

Wstęp

Klinika Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego obchodzi w tym roku jubileusz 35-lecia. Akademicki ośrodek kardiologiczny w Szpitalu Grochowskim działa od 41 lat. Uroczystości jubileuszowe, jak również ten suplement „Postępów Nauk Medycznych” są dedykowane Profesorowi Leszkowi Ceremużyńskiemu, Założycielowi i wieloletniemu Kierownikowi Kliniki Kardiologii CMKP.

Ten specjalny numer „Postępów Nauk Medycznych” rozpoczynamy od krótkiego przedstawienia długiej historii i terażniejszości Kliniki Kardiologii CMKP w Szpitalu Grochowskim.

Następnie wypełnia go seria artykułów poglądowych, w których Zespół Kliniki Kardiologii CMKP dzieli się swoimi zainteresowaniami i doświadczeniami klinicznymi.

Jednym z głównych i typowych dla współczesnej medycyny problemów, z którymi mamy do czynienia w Klinice Kardiologii, jest starzejąca się populacja chorych. W ciągu ostatnich 10 lat średnia wieku chorych hospitalizowanych w Pododdziale Intensywnej Terapii Kardiologicznej Kliniki wzrosła z 65 do 70 lat. Odsetek chorych powyżej 75. roku życia przekracza 40%. Ryzyko chorych, a także trudności diagnostyczne i terapeutyczne, zwiększa częste występowanie w tej populacji chorób towarzyszących. Tej problematyce poświęcono pierwszych 7 artykułów. Przedstawiono w nich odrębności patofizjologiczne oraz szczególne zalecenia diagnostyczne i lecznicze dotyczące chorych w podeszłym wieku. Szczegółowo przeanalizowano zasady postępowania u osób w starszym wieku w ostrych zespołach wieńcowych, stabilnej chorobie wieńcowej oraz niewydolności serca. Jeden z artykułów dotyczy znaczenia chorób towarzyszących, kruchości i niesprawności u chorych w podeszłym wieku. Z tym wiąże się trudne decyzje dotyczące kwalifikowania takich chorych do leczenia inwazyjnego bądź dyskwalifikowania z tegoż leczenia. Temu zagadnieniu poświęcono artykuły o odmiennościach inwazyjnego leczenia choroby wieńcowej, zaburzeń rytmu serca i elektroterapii. Warto wspomnieć, że najstarszy pacjent w Klinice, któremu wykonano koronarografię, miał 98 lat, angioplastykę wieńcową – 98 lat, wszczepienie stymulatora – 106 lat i ablację – 95 lat. Czasem większą trudność stanowi zdyskwalifikowanie chorego od zabiegu niż jego wykonanie. Zasadą jest jednak staranne wyważenie ryzyka i potencjalnych korzyści z proponowanego leczenia, o czym piszemy w kilku artykułach w tym suplemencie. Serię artykułów dotyczących pacjentów geriatrycznych kończy praca poświęcona obrazom echokardiograficznym serca ludzi w starszym wieku.

W Klinice leczeni są także chorzy w młodym wieku, w tym osoby z wczesnym rozwojem miażdżycy. Ta tematyka leży w kręgu naukowych zainteresowań Kliniki. Poświęcono jej artykuł o odrębnościach choroby wieńcowej w młodym wieku i strategiach wczesnej prewencji pierwotnej.

Następne artykuły związane są z badaniami naukowymi prowadzonymi w Klinice. Pierwszy dotyczy rozpoznawania i leczenia cukrzycy w ostrych zespołach wieńcowych. Łączy się z badaniem, w którym porównano wyniki angioplastyki wieńcowej w ostrych zespołach wieńcowych u chorych z cukrzycą i bez cukrzycy.

Następny artykuł dotyczy ciekawego i niewyjaśnionego zagadnienia paradoksu palacza. Zjawisko to polega na uzyskaniu paradoksalnie lepszych wyników leczenia fibrynolitycznego w zawale serca oraz leczenia klopidogrelem w ostrych zespołach wieńcowych u palaczy w porównaniu z osobami niepalącymi papierosów. Wobec powszechnie uznanego zalecenia zaprzestania palenia u chorych z ostrym zespołem wieńcowym powstaje pytanie, czy istotny jest potencjalnie negatywny efekt takiej praktyki.

Kolejny artykuł poświęcony jest echokardiograficznej ocenie lewego przedsionka u chorych poddawanych ablacji podłoża migotania przedsionków. Za pomocą echokardiografii przezprzelykowej oraz wewnątrzsercowej można ocenić morfologię przedsionka, w tym kształt uszka lewego przedsionka, oraz występowanie skrzepin lub echogennej krwi. Próbowano odpowiedzieć na pytanie, czy wyniki badań echokardiograficznych mogą wskazywać na skuteczność i bezpieczeństwo leczenia za pomocą ablacji.

W następnej pracy przedstawiono informacje dotyczące zawału przedsionka. Jest to choroba stosunkowo trudna do zdiagnozowania, występująca rzadko jako izolowana patologia, lecz dość często jako choroba towarzysząca zawałowi komory. Towarzyszą jej czasem uporczywe zaburzenia rytmu i zaburzenia hemodynamiczne. Może budzić zainteresowanie, bo poświęca się jej niezbyt wiele uwagi.

W Klinice intensywnie działa Pracownia Hemodynamiki, która od 2002 roku pełni stały dyżur leczenia inwazyjnego OZW. Pracownia ściśle współpracuje z Pododdziałem Intensywnej Terapii Kardiologicznej. Dużą wagę przywiązujemy do oceny ryzyka u chorych z OZW z uwzględnieniem danych angiograficznych. Temu zagadnieniu poświęcony został kolejny artykuł. Zwrócono w nim uwagę na dynamiczny charakter ryzyka w ostrych zespołach wieńcowych oraz na wartość i potrzebę zastosowania punktowych skal ryzyka przy wypisie ze szpitala chorych z zawałem z uniesieniem odcinka ST.

W interwencjach wieńcowych u ponad 90% chorych stosowane jest w Klinice dojście naczyniowe przez tętnicę promieniową. Ta technika zabiegu jest znacznie bezpieczniejsza i wygodniejsza dla chorych w porównaniu z dojściem przez tętnicę udową. Nasza Pracownia Hemodynamiczna była jednym z prekursorów stosowania

tej techniki i ma w tym zakresie duże doświadczenie. W niektórych wypadkach dojście promieniowe może być niedostępne. Potencjalnym rozwiązaniem jest wykonanie zabiegu z dojścia przez tętnicę odłokciową. Tematu optymalizacji dojścia naczyniowego w kardiologii inwazyjnej dotyczy kolejna praca.

Następnym ciekawym zagadnieniem badanym w Klinice jest porównanie metod oceny wydolności fizycznej pacjentów za pomocą elektrokardiograficznego, ergospirometrycznego i echokardiograficznego testu wysiłkowego. W Klinice wykonywane są testy ergospiroechokardiograficzne. W kolejnym artykule opisano potencjalne korzyści stosowania tego złożonego i pracochłonnego badania.

Na zakończenie przedstawiamy artykuł dotyczący praktyki stosowanej w Pododdziale Intensywnej Terapii Kardiologicznej Kliniki, mianowicie zastosowania kompleksowej ultrasonografii, czyli echokardiografii, ultrasonografii naczyniowej i narządowej. Posługujemy się na co dzień dobrej klasy echokardiografem wyposażonym w dodatkowe sondy: naczyniową i konweksową. Wykonywanie kompleksowych badań w warunkach intensywnej terapii ułatwia postawienie diagnozy i leczenie, przynosząc wiele korzyści chorym. Mamy nadzieję, że artykuł na ten temat zachęci naszych kolegów lekarzy do szerokiego posługiwania się kompleksową ultrasonografią w intensywnej terapii.

Zapraszam Państwa do lektury oraz do udziału w Jubileuszowej Sesji Naukowo-Dydaktycznej z okazji 35-lecia Kliniki Kardiologii CMKP w dniu 1.12.2015 roku.

prof. dr hab. med. Andrzej Budaj