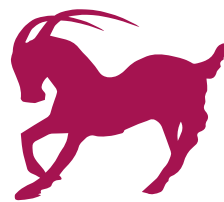
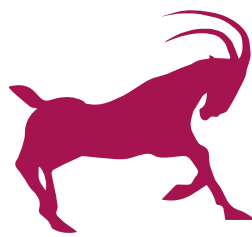


Gazeta Kongresowa



XXX

Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Sukces polskiej kardiologii musi być widoczny w zdrowiu Polaków

Rozmowa z prof. Markiem Gierlotką, prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

prof. dr hab. n. med. Marek GierlotkaKierownik Kliniki i Oddziału Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego w Opolu
Dyrektor Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego
Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii

Coraz lepiej potrafimy leczyć choroby serca, wciąż jednak zbyt wielu Polaków choruje przedwcześnie, a część pacjentów czeka na terapię, której potrzebuje już dziś. Przed jubileuszowym XXX Kongresem PTK prof. Marek Gierlotka mówi o tym, czy możemy zmienić tę sytuację, co udało się zrobić przez pierwszy rok jego prezesury i jakich decyzji polska kardiologia potrzebuje najbardziej.

Za Panem rok kierowania PTK, przed nami jubileuszowy XXX Kongres. Z jakim przekonaniem rozpoczyna Pan jego obrady?

Myszę, że przede wszystkim należy znacznie lepiej wykorzystać to, co polska kardiologia już



potrafi. Trzydzieści edycji Kongresu to historia ogromnego postępu. Zbudowaliśmy system całodobowego leczenia zawału serca, rozwinęliśmy elektrofizjologię, poszerzyliśmy możliwości leczenia niewydolności serca. Zabiegi, które kiedyś wydawały się odległą przyszłością, wykonujemy dziś w wielu ośrodkach. Za tym stoją pokolenia lekarzy i całe zespoły medyczne. Mamy za co im dziękować.

Ten dorobek zobowiązuje nas jednak do szerszego spojrzenia. Sukces polskiej kardiologii musi być widoczny w zdrowiu Polaków: w mniejszej liczbie przedwczesnych zachorowań, w dłuższym zachowaniu sprawności, w dobrym życiu po zawale czy zabiegu. Wciąż zbyt często widzimy pacjenta dopiero wtedy, gdy doszło już do poważnego zachorowania. A później, nawet po bardzo dobrym leczeniu szpitalnym, nie zawsze potrafimy zorganizować mu odpowiednią dalszą opiekę.

Hasło Kongresu „Kardiologia dla długiego życia w zdrowiu” dobrze określa więc nasz cel.

CZYTAJ WIĘCEJ NA STR. 2

Kulisy organizacji jubileuszowego Kongresu PTK

Rozmowa ze Współprzewodniczącym KO XXX Międzynarodowego Kongresu PTK prof. Przemysławem Mitkowskim

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

Poznań po raz kolejny staje się gospodarzem Kongresu PTK. W 2023 r. podczas naszej rozmowy mówił Pan wraz z pozostałymi Współprzewodniczącymi o bardzo dobrych doświadczeniach związanych z organizacją wydarzeń w tym mieście. Co na przestrzeni lat zmieniło się w Poznaniu i w samym podejściu do organizacji Kongresu?

Poznań jest miastem stworzonym do organizacji kongresów i konferencji, posiada doskonałą bazę hotelową i centrum kongresowe zlokalizowane w sercu miasta, bezpośrednio przy dworcu kolejowym i bardzo blisko lotniska. Tradycyjna gościnność i rzetelność to niewątpliwie atuty. Choć zarówno miejsce, jak i osoby zajmujące się organizacją kongresów w Poznaniu pozostają te same, to jednak władze



Od lewej: prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak, prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, prof. dr hab. n. med. Romuald Ochotny, Współprzewodniczący KO XXX MK PTK, I Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

oraz załoga MTP się zmieniają, co wymaga dostosowywania się do zmieniających się oczekiwań. Profesjonalizm zespołu pozostaje jednak wciąż na bardzo wysokim poziomie, a wzrastające możliwości techniczne pozwalają na zapewnienie naszym Gościom doskonałych warunków do poszerzania wiedzy i doskonalenia rzemiosła.

Gdyby miał Pan wskazać jedno wydarzenie, moment albo inicjatywę, która najlepiej oddaje drogę, jaką Kongresy PTK przeszły przez ostatnie 30 lat – co by to było?

W tym roku obchodzimy 29-lecie kongresów PTK – pierwszy odbył się w 1997 r., czyli obecny po 29 latach to Kongres o numerze 30. Podobnie jak w trakcie mojej kadencji jako Prezesa PTK hasłem były „kontynuacja i rozwój”, tak i kongresy podlegają tej maksymie. Gdyby subiektywnie wymienić przełomowe zmiany, to z pewnością te, które zawdzięczamy cyfryzacji.

CZYTAJ WIĘCEJ NA STR. 4

DOKOŃCZENIE ZE STR. 1

Sukces polskiej kardiologii musi być widoczny w zdrowiu Polaków

Rozmowa z prof. Markiem Gierlotką, prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Po roku prezesury jeszcze mocniej widzę, jak wiele zależy od konsekwencji we wdrażaniu rozwiązań, które już znamy.

Rok temu zapowiadał Pan, że prewencja będzie myślać przewodnią kadencji. Co udało się przez ten czas zrobić?

Przed wszystkim zbudowaliśmy bliską współpracę z Polskim Towarzystwem Neurologicznym i Polskim Towarzystwem Onkologicznym. W ubiegłorocznym wywiadzie mówiłem, że chciałbym połączyć te środowiska wokół wspólnych celów. Dziś mamy wspólne stanowisko i wspólne działania. To jedno z ważniejszych dla mnie osiągnięć tego roku.

Zdrowie jest jedno i prewencja też powinna być jedna. Wiele naszych zaleceń jest przecież tożsamyh. Dlatego rozwinęliśmy „10 dla Zdrowia”, łącząc kardiologiczną „10 dla Serca” z perspektywą neurologów i onkologów, razem z Ministerstwem Zdrowia i w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. W maju przedstawiliśmy w Sejmie wspólne postulaty. Jednym z nich jest zwiększenie udziału wydatków na profilaktykę do co najmniej 4% wydatków zdrowotnych. Domagamy się też lepszej ochrony młodych ludzi przed uzależnieniem od nikotyny oraz ograniczenia promocji alkoholu. Zainicjowaliśmy Ogólnopolski Dzień Profilaktyki. Za tą współpracą stoją więc konkretne propozycje i działania.

Teraz trzeba przełożyć to na długofalową politykę zdrowotną, z ustalonymi celami i oceną postępów. Taką szansę wzmacnia europejski Safe Hearts Plan, za którym powinny pojawić się odpowiednie środki finansowe z funduszy unijnych. W Polsce mamy już Narodowy Program Chorób Układu Krążenia i rozwijaną Krajową Sieć Kardiologiczną. Chciałbym, aby te działania wzajemnie się uzupełniały. Ostatecznie o powodzeniu naszej współpracy będzie świadczyło to, czy więcej osób uniknie choroby i jej powikłań.

O profilaktyce mówi się dziś dużo. Co powinno zmienić się w zwykłej wizycie u lekarza, żeby pacjent odczuł różnicę?

Wynik badania profilaktycznego powinien prowadzić do konkretnego postępowania. Jeżeli rozpoznajemy nadciśnienie lub zaburzenia lipidowe, trzeba ustalić z pacjentem cel leczenia, rozpocząć terapię i zaplanować kontrolę jej skuteczności. Program „Moje Zdrowie” daje możliwość wczesnego rozpoznania, ale jego wartość zależy od tego, co wydarzy się po badaniach.

Najwięcej, tak myślę, zależy od podstawowej opieki zdrowotnej. Wiele osób może być skutecznie leczonych przez lekarza rodzinnego, który dopiero w trudniejszych sytuacjach powinien móc skorzystać ze wsparcia kardiologa. Właśnie dlatego tak ważne jest rozwijanie systemu e-konsultacji oraz innych rozwiązań telemedycznych. Pacjent nie powinien czekać na rozpoczęcie leczenia tylko dlatego, że jest w kolejce na wizytę u specjalisty.

Musimy też częściej sprawdzać własną skuteczność. Dotyczy to szczególnie prewencji wtórnej. Pacjent po naszych zabiegach czy hospitalizacji potrzebuje intensywnego leczenia czynników ryzyka, rehabilitacji i kontroli, która pomoże mu utrzymać uzyskany efekt. To ważna część odpowiedzialności za wynik leczenia.

A jeśli pacjent zna zalecenia, ale nie chce się leczyć?

Zacząłbym od sprawdzenia, co kryje się za tym „nie chce”. Czy boi się działań niepożądanych? Czy stać go na leki? Czy rozumie, po co ma je przyjmować, skoro nic go nie boli? Za pozornym brakiem współpracy bywają bardzo różne przyczyny, jak to mówimy, braku adherencji.

Podobnie jest z chorobą otyłościową i uzależnieniem od nikotyny. Samo zalecenie zmiany stylu życia to za mało. Trzeba proponować leczenie i uzgodnić możliwy do wykonania plan, często przy wsparciu pielęgniarki, dietetyka czy psychologa. Pacjent powinien wiedzieć, że może wrócić po pomoc także wtedy, gdy pierwsza próba się nie powiedzie.

Moeno akcentuje Pan prewencję, a jednocześnie upomina się o finansowanie kosztownych zabiegów. Jak pogodzić te potrzeby przy ograniczonym budżecie?

Budżet wymusza ustalanie priorytetów, dlatego trzeba brać pod uwagę skuteczność interwencji i konsekwencje jej odroczenia. Rozwój prewencji ma zmniejszyć przyszłą liczbę zachorowań i powikłań, dlatego absolutnie jest priorytetem. Ale pacjent, który już dziś ma ciężkie, objawowe zwężenie zastawki aortalnej, potrzebuje leczenia w czasie, który wynika z jego stanu klinicznego, a nie wysokości kontraktu z NFZ.

W tym roku szczególnie wyraźnie ujawnił się problem dostępności zabiegów TAVI. Wspólnie z Asocjacją Interwencji Sercowo-Naczyniowych, konsultantem krajowym i organizacjami pacjentów wskazaliśmy na konsekwencje ograniczeń finansowania tych procedur. Dla chorego zakwalifikowanego do zabiegu długie oczekiwanie oznacza ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, hospitalizacji, a nawet zgonu. Dlatego postulujemy odejście od limitowania tych procedur, przy zachowaniu właściwej kwalifikacji i kontroli jakości leczenia.

Podobnego bezpieczeństwa finansowania potrzebują programy lekowe. Decyzja o zakwalifikowaniu chorego do programu powinna oznaczać, że można rozpocząć leczenie. Tutaj kolejki nie mają rozsądnego zastosowania, a szpital musi wiedzieć, że otrzyma refinansowanie kosztów diagnostyki i leczenia pacjenta.

Rozumiem trudną sytuację finansową ochrony zdrowia. Oczekuję jednak, że oszczędności będziemy oceniać z uwzględnieniem późniejszych kosztów pogorszenia zdrowia naszego społeczeństwa. Inwestycja w aparaturę i sprzęt przyniesie korzyść dopiero wtedy, gdy zapewnimy także finansowanie pracy zespołu i leczenia chorych. Tak rozumiem harmonijny rozwój kardiologii, zapisany w naszym programie „10 dla Polskiej Kardiologii”.

Krajowa Sieć Kardiologiczna ma uporządkować opiekę. Po czym pozna Pan, że spełnia swoje zadanie?

Po tym, że pacjent sprawniej trafia do właściwego miejsca, a lekarz wie, jak zorganizować mu dalsze leczenie. Weźmy chorego wypisywanego po zaostrzeniu niewydolności serca. Potrzebuje kontroli w odpowiednim terminie, oceny tolerancji leków i dalszej optymalizacji terapii. Jeżeli po wypisie przez wiele tygodni sam szuka poradni, tracimy część korzyści z hospitalizacji.

Sieć powinna zapewniać ciągłość pomiędzy szpitalem, opieką specjalistyczną i POZ oraz w drugą stronę – między POZ, kardiologiem w poradni i oddziałem kardiologii. Wymaga to sprawnej pracy koordynatorów, dostępności konsultacji oraz wspólnej dokumentacji, z której mogą korzystać kolejne zespoły. Elektroniczna Karta Opieki Kardiologicznej ma znaczenie właśnie dlatego, że może ułatwić przekazywanie informacji potrzebnych do podejmowania decyzji.

Bardzo zależy mi również na dobrym wykorzystaniu ośrodków lokalnych. Pacjent powinien otrzymać zaawansowane leczenie tam, gdzie są odpowiednie kompetencje, a później móc kontynuować opiekę możliwie blisko domu. Ośrodek referencyjny musi pozostawać dostępny, gdy znów będzie potrzebny. To ważne zwłaszcza dla osób starszych, z wieloma chorobami i trudnościami w przemieszczaniu się. Powodzenie KSK będzie zależało od codziennej współpracy tych wszystkich miejsc.

W kontekście mierzenia skuteczności, czy środowisko jest gotowe, aby od wyników leczenia zależało także finansowanie?

Powinniśmy, a wręcz musimy być gotowi do współtworzenia i przyjęcia takich zasad. Jako klinicyści dobrze znamy znaczenie i ograniczenia poszczególnych wskaźników. Z jednej strony trzeba wiedzieć, ilu chorych po zawale korzysta z rehabilitacji, jak skutecznie kontrolujemy czynniki ryzyka i jak często pacjenci wracają do szpitala po zaostrzeniu choroby, procedurach inwazyjnych czy elektrofizjologicznych. Równie istotne są przeżycie oraz jakość życia. Ocena musi także uwzględniać stan pacjentów. Proste porównanie śmiertelności może krzywdzić ośrodek, który przyjmuje najciężej chorych. Źle dobrane zasady finansowania mogłyby wręcz zniechęcać do ich leczenia. Potrzebujemy wskaźników pomagających poprawiać opiekę oraz warunków pozwalających te wyniki osiągać.

To konkretne zadanie do wspólnej pracy Ministerstwa Zdrowia, Krajowej Rady Kardiologicznej, NFZ i AOTMiT. Chciałbym, żeby eksperci kliniczni Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego uczestniczyli w projektowaniu tych wskaźników od początku. Organizacje pacjenckie również powinny wносить wiedzę o tym, jak te rozwiązania działają w praktyce. Wtedy można uzgodnić zarówno oczekiwany efekt, jak i sposób jego oceny.

W których obszarach kardiologii największym wyzwaniem nie jest już brak skutecznych metod diagnostycznych czy terapeutycznych, ale ich właściwe wykorzystanie?

Dobrym przykładem są amyloidoza i kardiomiopatia przerostowa. Mamy nowe terapie, a warunkiem ich zastosowania jest wczesne rozpoznanie i skierowanie pacjenta do odpowiedniego ośrodka, który prowadzi program lekowy. Wiedza w tym zakresie powinna docierać do szerokiego grona lekarzy, nie tylko kardiologów. Dlatego też powołaliśmy Sekcję Chorób Rzadkich Układu Krążenia. Wraz z rozwijającą się Sekcją Kardiogenetyki oraz innymi strukturami PTK ma ona pomagać w budowaniu wiedzy i współpracy między ośrodkami.

Dużo uwagi poświęcamy obrazowaniu. Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny serca coraz częściej decydują w kardiologii o dalszym postępowaniu. Sekcja Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego i Tomografii Komputerowej PTK przygotowała zasady dwustopniowej certyfikacji umiejętności w tym zakresie. Chcemy, aby odpowiednio wyszkoleni kardiolodzy mogli szerzej uczestniczyć w wykonywaniu i opisywaniu tych badań, we współpracy z radiologami. Zasady organizacyjne nadal wymagają uzgodnień. Z naszej strony jest jasna propozycja: udokumentowane szkolenie, sprawdzone umiejętności

i wymagania dotyczące jakości. Pacjent powinien otrzymać wiarygodny opis badania na tyle szybko, żeby można było na jego podstawie podjąć decyzję w sprawie dalszego postępowania.

Czy podobnie patrzy Pan na sztuczną inteligencję i telemedycynę?

Patrzę na nie przez konkretne zastosowania. Jeżeli narzędzie pomaga lekarzowi ocenić badanie, wychwycić niepokojącą zmianę lub ograniczyć czas poświęcany dokumentacji, warto sprawdzić jego przydatność. Musimy jednak wiedzieć, jak to narzędzie zostało zwalidowane i jak została oceniona jego skuteczność, dokładność, jak często się myli i czy usprawnia pracę w naszych warunkach. To w PTK zadanie dla Sekcji Sztucznej Inteligencji i Rozwiązań Cyfrowych, we współpracy z klinicystami i twórcami technologii.

Ponadto ogromne możliwości i przyszłość widzę w telemedycynie. Część opieki nad stabilnym pacjentem można prowadzić zdalnie, wykorzystując rozmowę wideo i pomiary wykonywane w domu. Coraz większe znaczenie będzie miało również zdalne monitorowanie arytmii i niewydolności serca, nie tylko na podstawie urządzeń wszczepialnych, ale także dzięki rozwiązaniom noszonym przez pacjenta — zegarkom, opaskom, czujnikom rytmu serca czy stopnia nawodnienia. To nie zastąpi lekarza, ale może wcześniej pokazać, że dzieje się coś niepokojącego: pojawia się napad migotania przedsionków, pogarsza się tolerancja wysiłku, rośnie ryzyko zaostrzenia niewydolności serca albo pacjent wymaga szybszej kontroli leczenia. W takim modelu technologia staje się dodatkowym źródłem informacji między wizytami. Trzeba przy tym ustalić, kto ocenia przesyłane informacje, kiedy reaguje i w jakiej sytuacji zaprasza chorego na badanie bezpośrednie.

Najważniejsze jest jednak, aby dane z takich urządzeń trafiały do uporządkowanego systemu opieki. Jeżeli pacjent codziennie przekazuje setki pomiarów, a nikt nie ma czasu ani obowiązku ich ocenić, nie poprawiamy bezpieczeństwa, tylko tworzymy dodatkowy szum informacyjny. Dlatego potrzebne są progi alarmowe, algorytmy selekcji sygnałów, jasna odpowiedzialność zespołu oraz finansowanie pracy osób, które te informacje analizują. Wtedy *wearables* mogą naprawdę pomóc wcześniej wychwycić pacjenta z arytmią, lepiej prowadzić chorego z niewydolnością serca i ograniczyć liczbę niepotrzebnych wizyt, jednocześnie nie opóźniając kontaktu wtedy, gdy jest naprawdę potrzebny.

Dobry model zdalnej opieki wymaga więc finansowania pracy zespołu i przygotowania lekarzy. Na Uniwersytecie Opolskim powstało niedawno Centrum Telemedycyny i e-Zdrowia, w którym chcemy uczyć tych umiejętności już studentów, a także lekarzy. Dobrze wykorzystana technologia może ułatwić kontakt między wizytami i oszczędzić pacjentowi części podróży. To bardzo praktyczna korzyść, szczególnie dla osób, które mają daleko do poradni.

A co zmieni się w edukacji oferowanej przez PTK? W ubiegłym roku zapowiadał Pan gruntowną przebudowę platformy.

Pracujemy nad nową platformą wiedzy i edukacji kardiologicznej. Chcemy pokazać efekty w pierwszej połowie 2027 r.; zależy mi, żeby było to możliwe już podczas Wiosennej Konferencji PTK w Opolu.

Najważniejsze jest dla mnie, aby lekarz łatwo znajdował odpowiedź na pytanie, z którym przychodzi. Na przykład jak postąpić w określonej sytuacji klinicznej, jak interpretować zmianę w wytycznych albo gdzie znaleźć dobre omówienie trudnego przypadku. Chcemy połączyć i mocno rozbudować zasoby naszej dotychczasowej platformy edukacyjnej z zasobami Asocjacji, Sekcji i Oddziałów PTK i ułatwić ich przeszukiwanie.

Lekarz powinien móc szybko dotrzeć do właściwego fragmentu materiału, a następnie, jeśli potrzebuje, pogłębić temat. Platforma ma służyć także rezydentom, pielęgniarkom i innym członkom zespołów medycznych. Ponadto część treści przygotowujemy dla pacjentów.

Chciałbym, żeby każdy zainteresowany kardiologią miał na co dzień dobry dostęp do materiałów, które przez cały rok tworzone są przez nas podczas licznych spotkań naukowych, konferencji czy webinarów. Kongres PTK pozostaje niezastąpiony, ale edukacja cyfrowa pozwala podtrzymać ten kontakt przez cały rok.

Ma Pan duże doświadczenie w tworzeniu rejestrów. Jaką rolę widzi Pan dziś dla badań prowadzonych przez PTK?

Tak, praca nad rejestrami PL-ACS i AMI-PL nauczyła mnie patrzeć właściwie z jednej strony na wielkie zasoby danych, a z drugiej na to, co dzieje się z pacjentem również długo po opuszczeniu szpitala. Dane te pozwalały dostrzec problemy, których nie było widać z perspektywy samej hospitalizacji. To doświadczenie i wyniki tych rejestrów miały ogromne znaczenie na przykład podczas tworzenia programu KOS-Zawał, ale też generalnie opieki koordynowanej.

Chciałbym, aby PTK częściej pomagało organizować badania, które mogą zmienić naszą praktykę. Mamy Platformę Naukową, doświadczenie Sekcji i Asocjacji oraz aktywność „Klubu 30”. Potrzebne są dalsze wsparcie metodologiczne i organizacyjne, a także większy udział Towarzystwa w projektach finansowanych przez ABM i ze środków europejskich.

Uważam też, że w ramach celowanych projektów we współpracy z ABM i przy wsparciu AOTMiT oraz NFZ powinniśmy oceniać nowe modele opieki, wykorzystanie telemedycyny czy rozwiązań proponowanych dla chorych we wstrząsie kardiogenym w ramach Narodowego Programu Leczenia Wstrząsu Kardiogenego. Dobrze zaprojektowane badanie powinno dostarczyć kompletnych argumentów do podjęcia decyzji o wdrożeniu danego rozwiązania do systemu opieki zdrowotnej. PTK ma potencjał, żeby takie przedsięwzięcia współtworzyć.

Rośnie obecność polskiej kardiologii w Europie. Co powinno z tego wynikać dla młodych lekarzy?

Więcej możliwości współpracy i udziału w projektach, które dotąd mogły wydawać się dla nas odległe lub mało możliwe. Wybór poprzedniego prezesa PTK profesora Roberta Gila do Zarządu ESC oraz objęcie przez nas kilku innych kluczowych stanowisk w ramach struktur ESC pokazuje, jak duże uznanie zdobywają polscy kardiolodzy w przestrzeni międzynarodowej. To ich osobiste osiągnięcia i dobra wiadomość dla całego środowiska.

Nieźmiernie cieszy również rekordowy impact factor „Kardiologii Polskiej” – 4,4. Redakcji kierowanej przez profesor Anettę Undas, autorom i recenzentom składam serdeczne i wielkie gratulacje. Mamy coraz lepsze miejsce do publikowania i upowszechniania naszych badań.

Chciałbym, żeby młody lekarz widział w tym zaproszenie do działania. W tym roku PTK przyznało kilkadziesiąt grantów wyjazdowych na

Kongres ESC w Monachium. Takie wsparcie ułatwia prezentowanie własnego dorobku naukowego i nawiązywanie kontaktów. Promujemy też mentoring oraz pomoc w przygotowaniu pierwszych projektów.

Na które wydarzenia XXX Kongresu szczególnie zaprasza Pan uczestników?

W czwartek, jeszcze przed uroczystym otwarciem, zapraszam na wspólną sesję PTK i ESC „Przekraczając granice w kardiologii: od prewencji do innowacyjnych interwencji zastawkowych”. Jej dwie debaty dobrze łączą tematy naszej rozmowy: zapobieganie chorobom serca i naczyń oraz nowoczesne leczenie wad zastawkowych serca. Warto skonfrontować polskie doświadczenia i problemy z perspektywą europejską.

Po inauguracji natomiast odbędzie się sesja „Priorytety dla kardiologii 2027”. Zależy mi, żeby z dyskusji wyniknęły konkretne zadania do realizacji w następnym roku we współpracy z instytucjami publicznymi i pacjentami. Bardzo ważna będzie też piątkowa sesja „Krajobraz po badaniu WOBASZ III – jak razem możemy wydłużyć życie w zdrowiu Polaków”, przygotowana przez badaczy WOBASZ oraz nasze polskie towarzystwa naukowe kardiologów, neurologów i onkologów. Wyniki badań populacyjnych powinny być punktem wyjścia do ustalenia, na których obszarach najbardziej powinniśmy się skupić.

Oczywiście zachęcam do udziału w sesjach wytycznych, sesjach struktur PTK i wielu ciekawych sesjach specjalnych. Warto wybrać

również temat spoza własnej codziennej praktyki – coraz częściej leczymy chorych, których problemy wymagają spojrzenia kilku specjalności, dlatego podczas jubileuszowego Kongresu znajdziemy także czas na spotkania z ekspertami. Dla wielu młodych uczestników rozmowa po sesji może być początkiem ważnej współpracy.

Czego członkowie PTK mogą oczekiwać od drugiej połowy kadencji?

Przed wszystkim doprowadzenia rozpoczętych projektów do etapu, na którym nasi członkowie będą mogli z nich w pełni korzystać. Chciałbym, żebyśmy za rok mogli powiedzieć, co konkretnie ułatwiłymi lekarzom i co poprawiło się dla pacjentów.

Stałym zadaniem pozostanie zabieganie o pełny dostęp naszych pacjentów do diagnostyki i terapii oraz dalsze strategiczne działania w zakresie prewencji. Tutaj wiele zależy od decyzji instytucji publicznych. Naszym obowiązkiem jest dostarczać im rzetelnych argumentów, proponować rozwiązania i konsekwentnie wracać do spraw, które pozostają nierozstrzygnięte.

A co osobiście daje Panu największą satysfakcję z tej pracy?

Ludzie, z którymi można coś wspólnie zrobić. Widzę ogromne zaangażowanie w Sekcjach, Asocjacjach, Oddziałach Regionalnych i „Klubie 30”. Wiele osób poświęca Towarzystwu czas po pracy w szpitalu czy poradni. Bardzo to doceniam. ●

DOKOŃCZENIE ZE STR. 1

Kulisy organizacji jubileuszowego Kongresu PTK

Rozmowa ze Współprzewodniczącym KO XXX Międzynarodowego Kongresu PTK prof. Przemysławem Mitkowskim

Program i streszczenia w wersji elektronicznej, aplikacja kongresowa, możliwość zadawania pytań i udzielania odpowiedzi na te zadawane przez wykładowców w wersji elektronicznej, sesja plakatowa na ekranie – to wszystko z pewnością przyczynia się do łatwiejszego przemieszczania się po ogromnym centrum kongresowym. Zgodnie z zasadami panującymi na wydarzeniach zagranicznych wystawa jest całkowicie oddzielona od części wykładowej. Nie można zapominać o organizowaniu sesji systemowej – to również forum kontaktu z interesariuszami systemu opieki zdrowotnej i możliwość dzielenia się naszymi troskami i obawami.

Które elementy organizacji Kongresu wymagają dziś najwięcej pracy, choć uczestnicy na ogół ich nie zauważają?

Kongres to około 5000 gości. Z pewnością rejestracja uczestników jest największym wyzwaniem. Obsługa płatności i wystawianie faktur to również żmudne zadanie. Wzorem Kongresu ESC identyfikatory indywidualne są dostępne zdalnie – to znacznie skraca kolejkę do rejestracji. Kolejne wyzwanie to wystawa firm farmaceutycznych, producentów sprzętu i wydawnictw. Jej ustawienie wymaga sporo czasu, uwzględnienia preferencji naszych partnerów oraz docenienia ich zaangażowania w organizację wydarzenia. Do tego wieczorne spotkanie uczestników, w skromniejszej formie – znak czasu. Nie można zapominać o gościach specjalnych, członkach honorowych, poprzednich prezesach i władzach PTK. Robimy wszystko, żeby ich pobyt w Poznaniu zapewniał komfortowe warunki pracy i odrobinę odpoczynku.

Program obejmuje zarówno sesje dydaktyczne, sesje sekcji i asocjacji, prezentacje przypadków klinicznych, sesje focus, jak i prezentacje oraz konkursy prac oryginalnych. Jak dziś powinien wyglądać nowoczesny Kongres, aby był wartościowy jednocześnie dla doświadczonego specjalisty, młodego lekarza i osoby dopiero rozpoczynającej działalność naukową?

Poddajemy się ogólnosiwiatowemu trendom, które zmierzają do skrócenia wypowiedzi, coś na kształt „rapid fire” – krótkie, zwięzłe prezentacje skupiające się na istocie problemu, bez zbędnych „ozdobników”. Taki format jest zdecydowanie lepiej przyswajalny przez uczestników. Obserwujemy, że coraz częściej prace oryginalne są prezentowane przez młodych naukowców. To bardzo dobrze, bo pozwala rozpoczynającym działalność naukową skonfrontować ich pracę z wiedzą i doświadczeniem starszych kolegów, ponadto otwiera drogę do wystąpień na zagranicznych konferencjach i kongresach. Ta wielopokoleniowa współpraca to odzwierciedlenie relacji nauczyciel – uczeń.

Jubileusz to także okazja do spojrzenia na rozwój polskiej kardiologii. Gdy porówna Pan realia sprzed kilkudziesięciu lat z sytuacją dzisiejszą – co zmieniło się najbardziej i z czego jako środowisko możemy być szczególnie dumni?

Można w skrócie powiedzieć, że nie ma czego porównywać. W okresie swojego życia zawodowego byłem świadkiem prawdziwego przełomu. Wyszliśmy poza schemat naparstnicy,

propranololu, blokerów kanałów wapniowych i wchodzących na rynek inhibitorów enzymu konwertującego. Fibrynoliza nieśmiało pojawiła się w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych. Dzisiaj dostępne są leki modyfikujące przebieg wielu chorób układu sercowo-naczyniowego, działające wysoce selektywnie na mechanizmy patogenetyczne, stosowane w odstępach tygodniowych, a nawet kilkumiesięcznych. Wspaniały program koordynowanej opieki po zawale poprzedzony powstaniem sieci ośrodków leczenia zawału serca, nowoczesne technologie w elektroterapii, elektrofizjologii

i leczeniu strukturalnych wad serca spowodowały, że możemy obecnie zaoferować naszym pacjentom skuteczne leczenie, które dotąd nie było dostępne. Pacjenci nie tylko żyją dłużej, ale także są sprawniejsi, bardziej samowystarczalni. To z pewnością jeden z elementów, który spowodował, że w ciągu ostatniego ćwierćwiecza życie Polaków wydłużyło się o 7 lat! Nie znaczy to, że nie pojawiają się zagrożenia dla dalszego rozwoju, obecnie wydające się aż nadmiernie oczywiste. Limitowanie świadczeń, kolejne obniżki wycen spychają nas na dalsze miejsce w rankingu dostępności metod diagnostycznych i terapeutycznych, które przynoszą wymierne efekty zdrowotne i wydłużają życie. Postulat nielimitowania świadczeń kardiologicznych, stanowiący standard w onkologii, nadal pozostaje marzeniem. Ograniczenia w leczeniu wad strukturalnych, elektroterapii, elektrofizjologii czy w programach lekowych stanowią poważne zagrożenie dla pacjentów kardiologicznych.

Kongres to nie tylko wykłady i prezentacje, ale również spotkania, rozmowy w kuliach i możliwość budowania relacji. Czy właśnie ta mniej formalna część wydarzenia jest dziś, mimo rozwoju narzędzi cyfrowych, jednym z powodów, dla których uczestnicy nadal chcą spotykać się stacjonarnie?

Możliwość nieoficjalnych spotkań to bardzo ważny element kongresu. To okazja do przedyskutowania trudnego przypadku, skierowania do ośrodka o wyższej referencji. To także okazja do nawiązania współpracy, zarówno naukowej, jak i klinicznej. To wreszcie okazja do spotkań przyjaciół, którzy w natłoku codziennych obowiązków nie mają takiej sposobności. To niebywała przewaga wydarzeń stacjonarnych w porównaniu do zdalnych – jestem zdecydowanym orędownikiem tych pierwszych. Chciałbym wierzyć, że pobyt naszych Gości w Poznaniu będzie na tyle atrakcyjny, że zechcą tu wrócić ponownie, nie tylko na kongres czy konferencję, ale również prywatnie. ●

CZWARTEK
17 WRZEŚNIA

15:45-17:15
SALA POZNAŃ

Sesja Specjalna

Sesja rekomendowana przez Komitet Naukowy Kongresów PTK
Wspólna sesja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

PRZEKRACZAJĄC GRANICE W KARDIOLOGII: OD PREWENCJI DO INNOWACYJNYCH INTERWENCJI ZASTAWKOWYCH

Przewodniczący:
C. Linde (Stockholm), M. Gierlotka (Opole)

Panel dyskusyjny:
F. Crea (Rome), S. Price (London), R.J. Gil (Warszawa), J. Stępińska (Warszawa), J. Legutko (Kraków), A. Prejbisz (Warszawa), W. Wojakowski (Katowice)

Debata I: zapobieganie chorobom układu krążenia – wytyczne, polityka i rzeczywistość kliniczna

- Perspektywa ESC: europejskie strategie prewencyjne, SafeHeart i niezaspokojone potrzeby**
C. Linde (Stockholm)
- Perspektywa PTK: Profilaktyka w Polsce – sukcesy, wyzwania i wdrażanie**
A. Prejbisz (Warszawa)
- Debata panelowa i dyskusja**

Debata II: nowoczesne leczenie wad zastawkowych serca – perspektywa europejska i polska

- Perspektywa ESC: ewolucja terapii przezcewnikowych – rejestry europejskie i najnowsze wytyczne**
A. Petronio (Pisa)
- Perspektywa PTK: TAVI, TEER i rola zespołu kardiologicznego w Polsce – od dowodów do praktyki**
J. Legutko (Kraków)
- Debata panelowa i dyskusja**

Zjazdy i Kongresy PTK – chwile, które tworzą historię



Od zjazdów do kongresów – historia spotkań PTK

Ponad 70 lat tradycji i 30 lat Międzynarodowych Kongresów



**prof. dr hab. n. med.
Krzysztof J. Filipiak**
były przewodniczący Komisji
Historycznej PTK

Już na początku tworzenia PTK ustalono, że krajowe zjazdy odbywać się będą co roku, w różnych miastach Polski. W okresie pomiędzy zjazdami powinny się natomiast odbywać robocze konferencje poświęcone poszczególnym dziedzinom praktycznej kardiologii. Po konferencji założycielskiej zorganizowanej **28.02.1954 r. w Łodzi** kolejny zjazd odbył się jednak dwa lata później w **Lublinie (27.04.1956)**. To ważne wydarzenie w dziejach PTK, na nim bowiem podjęto decyzję w sprawie przystąpienia organizacji do Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Już we wrześniu 1956 r. na zjeździe ESC trzech polskich przedstawicieli – **prof. Leon Tochowicz z Krakowa, prof. Edmund Żera z Warszawy oraz prof. Jerzy Jakubowski z Łodzi** – zostało przyjętych do Prezydium. To pierwsi Polacy, którzy zasiedli we władzach ESC. W Polsce ewidentnie odczuwany był powiew de-stalinizacji, a sam kalendarz wydarzeń w kraju pomiędzy pierwszym zjazdem w 1954 r. a końcem 1956 r. oddaje atmosferę tamtego czasu:



Uczestnicy I Zjazdu na Westerplatte pod pomnikiem Bohaterów II Wojny Światowej

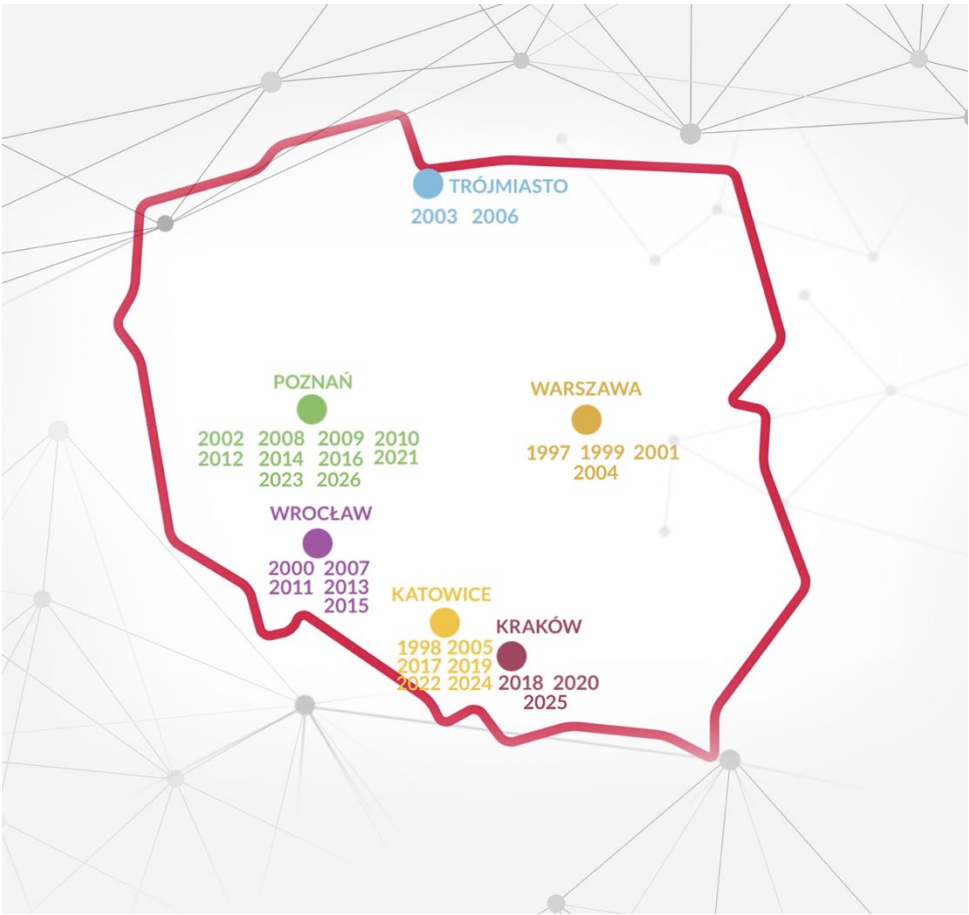
Kalendarium	Opis wydarzenia
Marzec 1954	Urząd premiera PRL obejmuje Józef Cyrankiewicz
Wrzesień 1954	Rozpoczyna się audycja Radia Wolna Europa z cyklem felietonów zbiegłego ptk. UB Józefa Światły
Grudzień 1954	Władysław Gomułka zostaje zwolniony z więzienia
Maj 1955	Państwa bloku socjalistycznego podpisują traktat zwany Układem Warszawskim
Lipiec 1955	W Warszawie oficjalnie otwiera się Stadion Dziesięciolecia oraz Pałac Kultury i Nauki
Luty 1956	W Moskwie I sekretarz KC KPZR Nikita Chruszczow wygłasza tajny referat o kulcie jednostki i błędach stalinizmu
Marzec 1956	W Moskwie umiera I sekretarz KC PZPR Bolesław Bierut
Czerwiec 1956	Trwają protesty robotnicze w Poznaniu – Poznański Czerwiec 1956
Październik 1956	Następuje rehabilitacja tow. Władysława Gomułki, który obejmuje funkcję I sekretarza KC PZPR; więzienie opuszcza prymas Polski kardynał Stefan Wyszyński

Kolejne konferencje PTK miały charakter roboczy i szkoleniowy, a kardiolodzy lat 60. koncentrowali swoje wysiłki naukowe przede wszystkim na udziale w kongresach Europejskiego i Międzynarodowego Towarzystwa Kardiologicznego. Zwiększyła się aktywna wymiana nauko-wo-dydaktyczna z państwami socjalistycznymi, z pozostałymi państwami Europy, a także z USA. Większe Zjazdy Naukowe PTK organizowa-no dopiero w latach 70., kolejno je numerując, czasami dodając numerację zgodną z mniej-szymi, szkoleniowymi zjazdami (posiedzeniami naukowymi). Najbardziej znane w historiografii towarzystwa są dwa pierwsze z gierkowskiej epoki „otwarcia na świat”:

- I Zjazd Naukowy PTK w Gdańsku, 27–29.04.1972;
- II Zjazd Naukowy PTK w Warszawie, 20–22.11.1976.

Kolejne zjazdy połączone były z konferencjami dyskusyjnymi, obejmującymi różne tematy

(choroby aorty i dużych naczyń, inwazyjne metody badania układu krążenia, kardiomiopatie pierwotne, epidemiologia chorób układu krążenia, ośrodki intensywnej opieki kardiologicznej, angina pectoris), a do formu-ły centralnego zjazdu PTK i idei jego umię-dzynarodowienia powrócił dopiero Zarząd Główny PTK kadencji 1989–1995 w składzie: **prezes prof. Leszek Ceremużyński, wiceprezesi prof. Jerzy Kuch i prof. Antoni Działko-wiak, sekretarz dr Jadwiga Kłoś**. Do pełnego umiędzynarodowienia kongresów PTK – za-praszania gości anglojęzycznych, prowadzenia sesji w tym języku, promowania imprezy jako wydarzenia naukowego dla innych państw regionu – doszło już w następnej kadencji władz PTK 1995–1998 w składzie: **prezes prof. Michał Tendera, wiceprezesi prof. Jerzy Kuch i prof. Antoni Działkowiak, sekretarz doc. Paweł Buszman**.



Od 1997 roku – Międzynarodowe Kon-gresy PTK
W oficjalnej numeracji międzynarodowe kon-gresy PTK organizowane są zatem od 1997 r. Ten pierwszy z przydomkiem „Międzynarodowy” odbył się w Warszawie, przewodniczącym ko-mitetu organizacyjnego był **doc. Jerzy Adamus**, natomiast po roku drugi – już w Katowicach, którego przewodniczącym KO był **prof. Michał Tendera**. To w 1998 r. po raz pierwszy organiza-

cję programu kongresu powierzono osobnemu Komitetowi Naukowemu.
Od tamtego czasu Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego stał się jednym z najważniejszych corocznych wydarzeń polskiej kardiologii. Zmieniali się gospodarze, miejsca, formuła spotkań, technologie i sposób prezentowania nauki. Niezmienna pozostała natomiast idea – corocznego spotkania pol-skiego środowiska kardiologicznego, wymiany

doświadczeń, prezentacji najnowszych wyników badań i dyskusji o kierunkach rozwoju współczesnej kardiologii.

W 2026 r. spotykamy się w Poznaniu podczas XXX Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jubileuszowa edycja jest okazją nie tylko do rozmowy o przyszłości kardiologii, ale także do spojrzenia wstecz na trzy dekady kongresowych spotkań.

30 lat kongresowych wspomnień

Nie wiem, jak wielu z Państwa było na każdym MK PTK od końca ubiegłego wieku? Ja mam to szczęście, bowiem zacząłem swoją przygodę z kongresami dokładnie w 1997 r. – od kongresu w Warszawie, na którym jako świeżo upieczony absolwent medycyny, jeszcze przewodniczący Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie kierowanej przez prof. Tadeusza Krasę, byłem członkiem grupy studentów obsługujących sale konferencyjne. Pamiętam, że moim głównym zadaniem było pilnowanie, aby nie rozleciały się „saneczki do slajdów”, czyli mozołnie układane diapozytywy w ramkach, przeznaczone do prezentacji znanych wykładowców – sam pilnowałem takich „saneczek” dla rektora Śląskiej Akademii Medycznej prof. Zbigniewa Religi, wsłuchując się w jego sakramentalne: „następne proszę”...

Wybaczą Państwo te reminiscencje weterana. Ale przecież właśnie z takich drobnych obrazów, anegdot i osobistych wspomnień składa się historia kongresów. Dziś trudno sobie wyobrazić przygotowanie prezentacji bez laptopa, bez możliwości natychmiastowego przesłania pliku czy bez cyfrowych materiałów dostępnych na ekranie. A przecież jeszcze nie tak dawno kongresowa technologia wyglądała zupełnie inaczej.

Przez 30 lat zmieniło się niemal wszystko – sposób przygotowywania prezentacji, komunikowania się, rejestracji uczestników, prowadzenia sesji czy prezentowania wyników badań. Zmieniały się także miasta gospodarze i miejsca naszych spotkań. Nie zmieniło się jedno: potrzeba spotkania i rozmowy.

A Państwo w ilu międzynarodowych kongresach PTK uczestniczyli w ciągu ostatnich 30 lat? Aby pomóc w odpowiedzi na to pytanie, przygotowałem mapę, którą drukujemy w maksymalnym powiększeniu.

Niekwestionowaną kongresową stolicą Polski – przede wszystkim ze względu na rozległe i bardzo funkcjonalne tereny Międzynarodowych Targów – jest dla PTK **Poznań**. Gonią go obecnie **Katowice** ze znakomitą Centrum Kongresowym. Tuż za Katowicami – **Wrocław**. Ale przecież wiele miłych wspomnień mamy związanych z **Trójmiastem**, **Warszawą** czy **Krakowem** – na razie „II liga” kongresową.

Każde z tych miast ma swoją kongresową historię, swoje charakterystyczne miejsca, sale, korytarze, stoiska wystawiennicze, wieczorne spotkania i – przede wszystkim – ludzi, których spotykaliśmy podczas kolejnych edycji.

Trzydzieści lat Międzynarodowych Kongresów PTK to przecież nie tylko trzydzieści kolejnych numerów. To tysiące wykładów, sesji, prezentacji, dyskusji, spotkań i rozmów. To kolejne pokolenia kardiologów, którzy najpierw przyjeżdżali na kongres jako studenci i młodzi lekarze, a po latach wracali jako wykładowcy, przewodniczący sesji czy członkowie władz Towarzystwa.

I właśnie dlatego jubileusz XXX Kongresu jest dobrym momentem, aby na chwilę zatrzymać się, spojrzeć wstecz – i z tymi obrazami w pamięci jeszcze lepiej budować wspólną kardiologiczną przyszłość dla kolejnych pokoleń. **Do zobaczenia na kolejnych kongresach!** ●



XXX

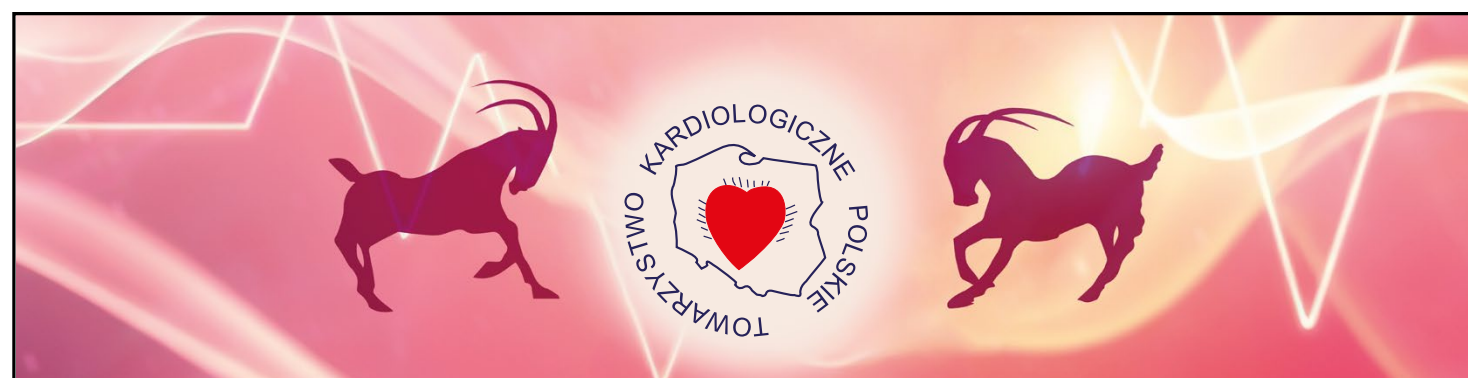
MIĘDZYNARODOWY KONGRES POLSKIEGO
TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

UROCZYSTA
INAUGURACJA
KONGRESU

Sesja Specjalna

CZWARTEK
17 WRZEŚNIA

🕒 17:30-19:15
SALA POZNAŃ



CZWARTEK
17 WRZEŚNIA

🕒 19:15-20:45
SALA POZNAŃ

Sesja Specjalna

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

PRIORYTETY DLA KARDIOLOGII 2027

Przewodniczący:

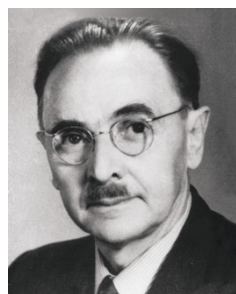
M. Gierlotka (Opole), J. Legutko (Kraków), W. Banasiak (Wrocław)

Panel dyskusyjny:

A. Prejbisz (Warszawa), M. Hawranek (Zabrze), A. Sokal (Zabrze), P. Ponikowski (Wrocław), P. Dobrowolski (Warszawa),
M. Chrobot (Warszawa), P. Czerwonka (Warszawa), A. Wołczyński (Warszawa), A. Gorgoń-Komor (Bielsko-Biała)

- Prewencja**
M. Gierlotka (Opole)
- Interwencje wieńcowe i strukturalne**
J. Legutko (Kraków)
- Elektroterapia i elektrofizjologia**
P. Miłkowski (Poznań)
- Niewydolność serca**
A. Pawlak (Warszawa)
- NPChUK i Krajowa Sieć Kardiologiczna**
J. Stępińska (Warszawa)

Poczet Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



Prof. Mściwój
Semerau-Siemianowski
1950-1954



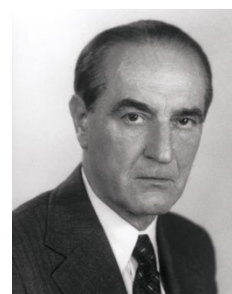
Prof. Jerzy Jakubowski
1954-1961



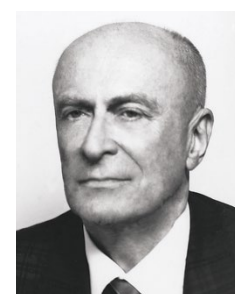
Prof. Edmund Żera
1962-1972



Prof. Zdzisław Askanas
1972-1973



Prof. Jan Kwoczyński
1973-1979



Prof. Włodzimierz Januszewicz
1980-1986



Prof. Kazimierz Jasiński
1986-1989



Prof. Leszek Ceremużyński
1989-1995



Prof. Michał Tendera
1995-1998



Prof. Witold Rużyłło
1998-2001



Prof. Andrzej Cieśliński
2001-2004



Prof. Adam Torbicki
2004-2007



Prof. Andrzej Rynkiewicz
2007-2009



Prof. Waldemar Banasiak
2009-2011



Prof. Janina Sępińska
2011-2013



Prof. Zbigniew Kalarus
2013-2015



Prof. Piotr Hoffman
2015-2017



Prof. Piotr Ponikowski
2017-2019



Prof. Adam Witkowski
2019-2021



Prof. Przemysław Mitkowski
2021-2023



Prof. Robert J. Gil
2023-2025



Prof. Marek Gierlotka
2025-obecnie

Wydawca

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

Komitet Organizacyjny

Współprzewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Maciej Lesiak
prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski
prof. dr hab. n. med. Romuald Ochotny

Sekretarz:

dr n. med. Agnieszka Katarzyńska-Szymańska

Opracowanie wydawnicze

Grupa casusBTL Sp. z o.o.
ul. Rodawska 26, 61-312 Poznań



Opieka redakcyjna

Grupa casusBTL

Redaktor prowadzący

Bartosz Szymański

Redakcja i korekta

Karolina Urbańska
Bartosz Szymański
Grupa casusBTL

Skład i opracowanie graficzne

Marcin Płuska

Obsługa fotograficzna

Wojciech Kasprzak

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.