są dobrze tolerowane, pacjent ma co najmniej 85 lat (klasa zalecenia IIa), stwierdza się hipotonię ortostatyczną (klasa IIa), zespół kruchości (klasa IIb) lub przewidywany czas przeżycia jest mniejszy niż 3 lata (klasa IIb).

Nowe wytyczne mocno podkreślają, że podstawą leczenia nadciśnienia tętniczego jest zmiana stylu życia przez pacjenta, w tym zwiększenie aktywności fizycznej, stosowanie zbilansowanej diety, zwiększenie spożycia potasu, zmniejszenie spożycia sodu, ograniczenie spożycia kalorii u osób z nadwagą, ograniczenie spożycia alkoholu i unikanie inhalacji dymu tytoniowego. Jednocześnie eksperci zalecają niezwłoczne rozpoczęcie farmakoterapii u osób z nadciśnieniem tętniczym (ciśnienie $\geq 140/90$ mmHg), a także w przypadku osób z podwyższonym ciśnieniem (skurczowe 120-139 mmHg lub rozkurczowe 70-89 mmHg) z chorobą niedokrwinną serca, niewydolnością serca, tętniakami aorty, po udarze mózgu, z cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek lub zmianami narządowymi powstającymi w przebiegu nadciśnienia tętniczego (np. przerost mięśnia

lewej komory serca, dysfunkcja rozkurczowa lewej komory serca, powiększenie lewego przedsionka, retinopatia nadciśnieniowa) pod warunkiem wieku < 85 lat, przy nieobecności zespołu kruchości i hipotonii ortostatycznej. Dodatkowo eksperci ESC zalecają farmakologiczne obniżanie ciśnienia tętniczego u osób z podwyższonym ciśnieniem tętniczym oraz ryzykiem wystąpienia zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, zawału serca lub udaru mózgu co najmniej 10% w ciągu 10 lat (w oparciu o skalę SCORE2).

Nowe wytyczne podtrzymują preferencyjne rozpoczynanie farmakoterapii od dwóch leków hipotensyjnych, optymalnie w formie preparatu złożonego, u wszystkich osób z wyjątkiem pacjentów z podwyższonym ciśnieniem tętniczym (skurczowe 120-139 mmHg lub rozkurczowe 70-89 mmHg), zespołem kruchości, hipotonią ortostatyczną lub w wieku ≥ 85 lat. W tych przypadkach autorzy opowiadają się za rozpoczynaniem terapii od jednego leku. Zalecenia wyboru konkretnych molekuł nie uległy istotnym zmianom w porównaniu z poprzednimi wytycznymi.

Ponadto po kilkunastu latach przywrócono zalecenie dotyczące stosowania denerwacji tętnic nerkowych u osób z wysokim ciśnieniem tętniczym mimo stosowania trzech leków przeciwnadciśnieniowych, w tym diuretyku (klasa zalecenia IIb). Warto podkreślić, że we wcześniejszym fragmencie autorzy zalecają we wskazanej sytuacji włączenie spironolaktonu (klasa zalecenia IIa).

Czwartek,
19 września
12:15-13:45
Sala Zabrze

NAJNOWSZE WYTYCZNE ESC/PTK 2024

Sesja Komisji Wytycznych PTK

Przewodniczący:

P. Ponikowski (Wrocław), M. Tendera (Katowice), A. Tycińska (Białystok)

- Ostra niewydolność serca a wstrząs kardiogeny – czy rzeczywiście potrzebujemy RCT?**
P. Clemmensen (Hamburg)
- Wytyczne ESC dotyczące migotania przedsionków**
P. Mitkowski (Poznań)
- Wytyczne ESC dotyczące nadciśnienia tętniczego**
P. Jankowski (Kraków)
- Wytyczne ESC dotyczące przewlekłych zespołów wieńcowych**
A. Witkowski (Warszawa)
- Wytyczne ESC dotyczące miażdżycy obwodowej**
R. Gil (Warszawa)
- Dyskusja**





Specjalna sesja konkursowa Digital Cardio Area

pod patronatem Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny

i Sztucznej Inteligencji PTK

19 września 2024, godz. 10:30-12:00, Imaging HUB



Konkurs na najlepszą pracę badawczą w dziedzinie nowych technologii medycznych lub na najlepsze wdrożenie w praktyce klinicznej w dziedzinie nowych technologii medycznych, prezentowane podczas XXVIII Międzynarodowego Kongresu PTK

10:30-10:35 Powitanie i przedstawienie członków Jury
P. Krześciński (Warszawa), K. Pieszko (Nowa Sól)

Prezentacje konkursowe:

10:35-10:55 Stymulacja układu przewodzącego we wrodzonych wadach serca: potencjał wykorzystania rozszerzonej rzeczywistości i aktywności elektrycznej serca rzutowanej na jego trójwymiarowy model

P. T. Matusik (Kraków)

Dyskusja

10:55-11:15 Heart – VISION VR. Wdrożenie Wirtualnej Rzeczywistości do Kardiologii Dziecięcej

J. Szeliga, S. Góreczny (Kraków)

Dyskusja

11:15-11:35 ShenAI. Vital Signs Monitoring with Face-Scanning Technology

A. Drohomirecka (Wrocław)

Dyskusja

11:35-11:45 Prezentacja Sponsora na scenie Digital Cardio Area

11:45-12:00 Debata podsumowująca – członkowie Komisji Konkursowej wraz z uczestnikami

Sponsor:



AKTUALNA
WIEDZA MEDYCZNA
W JEDNYM MIEJSCU
www.adamed.expert

Partner konkursu:



Powered by:



Wydawca:

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



Komitet Organizacyjny:

dr hab. n. med. Jacek Kowalczyk
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus
dr hab. n. 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:

Karolina Urbańska
Bartosz Szymański
Grupa casusBTL

Skład i opracowanie graficzne:

Marcin Płuska

Obsługa fotograficzna:

Norbert Nazarkiewicz

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 części lub w całości, 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

