



GAZETA KONGRESOWA

XXVII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

„Wspólnie dla serca. Od przychodni do kliniki”

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

prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko

Dyrektor Instytutu Kardiologii Wydziału Lekarskiego,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej,
Szpital im. św. Jana Pawła II w Krakowie
Przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresów PTK 2021-2023

Co kryje się pod hasłem i mottem Kongresu „Wspólnie dla serca. Od przychodni do kliniki”? Czy chodzi o mobilizację zespołów terapeutycznych do zintensyfikowania działań na rzecz poprawy sytuacji polskiej kardiologii?

Myszę, że tegoroczne hasło i motto Kongresu można interpretować na wiele sposobów. Po pierwsze do prawidłowej diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia potrzebna jest współpraca różnych specjalistów: od lekarzy rodzinnych, poprzez lekarzy specjalistów w poradniach kardiologicznych, aż do kardiologów klinicystów. Ze względu na starzenie się społeczeństwa i częste współwystępowanie innych chorób u naszych pacjentów niezbędna jest także współpraca ze specjalistami innych dziedzin



medycyny oraz zachowanie prawidłowej ścieżki pacjenta od diagnostyki do wysokospecjalistycznego leczenia kardiologicznego. Z kolei pacjent po ustaleniu diagnozy i wdrożeniu odpowiedniego leczenia, będąc w stabilnym stadium swojej choroby, powinien wracać do rejonowych poradni kardiologicznych czy wręcz pod opiekę lekarza rodzinnego, oczywiście mając cały czas możliwość ponownych konsultacji specjalistycznych w przypadku wystąpienia powikłań leczenia, zaostreżenia procesu chorobowego czy też progresji choroby. „Wspólnie dla serca. Od przychodni do kliniki” oznacza również konieczność poprawy funkcjonowania organizacji opieki zdrowotnej na każdym z etapów diagnostyki i leczenia, a także konieczność współpracy pomiędzy różnymi podmiotami i specjalistami różnych dziedzin. Potrzebujemy szeroko pojętej koordynacji opieki kardiologicznej, czegoś, co zapoczątkował bardzo dobrze funkcjonujący w wielu ośrodkach program KOS-zawał.

CZYTAJ WIĘCEJ NA STR. 3

Niezmienna pozostaje dobra atmosfera

Rozmowa z Przewodniczącymi KO XXVII Międzynarodowego Kongresu PTK
prof. P. Mitkowskim, prof. R. Ochotnym, prof. M. Lesiakem

prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski

prof. dr hab. n. med. Romuald Ochotny

prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak

I Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii,
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań kolejny raz, już dziewiąty, organizuje Międzynarodowy Kongres PTK. Poprzedni poznański w 2021 r. był specyficzny, bo odbywał się online. Co okazało się największym wyzwaniem organizacyjnym tegorocznego, XXVII Międzynarodowego Kongresu PTK?

[PM] Na szczęście od wielu lat współpracujemy zarówno z centrum kongresowym Międzynarodowych Targów Poznańskich, jak i z firmą Grupa casusBTL. Wyzwaniem są pewne nowości, jeżeli chodzi o prezentację dorobku naukowego czy nowe możliwości tworzenia sesji edukacyjnych. Wszystko to pojawi się w trakcie Kongresu. Mamy również większą przestrzeń na wystawę. Odbędzie się kolejna edycja Digital Cardio Area, która promuje rozwią-



zania z zakresu IT w medycynie. Poznań dysponuje wspaniałym centrum kongresowym i doskonałą bazą hotelową. Bez najmniejszego problemu możemy organizować kongresy dla 5000 osób, a być może nawet trochę większe i to bez konieczności

korzystania z bazy akademików. Drugim takim centrum są Katowice – tam też znajduje się bardzo dobry ośrodek MCK, który budowany był z przeznaczeniem głównie do organizowania konferencji i kongresów. W Poznaniu dzięki działaniom Zarządu

Międzynarodowych Targów Poznańskich i Prezesa Tomasza Kobierskiego Centrum Kongresowe cały czas się zmienia, aby zapewnić lepsze warunki dla wydarzeń edukacyjnych i naukowych. Mamy nadzieję, że nadejdzie taki dzień, w którym będziemy gościli tutaj kongres jednej z asocjacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Można powiedzieć, że stolica Wielkopolski ma długoletnią tradycję w organizowaniu Kongresów PTK. Co sprawia, że Poznań tak przyciąga kardiologów?

[RO] Nasze miasta dynamicznie się zmieniają i pięknieją. Poznań również się zmienia na lepsze i ma coraz więcej do zaoferowania. Niektóre z inwestycji dopiero są realizowane i w trakcie tegorocznego Kongresu będą jeszcze niedostępne. Spodziewamy się, że w roku 2026, w którym będziemy organizowali kolejny Kongres PTK, możliwości będą zdecydowanie większe. Poza tym myślę, że urok stolicy Wielkopolski, naszego zielonego miasta, jak również centrum kongresowego sprawiają, że nasze koleżanki i koledzy chętnie odwiedzają Poznań w tym okresie.

CZYTAJ WIĘCEJ NA STR. 3

AMLESSA[®]
peryndopryl/amlodypina



PRENESSA[®]
peryndopryl



Roxiper[®]
rozuwastatyna/peryndopryl/indapamid



CO-AMLESSA[®]
peryndopryl/amlodypina/indapamid



CO-PRENESSA[®]
peryndopryl/indapamid



Firma KRKA oferuje
**NAJSZERSZE PORTFOLIO
POŁĄCZEŃ PERYNDOPRYLU**

ze wszystkich producentów leków generycznych w Polsce¹



ChPL
po zeskanowaniu
kodu QR



*Jakość buduje
zaufanie*

1. <https://www.lekinfo24.pl/opis-leku/l,perindopril-peryndopryl,dp,doustna,mnid,1391.html>; stan na dzień 13.10.2022

CO-Prenessa_MK_P_OTHER_PTK_3Q2023

„Wspólnie dla serca. Od przychodni do kliniki”

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

DOKOŃCZENIE ZE STR. 1

Czyli temat niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych w kardiologii ciągle wraca?

Nie wraca, tylko w dalszym ciągu jest aktualny i doczekał się swojej pozytywniejszej kontynuacji. Mamy zidentyfikowane problemy, z jakimi borykamy się w diagnostyce i leczeniu chorób układu krążenia. Obecnie poszukujemy dróg ich rozwiązania. Jedną z tych dróg jest zwiększenie dostępności polskich pacjentów do innowacyjnej diagnostyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego oraz optymalizacja współpracy lekarzy rodzinnych, kardiologów i lekarzy innych specjalności na różnych poziomach referencyjnych.

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

Stawiamy przede wszystkim na kontynuację, ponieważ wiele nowości wprowadzonych w roku ubiegłym bardzo dobrze się sprawdziło. Po raz drugi z rzędu organizujemy sesję wspólną PTK i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz sesję wspólną „Kardiologii Polskiej” i „European Heart Journal”.

Podążając za motto tegorocznego Kongresu, kontynuujemy zapoczątkowane w latach poprzednich i rozwijające się z dużym sukcesem sesje wspólne PTK z innymi towarzystwami naukowymi. Nowością będą sesje HUB-owe organizowane w formie warsztatów poświęconych ciekawym zapisom elektrokardiograficznym, a także obrazowaniu serca i naczyń w echokardiografii, tomografii komputerowej oraz w rezonansie magnetycznym. Wszystkie sesje plakatowe będą się odbywały w formie krótkich prezentacji ustnych połączonych z dyskusją moderowaną przez wybitnych ekspertów z danej dziedziny kardiologii.

Silą Kongresu jest zawsze program naukowy. Co dla przybyłych do Poznania uczestników przygotował w tym roku Komitet Naukowy Kongresów PTK?

W programie znalazło się 148 sesji naukowych, w tym 62 sesje opracowane przez poszczególne grupy tematyczne Komitetu Naukowego Kongresów na podstawie propozycji zgłoszonych przez członków PTK, 20 sesji asocjacji, sekcji i „Klubu 30” PTK, 27 sesji specjalnych, w tym przede wszystkim organizowanych z innymi towarzystwami naukowymi, 7 sesji poświęconych najnowszym wytycznym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, 6 sesji HUB-owych, 4 sesje przypadków klinicznych, 21 sesji satelitarnych opracowanych we współpracy ze sponsorami Kongresu, a także 12 sesji plakatowych plus jedna sesja specjalna i 4 sesje konkursowe prac oryginalnych.

Które sesje może Pan Profesor szczególnie zarekomendować uczestnikom?

Szczególnie chciałbym Państwa zachęcić do udziału we wspólnej sesji PTK i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, która będzie wielką debatą na temat obecnego stanu i przyszłych perspektyw

w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych. W sesji weźmą udział Prezydent ESC profesor Franz Weidinger z Austrii oraz przewodniczący grupy roboczej, która opracowała najnowsze wytyczne ESC na temat ostrych zespołów wieńcowych profesor Robert Byrne z Irlandii.

Mocnym punktem programu Kongresu będzie cykl 7 sesji dydaktycznych poświęconych najnowszym wytycznym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które zostały ogłoszone na Kongresie ESC w Amsterdamie pod koniec sierpnia bieżącego roku. Są to dokumenty poświęcone postępowaniu w ostrych zespołach wieńcowych, kardiomiopatiach, infekcyjnym zapaleniu wsierdza, chorobach sercowo-naczyniowych i cukrzyca, a także aktualizacja wytycznych postępowania w niewydolności serca z 2021 roku. Tych sesji nie trzeba nikomu rekomendować, gromadzą one co roku największą liczbę uczestników i podejrzewam, że tym razem będzie podobnie.

Niezwykle ciekawie zapowiadają się wspólne sesje PTK z innymi towarzystwami naukowymi, w tym: wspólna sesja „Klubu 30” PTK i Association for Acute Cardiovascular Care ESC „Jak... przetrwać zmianę na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej?”; wspólna sesja PTK i Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego pod hasłem „Kardiologzy spotykają radiologów” na temat tomografii komputerowej tętnic wieńcowych i rezonansu magnetycznego serca jako narzędzi diagnostycznych w kardiologii; wspólna sesja PTK, Polskiego Towarzystwa Flebologicznego i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej na temat diagnostyki i leczenia późnych następstw żyłnej choroby zakrzepowej; wspólna sesja PTK i Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego – „Mój pacjent z nadciśnieniem tętniczym”; wspólna sesja PTK i Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego na temat problemów kardiologicznych i nefrologicznych pacjentów z zaawansowaną

przewlekłą niewydolnością nerek; wspólna sesja PTK i Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego na temat leczenia hiperlipidemii w Polsce w roku 2023; czy wspólna sesja PTK oraz Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów na temat powikłań leczenia przeciwkrzepliwego i przeciwplatekowego.

Wszystkich zainteresowanych prowadzeniem i publikowaniem badań naukowych z pewnością ucieszy kolejna sesja wspólna „European Heart Journal” i „Kardiologii Polskiej” z udziałem redaktorów naczelnych EHJ – prof. Filippo Crea z Włoch oraz KP – prof. Anetty Undas.

Oferta programowa jak zawsze jest bardzo bogata. Poza sesjami poświęconymi wytycznym ESC i specjalnymi – na jakie jeszcze warto zwrócić uwagę?

Na pewno warto zwrócić uwagę na sesje rekomendowane przez Komitet Naukowy Kongresów dotyczące postępowania we wstrząsie kardiogenym w przebiegu zawału serca, dyskusyjnych wskazaniach klasy II w najnowszym zaleceniu ESC dotyczącym zaburzeń rytmu serca i elektroterapii, etiologii rzadszych przyczyn niewydolności serca, wyzwań związanych z przestrzeganiem zaleceń lekarskich przez pacjentów, chemoreceptorów jako nowego celu terapeutycznego w schorzeniach sercowo-metabolicznych, postępowania w wadach zastawkowych serca u pacjentów z chorobą nowotworową oraz kardiologii wieku podeszłego. Warto wziąć udział w sesjach organizowanych przez poszczególne asocjacje i sekcje PTK, „Klub 30” PTK czy też w sesjach satelitarnych. Przed rozpoczęciem wydarzenia zachęcam wszystkich do szczegółowego zapoznania się z programem XXVII Międzynarodowego Kongresu PTK w Poznaniu i opracowania własnego planu aktywnego udziału w konferencji. Zapewniam Państwa, że wszystkie sesje będą niezwykle ciekawe i z pewnością każdy znajdzie coś dla siebie. ●

Niezmienna pozostaje dobra atmosfera

Rozmowa z Przewodniczącymi KO XXVII Międzynarodowego Kongresu PTK prof. P. Mitkowskim, prof. R. Ochotnym, prof. M. Lesiakem

DOKOŃCZENIE ZE STR. 1

Jak na przestrzeni lat zmieniła się organizacja Kongresów PTK w Poznaniu?

[PM] Zaszła ogromna zmiana. Pamiętam pierwszy kongres, w którym brałem czynny udział jako współorganizator bardzo niskiego szczebla, organizowany jeszcze przez profesora Andrzeja Cieślińskiego. Wtedy największym wyzwaniem było znalezienie powierzchni na organizację tak dużego wydarzenia. Kongres PTK nie odbywał się w jednym miejscu. Mieliśmy sale wykładowe m.in. w auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, CK Zamek, w Urzędzie Wojewódzkim, Akademii Ekonomicznej, Akademii Muzycznej. Nie było telefonii komórkowej, kontaktowaliśmy się dzięki systemowi łączności, który na tę okoliczność udostępniła nam policja. Były to kompletnie inne czasy, wiele rzeczy trzeba było samemu zamawiać, nie było firm, które wspierały organizację naszego wydarzenia. Przy jednym z kongresów już na początku tego wieku z profesorem Romualdem Ochotnym układaliśmy program na dużym biurku w zakładzie anatomii. Potem pamiętam wielokrotnie układanie sesji na podłodze u profesora w domu. Pamiętam weryfikację ostatniego szablonu przez żonę profesora Ochotnego, która gdy tylko spojrzęła, od razu widziała, gdzie są konflikty czasowe. W tej chwili to wszystko dzieje się elektronicznie. Inaczej działa Komitet Naukowy, układanie sesji odbywa się półautomatycznie.

[RO] Zmieniło się wiele, ale niezmienna pozostaje, wspomniana wcześniej, dobra atmosfera i pomoc ze strony gospodarza terenów konferencyjnych.

Spśród wielu życzliwych ludzi nie można nie wspomnieć osób, które niezmiennie przez wszystkie lata współpracowały z nami z ramienia MTP, rozwiązywały z uśmiechem, praktycznie od ręki, wszystkie nasze problemy – to Pani Małgorzata Janicka-Ostańska oraz Pan Hubert Joachimiak.

Czym na kardiologicznej mapie Polski wyróżnia się poznański ośrodek?

[ML] I Klinika Kardiologii UMP od lat jest wiodącym ośrodkiem kardiologicznym w kraju. Jako jednostka o najwyższym stopniu referencji zapewniamy naszym pacjentom pełną opiekę kardiologiczną. W szczególności jesteśmy liderami w następujących dziedzinach:

- leczenie zabiegowe złożonych zwężeń tętnic wieńcowych u pacjentów z ciężko uszkodzoną lewą komorą, wymagających mechanicznego wspomagania krążenia;
- leczenie interwencyjne wad strukturalnych serca – w tym roku wykonamy ponad 200 przezskórnych zabiegów implantacji zastawki aortalnej (TAVI) i kilkadziesiąt zabiegów naprawczych zastawek mitralnej i trójdzielnej;
- implantacje bezelektrodowych stymulatorów (urządzenia implantowane bezpośrednio do komory serca) oraz całkowicie podskórnych urządzeń ICD (SICD);
- kompleksowe leczenie pacjentów z niewydolnością serca, w tym opieka nad chorymi po przeszczepie i po implantacji urządzeń wspomagających funkcję lewej komory (LVAD);

- ablacje endo- i epikardialne tzw. „burzy elektrycznej” u pacjentów ze skrajnie uszkodzonym sercem;
- leczenie pacjentów z różnymi postaciami nadciśnienia płucnego, w tym leczenie zabiegowe postaci zakrzepowo-zatorowej;
- leczenie pacjentów z ostrą zatorowością płucną – prowadzimy całodobowy dyżur zespołu PERT przez okrągły rok;
- opieka nad dorosłymi pacjentami z wrodzonymi wadami serca;
- opieka kardiologiczna nad pacjentami ze schorzeniami nowotworowymi – jesteśmy autorami pionierskiego programu redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów onkologicznych, obejmującego całą Wielkopolskę;
- od kwietnia tego roku bierzemy udział w pilotażowym programie Krajowej Sieci Kardiologicznej i jesteśmy jego koordynatorem na terenie Wielkopolski.

Jesteśmy też jednostką bardzo aktywną dydaktycznie i naukowo. Nasi lekarze są autorami wielu dokumentów eksperckich wydawanych w Polsce i za granicą, w tym najnowszym wytycznym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Czy w tym roku Komitetowi Organizacyjnemu przyświecały jakieś szczególne cele?

[RO] Ten rok jest bardzo wymagający dla organizatorów Kongresu. Głównie dlatego, że dzień po dniu będą odbywały się trzy wydarzenia organizowane przez PTK – oprócz Kongresu, po raz piąty Forum Serce Pacjenta w sobotę w godzinach popołudniowych, a w niedzielę obchody Światowego Dnia Serca. Organizacja trzech, wprawdzie nieco innych wydarzeń, które dotyczą kardiologii, jest pewnym wyzwaniem dla Komitetu Organizacyjnego, ale także dla biura Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego na czele z Panią Dyrektorką Beatą Lewandowską.

Do dzisiaj wiele konferencji odbywa się formule online lub hybrydowej. Czy te formuły organizacji zmieniły również podejście uczestników do udziału w Kongresie?

[PM] Rzeczywiście pandemia spowodowała, że dostęp hybrydowy do różnych wydarzeń edukacyjnych był wymuszony, w tej chwili jest selektywny. Obecnie organizujemy Kongres tylko stacjonarnie, bo jednak obecność na miejscu jest zupełnie inną formą udziału. Widać to również na poziomie europejskim, gdzie Kongres ESC w latach minionych odbywał się w wersji online lub hybrydowo. Były wtedy problemy z frekwencją i mniej niż połowa uczestników brała udział w obradach na miejscu. Myślę, że w tym roku ponad 2/3, czy nawet 3/4 uczestniczyło stacjonarnie. Moim zdaniem wszyscy są spragnieni pełnego powrotu do tego typu wydarzeń na miejscu.

Co jest istotą Międzynarodowych Kongresów PTK? Co sprawia, że cieszą się tak dużym zainteresowaniem?

[RO] Przede wszystkim jest to spowodowane olbrzymim ładunkiem edukacyjnym. To pierwsze przedstawienie szerokiego gremium wytycznych ESC opublikowanych w danym roku. Rozmawiamy również o tym, w jaki sposób zostały wdrożone w warunkach polskich wytyczne z roku poprzedniego. Poza tym jest to szansa wymiany opinii, dowiedzenia się o nowych technikach czy lekach, które wchodzi do refundacji lub pojawiły się na rynku, a jeszcze nie są refundowane. Rozmawiamy o terapiach, które możemy już zaproponować, ewentualnie do jakich ośrodków i kogo kierować. To szansa na wymianę poglądów dotyczących terapii poszczególnych chorób. W kulturalach toczą się również liczne dyskusje, padają pytania na temat trudnych przypadków naszych pacjentów – i to jest właśnie ta wartość dodana kongresów, które odbywają się stacjonarnie. ●

Kadencja w trudnym czasie

rozmowa z prof. Przemysławem Mitkowskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2021-2023

prof. dr hab. n. med.
Przemysław Mitkowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2021-2023
I Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Rozpoczynając kadencję w 2021 roku, mówił Pan Profesor, że siłą PTK jest kontynuacja i że nie planuje rewolucji. Czy udało się zrealizować wszystkie założenia?

Zawsze dostosowujemy się do zmiennych warunków. To, co zastałem w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym, było wypracowane przez wiele poprzednich zarządów, które dostosowywały się do okoliczności. Sporym zaskoczeniem i pewnym wyzwaniem dla poprzedniego zarządu i tego, którym kierowałem, była przede wszystkim pandemia COVID, która zdecydowanie ograniczyła liczbę wydarzeń edukacyjnych i naukowych. Jej skutkiem było także to, że nie mogliśmy spotykać się stacjonarnie, a tylko zdalnie. W takich warunkach interakcja i kontakt były zdecydowanie trudniejsze, a wymiana myśli, poglądów czy wspieranie się – praktycznie niemożliwe. O tym, czy udało się zrealizować wszystkie założenia, będę mówił w trakcie Kongresu PTK, podsumowując kadencję. O moich planach mówię, gdy kandydowałem na funkcję Prezesa Elekta i później, gdy zostawałem Prezesem PTK. Teraz mogę potwierdzić, że wiele z tych założeń udało się zrealizować. Po pierwsze wprowadziliśmy wiele świadczeń gwarantowanych. Niektóre z nich są na etapie projektów rozporządzeń, ale już po fazie konsultacji – zatem są na finiszu i mam nadzieję, że wkrótce zostaną wprowadzone do codziennej praktyki klinicznej. Udało się wprowadzić wiele leków i to leków refundowanych, których cena dla pacjenta bez refundacji powodowała, że nie mógł sobie na nie pozwolić. Również udało nam się zliberalizować program leczenia hiperlipidemii u chorych po zawale serca, używając najnowszych osiągnięć farmakoterapii. Czynimy starania, żeby doszło do dalszej liberalizacji tego programu. Udało nam się też wprowadzić kilku naszych kolegów do różnych komisji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jeżeli chodzi o asocjacje, to wielu z nas zasiada w komisjach różnych asocjacji ESC. Powoli nasza reprezentacja w tym towarzystwie staje się zauważalna. Niemniej nie mamy zbyt wielu stanowisk przewodniczących komitetów czy członków zarządów, chociaż należy wymienić profesora Piotra Szymańskiego, który jest Przewodniczącym Komitetu ds. Spraw Regulatorowych – Regulatory Affairs Committee. Jeżeli chodzi o współpracę z innymi polskimi towarzystwami naukowymi, to zorganizowaliśmy wiele wspólnych sesji w trakcie Kongresu PTK. Współpraca odbywała się na zasadzie tworzenia wspólnych wytycznych, wspólnych działań, które miały na celu wprowadzenie do refundacji wyrobów medycznych czy leków. Zaprzyjaźniliśmy się z wieloma towarzystwami i myślę, że będzie to procentowało na przyszłość.

Kolejnym założeniem było wprowadzenie budżetowania w PTK – prace zostały rozpoczęte, ale będzie to również wyzwaniem dla kolejnego zarządu. To, co udało się zrobić, to z pewnością przewidywanie wydatków i dochodów. W roku



2021 odnieśliśmy bardzo duży sukces finansowy, z kolei rok 2022 zakończył się deficytem, ale per saldo ta kadencja przyniosła spory dochód. W związku z tym sytuacja finansowa PTK jest dobra. Musieliśmy niestety podjąć również trudne decyzje, choćby podwyższenie składki członkowskiej. Przewidywaliśmy to, co się będzie działo, czyli utrzymanie przychodów, może nawet niewielkie zwiększenie, ale przy znacznym wzroście kosztów. Myślę, że to pozwoli nam na zbilansowanie budżetu w tym roku. Kolejną ważną sprawą jest fakt, że pojawiło się wiele wytycznych i stanowisk ekspertów PTK i są one dostępne dla naszych członków. Dostęp do wiedzy o najnowocześniejszych terapiach stał się powszechny. Na początku 2022 roku opublikowaliśmy dekalog niezaspokojonych potrzeb kardiologii, który stał się bardzo ważną inicjatywą. Zebraliśmy najważniejsze problemy, które powinny być jak najszybciej rozwiązane z myślą o naszych pacjentach. Większość postulatów została już zrealizowana, z czego jesteśmy dumni, bo przy przygotowywaniu tego dekalogu nie spodziewaliśmy się, że tak się stanie. Natomiast dekalog będzie z pewnością ewoluował. W następnej kadencji punkty, które już zostały zrealizowane, zostaną zastąpione przez nowe, ponieważ kolejne leki i wyroby medyczne oczekują na refundację. Chociażby kamizelka defibrylująca, która w tej chwili podlega ocenie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wspaniałym osiągnięciem i dumą jest dla nas aktywność członków „Klubu 30”, którzy wspierali aktywność Zarządu. Podjęliśmy decyzję, żeby w każdym Komitecie, w każdej komisji PTK był przedstawiciel „Klubu 30”. Rzeczywiście są to niezwykle ambitni, zdolni, pracowici ludzie, którzy wspierali działania statutowe PTK. Wprowadziliśmy nowość, zgodnie z którą w każdym roku będziemy skupiali się na jakiejś dziedzinie kardiologii, która w naszej opinii wymaga szczególnej uwagi. Rok 2023

został ogłoszony rokiem świadomości zaburzeń lipidowych, a tak naprawdę rokiem walki z zaburzeniami gospodarki lipidowej. Były to wspólne działania z Polskim Towarzystwem Lipidologicznym, zaproponowaliśmy schemat postępowania i leczenia, a także udostępniania nowoczesnych terapii pozwalających osiągnąć cele terapeutyczne. Myślę, że wkrótce znajdą odzwierciedlenie w stosownych rozporządzeniach Ministerstwa Zdrowia. Kolejną rzeczą, o której warto wspomnieć, to drugie wydanie podręcznika „Kardiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego”. Szczególne podziękowania należą się profesorowi Piotrowi Lipcowi, który koordynował prace nad podręcznikiem i doprowadził je do szczęśliwego końca. Wymagało to wielu godzin pracy, aby wydanie przyjęło taką formę, jaką będzie można zobaczyć już w trakcie Kongresu. Warto podkreślić rolę Komitetu Naukowego Kongresów, czyli niebywale zaangażowanie profesora Jacka Legutko, który kierował pracami Komitetu. Program i pewne innowacje, które zobaczymy w trakcie Kongresu, są w dużej mierze jego zasługą. Jako PTK poprzez swoich przedstawicieli uczestniczyliśmy w licznych debatach systemowych, jesteśmy obecni też na Forum Ekonomicznym w Karpaczu, byliśmy na Forum Ochrony Zdrowia, które się odbywało w Wielkopolsce, w Wąsowie. To są bardzo ważne spotkania, ponieważ w ciągu tych kilku dni można rozmawiać z osobami, od których zależy przyszłość medycyny. Można rozmawiać z różnymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia, wymieniać poglądy i sugerować to, co uważamy, że powinno być jak najszybciej zrobione.

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

Zdecydowanie uważam za niezwykle ważne, abyśmy ze sobą współpracowali. Rozpoczynając od kadencji poprzednika – profesora Adama Witkowskiego, który miał zdecydowanie trudniej ode mnie, na początku mojej kadencji zorganizowaliśmy spotkania z przedstawicielami agend rządowych nie tylko Ministerstwa Zdrowia, ale także Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Agencji Badań Medycznych czy Narodowego Funduszu Zdrowia. Rozpoczęliśmy współpracę nie tylko na poziomie ministrów czy prezesów, ale także dyrektorów departamentów tych instytucji i agend. Z Konsultantem Krajowym udało się wypracować model współpracy i to pozwoliło nam wprowadzać do katalogu świadczeń nowe pozycje, a także wspólnie działać na rzecz refundacji nowych leków. Oczywiście chciałoby się zdecydowanie więcej, ale zdajemy sobie sprawę, że nie da się zrobić wszystkiego od razu. Liczymy na wprowadzenie do refundacji leków w chorobach rzadkich, między innymi czekamy – i to już trzecie podejście – na refundację przyczynowego leczenia chorych z amyloidozą transtyretynową. Mamy lek działający przyczynowo i mamy już w Polsce sieć wysoce wyspecjalizowanych ośrodków, które dysponują odpowiednimi możliwościami diagnostycznymi, żeby potwierdzić to rozpoznanie i skutecznie leczyć. Lek działa wspaniale, wydłużając czas życia w dobrym stanie czynnościowym. Mamy nowy lek w kardiomiopatii przerostowej z zawężeniem drogi odpływu, który również poprawia rokowanie, usprawnia chorych, czasami wręcz pozwala na powrót do pracy zarobkowej. Myślę, że stosowny wniosek refundacyjny zostanie wkrótce złożony. Bardzo blisko współpracujemy z Polskim Towarzystwem Neurologicznym. Warto tutaj wspomnieć wspólną inicjatywę refundacji wszczepialnych rejestratorów zdarzeń w dwóch wskazaniach – neurologicznym i kardiologicznym. Projekt stosownego rozporządzenia Ministra Zdrowia jest gotowy. Mamy nadzieję, że w najbliższych dniach zostanie ogłoszony jako akt obowiązujący. Z Polskim Towarzystwem Nefrologicznym i Polskim Towarzystwem Diabetologicznym mamy lek, który łączy nas wszystkich, czyli floczyny. Współpracujemy też bardzo nad tym, żeby lekarzy specjalistów uczyć kryteriów refundacji w innych dziedzinach „dużej interny”. Na przykład pacjent nie spełnia kryteriów refundacji w cukrzycy, ale może będzie spełniał te kryteria w przewlekłej chorobie nerek albo w niewydolności serca. Rozpoczęliśmy również ścisłą współpracę z Polskim Towarzystwem Wakcynologicznym, z lekarzami chorób zakaźnych. Celem jest wprowadzanie leków i szczepień ochronnych, które chronią chorych z niewydolnością serca przed ciężkim przebiegiem infekcji w tych jednostkach chorobowych. Głównie chodzi o szczepienia przeciwko pneumokokom i grypie. Będziemy również angażowali się w szczepienia przeciwko RSV. Mamy też lek, który wcześniej podany na początku infekcji COVID poprawia rokowanie, zmniejsza ryzyko hospitalizacji i chroni przed zgonem. Wspólnie z różnymi towarzystwami naukowymi będziemy się starali, żeby w grupie chorych najbardziej zagrożonych refundacja tego leku została wprowadzona. Współpracujemy także z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym.

Jest to bardzo ważna współpraca m.in. ze względów edukacyjnych – wydajemy w języku polskim zalecenia ESC również w wersji kieszonkowej, pracujemy nad usprawnieniem tego procesu.

Co stało się znakiem rozpoznawczym kadencji Pana Profesora?

Myślę, że współpraca, ważne osiągnięcia w zakresie refundacji oraz budowanie wizerunku PTK. Byłem obecny na wielu spotkaniach różnych grup, sekcji, asocjacji. Staralem się być w miejscach, w których nasz głos powinien być słyszalny, m.in. uczestniczyłem w obradach komisji zdrowia – sejmowej i senackiej. Nasze prośby o spotkanie nigdy nie były ignorowane. Myślę, że nasz udział w posiedzeniach tych komisji wpływał na podejmowane decyzje. Braliśmy udział w pracach Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii.

Jak ocenia Pan Profesor główne kierunki działania PTK w latach 2021–2023 w kwestiach edukacji, nauki?

Za czasów profesora Adama Witkowskiego powstała Platforma Naukowa PTK, która daje grupom naukowców w Polsce narzędzie do prowadzenia prospektywnych badań obserwacyjnych. PTK finansuje działanie tej platformy, w tej chwili mamy wiele badań w trakcie realizacji. Mam nadzieję, że podczas sesji, która będzie podsumowywała te badania, będziemy już mówili o pierwszych wynikach i pierwszych publikacjach. Ta inicjatywa jest bardzo ważna, z jednej strony integruje środowiska naukowe, a z drugiej pozwala na publikowanie doniesień dotyczących większych grup populacji niż badania oparte na materiale jednego ośrodka.

Pandemia i jej skutki zdecydowanie pokrzyżowały plany w wielu kwestiach – czego nie udało się zrealizować?

Pandemia rzeczywiście spowodowała, że nasza pozycja na arenie międzynarodowej uległa pewnemu osłabieniu. Budowaliśmy przez lata kontakty indywidualne i one w pewnym momencie praktycznie zniknęły w relacjach międzynarodowych. Jednak dzięki intensywnym działaniom naszych członków i kolegów z zagranicy oraz wsparciu wielu osób udało się odbudować kontakty. Myślę, że w tej chwili wizerunek PTK i jego członków jest bardzo dobry. Warto powiedzieć o inicjatywie, która została w pewnym sensie przez nas zasugerowana. Inicjatywa polega na stworzeniu w obrębie ESC „Cardiopolicy Group”, która ma się zajmować priorytetami w rozwiązaniach systemowych dla kardiologii w ramach Unii Europejskiej. Uczestniczyliśmy również jako przedstawiciele PTK w spotkaniach międzynarodowych dotyczących programów zdrowotnych poprawiających świadomość problemów kardiologicznych oraz budowania w różnych krajach ESC planów opieki kardiologicznej. Pierwszy taki plan powstał w Hiszpanii, ale polski Narodowy Program Chorób Układu Krążenia był drugi w Europie. Teraz kolejne państwa – Czechy, Węgry i inne – próbują stworzyć takie plany. Pandemia również powiększyła dług zdrowotny w zakresie kardiologii, utrudniła dostęp do lekarzy specjalistów. Nawet w ostrych stanach kardiologicznych pacjenci opóźniali kontakt z systemem ochrony zdrowia. Ta obawa przed zakażeniem COVID-19 powodowała, że chorzy docierali do szpitali zdecydowanie później. W związku z tym mieliśmy grupę pacjentów z o wiele bardziej zaawansowanymi stadiami choroby, którym trzeba było poświęcić więcej czasu. Z pewnością głębszej refleksji będą wymagały kwestie wydawania „Kardiologii Polskiej”, zeszytów edukacyjnych. Niewykluczone, że będą potrzebne stanowcze działania. Niestety

musieliśmy wprowadzić opłaty za publikację. Zmusiła nas do tego sytuacja. Nie są to w tej chwili duże opłaty, ale być może będą musiały ulec zwiększeniu. Odnośnie do całego procesu wydawania – musimy się zastanowić, czy nie poprzestać wyłącznie na wersji elektronicznej czasopisma. W tej chwili zgodnie z sugestią Rady Redakcyjnej „Kardiologii Polskiej” zmieniliśmy tytuł, a w zasadzie odwróciliśmy kolejność. Pierwszy to tytuł angielski „Polish Heart Journal”, a drugi „Kardiologia Polska”. Chcemy, by czasopismo było bardziej rozpoznawalne na arenie międzynarodowej.

Pojawiają się nowe leki, o których refundację będzie musiał zadbać zarząd następnej kadencji. Będziemy musieli też działać na rzecz ustano-

wienia szybkich ścieżek w zakresie refundacji wyrobów medycznych i ich wprowadzania na rynek. Będziemy zabiegać o możliwości korzystania z tych nowych osiągnięć w medycynie dla naszych pacjentów. Nowa ustawa może znacznie ograniczyć możliwość rozliczeń za zgodą płatnika. Zarząd następnej kadencji, w którym jeszcze będę zasiadał, będzie musiał na pewno zadbać o to, aby wyroby medyczne były dostępne dla grupy pacjentów, którzy ich wymagają.

Jakie wyzwania czekają w takim razie nowego Prezesa?

Jestem przekonany, że PTK zostawiamy w bardzo dobrym stanie. Jest dobrze postrzegane nie tylko w Polsce, ale także za granicą jako wia-

rygodny, rozsądny partner w wielu dyskusjach, wspierający liczne działania. Partner potrafiący bardzo jasno zwerbalizować potrzeby środowiska. Na pewno nowy Prezes PTK nie będzie bezrobotny, przed nami m.in. projekt certyfikacji lekarzy w wąskich dziedzinach medycyny. Ważne, aby PTK uzyskało możliwość przyznawania tych certyfikatów. W wielu dziedzinach kardiologii interwencyjnej czy elektroterapii i elektrofizjologii takie certyfikaty są już wydawane. Z pewnością ważne będzie dalsze dążenie w kierunku zwiększenia udziału PTK w działaniach ESC. O szczegółach bez wątpienia będzie mógł powiedzieć profesor Robert Gil – Prezes PTK w kadencji 2023–2025, który swoją funkcję obejmuje 1 października. ●

Digital Cardio Area





KOMISJA DS. E-ZDROWIA,
TELEMEDYCYNY
I SZTUCZNEJ INTELIGENCJI
POLSKIE TOWARZYSTWO
KARDIOLOGICZNE

KONKURS

na najbardziej efektywne wdrożenie rozwiązania z zakresu e-zdrowia w placówce medycznej wspomagającego opiekę nad pacjentem kardiologicznym, prezentowane podczas XXVII Międzynarodowego Kongresu PTK.

Czwartek 28 września, Pawilon 7A HUB 2

Plan prezentacji konkursowych:

- 10:55-11:05** Modele Telemedyczne „Telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie
Adam Wajhajmer (Rzeszów)
- 11:05-11:15** „TelePrzyjaciele od Serca” – Diagnostyka arytmii u dzieci i młodzieży zgłaszającej się do UDSK w Białymstoku z wykorzystaniem urządzeń telemedycznych i zdalnego kardiomonitingu
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhova w Białymstoku
Kinga Gościńska-Bis (Białystok)
- 11:15-11:25** Domowe monitorowanie hemodynamiczne w niewydolności serca – projekt AMULET
Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie
Agata Galas (Warszawa)
- 11:25-11:35** LAT-AI – model oparty o sztuczną inteligencję wspierający decyzję o wykonaniu badania przezprzełykowego USG przed ablacją lub kardiowersją
Kliniczny Oddział Kardiologii, Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli
Konrad Pieszko (Nowa Sól)
- 11:35-11:45** afterAMI – aplikacja mobilna dla pacjentów po zawale serca
Heart Team
Maria Boszko (Warszawa)

Sponsor strefy DCA



Partner konkursu



Powered by



WYTYCZNE ESC/PTK na XXVII Międzynarodowym Kongresie PTK w Poznaniu



prof. dr hab. n. med.
Agnieszka Tycińska
Przewodnicząca Komisji
Wytycznych PTK

Najnowsze wytyczne ESC 2023 zostały ogłoszone w końcu sierpnia br. na Kongresie ESC w Amsterdamie. Wśród członków grup roboczych przygotowujących wytyczne znaleźli się Polacy: **Prof. Ewa A. Jankowska** (ostre zespoły wieńcowe oraz aktualizacja wytycznych dotyczących niewydolności serca) oraz **Prof. Maciej Lesiak** (postępowanie u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi i cukrzycą t.2). Recenzentami wytycznych z ramienia ESC byli **Prof. Adam Witkowski** (OZW, aktualizacja wytycznych dotyczących niewydolności serca oraz choroby układu sercowo-naczyniowego u pacjentów z cukrzycą), **Prof. Zofia Bilińska** (kardiomiopatie) oraz **Prof. Piotr Ponikowski** (aktualizacja wytycznych dotyczących niewydolności serca). Wytyczne były dyskutowane w czasie wielu sesji na Kongresie ESC.

Wytyczne ESC/PTK z 2023 roku będą przedstawiane podczas XXVII Kongresu PTK w Poznaniu na sesjach zaznaczonych w programie jako **Wytyczne. Na tegoroczny Kongres PTK Komisja Wytycznych PTK zaproponowała w sumie 7 sesji poświęconych wytycznym ESC/PTK.**

Najnowsze wytyczne przedstawią recenzenci z ramienia PTK, a sesję poprowadzą: **Prof. Grzegorz Opolski**, **Prof. Andrzej Budaj** oraz **Prof. Piotr Ponikowski** (Sesja: Najnowsze wytyczne ESC/PTK 2023, **czwartek 28.09.2023, godz. 12:15-13:45, Sala Ziemi A**):

1. Wytyczne ESC dotyczące ostrych zespołów wieńcowych. A. Witkowski (Warszawa)
2. Wytyczne ESC dotyczące kardiomiopatii. E.K. Biernacka (Warszawa)
3. Wytyczne ESC dotyczące chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy. P. Burchardt (Poznań)
4. Wytyczne dotyczące infekcyjnego zapalenia wsierdza. J. Drożdż (Łódź)
5. Aktualizacja wytycznych dotyczących niewydolności serca z 2021 r. J. Nessler (Kraków)

Zalecenia ESC 2023 dotyczące chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy – piątek 29.09.2023, 9:00-10:30, Sala Ziemi A

Przewodniczący: P. Burchardt (Poznań), M. Kozłowski (Gdynia), M. Lesiak (Poznań)

1. Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego u chorych na cukrzycę i osób ze stanem przedcukrzycowym. A. Budaj-Fidecka (Warszawa)
2. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u chorych na cukrzycę lub osób ze stanem przedcukrzycowym. K. Kamiński (Białystok)
3. Choroba niedokrwienna serca u pacjenta z cukrzycą. M. Wybraniec (Katowice)
4. Niewydolność serca i cukrzyca. K. Stolarz-Skrzypek (Kraków)
5. Przewlekła choroba nerek w cukrzycy. K. Pawlaczyk (Poznań)

Zalecenia ESC 2023 dotyczące ostrych zespołów wieńcowych – piątek 29.09.2023, 11:00-12:30, Sala Ziemi A

Przewodniczący: A. Witkowski (Warszawa), M. Hawranek (Zabrze), M. Grygier (Poznań)

1. Zawał serca STEMI. P. Desperak (Zabrze)
2. Zawał serca NSTEMI. T. Pawłowski (Warszawa)
3. Rewaskularyzacja w OZW. J. Legutko (Kraków)
4. Wstrząs. A. Tycińska (Białystok)
5. Dylematy związane z terapią przeciwwkrzepliwą. M. Jaguszewski (Gdańsk)

Aktualizacja wytycznych dotyczących niewydolności serca z 2021 r. – piątek 29.09.2023, 16:30-18:00, Sala Ziemi A

Przewodniczący: J. Nessler (Kraków), P. Ponikowski (Wrocław), E.A. Jankowska (Wrocław)

1. Leczenie niewydolności serca: 30 lat postępu i aktualne wyzwania / Wdrażanie wytycznych w niewydolności serca: dlaczego jest ważne? M. Komajda (Paryż)
2. Choroby współistniejące i profilaktyka HF. J. Nessler (Kraków)
3. Niewydolność serca bez obniżonej frakcji wyrzutowej. A. Pawlak (Warszawa)
4. Postępowanie w ONS. A. Tycińska (Białystok)
5. Postępowanie interwencyjne u pacjentów z NS. W. Kuliczkowski (Wrocław)

Zalecenia ESC 2023 dotyczące kardiomiopatii – sobota 30.09.2023, 9:00-10:30, Sala Ziemi B

Przewodniczący: E. Biernacka (Warszawa), Z. Bilińska (Warszawa), Z. Oko-Sarnowska (Poznań)

1. Kardiomiopatia rozstrzeniowa. P. Chmielewski (Warszawa)
2. Kardiomiopatia przerostowa. K. Mizia-Stec (Katowice)
3. Kardiomiopatia amyloidowa. K. Holcman (Kraków)
4. Kardiomiopatia połogowa. A. Olszanecka (Kraków)
5. Arytmogenna kardiomiopatia prawej komory. O. Woźniak (Warszawa)

Zalecenia ESC 2023 dotyczące infekcyjnego zapalenia wsierdza – sobota 30.09.2023, 9:00-10:30, Sala Ziemi A

Przewodniczący: A. Gackowski (Kraków), J. Drożdż (Łódź), J. Stępińska (Warszawa)

1. Rozpoznanie i prewencja. L. Daniłowicz-Szymanowicz (Gdańsk)
2. Nowoczesne schematy antybiotykoterapii. K. Ptaszyńska (Białystok)
3. Powikłania. W. Wróbel (Katowice)
4. Leczenie operacyjne. K. Widenka (Rzeszów)
5. Postępowanie w sytuacjach szczególnych. A. Ołasińska-Wiśniewska (Poznań)

Podsumowanie wytycznych ESC 2023 – take home messages – sobota 30.09.2023, 11:00-12:30, Sala Ziemi A

Przewodniczący: A. Budaj (Warszawa), R. Gil (Warszawa), A. Kapłon-Cieślicka (Warszawa)

1. Wytyczne ESC dotyczące ostrych zespołów wieńcowych – przypadek kliniczny. K. Bryniarski (Kraków)
2. Wytyczne ESC dotyczące ostrych zespołów wieńcowych – komentarz eksperta. A. Witkowski (Warszawa)
3. Wytyczne ESC dotyczące kardiomiopatii – przypadek kliniczny. J. Sokolska (Wrocław)
4. Wytyczne ESC dotyczące kardiomiopatii – komentarz eksperta. E.K. Biernacka (Warszawa)
5. Wytyczne ESC dotyczące chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy – przypadek kliniczny. K. Gryglewska (Łódź)
6. Wytyczne ESC dotyczące chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy – komentarz eksperta. P. Burchardt (Poznań)
7. Wytyczne dotyczące infekcyjnego zapalenia wsierdza – przypadek kliniczny. S. Sławek-Szmyt (Poznań)
8. Wytyczne dotyczące infekcyjnego zapalenia wsierdza – komentarz eksperta. J. Drożdż (Łódź)

9. Aktualizacja wytycznych dotyczących niewydolności serca z 2021 r. – przypadek kliniczny. A. Tymińska (Warszawa)
10. Aktualizacja wytycznych dotyczących niewydolności serca z 2021 r. – komentarz eksperta. J. Nessler (Kraków)

Ponadto na tegorocznym Kongresie przedstawione zostaną wytyczne w różnych odsłonach:

1. Rekomendacje ESC w zakresie leczenia komorowych zaburzeń rytmu i zapobiegania nagłemu zgonowi sercowemu – krytyczne spojrzenie – czwartek 28.09.2023, 8:45-10:15, Sala Ziemi B
2. Rola obrazowania w rekomendacjach ESC 2022/2023 i AHA/ACC – czwartek 28.09.2023, 10:30-12:00, Sala Ziemi A
3. Wyzwania związane z przestrzeganiem zaleceń – czwartek 28.09.2023, 10:30-12:00, Sala 0.AB
4. Nowe wytyczne ESC 2023 – nowe spojrzenie na rolę obrazowania w kardiomiopatiach – piątek 29.09.2023, 16:30-18:00, Sala 0.AB
5. Najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) 2023 – sobota 30.09.2023, 9:00-10:30, Sala 1.A
6. Best of ESC 2023 – najciekawsze doniesienia z Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego – sobota 30.09.2023, 11:00-12:30, Sala Ziemi B

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

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

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

Serdecznie zapraszam!

Agnieszka Tycińska

Przewodnicząca Komisji Wytycznych PTK

Wytyczne ESC dotyczące postępowania z pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi 2023



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

Ogłoszone podczas Kongresu ESC tegoroczne wytyczne postępowania z pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW) obejmują – co jest nowym ujęciem tego zagadnienia – wszystkie rodzaje OZW, a więc ostry zawał serca z uniesieniem i bez uniesienia odcinka ST w elektrokardiogramie (STEMI i NSTEMI) oraz niestabilną chorobę wieńcową (UA). Autorzy wyszli bowiem z założenia, że OZW to spektrum różnych manifestacji klinicznych, elektrokardiograficznych, biochemicznych i hemodynamicznych, dlatego zrezygnowali z opracowania oddzielnych wytycznych dla STEMI i OZW bez uniesienia odcinka ST, ogłoszonych odpowiednio w 2017 i w 2020 roku. Moim zdaniem sprzyja to spójności merytorycznej obecnej edycji wytycznych. Drugą istotną zmianą jest

wyraźne uwzględnienie perspektywy i woli pacjentów leczonych z powodu OZW. Wytyczne zalecają – i są to rekomendacje w najwyższej, pierwszej klasie zaleceń – żeby opieka nad chorym uwzględniała jego potrzeby oraz w miarę możliwości włączała pacjentów w proces decyzyjny. Nowe zalecenia klasy pierwszej dotyczą także terapii przeciwplatekowej powszechnie stosowanej u pacjentów z OZW, postępowania z pacjentami po zatrzymaniu krążenia oraz ze spontaniczną dyssekcją (rozwarstwieniem) tętnicy wieńcowej jako przyczyną ostrego zawału serca, wykonania zabiegu przeszłokrońnej angioplastyki w innych naczyniach wieńcowych niż tętnica odpowiedzialna za ostry zawał serca, czasu implantacji stałego rozrusznika serca oraz leczenia chorób współtowarzyszących. Do istotnych

zmian w stosunku do poprzedniej wersji wytycznych można zaliczyć m.in. obniżenie klasy rekomendacji dla przedzabiegowego włączenia blokera receptora płytkowego P2Y12 (te leki stanowią jeden ze składników podwójnej terapii przeciwplatekowej stosowanej u pacjentów z OZW) czy rutynowego wykonywania koronarografii u pacjentów po nagłym zatrzymaniu krążenia w przebiegu OZW. Wszystkich Państwa, którzy chcieliby bardziej szczegółowo poznać nowe wytyczne ESC dotyczące OZW, zapraszamy na sesję im poświęconą w piątek 29 września w godzinach 11:00-12:30 podczas Kongresu PTK w Poznaniu. Na zakończenie należy z dużą satysfakcją odnotować, że współautorką wytycznych jest p. Ewa A. Jankowska, a recenzentem z ramienia PTK i ESC piszący te słowa.



**prof. dr hab. n. med.
Ewa A. Jankowska**

Instytut Chorób Serca, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Nowe europejskie zalecenia dotyczące postępowania w ostrym zespole wieńcowym (2023) postrzegają ostry zespół wieńcowy jako jeden zespół chorobowy, proponując holistyczne i w dużym zakresie zunifikowane postępowanie. W dokumencie podkreślono, że fakt uniesienia bądź nie odcinka ST w EKG w przebiegu

zawału mięśnia sercowego jest de facto jednym z kluczowych czynników ryzyka i w niektórych sytuacjach implikuje zastosowanie nieco odmiennego zindywidualizowanego postępowania, ale ogólna filozofia leczenia chorych z ostrym zespołem wieńcowym jest wspólna. Należy podkreślić, że podstawą modyfikacji zaleceń była metodyczna i krytyczna analiza danych z nowych badań klinicznych dokonana przez interdyscyplinarny zespół ekspertów. Istotną wartością edukacyjną dokumentu są liczne ryciny i schematy, ujmujące globalnie zasady postępowania, które następnie przekierowują czytelnika do bardziej szczegółowych zaleceń.

Zwróciliśmy szczególną uwagę na nowe dane odnośnie do leczenia przeciwfibrilacyjnego i prze-

ciwkrzepliwego oraz miejsce nowoczesnych technik oceny strukturalnej i czynnościowej tętnic wieńcowych. Dokonałiśmy wyważonej oceny danych dotyczących postępowania po zatrzymaniu krążenia oraz we wstrząsie zawałowym, krytycznie odnosząc się do dostępnych danych na temat skuteczności różnych strategii mechanicznego wspomaganie w tych sytuacjach klinicznych.

Podkreśliłiśmy wagę prewencji wtórnej, w tym stosowanie nowych leków do leczenia zaburzeń gospodarki lipidowej, cukrzycy czy konieczności wczesnego wdrażania nowoczesnego leczenia w przypadku rozwoju pozawałowej niewydolności serca celem zapobiegania progresji niewydolności serca i nagłemu zgonowi sercowemu. Biorąc pod uwagę, że współczesna populacja chorych

z ostrym zespołem wieńcowym to bardzo często osoby starsze z wielochorobowością, istotną częścią dokumentu stanowi omówienie indywidualizacji terapii zależnie od profilu schorzeń towarzyszących. Podkreśliłiśmy konieczność indywidualizacji terapii i uwzględnienia danych odnośnie do skuteczności, a także bezpieczeństwa stosowanych strategii inwazyjnych i zachowawczych, w określonych sytuacjach klinicznych. Sporo miejsca poświęciliśmy omówieniu postępowania u chorych z przewlekłą chorobą nerek, osób starszych z zespołem kruchości, osób z chorobą nowotworową. Ponadto podkreśliłiśmy wagę decyzji i preferencji samego pacjenta w doborze strategii postępowania (o ile to możliwe) oraz kluczowej roli adekwatnej edukacji pacjenta i członków jego rodziny czy opiekunów. ●

Wytyczne ESC dotyczące kardiomiopatii



**prof. dr hab. n. med.
Elżbieta Katarzyna
Biernacka**

Poradnia Wad Wrodzonych Serca i Zaburzeń Rytmu o Podłożu Genetycznym
Narodowy Instytut Kardiologii
Stefana Kardynała Wyszyńskiego,
PIB, Warszawa



**prof. dr hab. n. med.
Zofia Teresa Bilińska**

Ośrodek Badań Przesiewowych Dziedzicznych Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego
Narodowy Instytut Kardiologii
Stefana Kardynała Wyszyńskiego,
PIB, Warszawa

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące kardiomiopatii, które ukazały się w czasie tegorocznego Kongresu ESC w Amsterdamie, były długo wyczekiwany dokumentem. Są to bowiem pierwsze wytyczne ESC całościowo poruszające temat „pierwotnych” chorób mięśnia sercowego. Częściowo problematyka kardiomiopatii była poruszana w innych rekomendacjach dotyczących nagłego zgonu sercowego, niewydolności serca i w wytycznych dla kardiomiopatii przerostowej z 2014 r. Obecny dokument, mimo że obejmuje bardzo szerokie spektrum tematów związanych z epidemiologią, diagnostyką i postępowaniem w kardiomiopatiach, jest zwarty, precyzyjny i czytelny. Ze względu na niewielką liczbę randomizowanych badań w kardiomiopatiach zalecenia opierają się głównie na badaniach obserwacyjnych i doświadczeniu ekspertów.

Pozostawiono starą definicję, która mówi, że kardiomiopatia jest chorobą mięśnia sercowego, którego nieprawidłowa struktura i funkcja miokardium nie są spowodowane chorobą niedokrwieną, nadciśnieniem tętniczym, wadą zastawkową ani wadą wrodzoną serca (Elliott P, Andersson B, Arbustini E, Bilinska Z, et al. *Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases*. Eur Heart J. 2008).

Zalecenia koncentrują się głównie na najczęstszych fenotypach. Właśnie na podstawie fenotypu, a nie etiologii, dokonano nowej klasyfikacji kardiomiopatii. Poza kardiomiopatią rozstrzeniową, przerostową, arytmogenną kardiomiopatią prawej komory (*arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy*, ARVC) oraz kardiomiopatią restrykcyjną wyróżniono nowy typ: nierozstrzeniową kardiomiopatię lewej komory (*non-dilated left ventricular*

cardiomyopathy, NDLVC). Nie wprowadzono pojęcia kardiomiopatii arytmogennej, mimo pojawiających się w ostatnim czasie wielu doniesień, w których ten termin pojawiał się w kontekście niektórych form arytmogennej kardiomiopatii prawej komory i kardiomiopatii rozstrzeniowej. Autorka (EKB) całkowicie podziela zdanie autorów wytycznych: ARVC jest konkretną jednostką chorobową, charakteryzującą się występowaniem komorowych zaburzeń rytmu i dominującego uszkodzenia prawej komory. Współistnienie uszkodzenia lewej komory różnego stopnia jest częste i związane z postępującym śródściennym włóknieniem miokardium. Typowy obraz ARVC jest najczęściej związany z patologicznymi wariantami genów kodujących białka desmosomalne, ale w większym stopniu niż w przypadku innych kardiomiopatii na fenotyp wpływają inne czynniki, takie jak płeć, uprawianie sportu czy współistniejące zapalenie mięśnia sercowego. Inne formy kardiomiopatii, w których w obrazie klinicznym dominują komorowe zaburzenia rytmu, mieszczą się w definicjach kardiomiopatii rozstrzeniowej (np. laminopatii) lub NDLVC. Zaburzenia rytmu serca zarówno komorowe, jak i nadkomorowe są ważną częścią obrazu chorobowego właściwie we wszystkich kardiomiopatiach, chociaż nie w równym stopniu.

Warto poświęcić kilka słów „nowej” kardiomiopatii, NDLVC, którą zdefiniowano jako obecność niedokrwienego bliznowacenia lewej komory (LV) lub zastępczej tkanki tłuszczowej niezależnie od obecności globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości LV lub izolowanej globalnej hipokinezy LV bez bliznowacenia. Ten typ kardiomiopatii jest mocno powiązany z tzw. arytmicznymi genotypami wysokiego ryzyka i obejmuje geny: *LMNA*, *PLN*, *DSP*, *RBM20*, a także warianty skracające *FLNC*. U tych chorych wcześniej, także przy LVEF > 35%, należy rozważyć profilaktyczne wszczęcie defibrylatora (ICD), jeśli występuje dodatkowy czynnik podnoszący ryzyko zgonu (klasa IIa, C) lub można rozważyć ICD bez tego czynnika (klasa IIb, C).

Nie zaliczono do kardiomiopatii niescalenia mięśnia sercowego, uważając, że hipertrabekulacja mięśnia lewej komory jest zjawiskiem morfologicznym występującym w wielu patologiiach serca (w nadciśnieniu, wadach wrodzonych, rozstrzeni czy upośledzeniu czynności skurczowej), a więc również w kardiomiopatiach, ale także u ludzi zdrowych (u sportowców, po intensywnym wysiłku, w ciąży). Podobnie, wg nowej klasyfikacji, kardiomiopatią nie są zespół Takotsubo ani kanałopatie.

W krótkim omówieniu najważniejszych kwestii przedstawionych w dokumencie nie sposób opisać szczegółów dotyczących diagnostyki i leczenia poszczególnych kardiomiopatii. Chcemy zwrócić uwagę na najważniejsze punkty. Przełomowe jest uwzględnienie badania genetycznego metodą NGS u niemal każdego pacjenta z kardiomiopatią, jeżeli w jakikolwiek sposób wpływa to na rozpoznanie,

rozkowanie, leczenie albo jeśli ułatwia ocenę zainteresowanych krewnych (klasa IB). Wyniki badań genetycznych wydajemy pacjentom, u których zidentyfikowano patogenne lub prawdopodobnie patogenne warianty genów powiązanych z kardiomiopatią i wtedy badamy dalej rodzinę, zaczynając od krewnych I stopnia, aby definitywnie określić ich status (gen+, gen-) (klasa I.B). Jeśli zidentyfikuje się warianty o nieudowodnionym znaczeniu (VUS) u probanta, to należy rozważyć (klasa IIa, C) przebadanie rodziny, zaczynając od rodziców/chorych krewnych, aby ocenić, czy dany wariant współwystępuje z fenotypem kardiomiopatii, ponieważ może to pozwolić na określenie patogenności tego wariantu w danej rodzinie.

Odrębny rozdział dokumentu dotyczy genetycznych uwarunkowań kardiomiopatii do tej pory uważanych za wtórne, jak kardiomiopatia alkoholowa, okołoporodowa i powstała w przebiegu chemioterapii. Jest to tzw. „second hit theory”, czyli „teoria drugiego uderzenia”. Kardiomiopatie te występują znacznie częściej u osób, które są nosicielami patogennych wariantów genu tytyny (TTNtv), a w przypadku kardiomiopatii okołoporodowej dodatkowo genu desmoplakiny i filaminy C. Co więcej, u aż do 22% pacjentów z ostrym zapaleniem mięśnia sercowego zidentyfikowano warianty związane z kardiomiopatią rozstrzeniową, NDLVC i ARVC. Mamy nadzieję, że jasny przekaz dotyczący konieczności wykonywania badań genetycznych u pacjentów z podejrzeniem i rozpoznaniem kardiomiopatii wpłynie na zwiększenie dostępności tych badań w Polsce poprzez wprowadzenie refundacji.

Podkreślono wartość badania elektrokardiograficznego na etapie wstępnej diagnostyki. Chociaż zmiany w EKG są zwykle nieswoiste, to jednak obecność bloków przedsionkowo-komorowych, zmiany okresu repolaryzacji czy nieprawidłowy woltaż zespołów QRS mogą stanowić cenną wskazówkę diagnostyczną. Nie bez znaczenia są proste badania laboratoryjne, które powinny być rozszerzone o specjalistyczne testy w przypadku podejrzenia konkretnej formy kardiomiopatii. W ośrodku referencyjnym, poza echokardiografią, podkreśla się znaczenie badania CMR (klasa IB) i jego powtarzania celem monitorowania przebiegu choroby i znaczenia rokowniczego (klasa IIa, C), a także oceny badaniem CMR krewnych, nosicieli wariantów chorobotwórczych, celem pełniejszej oceny diagnostycznej (klasa IIa, C). U pacjentów z podejrzeniem kardiomiopatii należy rozważyć wykonanie angio-TK tętnic wieńcowych, a nie koronarografii, aby wykluczyć wrodzone anomalie/nabytą chorobę wieńcową jako przyczynę obserwowanych nieprawidłowości (klasa IIa, C). Zaleceniem klasy IB pozostaje wykonanie scyntygrafii kości w diagnostyce amyloidozy, a klasy IIa, C – badanie 18F-FDG-PET w diagnostyce sarkoidozy. Natomiast biopsję endomiokardialną należy rozważyć wtedy, gdy innymi metodami diagnostycznymi nie można rozpoznać zapalenia/spichrzania/nacieczenia tkanki mięśnia sercowego (klasa IIa, C).

Cennym zaleceniem jest mierzenie ciśnienia w tętnicy płucnej i naczyniowego oporu płucnego co 6-12 miesięcy u dzieci z kardiomiopatią restrykcyjną, aby nie przeoczyć możliwości wykonania transplantacji serca (klasa IB).

W wytycznych dotyczących leczenia podsumowano nowoczesne metody farmakologiczne i interwencyjne. Nowością jest zalecenie stosowania inhibitora miozyny sercowej, mavacamtenu jako leku II rzutu w HCM zawężającej. Redukcja przegrody międzykomorowej jest zaleceniem klasy IB u pacjentów z gradientem ≥ 50 mmHg, którzy są w klasie NYHA/Ross III-IV mimo maksymalnej terapii lekowej. Leczenie chirurgiczne preferuje się u dzieci, ale także u dorosłych, jeśli korekty wymagają inne nieprawidłowości, np. zastawki mitralnej (klasa IC).

Ważną częścią wytycznych jest ocena ryzyka nagłego zgonu sercowego w poszczególnych kardiomiopatiach. Autorzy sugerują stosowanie dostępnych w internecie skal ryzyka. Uważam (EKB), że nie doceniono wystarczająco predykcyjnej roli włóknienia w obrębie przegrody międzykomorowej i mięśnia lewej komory w kardiomiopatii przerostowej. Europejczycy eksperci, w przeciwieństwie do amerykańskich, stali na stanowisku, że nie ma wystarczających dowodów na związek między obecnością i/lub rozległością włóknienia a ryzykiem nagłego zgonu sercowego.

Migotanie przedsionków jest najczęstszą arytmia spotykaną u chorych z kardiomiopatią i zasadniczo pogarsza rokowanie. Podkreślono rolę ablacji jako metody bezpiecznej i bardziej skutecznej niż leczenie farmakologiczne. Odniesiono się do ważnego problemu wskazań do leczenia przeciwzakrzepowego. Ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych jest różne w różnych kardiomiopatiach. Jest ono szczególnie wysokie w amyloidozie, kardiomiopatii przerostowej i restrykcyjnej, dlatego w tych chorobach u pacjentów z każdym typem migotania lub trzepotania przedsionków obowiązuje profilaktyczne leczenie przeciwzakrzepowe. W pozostałych kardiomiopatiach powinno się uwzględniać skalę CHA₂DS₂-VASc.

Dokument poświęca wiele miejsca problemowi skoordynowanej opieki nad pacjentem z kardiomiopatią, współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z ośrodkami specjalistycznymi dysponującymi specjalistami w zakresie kardiologii, kardiologii dziecięcej, genetyki klinicznej i laboratoryjnej, bioinformatyków, specjalistów od obrazowania metodami rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej oraz medycyny nuklearnej, a także patologów, którzy są ekspertami w zakresie kardiomiopatii. Podkreślono rolę psychologa klinicznego i pielęgniarza. Zwrócono uwagę na konieczność badania członków rodziny pacjenta oraz organizacji trudnego okresu przejścia spod opieki pediatrycznej do ośrodka dla dorosłych, a także okresowych badań kontrolnych dla „zdrowych” nosicieli patogennych wariantów. ●

Kamizelka defibrylująca w polskiej praktyce klinicznej A.D. 2023



- **Od początku 2020 roku kamizelka defibrylująca (wearable cardioverter defibrillator, WCD) została zastosowana w ramach praktyki klinicznej przez wiodące ośrodki kardiologiczne w Polsce u ponad 160 pacjentów.**
- **Dotychczasowe doświadczenia z zastosowania tej technologii w prewencji nagłego zatrzymania krążenia (NZK) wskazują, że jej rozsądne stosowanie może być odpowiedzią na niezaspokojone potrzeby kliniczne w określonej grupie pacjentów, dla których nie istniała dotąd rozsądna alternatywa terapeutyczna.**
- **Jak informuje Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, trwa procedura administracyjna zmierzająca do objęcia tego świadczenia refundacją systemową w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych.**

WCD: Evidence Based Medicine

LifeVest, zewnętrzny kardiowerter-defibrylator (WCD), to kamizelka zabezpieczająca pacjentów zagrożonych nagłym zgonem sercowym. Rozpoznaje zagrażające życiu szybkie arytmie komorowe i w razie potrzeby automatycznie przerywa je poprzez dostarczenie terapii wysokoenergetycznej. Urządzenie zapewnia czasową i nieinwazyjną ochronę pacjenta w okresie przed podjęciem decyzji o formie docelowego leczenia długoterminowego.

Pierwsza generacja kamizelki defibrylującej uzyskała aprobatę amerykańskiej Food and Drug Administration (FDA) ponad 20 lat temu. Do Europy trafiła już ponad 13 lat temu. W Polsce WCD pojawiła się po raz pierwszy w ramach badania VEST oraz rejestru HEARIT, do których polscy klinicyści włączyli łącznie ponad 700 pacjentów.

W 2019 roku powstała Opinia ekspertów Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zawierająca analizę najważniejszych wskazań do stosowania WCD (Sterliński M. i wsp., Kardiologia Polska 2019; 77, 2: 238–243).

– WCD została uwzględniona w zaleceniach i wytycznych zarówno europejskich, jak i amerykańskich towarzystw kardiologicznych. Jej stosowanie jest zalecane w celu zabezpieczenia pacjentów z podwyższonym ryzykiem nagłego zatrzymania krążenia w sytuacjach, gdy istnieje szansa ustąpienia tego ryzyka, a co za tym idzie, wskazania do leczenia przy użyciu wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów mogą być przemijające. Dotyczy to przede wszystkim przypadków zapalenia mięśnia sercowego czy kardiomiopatii ze szczególnym uwzględnieniem kardiomiopatii płożowej. Kamizelka defibrylująca może być także zabezpieczeniem wybranych chorych z obniżoną funkcją lewej komory ($EF \leq 35\%$) bezpośrednio po zawale mięśnia sercowego czy po zabiegach rewaskularyzacji wieńcowej, zarówno przezskórnej, jak i chirurgicznej. Wreszcie terapia przy użyciu WCD może być zastosowana u chorych oczekujących na implantację docelowego ICD/S-ICD w trakcie diagnostyki lub w okresie antybiotykoterapii po usunięciu takiego urządzenia z powodu infekcji. Inną grupą chorych są pacjenci oczekujący na przeszczepienie serca, u których WCD jest alternatywą dla pomostowego wszczepiania ICD – wyjaśnia dr hab. n. med. Adam Sokal z I Oddziału Kardiologii i Angiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Przewodniczący Elekt Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Polskie doświadczenia z technologią WCD

Od początku 2020 roku do sierpnia 2023 roku technologię WCD zastosowano u ponad 160 pacjentów w blisko 40 wiodących ośrodkach w Polsce.

W omawianym okresie doszło do co najmniej pięciu interwencji terapeutycznych rozumianych jako dostarczenie terapii wysokoenergetycznej w celu przerwania zagrażającej życiu pacjenta arytmii komorowej, a wielu pacjentów, którzy już zakończyli okres zabezpieczenia, nie wymagało dalszego zabezpieczenia jakimkolwiek systemem ze względu na znaczną poprawę stanu zdrowia.

– Pochodzące z polskich ośrodków dane potwierdzają, że wskazania do zastosowania kamizelki defibrylującej zawarte w najnowszych europejskich wytycznych, a także w dokumencie opublikowanym przez Sekcję Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zostały sformułowane adekwatnie do potrzeb klinicznych. Doświadczenia poszczególnych ośrodków wskazują, że poza pacjentami po przebytych zawale serca ze znacznie obniżoną LVEF, na których koncentrowało się badanie VEST, jest wiele innych grup docelowych, które mogą odnieść znaczną korzyść ze stosowania WCD. Niejednokrotnie kamizelka okazała się optymalną formą czasowego zabezpieczenia pacjentów z grupy wysokiego ryzyka nagłego zgonu sercowego. Co warto podkreślić, ponad 60% pacjentów w Polsce, którzy zakończyli już okres zabezpieczenia, utraciło ostatecznie wskazania do wszczepienia układów defibrylujących, co oznacza, że dzięki omawianej technologii uniknęli oni przedwczesnej, niepotrzebnej implantacji – mówi dr hab. n. med. Maciej Kempa, kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii Serca Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca GUMed, Przewodniczący Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Terapia pomostowa do procedury przeszczepienia serca

Niejednokrotnie WCD to jedyna możliwość zapewnienia pacjentowi pełnego bezpieczeństwa w momencie, kiedy implantacja tradycyjnego

układu defibrylującego jest niemożliwa lub obciążona dużym ryzykiem. Przykładem takiej sytuacji może być zastosowanie kamizelki u pacjenta, u którego w sierpniu 2022 roku wykonano pierwsze w Polsce przeszczepienie serca po zabezpieczeniu pomostowym (Bridge to Transplant). Pacjent został zabezpieczony kamizelką defibrylującą w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku.

– Nasz pacjent przez blisko 15 lat zabezpieczony był przezżywnym kardiowerterem-defibrylatorem z powodu zaawansowanej niewydolności serca i związanego z tym ryzyka nagłego zgonu. W tym okresie pierwotnie implantowany układ dwujamowy został rozbudowany do układu resynchronizującego. Z powodu postępu choroby pacjenta zakwalifikowano do procedury przeszczepienia serca. W okresie oczekiwania doszło do rozwoju odektrodowego zapalenia wsierdza, co wiązało się z koniecznością usunięcia dotychczasowego defibrylatora. Po wyleczeniu infekcji ponowna implantacja układu przezżywnego wiązała się z ogromnym ryzykiem jej nawrotu. Ogólny stan pacjenta pozwalał natomiast na wypis ze szpitala i oczekiwanie na przeszczep w warunkach domowych. I w tej właśnie sytuacji zdecydowaliśmy o zastosowaniu WCD celem zapewnienia choremu pełnego bezpieczeństwa. Oprócz ochrony pacjenta w przypadku wystąpienia groźnych arytmii system WCD dostarczał wielu dodatkowych informacji, rejestruje on bowiem takie parametry jak: częstość rytmu, czas noszenia kamizelki, aktywność pacjenta, a przede wszystkim zapis EKG z okresu ewentualnych epizodów arytmicznych. Dane te przekazywane są automatycznie do bezpiecznego serwera i udostępniane upoważnionemu personelowi medycznemu (Zoll Patient Management Network, ZPM). Nasz pacjent korzystał z WCD łącznie przez 69 dni, przy wysokim średnim czasie noszenia wynoszącym 23,83 godziny/dobę. Urządzenie zarejestrowało trzydzieści osiem zdarzeń arytmicznych, jednak żadne z nich nie wymagało dostarczenia terapii wysokoenergetycznej. Pacjent trzykrotnie skorzystał także z możliwości samodzielnego zainicjowania rejestracji EKG, które ujawniły komorowe zaburzenia rytmu. Analiza zapisów pozwoliła na ocenę skuteczności prowadzonej terapii i ewentualnej konieczności jej modyfikacji. Co warto podkreślić, nie rejestrowano żadnych wylądowań nieadekwatnych. Zastosowanie WCD pozwoliło pacjentowi doczekać przeszczepienia serca w warunkach domowych, w gronie rodziny, co ma ogromne znaczenie dla psychiki chorych w tym trudnym okresie. Obecnie pacjent czuje się dobrze i pozostaje w trybie ambulatoryjnym pod opieką naszego ośrodka. Przytoczony przykład potwierdza, jak wiele różnych sytuacji klinicznych może być wskazaniem do zastosowania systemu WCD – podsumowuje dr hab. n. med. Maciej Kempa.

Niewydolność serca i zapalenie mięśnia sercowego

W Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA w Warszawie od początku 2020 roku kamizelka defibrylująca została zastosowana do zabezpieczenia siedmiorga pacjentów.

– Interesującym przykładem zastosowania kamizelki defibrylującej był pacjent zabezpieczony przy użyciu tej technologii w Pododdziale Niewydolności Serca i Transplantologii kierowanym przez prof. Agnieszkę Pawlak, u którego

kamizelka dwukrotnie skutecznie dostarczyła terapię wysokoenergetyczną, przerywając migotanie komór. 26-letni aktywny pacjent trafił do Kliniki Kardiologii PIM po przebytych incydencie sercowym, gdzie zdiagnozowano u niego zapalenie mięśnia sercowego, LVEF 38% oraz liczne arytmie komorowe. Mimo intensywnego leczenia farmakologicznego konieczne było dwukrotne przedłużenie okresu zabezpieczenia kamizelką defibrylującą w nadziei na ustąpienie wskazań, zwłaszcza ze względu na młody wiek pacjenta i jego specyficzny zawód wymagający aktywności fizycznej, często podejmowanej w trudnych warunkach (układ wszczepiony na stałe zwykle eliminuje pacjentów z tego rodzaju aktywności zawodowej). Całkowity czas noszenia kamizelki wyniósł 187 dni przy średniej dobowej na poziomie 23,39 godziny/dzień. Przez cały ten okres pacjent bardzo dobrze współpracował i stosował się do zaleceń. Pierwsza terapia 150J została dostarczona z WCD w 145. dniu zabezpieczenia i tym samym potwierdziła konieczność trwałego zabezpieczenia pacjenta urządzeniem wszczepialnym. Wszczepienie S-ICD zaplano-

wano w pobliskim szpitalu w najbliższym możliwym terminie, a pacjent pozostał zabezpieczony kamizelką na czas oczekiwania. W 184. dobie stosowania kamizelki defibrylującej, tuż przed wyznaczonym terminem zabiegu, nastąpiła druga terapia wysokoenergetyczna, ponownie przerywając groźne migotanie komór. Z całą pewnością możliwość zabezpieczenia naszego pacjenta kamizelką defibrylującą dała nam szansę na podjęcie próby leczenia i uniknięcie wszczepienia urządzenia na stałe. Co więcej, dwukrotnie uratowała choremu życie – mówi prof. dr hab. n. med. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Możliwości zastosowania klinicznego WCD w polskim systemie opieki zdrowotnej

Kamizelka defibrylująca funkcjonuje jako kompleksowa usługa czasowego zabezpieczenia pacjentów z istotnym ryzykiem nagłego zgonu sercowego (NZS). Jak informuje Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, trwa procedura admi-

nistracyjna zmierzająca do objęcia refundacją tego świadczenia dla wybranych grup pacjentów w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych.

– Do momentu włączenia usługi zabezpieczenia pacjentów z zastosowaniem kamizelki defibrylującej do koszyka świadczeń gwarantowanych oraz uzyskania pełnej systemowej refundacji w tym zakresie konieczne jest stosowanie dotychczasowego rozwiązania, polegającego na każdorazowym składaniu wniosku o indywidualne rozliczenie kosztów leczenia do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pierwszy formalny wniosek do Funduszu został złożony przez I Klinikę Kardiologii UMP w Poznaniu we wrześniu 2020 roku. Celem było zabezpieczenie pacjentki z kardiomiopatią okołoporodową. Wniosek ten został pozytywnie zaopiniowany przez ówczesnego konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii, prof. Jarosława Kaźmierczaka, a odpowiedź Narodowego Funduszu Zdrowia Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego w Poznaniu wskazywała na możliwą ścieżkę uzyskania zwrotu kosztu zabezpieczenia pacjenta kamizelką defibrylującą poprzez złożenie

wniosku o rozliczenie indywidualnych kosztów leczenia. Istotną kwestią jest prawidłowy dobór pacjenta oraz uzasadnienie konieczności jego zabezpieczenia przed nagłym zgonem sercowym z zastosowaniem kamizelki defibrylującej przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania innego rozwiązania dostępnego w koszyku świadczeń gwarantowanych. W tym roku zostały podjęte formalne działania mające na celu doprowadzenie do refundacji tego świadczenia dla wybranych grup pacjentów w polskim systemie ochrony zdrowia w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Jako Polskie Towarzystwo Kardiologiczne mamy nadzieję, że proces zakończy się pomyślnie i pacjenci wymagający czasowego zabezpieczenia kamizelką defibrylującą przed nagłym zgonem sercowym będą mieli otwarty dostęp do tego świadczenia zdrowotnego – mówi prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski z I Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. ●

Marta Sułkowska

Czwartek, 28 września

14:00 - 15:30 PCC Sala Ziemi A

Wielka debata na temat obecnego stanu i przyszłych perspektyw w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych

Wspólna sesja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Sesja specjalna

Przewodniczący: P. Mitkowski (Poznań), F. Weidinger (Wiedeń), R. Gil (Warszawa)

Panel dyskusyjny: R. Byrne (Dublin), A. Witkowski (Warszawa), A. Budaj (Warszawa), J. Legutko (Kraków), M. Grygier (Poznań), M. Farkowski (Warszawa), P. Jankowski (Kraków)

Rozwój i aktualny stan sieci szpitali leczących OZW w Polsce
R. Gil (Warszawa)

Opieka nad pacjentami z ostrym zawałem mięśnia sercowego – kluczowe informacje z rejestrów ESC EORP STEMI i NSTEMI
J. Legutko (Kraków)

Innowacyjna opieka po zawale mięśnia sercowego w Polsce
P. Jankowski (Kraków)

Kluczowe nowe zalecenia zawarte w wytycznych ESC z 2023 r. dotyczących ostrych zespołów wieńcowych
R. Byrne (Dublin)

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu OZW – wezwanie przewodniczącego ESC do podjęcia działań
F. Weidinger (Wiedeń)

Panel dyskusyjny

Sobota, 30 września

9:00 - 10:30 Pawilon 7 Sala 1.G

Rok w medycynie sercowo-naczyniowej

Wspólna sesja „European Heart Journal” i „Kardiologii Polskiej” – spotkanie z redakcją

Sesja specjalna

Przewodniczący: A. Undas (Kraków), F. Crea (Rzym), P. Seferovic (Belgrad), P. Mitkowski (Poznań)

Przegląd najważniejszych doniesień z „European Heart Journal”
F. Crea (Rzym)

Przegląd najważniejszych doniesień z „Kardiologii Polskiej”
A. Undas (Kraków), G. Gajos (Kraków)

Najważniejsze artykuły z Europy Środkowo-Wschodniej opublikowane w „European Heart Journal”
P. Seferovic (Belgrad)

O co zawsze chciałam zapytać redaktora naczelnego?
A. Tymińska (Warszawa)

Odpowiedzi na pytania publiczności



SERDECZNIE ZAPRASZAMY NA SESJĘ FIRMY AMGEN

LIBIDO A LIPIDY
I INNE DYLEMATY PACJENTÓW
PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO

DATA:
29.09.2023
GODZINA:
8:00
MIEJSCE:
HUB 1

AMGEN



Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



@PTKardio



PTKardio PL



KongresPTK

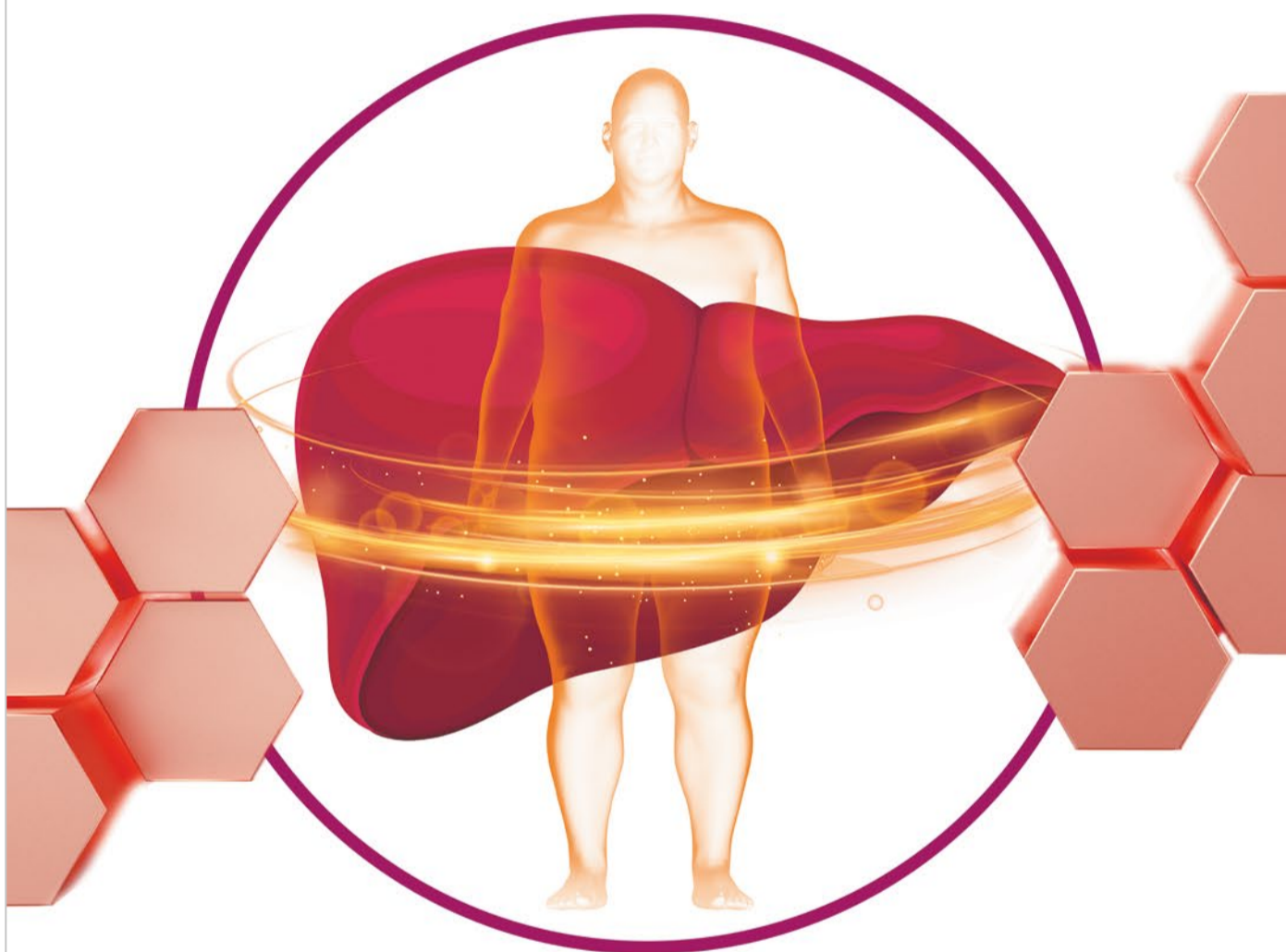


@KongresPTK

PROURSAN[®]

acidum ursodeoxycholicum (UDCA)

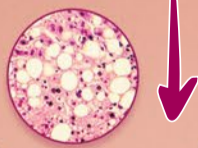
WIĘCEJ NIŻ HEPATOPROTEKCJA¹



Istotna redukcja
wartości²

ALT ↓ GGTP
AST ↓ AP

Zmniejszenie
stłuszczenia
wątroby³



Hamowanie
wchłaniania
cholesterolu⁴



PRO.MED.PL
Sp. z o.o.

Prousan, 250 mg

Skład: 1 kapsułka zawiera 250 mg kwasu ursodeoksycholowego. **Postać farmaceutyczna:** biała, twarda kapsułka żelatynowa zawierająca białe granulat. **Wskazania:** Pierwotne zapalenie dróg żółciowych u pacjentów bez zdekompenzowanej marskości wątroby. Leczenie chorób wątroby o różnej etiologii w przypadku braku wskazań do innych rekomendowanych terapii. Zapalenie błony śluzowej żołądka spowodowane zarzucaniem żółci. Rozpuszczanie cholesterolowych kamieni żółciowych o średnicy nie przekraczającej 15 mm, przepuszczalnych dla promieni rentgenowskich, u pacjentów, u których pomimo obecności kamieni czynność pęcherzyka żółciowego jest zachowana. Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą u dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat. **Przeciwwskazania:** produktu leczniczego Prousan nie należy stosować u pacjentów z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, niedrożnością dróg żółciowych (niedrożność przewodu żółciowego wspólnego lub przewodu pęcherzykowego), częstymi epizodami kolki żółciowej, zwapieniami kamieniami żółciowymi widocznymi w promieniach rentgenowskich, osłabioną kurczliwością pęcherzyka żółciowego, nadwrażliwością na kwasy żółciowe lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, po nieudanym zabiegu portoenterostomii lub braku uzyskania poprawy w przepływie żółci u dzieci z niedrożnością dróg żółciowych. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** parametry czynności wątroby AspAT (GOT), ALAT (GTP) i γGT należy kontrolować co 4 tygodnie przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. Poza identyfikacją pacjentów odpowiadających i nieodpowiadających na leczenie wśród pacjentów leczonych z powodu pierwotnego zapalenia dróg żółciowych to monitorowanie umożliwia również wczesne wykrywanie potencjalnego uszkodzenia wątroby, szczególnie u pacjentów z zaawansowanym pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych. W przypadku stosowania produktu Prousan do rozpuszczania cholesterolowych kamieni żółciowych: z myślą o ocenie skuteczności leczenia i wczesnym wykryciu zwapienia w obrębie złożeń żółciowych, należy wykonać badanie radiologiczne pęcherzyka żółciowego (cholecystografie doustną) po 6–10 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, w zależności od średnicy złożeń. Produktu Prousan nie należy stosować, jeśli: pęcherzyk żółciowy jest niewidoczny na zdjęciu rentgenowskim, występują zwapienia w obrębie złożeń, czynność skurczowa pęcherzyka żółciowego jest zaburzona lub często występuje kolka żółciowa. Stosowanie w leczeniu zaawansowanej pierwotnej żółciowej marskości wątroby: bardzo rzadko obserwowano dekomensację marskości wątroby, która ulegała częściowej regresji po przerwaniu leczenia. W razie wystąpienia biegunki dawkę należy zmniejszyć, a w przypadku uporczywej biegunki leczenie należy przerwać. Produktu Prousan nie należy stosować równocześnie z kolestyraminą, kolestypolem lub lekami zobojętniającymi kwas solny zawierającymi wodorotlenek glinu i (lub) inne związki glinu (tlenek glinu). Wymienione substancje wiążą kwas ursodeoksycholowy w jelicie i uniemożliwiają jego wchłanianie, co powoduje, że leczenie jest nieskuteczne. Jeśli stosowanie produktu zawierającego jedną z wymienionych substancji jest konieczne, Prousan należy przyjmować dwie godziny przed lub dwie godziny po zastosowaniu tego produktu. Prousan może nasilać wchłanianie cyklosporyny z jelita. U pacjentów leczonych cyklosporyną należy kontrolować jej stężenie w krwi, a w razie konieczności skorygować dawkę cyklosporyny. W pojedynczych przypadkach, Prousan może zmniejszać wchłanianie cyprofloksacynu. Wykazano, że kwas ursodeoksycholowy zmniejsza stężenie maksymalne w osoczu nifedypiny. Donoszono także o interakcji ze zmniejszeniem efektu terapeutycznego dapsonu. Hormony estrogenowe oraz leki obniżające poziom cholesterolu we krwi, takie jak klofibrat mogą nasilać kamieć żółciową, co jest działaniem przeciwnym do działania kwasu ursodeoksycholowego stosowanego w celu rozpuszczania kamieni żółciowych. **Cięża i karmienie piersią:** produktu Prousan nie należy stosować w ciąży bez wyraźnej konieczności. Kobiety w wieku rozrodczym powinny przyjmować ten produkt tylko z równoczesnym stosowaniem skutecznych metod zapobiegania ciąży. Zaleca się stosowanie metod niehormonalnych lub doustnych środków antykoncepcyjnych o niskiej zawartości estrogenów. Produktu Prousan nie należy stosować w okresie karmienia piersią. **Działania niepożądane:** często zgłaszano występowanie jasnych stolców lub biegunki podczas przyjmowania kwasu ursodeoksycholowego. Bardzo rzadko podczas leczenia pierwotnego zapalenia dróg żółciowych występował silny ból w prawym górnym kwadrancie brzucha. W bardzo rzadkich przypadkach może dojść do zwapienia kamieni żółciowych. W trakcie leczenia ciężkiego pierwotnego zapalenia dróg żółciowych obserwowano bardzo rzadko przypadki nasilenia objawów marskości wątroby, które częściowo ustępowały po odstawieniu leku. Bardzo rzadko może wystąpić pokrzywka. **Dawkowanie i sposób podawania:** dawkę zalecaną w rozpuszczaniu cholesterolowych kamieni żółciowych u dorosłych jest 2–5 kapsulek na dobę, w zależności od masy ciała (10 mg/kg mc. na dobę). Całą dawkę należy podawać jednorazowo wieczorem przed snem. Zaleca się następujący schemat dawkowania: osoby o mc. do 60 kg – 500 mg (2 kaps.), osoby o mc. 60–80 kg – 750 mg (3 kaps.), osoby o mc. 80–100 kg – 1000 mg (4 kaps.), osoby powyżej 100 kg – 1250 mg (5 kaps.). Długość leczenia oraz jego skuteczność zależą od wielkości kamieni żółciowych. Trwa ono od pół roku do dwóch lat. Leczenie należy przerwać, jeśli kamienie nie ulegną zmniejszeniu w ciągu roku. W zapaleniu błony śluzowej, spowodowanym zarzucaniem żółci, zaleca się stosowanie jednej kapsułki na dobę (250 mg), podawanej wieczorem przed snem. Długość leczenia w tym wskazaniu wynosi od 10 do 14 dni. W pierwotnym zapaleniu dróg żółciowych u pacjentów bez zdekompenzowanej marskości wątroby stosuje się 14 ± 2 mg/kg mc. Przez pierwsze 3 miesiące leczenia, produkt Prousan należy przyjmować trzy razy na dobę w dawkach podzielonych. Gdy parametry czynnościowe wątroby ulegną poprawie, dawka dobową może być przyjmowana raz na dobę wieczorem. Leczenie chorób wątroby o różnej etiologii w przypadku braku wskazań do innych rekomendowanych terapii stosuje się 14 ± 2 mg/kg mc. Dzieci i młodzież w wieku od 6 do 18 lat z mukowiscydozą: 20 mg/kg mc. na dobę w 2–3 dawkach podzielonych. W razie konieczności dawkę można zwiększyć do 30 mg/kg mc. na dobę. Kapsułki należy połykać bez rozgryzania, popijając odpowiednią ilością płynu. **Dostępne opakowania:** Prousan 250 mg x 30 kaps., Prousan 250 mg x 50 kaps., Prousan 250 mg x 90 kaps., Prousan 250 mg x 100 kaps. MZ-Nr pozw. na dop. do obr.: 10457. **Podmiot odpowiedzialny:** PRO. MED.CS. Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Republika Czeska. **Informacji udziela:** PRO.MED.PL Sp. z o.o. Al. Korfantego 141, 40-154 Katowice, www.prousan.pl ChPL z dn. 20.04.2023. **Cena urzędowa detaliczna:** 93,50 zł. **Maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta:** 41,94 zł. Lek wydawany za odpłatnością 30% do wysokości limitu we wskazaniach: zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą, pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby. Cena urzędowa detaliczna oraz maksymalna kwota dopłaty ponoszonej przez pacjenta zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

1. Zgodnie z ChPL Prousanu 250 mg, zatw. dn. 20.04.2023, poza działaniem cytoprotekcyjnym i poprawą czynności wydzielniczej hepatocytów Prousan hamuje wchłanianie cholesterolu.

2. Simental-Mendía et al. Effect of ursodeoxycholic acid on liver markers: A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled clinical trials. Br J Clin Pharmacol. 2020; 86: 1476-1488.

3. Troisi G. et al. The treatment with Ursodeoxycholic Acid in elderly patients affected by NAFLD and Metabolic Syndrome: A case-control study. Clin. Ter. 2013; 164 (3): 203-207.

4. Charakterystyka Produktu Leczniczego Prousan 250 mg, zatw. 20.04.2023.

PRU-R1-08-2023

Digital Cardio Area

KOMISJA DS. E-ZDROWIA, TELEMEDYCYNY I SZCZEGÓLNEJ INTELIGENCJI POLSKIE TOWARZYSTWO KARDIOLOGICZNE

KONKURS

na najbardziej efektywne wdrożenie rozwiązania z zakresu e-zdrowia w placówce medycznej wspomagającego opiekę nad pacjentem kardiologicznym, prezentowane podczas XXVII Międzynarodowego Kongresu PTK.

Final Konkursu oraz przyznanie nagrody głównej i specjalnej: **28 września 2023 r.** podczas Uroczystej inauguracji Kongresu.

Prezentacje zgłoszeń konkursowych na żywo podczas Kongresu PTK: czwartek, 28 września 2023, Pawilon 7A HUB, od godziny 10:30 oraz na stronie: kongres2023.ptkardio.pl/dca

Sponsor strefy DCA: **TELEMEDYCYNĄ POLSKĄ**

Partner konkursu: **RADICAL HEALTH FESTIVAL HELSINKI 2024**

Powered by: **GRUPA CASUS BTL**

Kongres PTK 2023

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:

Boehringer Ingelheim **SERVIER** moved by you

suplement diety **LipiForma plus**

*** UTRZYMANIE PRAWIDŁOWEGO STĘŻENIA CHOLESTEROLU WE KRWI**

WJEŹDŹA NOWY SQUAD!

Polikosanol
Zawiera mieszaninę alkoholi alifatycznych uzyskanych z trzciny cukrowej, wspomagających dietę niskocholesterolową

Monakolina K
Naturalna statyna z czerwonych drożdży z ryżu

***Ekstrakt z czosnku**
Pomaga w utrzymaniu prawidłowego stężenia cholesterolu we krwi

LipiForma plus

1. EFSA: Lista pending opublikowana na podstawie Rozporządzenia nr 432/2012.
2. Wytyczne PTL XL/PLW/PTK/PTOL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021. Lekarz P02.4/2021.

ZALECANE SPOŻYCIE: Korzystne działanie występuje po spożyciu 1 kapsułki dziennie, najlepiej wieczorem, podczas posiłku lub tuż po posiłku. Nie należy przekraczać zalecanej dawki spożycia (diennej porcji). **OSTRZEŻENIA:** Uwaga! Niniejszy produkt nie powinien być spożywany przez kobiety w ciąży lub kobiety karmiące piersią, dzieci w wieku poniżej 18 lat i osoby dorosłe w wieku powyżej 70 lat. Należy zwrócić się o poradę do lekarza w sprawie spożycia tego produktu w przypadku wystąpienia jakichkolwiek problemów zdrowotnych. Nie należy spożywać, jeśli zazwyczaj leki obniżające poziom cholesterolu. Nie należy spożywać, jeśli już spożywasz inne produkty zawierające siłerniowany czerwony ryż. Nie należy spożywać, jeśli masz chorobę wątroby. Nie należy stosować u osób z czynną chorobą wrzodową lub z utrzymującą się zwiększoną aktywnością aminotransferaz w surowicy krwi o niewyjaśnionej etiologii. Przed rozpoczęciem przyjmowania produktu LipiForma Plus konieczna jest konsultacja lekarska i określenie stężenia cholesterolu we krwi. Należy również skonsultować się z lekarzem w przypadku stosowania długotrwałe jakiegokolwiek leku. W czasie stosowania produktu nie należy spożywać soku grejpfrutowego. Zrównowagowany sposób żywienia i zdrowy tryb życia są ważne dla utrzymania prawidłowego stanu zdrowia. Suplement diety nie może być stosowany jako substytut (zamiennik) zróżnicowanej diety. Suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety. Suplement diety nie ma właściwości leczniczych.

Suplement diety **LipiForma BERGAMIA**

SIŁA SYNERGII NATURALNYCH SKŁADNIKÓW¹

Polifenole z bergamoty
Citrus bergamia
266,67 mg, standaryzowany na 60% zawartość POLIFENOLI BPF: 160 mg

Monakolina K
z czerwonych drożdży z ryżu
~3 mg

Ekstrakt z czosnku*

LipiForma BERGAMIA
30 tabletek
1x

NOWOŚĆ! WZMOCNIONY WARIANT**

*** UTRZYMANIE PRAWIDŁOWEGO STĘŻENIA CHOLESTEROLU I GLUKOZY WE KRWI**

1. Izabela Osródek, Monakolina K i wyyciąg z owoców bergamoty. Jaka jest ich rola w leczeniu dyslipidemii? 31.01.2022. www.aptekarzypolski.pl; * Ekstrakt z czosnku; ** Skład produktu skomponowany w oparciu o ekstrakt z owoców bergamoty Citrus bergamia, wzbogacony o monakolinę K – dwa składniki przebadane naukowo o potwierdzonym wspomagającym działaniu hipolipemizującym.

Suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety. Suplement diety nie ma właściwości leczniczych.

AUROVITAS **e-lipidy.pl** **SUPLEMENT DIETY**

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

Komitet Organizacyjny:
Prof. dr. hab. n. med. Przemysław Mitkowski
Prof. dr hab. n. med. Romuald Ochotny
Prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak

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 Kaczmarek
Bartosz Szymański
Grupa casusBTL

Skład i opracowanie graficzne:
Marcin Płuska

Obsługa fotograficzna:
Marcin Bany

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.