

XXVII Międzynarodowy Kongres

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Poznań, 28-30 września 2023 r.



Warszawa, 5 października 2023 r.

Materiał prasowy

XXVII Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

„Wspólnie dla serca”

Choroby układu krążenia nadal są pierwszą przyczyną zgonów w Polsce, podczas gdy w Europie Zachodniej zarówno u populacji poniżej 65. roku życia, jak i w całej populacji jako główna przyczyna zgonów zaczynają dominować choroby nowotworowe. W pewnym sensie „poradzono” tam sobie z chorobami układu sercowo-naczyniowego, a ponieważ społeczeństwo żyje dłużej, to w związku z tym zapadalność na choroby nowotworowe może być nieco większa. We Francji kobiety mają mniej więcej takie samo ryzyko zgonu z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego jak z powodu nowotworu, a mężczyźni nawet większe ryzyko zgonu z przyczyn onkologicznych niż kardiologicznych. W Polsce nadal musimy prowadzić działania, by zmniejszyć liczbę przedwczesnych zgonów z powodu chorób serca – powiedział prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego podczas uroczystego otwarcia XXVII Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Poznaniu.

Dlatego też w myśl tegorocznego hasła Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Wspólnie dla serca” należy podjąć działania systemowe, aby zmniejszyć te statystyki – co z kolei odzwierciedla motto Kongresu „Od poradni do kliniki”.

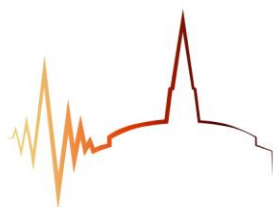
Aktualizacja wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) na rok 2023

Jednym z najbardziej oczekiwanych doniesień na Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego są prezentacje nowych wytycznych (ang. guidelines) w kardiologii. Wytyczne te zostały ogłoszone podczas sierpniowego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, skr. ESC) w Amsterdamie – jednego z najważniejszych spotkań kardiologów na świecie.

Tegoroczne wytyczne dotyczą:

- ostrych zespołów wieńcowych;
- kardiomiopatii;
- chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy;
- infekcyjnego zapalenia wsierdzia.

Zostały też zaktualizowane wytyczne z 2021 roku dotyczące niewydolności serca.



XXVII Międzynarodowy Kongres

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Poznań, 28-30 września 2023 r.



Wytyczne ESC dotyczące postępowania z pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi 2023

Komentarz: prof. dr hab. med. Adam Witkowski, Kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej w Aninie, Narodowy Instytut Kardiologii

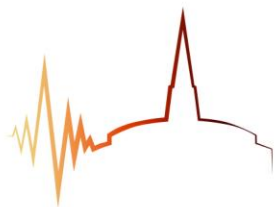
Ogłoszone podczas Kongresu ESC tegoroczne wytyczne postępowania z pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW) obejmują, co jest nowym ujęciem tego zagadnienia, wszystkie rodzaje OZW, a więc ostry zawał serca z uniesieniem i bez uniesienia odcinka ST w elektrokardiogramie (STEMI i NSTEMI) oraz niestabilna choroba wieńcowa (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. Sprzyja to moim zdaniem spójności merytorycznej obecnej edycji wytycznych. Drugą istotną i ważną 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 o ile tylko to jest możliwe 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 przyczynie ostrego zawału serca, wykonania zabiegu przezskórnej 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 m.in. zaliczyć 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. Na zakończenie należy z dużą satysfakcją odnotować, że współautorką wytycznych jest p. prof. Ewa Jankowska, a recenzentem z ramienia PTK i ESC piszący te słowa.

Wytyczne ESC dotyczące kardiomiopatii

Komentarz: Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Katarzyna Biernacka, Kierownik Poradni Wad Wrodzonych Serca i Zaburzeń Rytmu o Podłożu Genetycznym, Klinika Wad Wrodzonych Serca, Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

Wytyczne ESC z 2023 r. dotyczące kardiomiopatii są pierwszym dokumentem całościowo poświęconym tej tematyce. Przedstawiono w nim nową klasyfikację kardiomiopatii, opartą na fenotypie, nie etiologii. Poza kardiomiopatią przerostową, rozstrzeniową, arytmogenną kardiomiopatią prawej komory i restrykcyjną wyróżniono nierozstrzeniową kardiomiopatią lewej komory. W klasyfikacji nie uwzględniono tzw. kardiomiopatii arytmogennej, mięśnia niescalonego, zespołu Takotsubo i kanałopatii.



XXVII Międzynarodowy Kongres

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Poznań, 28-30 września 2023 r.



Podkreślono konieczność kompleksowej opieki nad chorym z kardiomiopatią i jego rodziną, uwzględniono różnice w opiece pediatrycznej. W diagnostyce położono nacisk na badania genetyczne i obrazowe, w tym szczególnie rezonans magnetyczny z kontrastem. Stratyfikację ryzyka nagłego zgonu sercowego powinno się opierać na dostępnych skalach ryzyka. Ablacja jako zabieg bezpieczny i skuteczny, powinna być rozważana w przypadku migotania przedsionków. Przystawiono wskazania do leczenia przeciwzakrzepowego. Uwzględniono wskazania do stosowania najnowszych leków, w tym inhibitora miozyny w kardiomiopatii przerostowej.

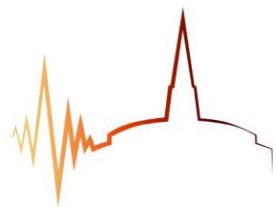
Wytyczne ESC dotyczące leczenia chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą

Komentarz: Prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak, Kierownik Katedry i I Kliniki Kardiologii Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM, Poznań

Pacjenci z cukrzycą należą do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej i uszkodzenia nerek, bez względu na jakość kontroli glukozy we krwi. Dlatego należy zaraz po rozpoznaniu cukrzycy wdrożyć postępowanie mające na celu obniżenie tego ryzyka. Będzie to, przede wszystkim modyfikacja stylu życia, a także właściwe leczenie farmakologiczne.

Najważniejsze zalecenia

- W związku z częstym współistnieniem chorób, należy u wszystkich pacjentów z rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową (SN) aktywnie poszukiwać cukrzycy typu 2 (T2D), np. oznaczyć stężenie glukozy na czczo lub HbA1c. U osób z T2D należy ocenić czy nie występują wykładniki choroby SN.
- U wszystkich pacjentów z T2D bez rozpoznanej SN należy oceniać 10-letnie ryzyko jej wystąpienia, posługując się nową skalą ryzyka SCORE2-Diabetes. W zależności od ustalonego ryzyka zostaną dobrane leki przeciwcukrzycowe. Bez względu na skuteczność w redukcji poziomu glukozy, priorytet mają leki o korzystnym działaniu na serce i nerki.
- U pacjentów z rozpoznaną chorobą SN i/lub uszkodzeniem nerek w przebiegu cukrzycy, należy włączyć leki z grupy inhibitorów receptora SGLT2 (flozyny) i/lub agonistów receptora GLP-1 (GLP-1a), bez względu na poziom glukozy we krwi i rodzaj dotychczas stosowanych leków przeciwcukrzycowych.
- U pacjentów z grupy bardzo wysokiego lub wysokiego ryzyka w skali SCORE2-Diabetes, także należy stosować powyższe leki. W przypadku konieczności stosowania dodatkowych leków obniżających poziom glukozy należy preferować te o uodwodnionych korzyściach sercowo-naczyniowych, a jeśli nadal potrzeba kolejnego leku to powinien to być lek, co do którego wykazano brak niekorzystnego działania na serce.
- W zależności od skali ryzyka należy odpowiednio obniżyć poziom cholesterolu LDL. U pacjentów z rozpoznaną chorobą SN lub w grupie bardzo wysokiego ryzyka, poziom ten należy obniżyć poniżej 55 mg/dl (1,4 mmol/l). Zalecane skurczowe ciśnienie tętnicze u pacjentów z T2D powinno być niższe niż 130 mm Hg (u pacjentów > 65 lat, niższe niż 140 mm Hg)
- U pacjentów T2D i niewydolnością serca należy włączyć flozyny, bez względu na stopień uszkodzenia serca.
- U pacjentów T2D i przewlekłą chorobą nerek należy włączyć flozyny i finerenon, nowy lek hamujący postęp uszkodzenia nerek



Wytyczne ESC dotyczące infekcyjnego zapalenia wsierdza

Komentarz: Prof. dr hab. n. med. Jarosław Drożdż, Kierownik II Kliniki Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Nowe wytyczne ESC/PTK postępowania w infekcyjnym zapaleniu wsierdza (IZW) stanowią wyczerpujące omówienie wielu aspektów tej rzadkiej, ale bardzo groźnej choroby serca. Pomimo postępów diagnostyki, antybiotykoterapii i kardiochirurgii śmiertelność nadal sięga 25%, i to przy wczesnym rozpoznaniu i wdrożonym adekwatnym leczeniu. Późne rozpoznanie i nieoptymalne leczenie zdecydowanie zwiększają ten odsetek, który wówczas zbliża się do 100%. W powyższym dokumencie znajdziemy wiele wskazówek praktycznych, które są ukierunkowane na poprawę rokowania.

Jedną z najważniejszych decyzji w tym względzie jest konsekwentne wdrożenie regionalnych multidyscyplinarnych zespołów **Endocarditis Team** prowadzących pacjentów od momentu podejrzenia IZW poprzez wybór farmakoterapii i trudną, ale niezwykle istotną decyzję wyboru momentu leczenia operacyjnego. O ich skuteczności decyduje profesjonalny skład zespołu, wieloletnie doświadczenie kliniczne, spektrum posiadanej wiedzy oraz determinacja i szybkość wdrażania zaleceń.

Trzy nowe elementy tego dokumentu wymagają specjalnej uwagi:

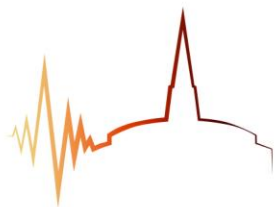
1. **nowe techniki obrazowania IZW**. Dotychczas rekomendowane było jedynie badanie echokardiograficzne, zwłaszcza przezprzetykowe. Wegetacje na płatkach zastawki mają tak charakterystyczny obraz i ruchomość, że wstępne rozpoznanie wymaga jednego spojrzenia. Potwierdzenie, identyfikacja powikłań i dysfunkcją zastawki zajmuje znacznie więcej czasu, ale jest to możliwe do wykonania w ciągu 30 minut.

W nowych wytycznych listę metod diagnostycznych uzupełniono o tomografię komputerową oraz 18F-PET-CT z takim samym poziomem rekomendacji, jak badanie echokardiograficzne. Dodatkową techniką rozpoznawania IZW stała się także scyntygrafia z użyciem znakowanych leukocytów. Tu zalecam pozyskanie najpierw własnych doświadczeń wśród pacjentów z potwierdzonym, a także wykluczonym procesem zapalnym. Aplikacja kliniczna nowych technik obrazowania w praktyce może nie być taka prosta, jak w przypadku echokardiografii.

2. **poszerzony zakres wskazań i szybkość operacyjnego leczenia IZW**. Nowe wytyczne ujmują to w następujący sposób „jeśli istnieją wskazania do operacji kardiochirurgicznej, należy ją wykonać niezwłocznie”. Podkreślano, że gdy mamy już podjętą decyzję o leczeniu operacyjnym, czekanie nie przynosi uchwytnej korzyści. Już 10 milimetrowa wegetacja na płatkach zastawki powinna być leczona operacyjnie, o ile nie ma do niego bezwzględnych przeciwwskazań.

Gdy dochodzi do niedokrwiennego udaru mózgu, a szczególnie przemijającego ataku niedokrwiennego (TIA), nowe wytyczne nie widzą powodu do opóźniania leczenia kardiochirurgicznego. Nawet udar krwotoczny nie stanowi przeciwwskazania do leczenia operacyjnego, jeśli towarzyszy temu zaawansowany stan hemodynamiczny spowodowany IZW, niekontrolowana infekcja bądź nadal utrzymujące się duże ryzyko kolejnego epizodu zatorowego. Świadczy o tym np. nadal obecna wegetacja > 10 mm w badaniu echokardiograficznym.

3. **domowe leczenie wybranych chorych z IZW niskiego ryzyka**. W dokumencie ściśle opisano wskazania i formę leczenia domowego z podawaniem długofalowo antybiotyków. Konieczne jest wykluczenie



XXVII Międzynarodowy Kongres

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Poznań, 28-30 września 2023 r.



szeregu przeciwwskazań, potwierdzenie stabilnego stanu pacjenta, odpowiedni typ patogenu i jego lokalizacja, ale już od 10 dnia od rozpoznania część chorych może pozostać w domu. W wybranych przypadkach może to stanowić tańszą i bezpieczniejszą alternatywę długoterminowej hospitalizacji.

Gdybym miał jednak wskazać na jeden element, który ma szansę potencjalnie wpłynąć na trudną sytuację w zakresie tej bardzo groźnej choroby, zaleciłbym prostą i skuteczną metodę zapobiegania wystąpieniu IZW- badanie stomatologiczne u każdego pacjenta co najmniej raz w roku. Naturalnie połączone z pełną sanacją jamy ustnej.

Podczas Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zostały wskazane główne priorytety systemowe w kardiologii:

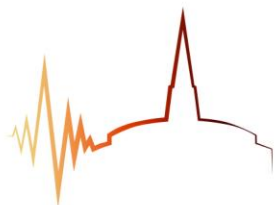
- zlikwidowanie limitów w procedurach kardiologicznych i kardiochirurgicznych
- rozszerzenie Sieci Kardiologicznej na teren całego kraju
- przyspieszenie wprowadzania nowych technologii medycznych o potwierdzonej skuteczności do refundacji nie tylko lekowych, ale również w zakresie wyrobów medycznych
- zwiększenie efektywności profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób układu krążenia w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego
- promowanie mało inwazyjnych metod diagnostyki i leczenia interwencyjnego chorób układu krążenia
- promowanie i wdrażanie koordynowanej opieki nad pacjentem kardiologicznym w poszczególnych jednostkach i zespołach chorobowych

Nowy Zarząd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego - kadencja 2023-2025

W trakcie XXVII Międzynarodowego Kongresu PTK w Poznaniu odbyło się Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, podczas którego wyłoniono nowe władze Towarzystwa.

Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil, Kierownik Kliniki Kardiologii w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA w Warszawie, dotychczasowy Prezes-elekt został nowym Prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Zastąpił on kończącego kadencję prof. dr. prof. n. prof. Przemysława Mitkowskiego, który będzie pełnił w nowym Zarządzie funkcję Poprzedniego Prezesa. Wybrano również nowego Prezesa-elekta Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, którym został prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka, Kierownik Kliniki i Oddziału Kardiologii USK UO w Opolu i Dyrektor Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego.

Tegoroczny Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego został objęty Patronatem Honorowym Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Prezesa Agencji Badań Medycznych, Prezydenta Miasta Poznania, Marszałka Województwa Wielkopolskiego oraz JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.



XXVII Międzynarodowy Kongres

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Poznań, 28-30 września 2023 r.



Polskie Towarzystwo Kardiologiczne jest jednym z najdłużej funkcjonujących towarzystw naukowych w Polsce. Założono je ponad 60 lat temu. Organizacja liczy blisko 6 tys. członków. PTK aktywnie działa w ramach struktur Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz World Heart Federation. Głównym celem PTK jest promowanie profilaktyki i zwalczania chorób serca i naczyń poprzez zaangażowanie się w innowacyjne rozwiązania, umożliwiające rozwój i edukację zarówno kadry medycznej, jak i społeczeństwa. Oficjalnym pismem PTK jest miesięcznik Kardiologia Polska. Prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2023-2025 jest prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil, który rozpoczął swoją kadencję od 1 października 2023 r.

Więcej informacji udzielą Państwu:

Anna Pająk, tel. 605 302 336

e-mail: rzecznik@ptkardio.pl