

# GAZETA KONGRESOWA



XXVIII  
Międzynarodowy  
Kongres Polskiego  
Towarzystwa  
Kardiologicznego

Numer 2

Piątek, 20 września 2024

Katowice

## Uroczysta Inauguracja

### XXVIII 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. n. med. Jacka Kowalczyka. Podczas inauguracji podkreślono wyjątkowe okoliczności spotkania – w tym roku PTK świętuje 70-lecie istnienia.

– XXVIII Kongres PTK odbył się w wyjątkowym roku i to z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze mamy jubileusz 70-lecia powstania PTK, a po drugie Katowicom, gospodarzom kongresu, powierzono zaszczytną rolę i tytuł Europejskiego Miasta Nauki 2024. Do Zarządu Głównego PTK z prof. Robertem Gilem na czele kierując serdeczne podziękowania za zaufanie, jakim nas obdarzyli i powierzyli nam to trudne zadanie organizacji najważniejszego wydarzenia kardiologicznego w Polsce. Bardzo dziękuję Komitetowi Naukowemu Kongresów pod kierunkiem prof. Jacka Legutko za przygotowanie znakomitego programu. Bardzo serdecznie chciałbym podziękować władzom regionu, a zwłaszcza przedstawicielom miasta Katowice, które są współgospodarzem naszego wydarzenia. Dziękuję patronom honorowym i medialnym, partnerom organizacyjnym oraz przedstawicielom przemysłu medycznego za zaangażowanie w sukces kongresu. Dziękuję wszystkim gościom, wykładowcom, ekspertom, prowadzącym sesje, wszystkim obecnym za to, że zechcieli przyjąć zaproszenie i uczestniczyć w naszym wydarzeniu – powiedział dr hab. n. med. Jacek Kowalczyk, przewodniczący KO XXVIII Międzynarodowego Kongresu PTK. Następnie ogłosił oficjalne otwarcie kongresu i oddał głos przedstawicielowi władz miasta.

– Nie ukrywam wielkiej radości z faktu, że kolejna edycja kongresu odbyła się w Katowicach. Serdecznie witam wszystkich państwa w roku Europejskiego Miasta Nauki. Uważamy i jesteśmy zgodni z rektorami wszystkich śląskich uczelni, że nauka to przemysł przyszłości. Chciałbym z tego miejsca w imieniu prezydenta miasta Katowice dra Marcina Krupy i całej społeczności Katowic podkreślić wielką wdzięczność dla całego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, bo przecież nauka, którą reprezentujecie, jest dla nas najistotniejsza. Dlaczego? Dlatego, że wszystkich nas chroni, chroni nasze zdrowie i życie. Nie ma co ukrywać, ta wdzięczność płynie z głębi serca. Chciałbym serdecznie podziękować za to, że wybraliście Katowice. Śląsk kardiologią stoi, jesteśmy z tego niezwykle dumni i chwalimy się tym na całym świecie – przywitał zgromadzonych gości wiceprezydent miasta Katowice Waldemar Bojarun, życząc wszystkim uczestnikom wspaniałych chwil nie tylko podczas wykładów, ale także w trakcie zwiedzania miasta.

– To ważna i emocjonalnie bardzo trudna chwila, kiedy otwiera się oficjalnie kongres, widzi się ludzi i cieszy się, że mimo późnej pory zostali jeszcze na części oficjalnej. Bardzo im za to dziękujemy – powiedział prezes PTK prof. Robert Gil, witając zgromadzonych



Wiceprezydent miasta Katowice Waldemar Bojarun i dr hab. Jacek Kowalczyk, przewodniczący KO XXVIII MK PTK

gości. Następnie zaprosił na scenę prof. Stephana Windeckera, który wygłosił wykład inauguracyjny na temat „Niezaspokojone potrzeby i przyszłe kierunki w diagnostyce i leczeniu CCS (Unmet needs and future directions in the diagnosis and treatment of CCS)”.

Tradycyjnie część ceremonii przeznaczono na wyróżnienia i nagrody. Po raz 24. wręczono Nagrodę Prezesów PTK. W tym roku z rąk prof. Janiny Stępińskiej, przewodniczącej Kapituły, otrzymała ją prof. Agnieszka Kapłon-Cieślicka za cykl prac „Niewydolność serca – rozpoznawanie, czynniki prognostyczne i rokowanie w różnych podgrupach pacjentów”. Nagrodę PTK im. Profesora Stefana Rywika z rąk prof. Gila i prof. Gierlotki odebrał prof. Tomasz Zdrojewski za wybitne osiągnięcia naukowe, organizacyjne, edukacyjne i popularyzatorskie na rzecz profilaktyki chorób układu krążenia. Następnie prof. Leszek poprowadził ceremonię rozdania Nagród Naukowych PTK za rok 2023 – Nagrodę Naukową otrzymał Jacek Kwieciński za cykl prac „Obrazowanie miażdżycy naczyń wieńcowych przy pomocy pozytonowej emisyjnej tomografii z fluorkiem sodu”, natomiast Nagrody za Publikację Naukową trafiły do trzech zespołów: za opublikowaną w piśmie „European Heart Journal” pracę „Artificial intelligence in detecting left atrial appendage thrombus by transthoracic echocardiography and clinical features: the Left Atrial Thrombus on Transoesophageal Echocardiography (LATTEE) registry”, za opublikowaną w piśmie „European Journal of Heart Failure” pracę „Hyponatraemia and changes in natraemia during hospitalization for acute heart failure and associations with in-hospital and long-term outcomes – from the ESC-HFA EORP Heart Failure Long-Term Registry” oraz za opublikowaną

w piśmie „European Journal of Heart Failure” pracę „The blunted loop diuretic response in acute heart failure is driven by reduced tubular responsiveness rather than insufficient tubular delivery. The role of furosemide urine excretion on diuretic and natriuretic response in acute heart failure”.

Później na scenę wszedł prof. Jacek Legutko, który wręczył nagrody Komitetu Naukowego Kongresów PTK za najlepsze prace wygłoszone podczas XXVIII MK PTK z zakresu:

- badań klinicznych – zespołowi autorów: J. Legutko, P. Kleczyński, E. Niewiara, K. Welgan, E. Kwiatkowska, A. Pawlik, L. Rzeszutko, S. Bartuś za pracę „Wyniki przeszłokrotnego leczenia zwężenia lewej tętnicy wieńcowej w zabezpieczeniu LVAD u pacjentów z niedrożnością prawej tętnicy wieńcowej”;
- badań podstawowych – zespołowi autorów: K. Stępień, J. Natorska, M. Ząbczyk, J. Zalewski, J. Jawień, A. Undas za pracę „Terapia wysokimi dawkami statyn redukuje tworzenie zewnątrzkomórkowych pułapek neutrofilowych u pacjentów z chorobą wieńcową. Pierwsze doniesienie w literaturze”;
- prac plakatowych – zespołowi autorów: E. Dziewięcka, R. Banyś, S. Wiśniowska-Śmiałek, M. Wiśniarczyk, M. Urbańczyk-Zawadzka, M. Krupiński, M. Biesiada, F. Baranowski, K. Graczyk, A. Stępień, M. Olszowska, P. Rubiś za pracę: „Znaczenie prognostyczne dysfunkcji skurczowej i odwracalnego remodelingu prawej komory w kardiomiopatii rozstrzeniowej: badanie prospektywne z zastosowaniem rezonansu magnetycznego”;
- badań studenckich – zespołowi autorów: A. Gołąb, D. Plicner, A. Undas, E. Wypasek za pracę: „Związek pomiędzy występowaniem wariantu

c.5673A>G (p.Ile4399Met) genu lipoproteiny (a) ze stężeniem lipoproteiny (a) oraz zdarzeniami sercowo-naczyniowymi u pacjentów po pomostowaniu aortalno-wieńcowym poniżej 65. roku życia”.

Podczas uroczystości została wręczona także nagroda za najlepszą pracę badawczą lub najlepsze wdrożenie w praktyce klinicznej w dziedzinie nowych technologii medycznych, zaprezentowane w ramach Digital Cardio Area. Z rąk prof. Pawła Krzesińskiego odebrali ją J. Szeliga, M. Lazu, K. Cabaj-Włodarczyk, A. Rudziński, L. Wyrobek, J. Kolcz, T. Mroczek, S. Góreczny za „Heart – VISION VR. Wdrożenie Wirtualnej Rzeczywistości do Kardiologii Dziecięcej. Innowacyjne podejście do prewencji, diagnostyki i leczenia wad układu krążenia, edukacji, współpracy interdyscyplinarnej i świadomości społecznej”. Z kolei nagrodę specjalną Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji PTK otrzymali A. Drohomirecka, R. Kościelny, P. Jaworski, L. Pstraś, T. Okupnik za „ShenAI. Vital Signs Monitoring with Face-Scanning Technology”.

Do pozostających na scenie prof. Gila i prof. Gierlotki dołączył prof. Tajstra i razem wręczyli kolejne nagrody: Grant Servier otrzymał Jacek Kusa, Grant Adamed – Michał Wasiak, Grant Boehringer Ingelheim – Aleksandra Paterek, Grant Młodego Naukowca – Aleksander Siniarski, Grant Wyjazdowy „Klubu 30” – Cezary Maciejewski, Nagrodę Naukową „Klubu 30” – Magda Roleder-Dylewska. Po serii nagród i grantów do „Klubu 30” przystąpili nowi członkowie. W tym roku po raz pierwszy przyznano tytuł „Fellow PTK” – pamiątkowe dyplomy i odznaczenia otrzymali: R. Gil, M. Kempa, A. Tycińska, M. Kurzyńska, M. Gierlotka, M. Tajstra, S. Ślawek-Szmyt, A.K. Kern, L. Kuźma, R. Stecki-wicz, A. Gziut-Rudkowska, M. Barylski, J. Sacha, M. Grygier, P. Mitkowski, P. Leszek, K. Mizia-Steć, T. Pawłowski.

– Polska kardiologia ma się całkiem nieźle, ale między innymi dlatego, że dobrze współpracuje z przemysłem zarówno farmaceutycznym, jak i sprzętu medycznego. Dzięki sponsorom stać nas na edukację naszych członków. Pewnie teraz czekają na swój czas, na nagrody, za cały rok współpracy z nami – powiedział prof. Gil, czym rozpoczął ostatnią część ceremonii, czyli wręczenie statuetek dla Partnerów i Przyjaciół Polskiej Kardiologii. Statuetki „Partnera Strategicznego Polskiej Kardiologii 2024” odebrały firmy Boehringer Ingelheim i Servier, „Partnera Polskiej Kardiologii 2024” – AstraZeneca, Bausch Health, Berlin Chemie, Pfizer i Polpharma, „Przyjaciela Polskiej Kardiologii 2024” – Novartis, natomiast „Wyróżnienia ZG PTK” – Abbott, Adamed i Krka.

Po uroczystej inauguracji rozpoczęła się sesja specjalna prezesa PTK, konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii i przewodniczącego KNK PTK „Kardiologia w Polsce z perspektywy 70 lat – priorytety, wyzwania, bariery”.



# Sylwetka laureatki Nagrody Kapituły Prezesów PTK 2024



**prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska**  
Przewodnicząca Kapituły Nagrody Prezesów PTK



**O**bchodzimy 70-lecie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a Nagroda Kapituły Prezesów została wręczona po raz 24. Jest to najważniejsze wyróżnienie naukowe przyznawane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Regulamin nagrody nie zmienił się od kilku lat. Jest przyznawana naukowcom, członkom PTK, którzy w ostatnim dniu przyjmowania zgłoszeń nie ukończyli 45. roku życia. Oceniany jest 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 12 wniosków o nagrodę, w tym 9 od samodzielnych pracowników nauki. Jeden wniosek nie spełniał warunków formalnych, więc dalsze procedowanie dotyczyło 11 kandydatów. Sześciu pochodzi z Warszawy, dwóch z Wrocławia, po jednym z Białegostoku, Katowic i Nowego Sącza. Siedmiu miało w dniu zgłoszenia mniej niż 40 lat, jedna osoba poniżej 30 lat. Po raz drugi wśród kandydatów są trzy kobiety. Cztery osoby zgłosiły się po raz drugi, jedna po raz trzeci. W przeciwieństwie do poprzednich lat tylko cztery osoby zgłosiły się same, siedem zgłosili kierownicy klinik/oddziałów, w tym jedna kandydatka została zgłoszona przez sekcję PTK.

Dokumentacja w formie elektronicznej została przekazana członkom kapituły przed posiedzeniem. Największą wiedzę o osiągnięciu zgłoszonym do nagrody czerpiemy z załącznika, który poza danymi formalnymi jest krótkim opisem osiągnięcia. Kapituła ocenia oryginalność, nowatorstwo osiągnięcia, ale również zapoznaje się z publikacjami, które dołączane są do wniosków.

Osiągnięcia zgłoszone do nagrody miały, jak co roku, bardzo zróżnicowany charakter. Dotyczyły m.in. obrazowania, wykorzystania innowacyjnych technologii, w tym sztucznej inteligencji, wdrożenia nowych metod stratyfikacji ryzyka, oceny rokowania i optymalizacji postępowania. Przeprowadzono szczegółową dyskusję dotyczącą każdego z kandydatów. W dyskusji dostrzeżono różnorodność

wniosków, ale również fakt, że kandydaci zgłaszają się/są zgłaszani na bardzo różnym etapie kariery zawodowej i zaangażowania w prace badawcze. Zwracano uwagę również na zaangażowanie kandydatów w działalność w strukturach PTK, zwłaszcza „Klubu 30”, a także rozpoznawalność w środowisku naukowym.

**Tegoroczną laureatką została** zgłoszona jako doktor habilitowana, a obecnie już **prof. dr hab. nauk medycznych i nauk o zdrowiu Agnieszka Kapłon-Cieślicka** z I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM. Temat osiągnięcia badawczego: „Niewydolność serca – rozpoznawanie, czynniki prognostyczne i rokowanie w różnych podgrupach pacjentów”. Cykl składa się z dziesięciu prac, w tym siedmiu oryginalnych, dwóch poglądowych i opinii ekspertów; impact factor cyklu wynosi 79,31, a suma cytowań 140. Pani Profesor jest pierwszą autorką 9 prac. Prace opublikowane zostały w latach 2014 – 2023 i koncentrują się głównie na niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF) oraz na znaczeniu hiponatremii w niewydolności serca. Prace oryginalne powstały w oparciu o dane z prowadzonych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) międzynarodowych rejestrów, w których Pani Profesor była badaczem. Praca dotycząca charakterystyki pacjentów obejmująca całą europejską populację rejestru stanowi obecnie najbardziej aktualny zbiór danych na temat epidemiologii i leczenia niewydolności serca w Europie i jest jedną z najczęściej cytowanych prac z rejestru ESC HF. Cztery prace z cyklu dotyczą zagadnienia rozpoznawania HFpEF i pokazują, jak dużym wyzwaniem diagnostycznym jest to schorzenie: kryteria rozpoznania HFpEF były ocenione jedynie u ¼ europejskich pacjentów hospitalizowanych z powodu HFpEF i spełnione jedynie u połowy z nich. W innych analizach hiponatremia z rozcień-

zenia, związana z zaawansowaną niewydolnością serca i przewodnieniem wiązała się ze zwiększoną śmiertelnością długoterminową, podczas gdy hiponatremia rozwijająca się w trakcie hospitalizacji na skutek intensywnego leczenia diuretycznego nie wiązała się ze zwiększonym ryzykiem zgonu. Są to pierwsze dane sugerujące, że znaczenie rokownicze hiponatremii w niewydolności serca zależy od jej podłoża.

Profesor Agnieszka Kapłon-Cieślicka zgłoszona została do Nagrody Prezesów PTK przez zarząd Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej oraz przez kierownika I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM. Była przewodniczącą „Klubu 30” PTK w latach 2021-2023.

W imieniu Kapituły Prezesów PTK gratuluję Pani Profesor Agnieszce Kapłon-Cieślickiej znakomitego dorobku naukowego, a także aktywności w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym.

Gratulujemy również wszystkim kandydatkom i kandydatom do Nagrody Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Życzymy Państwu satysfakcji, przyjemności i wytrwałości w dalszej pracy naukowej. Ponadto zachęcamy do składania aplikacji w 2025 roku. ●

## Laureaci Nagrody Prezesów PTK\*

Rok	Laureat
2001	Krzysztof Narkiewicz
2002	Piotr Ponikowski
2003	Marcin Demkow
2004	Piotr Pruszczyk
2005	Jarosław D. Kasprzak
2006	Anetta Undas
2007	Marek Deja
2008	Wojciech Wojakowski
2009	Jacek Jawień
2010	Łukasz Szumowski
2011	Ewa A. 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
2023	Piotr R. Futyma
2024	Agnieszka Kapłon-Cieślicka

\*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/PTK

## na XXVIII Międzynarodowym Kongresie PTK w Katowicach

### Wytyczne ESC dotyczące przewlekłych zespołów wieńcowych



**prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski**  
Klinika Kardiologii i Angiologii interwencyjnej, Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawie

Nowe wytyczne ESC dotyczące przewlekłych zespołów wieńcowych (CCS – *chronic coronary syndromes*) zostały ogłoszone i równolegle opublikowane pięć lat po wytycznych poprzednich (2019 r.). Wprowadzają wiele nowych definicji i zmian, jednak generalnie filozofia rozważania CCS jako ciągu wydarzeń w życiu pacjenta – z okresami stabilności i zaostrzeń choroby np. pod postacią ostrego zespołu wieńcowego oraz przeprowadzaniem dostosowanych do stanu zdrowia różnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych (leczenie zachowawcze i rewaskularyzacja) – pozostaje podobna.

Zacznijmy od definicji CCS, która w porównaniu do roku 2019 obecnie uwzględnia podstawowe różnice patofizjologiczne w ich powstawaniu (tabela 1), natomiast podobnie definiuje objawy kliniczne i możliwość progresji do ostrego zespołu wieńcowego (OZW). Skupiając się na omówieniu najważniejszych (klasa

rekomendacji I) nowych wytycznych, nieuwzględnionych w edycji z 2019 r. oraz zmianie niektórych dotychczasowych wytycznych, można wymienić następujące rekomendacje ujęte w tabelach 2 (nowe rekomendacje) i 3 (zmienione rekomendacje). Należy dodać, że wybór nowych i zmienionych rekomendacji w tym komentarzu jest oparty o osobiste preferencje autora, ale także spowodowany ograniczoną objętością tekstu.

Generalnie w odniesieniu do treści tegorocznych wytycznych ESC dotyczących przewlekłych zespołów wieńcowych można powiedzieć, że uwzględniając nowe wyniki badań i podkreślając patofizjologiczne mechanizmy stojące u podstaw przewlekłej choroby niedokrwiennej serca (choroba naczyń epikardialnych i mikrokrążenia, która może mieć podłoże zarówno strukturalne, jak i funkcjonalne) nie wprowadzają one zmian o charakterze rewolucyjnym, a raczej są kontynuacją pewnej koncepcji, która stała za wprowadzeniem samej definicji „przewlekłych zespołów wieńcowych” w 2019 r. Podkreślają też mocniej znaczenie takich przyczyn przewlekłych zespołów wieńcowych jak ANOCA/INOCA (dławica piersiowa/niedokrwienie bez istotnych zmian w epikardialnych tętnicach wieńcowych), które mogą występować u ok. 50-70% kobiet i 30-50% mężczyzn kierowanych do inwazyjnej koronarografii oraz proponują odpowiednie testy i sposoby farmakologicznej terapii tej specyficznej, ale często spotykanej formy CCS.

Tabela 1. Definicje przewlekłych zespołów wieńcowych.

Wytyczne ESC 2019 <sup>1</sup>	Wytyczne ESC 2024 <sup>2</sup>
Choroba wieńcowa w okresie stabilnym jest procesem charakteryzującym się wzrostem blaszek miażdżycowych w tętnicach naczyniowych, które mogą zawężyć lub nie zawężyć światła naczynia. (...) Choroba może mieć długotrwały stabilny przebieg, lecz może także ulec zaostrzeniu w każdym okresie z powodu ostrego epizodu miażdżycowo-zakrzepowego spowodowanego pęknięciem lub erozją blaszki miażdżycowej.	Przewlekłe zespoły wieńcowe (CCS) są spektrum objawów klinicznych, które wynikają ze strukturalnych lub funkcjonalnych zaburzeń będących wynikiem przewlekłej choroby tętnic wieńcowych i/lub mikrokrążenia. Te zaburzenia mogą prowadzić do przejściowej, odwracalnej niezgodności między podażą a zapotrzebowaniem na krew, co skutkuje hypoperfuzją (niedokrwieniem), zwykle (choć nie zawsze) powodowanym wysiłkiem, emocjami lub innego rodzaju napięciem i może być odczuwane jako ból dławicowy lub dyskomfort w obrębie klatki piersiowej, duszność lub pozostać bezobjawowe. Choć CCS mogą pozostawać stabilne przez długi okres, to przewlekła choroba wieńcowa jest często postępująca i może ulec destabilizacji i progresji w każdym okresie do ostrego zespołu wieńcowego.

<sup>1,2</sup> Tłumaczenie własne autora komentarza, odnosi się także do tabeli 2 i 3.

Tabela 2. Nowe wytyczne ESC w 2024 roku.

Nowe rekomendacje	Klasa	Poziom
U osób zgłaszających objawy budzące podejrzenie niedokrwienia mięśnia sercowego zaleca się szczegółową ocenę czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, wywiadów i charakterystyki objawów (w tym początku, czasu trwania, rodzaju, lokalizacji, czynników wyzwalających, czynników łagodzących, pory dnia).	I	C
Zaleca się wstępne (przed wykonaniem badań dodatkowych) oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia zwożeń w nasierdziowych tętnicach wieńcowych przy użyciu odpowiedniego (uwzględniającego czynniki ryzyka) modelu prawdopodobieństwa klinicznego.	I	B
U osób z podejrzeniem CCS i niskim lub umiarkowanym (>5%-50%) prawdopodobieństwem obturacyjnej (zawężającej) choroby wieńcowej (CAD) zaleca się wykonanie tomografii komputerowej tętnic wieńcowych (CCTA) w celu diagnostyki zwożeń w tętnicach wieńcowych i oszacowania ryzyka MACE.	I	A
U osób z podejrzeniem CCS i umiarkowanym lub wysokim (>15%-85%) prawdopodobieństwem obturacyjnej (zawężającej) CAD zaleca się wykonanie echokardiografii obciążeniowej w celu zdiagnozowania niedokrwienia mięśnia sercowego i oszacowania ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych (MACE).	I	B
Gdy wskazana jest inwazyjna koronarografia (ICA), zaleca się, aby dostępna była ocena ciśnienia wieńcowego i wykorzystanie jej do oceny czynnościowej pośrednich zwożeń innych niż zwożenia pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej przed rewaskularyzacją.	I	A
Zaleca się leczenie obniżające stężenie lipidów z docelowym stężeniem LDL-C <1,4 mmol/L (55 mg/dL) i obniżeniem stężenia LDL-C o ≥50% w stosunku do wartości wyjściowej.	I	A
Zaleca się, aby lekarze wybierali najbardziej odpowiednią metodę rewaskularyzacji w oparciu o profil pacjenta, anatomię naczyń wieńcowych, czynniki zabiegowe, frakcję wyrzucania lewej komory (LVEF), preferencje pacjenta i oczekiwania dotyczące wyników leczenia.	I	C
U pacjentów z CCS o niskim ryzyku operacyjnym z istotnym zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej zaleca się pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG) zamiast leczenia zachowawczego w celu poprawy przeżywania; CABG jest zalecane jako ogólnie preferowany tryb rewaskularyzacji w porównaniu do przeszłokornej angioplastyki wieńcowej (PCI), biorąc pod uwagę niższe ryzyko samoistnego zawału mięśnia sercowego i ponownej rewaskularyzacji.	I	A
U pacjentów z CCS z istotnym zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej o niskim stopniu złożoności (wynik w skali SYNTAX ≤22), u których PCI może zapewnić rewaskularyzację równoważną z CABG, PCI jest zalecana jako alternatywa dla CABG ze względu na mniejszą inwazyjność i nie gorszą przeżywalność.	I	A
Mobilne interwencje zdrowotne (np. za pomocą wiadomości tekstowych, aplikacji, urządzeń do noszenia) są zalecane w celu poprawy przestrzegania przez pacjentów zdrowego stylu życia i zalecanej farmakoterapii.	I	A

Tabela 3. Zmienione rekomendacje w stosunku do wytycznych ESC z 2019 roku.

Zmienione rekomendacje	Klasa	Poziom	Zmiana 2024 vs. 2019
U pacjentów z CCS po przebytych zawałach serca lub PCI zaleca się stosowanie kłopidogrelu w dawce 75 mg na dobę jako bezpiecznej i skutecznej alternatywy dla monoterapii aspiryną.	I	A	z IB/IIbB
U pacjentów bez wcześniejszego MI lub rewaskularyzacji, ale z dowodami na istotną CAD zaleca się stosowanie aspiryny w dawce 75-100 mg na dobę przez całe życie.	I	B	z IIbC
U pacjentów z CCS bez wskazań do doustnej antykoagulacji, DAPT składająca się z aspiryny 75-100 mg i kłopidogrelu 75 mg dziennie przez okres do 6 miesięcy jest zalecana jako domyślna strategia przeciwzakrzepowa po PCI z użyciem stentu(-ów).	I	A	Dwie rekomendacje zmienione na jedną, ta sama klasa i poziom
U pacjentów z wysokim ryzykiem krwawienia, ale nie z niskim ryzykiem niedokrwinnym zaleca się przerwanie DAPT po 1-3 miesiącach od PCI i kontynuowanie pojedynczej terapii przeciwplatekcyjnej.	I	A	Zmieniona rekomendacja i klasa/poziom z IIbC
U pacjentów z CCS i długotrwałym wskazaniem do OAC zaleca się stosowanie przez całe życie dawki terapeutycznej antagonisty witaminy K (VKA) zalecanej w migotaniu przedsionków (AF) lub najlepiej bezpośrednich doustnych antykoagulantów (DOAC) – o ile nie jest to przeciwwskazane.	I	B	Cztery poprzednie rekomendacje z klasą/poziomem IA/IIAB/IIbB zmienione na jedną
Po niepowikłanym zabiegu PCI u pacjentów z CCS ze wskazaniem do doustnych antykoagulantów (OAC) zaleca się wczesne odstawienie aspiryny (≤1 tydzień), a następnie kontynuację OAC i kłopidogrelu: – do 6 miesięcy u pacjentów bez wysokiego ryzyka niedokrwienia lub – do 12 miesięcy u pacjentów z wysokim ryzykiem niedokrwienia, a następnie samą OAC.	I	A	Zmiana z IIaB
U pacjentów z CCS z istotną jedno- lub dwunaczyniową chorobą obejmującą proksymalną część gałęzi przedniej zstępującej (LAD) i niewystarczającą odpowiedź na farmakoterapię zalecaną przez wytyczne, zaleca się CABG lub PCI zamiast samej terapii medycznej w celu poprawy objawów i rokowania.	I	A	Rekomendacja bardziej szczegółowa, bez zmiany klasy/poziomu
U pacjentów z CCS ze złożoną istotną chorobą jedno- lub dwunaczyniową obejmującą proksymalną LAD, trudniejszą do leczenia przy pomocy PCI z i niewystarczającą odpowiedź na leczenie farmakologiczne, CABG jest zalecane zamiast PCI w celu poprawy objawów i zmniejszenia częstości rewaskularyzacji.	I	B	Rekomendacja bardziej szczegółowa, zmiana na IB
U objawowych pacjentów z CCS z chorobą jedno- lub dwunaczyniową nieobjawującą proksymalnej LAD i z niewystarczającą odpowiedź na farmakoterapię zalecaną przez wytyczne, zaleca się PCI w celu poprawy objawów.	I	B	Rekomendacja bardziej szczegółowa, bez zmiany klasy/poziomu



## Wytyczne ESC dotyczące miażdżycy obwodowej



**dr hab. n. med. Anna Lisowska**  
kardiolog, angiolog  
Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wytyczne dotyczące miażdżycy obwodowej (PAD) i chorób aorty zostały przedstawione w jednym dokumencie i dostarczają wielu ważnych informacji.

U pacjentów z PAD wytyczne zwracają uwagę na konieczność diagnostyki przesiewowej (ABI,

Doppler), zwłaszcza u chorych bezobjawowych lub z dolegliwościami nietypowymi (częstszymi u kobiet). Leczenie powinno być ukierunkowane na poprawę rokowania, a także zmniejszenie konieczności amputacji kończyn oraz poprawę jakości życia pacjentów. Wytyczne po raz pierwszy odnoszą się do różnic w postępowaniu u pacjentów z PAD i towarzyszącymi zmianami o typie owrzodzeń. Dokument zawiera szereg wskazań do zastosowania kombinacji leczenia przeciwplatekowego i przeciwkrzepliwego u pacjentów z miażdżycą obwodową (połączenie kwasu acetylosalicylowego i rywaroksabanu w dawce naczyniowej 2x2,5 mg zarówno u chorych leczonych zachowawczo, jak i po rewaskularyzacji znalazło się w klasie zaleceń IIa) oraz ostatecznie określa docelowe stężenie LDL-cholesterolu w tej grupie pacjentów (<55 mg/dl i >50% redukcja w stosunku do wartości wyjściowej). Wytyczne podkreślają konieczność nadzorowanego treningu marszowego (I klasa zaleceń) u objawowych pacjentów z PAD, określając szczegółowo jego zasady – 3x w tygodniu po 30 minut przez 12 tygodni – i jest to novum w tych wytycznych. Zwracają również uwagę

na zasadność (poziom zaleceń IIa) prowadzenia ultrasonograficznych badań przesiewowych w celu poszukiwania tętniaka aorty brzusznej (AAA), zarówno u chorych z objawowym, jak i bezobjawowym PAD, podkreślając znaczenie terapii statyną w hamowaniu wzrostu i pęknięcia AAA. Sugerują także, aby standardowe badanie echokardiograficzne przezklatkowe uzupełnić o skriningową ocenę w kierunku AAA u mężczyzn w wieku ≥65 lat i kobiet w wieku ≥75 lat (klasa zaleceń IIa). Wytyczne omawiają również wskazania do rewaskularyzacji w przypadku obecności istotnych zwężeń miażdżycowych w różnych łóżyskach naczyniowych.

Jeśli chodzi o choroby aorty, ustandaryzowano metodologię pomiarów różnych odcinków aorty w zależności od zastosowania techniki obrazowania. Ponadto usystematyzowano czynniki ryzyka związane z pęknięciem tętniaka aorty piersiowej i brzusznej. Ponieważ czynnikiem ryzyka jest wzrost pacjenta, autorzy wytycznych rekomendują stosowanie wskaźnika AHI (*aortic height index*) – wartość >32.1 mm/m jest związana z wysokim ryzykiem zdarzenia aortalnego. Zmieniono zalecenia

dotyczące szczegółowych stanów klinicznych, np. dotyczących kwalifikacji do operacji pacjentów z poszerzoną aortą wstępującą (≥55 mm – klasa I zaleceń; ≥52 mm przy niskim ryzyku operacyjnym – klasa IIa; ≥50 mm ze współistniejącymi czynnikami ryzyka – klasa IIb), zabiegu oszczędzającego zastawkę aortalną u pacjentów kwalifikowanych do zabiegu z powodu poszerzenia aorty wstępującej czy współistnienia poszerzenia aorty u chorych kwalifikowanych do wymiany zastawki aortalnej. Zmodyfikowano postępowanie u pacjentów z ostrymi zespołami aortalnymi, a także algorytm poświęcony pacjentom z rozwarstwieniem aorty. Dodano schemat postępowania u chorego ze stwierdzonym rozwarstwieniem aorty piersiowej. Postępowanie dotyczące rozwarstwienia aorty piersiowej zostało uzupełnione o nową klasyfikację oceniającą to ryzyko (*aortic dissection risk score* – ADD-RS – do potwierdzenia lub wykluczenia rozwarstwienia). Duży fragment wytycznych został poświęcony przesiewowym badaniom genetycznym i obrazowym u pacjentów i ich rodzin z podejrzeniem obecności wrodzonych chorób aorty. ●

# Kardiologia dla życia. Od prewencji do interwencji

konferencja prasowa inaugurująca XXVIII Międzynarodowy Kongres PTK

W przededniu XXVIII Międzynarodowego Kongresu PTK odbyła się konferencja prasowa inaugurująca trzydniowe święto kardiologii.

W konferencji prasowej prowadzonej przez prof. Marcina Grabowskiego – rzecznika prasowego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego udział wzięli przedstawiciele PTK: prof. Robert Gil, prof. Jacek Legutko, dr hab. Jacek Kowalczyk oraz Bogumił Sobuła – pierwszy wiceprezydent Miasta Katowice, które jest współgospodarzem kongresu i w tym roku piastuje miano Europejskiego Miasta Nauki.

Jak powiedział przedstawiciel władz miasta: – Katowice kolejny raz mają zaszczyt gościć najznamienitszych kardiologów. To bez wątpienia święto kardiologii, ale przede wszystkim święto pacjentów. Sam nie jestem lekarzem, ale kiedyś mogę być pacjentem, dlatego jesteśmy zaszczytzeni, że takie wydarzenie wybitnie naukowe odbywa się w Katowicach. Dodatkowo należy wspomnieć, że poza częścią dydaktyczną odbędzie się również część profilaktyczna w postaci obchodów Światowego Dnia Serca, które w otwartej przestrzeni będzie miało miejsce już 22 września w Katowicach.

Prof. Robert Gil, prezes PTK zwrócił uwagę na XXVIII Kongres jako istotny element obchodów 70-lecia działalności Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Przedstawił krótko rys historyczny Towarzystwa, zwracając uwagę na to, że PTK aktywnie współdziała z innymi towarzystwami naukowymi, aby wymieniać się wiedzą na temat najważniejszych kwestii związanych z interdyscyplinarnym leczeniem chorób



układu krążenia, co również odzwierciedlono w programie wydarzenia.

### O Kongresie

– Około 4000 zarejestrowanych uczestników, 152 sesje naukowe, 2 huby, 17 sal wykładowych przeznaczonych do równoległego prowadzenia wykładów i warsztatów, prawie 500 wykładowców. Niech te spektakularne dane mówią same za siebie – wskazał dr hab. Jacek Kowalczyk,



przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Kongresu PTK.

W konferencji prasowej udział wzięł również prof. Jacek Legutko, przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresu PTK. – Bogaty program merytoryczny tegorocznego kongresu odzwierciedla zarówno 70 lat doświadczeń PTK, jak również wiele miesięcy pracy ekspertów Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), którzy pracowali nad przygotowaniem

wydarzenia. Nie zabraknie tematów związanych z diagnostyką i leczeniem przewlekłych schorzeń wieńcowych, które będą bazować na najnowszym wytycznych ESC. Oprócz tego dużo miejsca zaplanowaliśmy na omówienie wytycznych w leczeniu nadciśnienia tętniczego, migotania przedsionków oraz chorób aorty i naczyń obwodowych. Jednym słowem, nie zabraknie żadnego z kluczowych tematów związanych z najnowszymi wytycznymi w zakresie leczenia chorób serca i układu krążenia – powiedział prof. Legutko. Zaznaczył również, że hasłem i mottem tegorocznej edycji Kongresu PTK jest „Kardiologia dla życia. Od prewencji do interwencji”, co będzie przyświecać wszystkim sesjom podczas kongresu.

### Wsparcie administracji publicznej

Kongres PTK to również okazja do rozmów z przedstawicielami najważniejszych instytucji w państwie i szansa na zderzenie potrzeb środowiska specjalistów oraz pacjentów z możliwościami instytucji tworzących i finansujących system ochrony zdrowia w Polsce. Podczas kongresu odbędzie się sesja systemowa z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny

Technologii Medycznych i Taryfikacji czy Agencji Badań Medycznych. Ponadto 20 września w ramach kongresu odbędzie się posiedzenie Krajowej Rady ds. Kardiologii, na której zostaną przedstawione wnioski z pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz propozycje zmian ze strony Ministerstwa Zdrowia. Te zostaną dalej przekazane opinii publicznej podczas konferencji prasowej. ●



# Specjalna sesja konkursowa Digital Cardio Area

podczas XXVIII Międzynarodowego Kongresu PTK

**W** pierwszym dniu kongresu odbyły się prezentacje w ramach specjalnej sesji konkursowej Digital Cardio Area, zorganizowanej z inicjatywy Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji PTK.

Konkurs miał na celu wyłonienie najlepszej pracy badawczej w dziedzinie nowych technologii medycznych lub najlepszego wdrożenia w praktyce klinicznej w dziedzinie nowych technologii medycznych spośród prezentowanych podczas XXVIII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Adresatami wydarzenia byli naukowcy i zespoły prowadzące prace badawcze w dziedzinie nauk medycznych, biotechnologii, inżynierii biomedycznej, technologii informacyjnych, przetwarzania danych i data science oraz sztucznej inteligencji.

Na scenie zaprezentowano następujące projekty:

- *Stymulacja układu przewodzącego we wrodzonych wadach serca: potencjał wykorzystania rozszerzonej rzeczywistości i aktywności elektrycznej serca rzutowanej na jego trójwymiarowy model* – Paweł T. Matusik i współpracownicy (Kraków);
- *Heart-VISION VR. Wdrożenie Wirtualnej Rzeczywistości do Kardiologii Dziecięcej* – Judyta Szełiga, Maksym Łazu, Karolina Cabaj-Włodarczyk, Andrzej Rudziński, Łukasz Wyrobek, Jacek Kolcz, Tomasz Mroczek, Sebastian Górecki;
- *ShenAI. Vital Signs Monitoring with Face-Scanning Technology* – Anna Drohomirecka, Remigiusz Kościelny, Przemysław Jaworski, Leszek Pstraś, Tymoteusz Okupnik.

Podczas Uroczystej Inauguracji Kongresu PTK odbył się finał konkursu oraz wręczenie nagrody głównej i specjalnej przyznanej przez Komisję ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji Zarządu Głównego PTK.



**Nagrodę główną** za 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 Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego **otrzymał projekt Heart-VISION VR. Wdrożenie Wirtualnej Rzeczywistości do Kardiologii Dziecięcej. Nagrodę specjalną Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji ZG PTK otrzymał projekt ShenAI. Vital Signs Monitoring with Face-Scanning Technology.**

Oceny projektów prac badawczych i wdrożeń dokonała Komisja Konkursowa pod przewodnictwem prof. Pawła Krzezińskiego – przewodniczącego Komisji ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji.

– *Cieszymy się, że ponownie w ramach DCA mogliśmy zapoznać się z ciekawymi prezentacjami oraz dyskutować na temat nowoczesnych technologii, wirtualnej rzeczywistości i sztucznej inteligencji. Projekty zgłaszane do konkursu DCA stają się z każdym rokiem coraz bardziej zaawansowane. To wszystko dzięki dynamicznemu rozwojowi innowacji, które ułatwiają nam pracę oraz wspierają diagnostykę i terapię na-*

*szych pacjentów. Gratulujemy zwycięzcom i życzymy dalszych sukcesów w rozwoju przedstawionych projektów* – podsumował prof. Paweł Krzeziński.

Celem niniejszej sesji było zbliżenie środowiska medycznego ze środowiskiem badaczy w dziedzinach nauk medycznych, biotechnologii, inżynierii biomedycznej i technologii informacyjnej, którzy pracują nad nowatorskimi rozwiązaniami z zakresu szeroko pojętego e-zdrowia, a także stworzenie punktu wyjścia do wymiany doświadczeń oraz okazji do nawiązania interdyscyplinarnej współpracy.

Gratulujemy zwycięzcom! ●





# PTK i ANMCO, czyli polsko-włoska współpraca w służbie pacjentom kardiologicznym



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

**J**ak optymalizować profilaktykę, terapię i opiekę nad pacjentami ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego? Czerpanie ze sprawdzonych wzorców, ciągła edukacja, współpraca – dyktuje receptę prof. Robert J. Gil, kierownik Kliniki Kardiologii w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

**Panie profesorze, podczas tegorocznego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) odbędzie się sesja współorganizowana z włoskim Krajowym Stowarzyszeniem Kardiologów Szpitalnych (wł. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, ANMCO). Czego będzie dotyczyła ta sesja?**

W trakcie polsko-włoskiej sesji porozmawiamy o arytmii komorowych i prewencji nagłego zgonu sercowego (NZS). Pomówimy o aktualnych możliwościach zapobiegania nagłemu zgonowi sercowemu. Dokonamy przeglądu metod zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, służących do zabezpieczania pacjentów przed NZS. Wskażemy, jakie – w świetle wytycznych i zaleceń – jest miejsce hospitalizacji, kardiowerterów-defibrylatorów czy kamizelki defibrylującej (ang. *wearable cardioverter defibrillator*, WCD) – technologii, od której notabene rozpoczęła się współpraca na linii PTK – ANMCO.

**Jak zainicjowano tę współpracę?**

Otóż kiedy technologia kamizelki defibrylującej stała się dostępna w Polsce, jako Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zastanawialiśmy się, jaka będzie optymalna grupa pacjentów, która powinna zostać objęta taką formą prewencji przed nagłym zgonem sercowym. Należy pamiętać, że WCD to

technologia dotąd nieobjęta w Polsce refundacją (trwa proces administracyjny mający na celu włączenie jej do koszyka świadczeń gwarantowanych – przyp. red.). Jednocześnie jest to rozwiązanie, dla którego w wielu przypadkach nie ma alternatywy – nie każdy pacjent może i powinien być hospitalizowany przez wiele tygodni czy wręcz miesięcy, byśmy zyskali pewność, czy zagrożenie nagłym zgonem sercowym ustąpi czy też nie. Hospitalizacja to rozwiązanie trudne dla pacjenta i angażujące ogromne nakłady ze strony systemu opieki zdrowotnej. Analogicznie nie każdemu pacjentowi zagrożonemu nagłym zgonem sercowym powinniśmy natychmiast implantować kardiowerter-defibrylator (ang. ICD – *implantable cardioverter-defibrillator*) – właśnie dlatego, że zagrożenie NZS może okazać się czasowe i ustąpić, a decyzja o wszczęciu stałego układu jest radykalna i permanentna.

**Włoskie Krajowe Stowarzyszenie Kardiologów Szpitalnych miało już wypracowane rekomendacje w tym zakresie?**

Istotnie, w ANMCO działała i wciąż aktywnie działa grupa osób mocno zaangażowanych w optymalizację opieki kardiologicznej, z naciskiem na wyważenie różnych form opieki, w tym szpitalnej i ambulatoryjnej, z wykorzystaniem różnych technologii medycznych. Na bazie swoich obserwacji i doświadczeń Włosi stworzyli stanowisko eksperckie z wnioskami na temat optymalizacji grup pacjentów, którzy z objęcia opieką z wykorzystaniem kamizelki defibrylującej w prewencji nagłego zgonu sercowego odniosą największą korzyść<sup>1</sup>. Jako PTK przyjęliśmy propozycję, aby nie wyważać otwartych drzwi: chętnie przyjrzelśmy się rekomendacjom koleżanek i kolegów z Włoch, tak by po odniesieniu ich do specyfiki warunków polskiego systemu opieki zdrowotnej zaimplementować je w sposób najbardziej optymalny; najlepszy dla pacjentów i systemu opieki zdrowotnej. Inicjatorami tej współpracy ze strony PTK byli profesorowie Przemysław Mitkowski i Maciej Sterliński. Do pierwszego spotkania organizacyjnego doszło w Mediolanie pod koniec października 2023 r. Ze strony ANMCO udział w nim wzięli między innymi prof. Fabrizio Oliva oraz prof. Furio Colivicchi. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

reprezentowali poprzedni i obecny prezes PTK (prof. Przemysław Mitkowski i prof. Robert J. Gil – przyp. red.). Omówiono podobieństwa i różnice w systemach oraz plan współpracy w tym zakresie. Miło mi potwierdzić, że nasza polsko-włoska inicjatywa nadal twórczo się rozwija. Podczas 55. wiosennej konferencji ANMCO, 16 maja 2024 r. w Rimini, naszymi doświadczeniami dzielili się prof. Maciej Sterliński i prof. Agnieszka Pawlak, która współprowadziła sesję merytoryczną pt. „Ventricular Arrhythmias and Sudden Cardiac Death Prevention”. Prof. Maciej Sterliński wygłosił wykład, w którym dzielił się polskimi doświadczeniami z WCD oraz praktycznymi wskazówkami dla klinicystów dotyczącymi prewencji NZS. Dziś mamy duży zaszczyt i przyjemność zaprosić na XXVIII Międzynarodowy Kongres PTK dr. Giancarlo Casolo oraz dr. Pietro Scicchitano.

**Czy polscy kardiolodzy także opracowują dokumenty analityczne w zakresie zastosowania technologii WCD?**

W zakresie opracowań analitycznych już w 2019 roku ukazała się „Opinia ekspertów Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego na temat zastosowania kamizelek z zewnętrznym kardiowerterem-defibrylatorem w Polsce”<sup>2</sup>. Obecnie w „Kardiologii Polskiej” został złożony manuskrypt naszego polskiego opracowania, w którym zagadnienia zawarte w analizach kolegów z Włoch i innych państw oceniliśmy na naszej populacji pacjentów. Wnioski okazały się zbliżone z konkluzjami z innych zagranicznych opracowań, chociaż oczywiście każdy narodowy system opieki zdrowotnej warunkuje specyficzne dla siebie ścieżki dostępu do omawianego rozwiązania technologicznego.

**Patrząc na polski system opieki zdrowotnej, jak ocenilby pan społeczną świadomość w zakresie nagłego zatrzymania krążenia i nagłego zgonu sercowego?**

To trudne pytanie i niestety odpowiedź, której udzielić, nie będzie optymistyczna. Zaczęlbym od ogólnej społecznej świadomości medyczno-zdrowotnej. Niestety, my Polacy często zauważamy swoje zdrowie dopiero wtedy, kiedy zaczyna szwankować. Dopóki nie ma żadnych objawów,

uważamy, że mamy czas, aby zająć się zdrowiem, że problemy czy zagrożenia nas nie dotyczą. Przykładem jest nadciśnienie tętnicze – jeden z głównych czynników ryzyka innych schorzeń i poważnych powikłań. Wielu pacjentów w Polsce w ogóle nie wie, że ma nadciśnienie tętnicze. Dalej nie jest lepiej, ponieważ gros osób, które mają już postawioną diagnozę, nie leczy się optymalnie – leki bierze „od przypadku do przypadku” albo wcale, nie kontroluje pomiarów ciśnienia, prowadzi niezdrowy styl życia. Według danych optymalnie leczący się pacjenci z nadciśnieniem tętniczym to zaledwie 15–20% chorych. Ten wskaźnik mówi sam za siebie. W odniesieniu do nagłego zatrzymania krążenia – analogicznie jako społeczeństwo nie odróżniamy omdlenia, zasłabnięcia, utraty przytomności od nagłego zatrzymania krążenia, udaru, śpiączki cukrzycowej. Nie wiemy, ani jak im zapobiegać, ani jak pomóc poszkodowanym.

**Jak można zmienić tę sytuację?**


Brakuje edukacji. Lekcje o zdrowiu? Są bezwzględnie konieczne, ale musimy zacząć je realizować już od przedszkola i pierwszych klas szkoły podstawowej – jak najwcześniej, oczywiście dostosowując treści do wieku dzieci. Drugi aspekt: wiedza o zdrowiu powinna zyskać wyższy priorytet, nie wystarczą pojedyncze inicjatywy. Godzinka czy dwie na kursie prawa jazdy to za mało. Uczmy się stopniowo, utrwalajmy wiedzę, ćwiczy na manekinach, obejrzyjmy AED, zobaczmy, jak to działa. Na co dzień będziemy lepiej o siebie dbać i tym samym skuteczniej zapobiegać różnorodnym schorzeniom, a w sytuacji realnego zagrożenia wykorzystamy nabyte umiejętności pewniej, co pomoże ocalić życie drugiemu człowiekowi.

**Panie profesorze, uprzejmie dziękuję za wywiad.**

Rozmawiała Marta Sułkowska ●

<sup>1</sup> Casolo G. et al. European Heart Journal Supplements (2023) 25 (Supplement D), D281–D298 The Heart of the Matter <https://doi.org/10.1093/eurheartjsupp/suad101>

<sup>2</sup> Sterliński M. i wsp., Kardiologia Polska 2019; 77, 2: 238–243




**ODKRYJ  
KATOWICE  
Z APLIKACJĄ  
CITY BREAK**


**DISCOVER  
KATOWICE  
WITH CITY BREAK  
APP**

**POBIERZ  
ZA DARMO  
FREE  
DOWNLOAD**

ios



ANDROID





# XXVIII Międzynarodowy Kongres PTK

## oczami naszego fotoreportera







# XXIX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



**Kraków 2025** 25-27 września

**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**

