

NUMER 36

ISSN 1730 - 1297

październik 2020

SZLACHETNE ZDROWIE

Czasopismo Śląskiego Centrum Chorób Serca



Stanisław Pasyk

16.08.1931 - 04.08.2020

Profesorze!

Pamiętamy i dziękujemy

Szlachetne Zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

Oddajemy w Państwa ręce kolejny numer *Szlachetnego Zdrowia*, który przybliży wszystkim działalność naszej Placówki, chcemy również zaprezentować Państwu wszystkie dotychczasowe numery *Szlachetnego Zdrowia*, które dostępne są na stronie Śląskiego Centrum Chorób Serca.



REDAKCJA

W numerze:

- Punkt widzenia
- Wspomnienie
- Materiały prasowe
- Zabrzański model leczenia zawału serca w oparciu o 24-godzinny dyżur hemodynamiczny i Karetę Kardiologiczną
- Dziedzictwo Prof. Religii i Prof. Zembali trwa, powiększane i wzbogacane sukcesami zabrzańskich kardiologów dorosłych i dzieci, kardiochirurgów i transplantologów
- Senior i geriatra - wzajemny szacunek - niezmienny mimo pandemii
- Niewydolność serca - co o niej wiemy
- O współpracy pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami a samodzielnymi fizjoterapeutami w Śląskim Centrum Chorób Serca
- Dorobek Klinik SCCS - 2020



REDAKCJA:

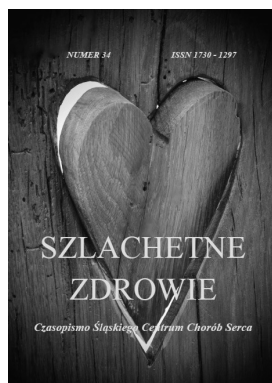
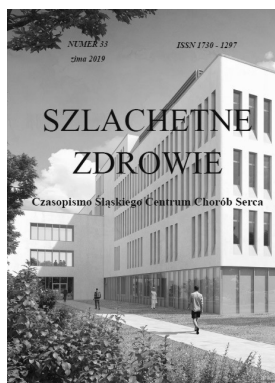
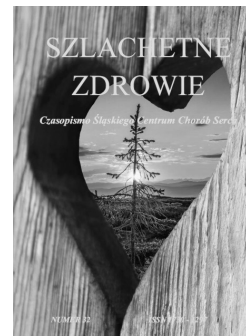
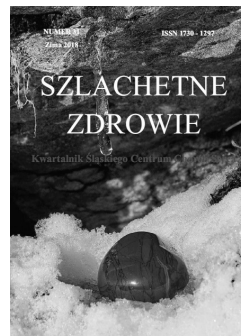
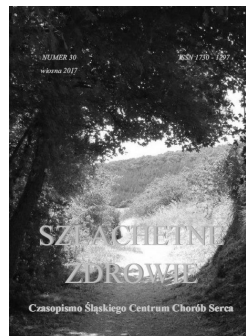
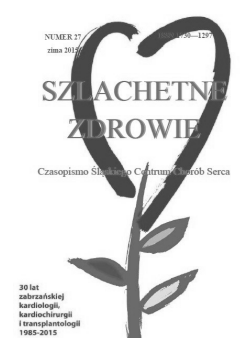
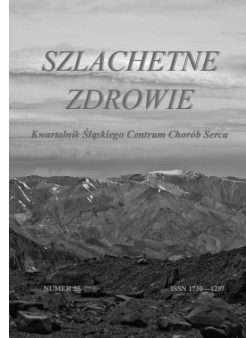
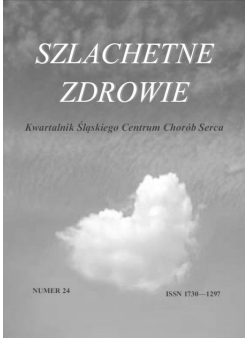
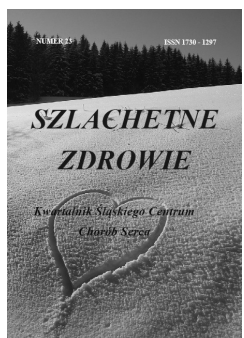
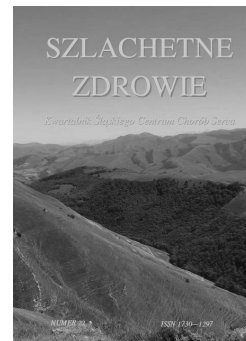
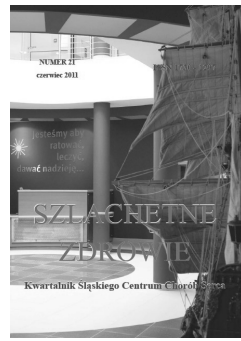
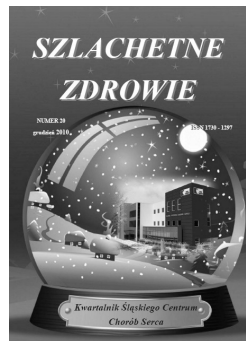
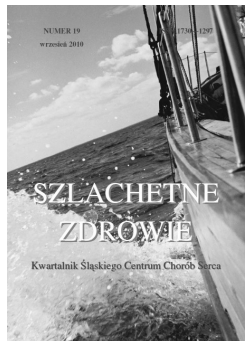
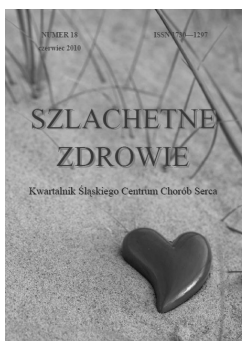
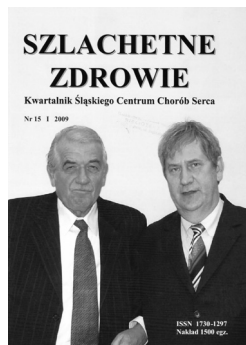
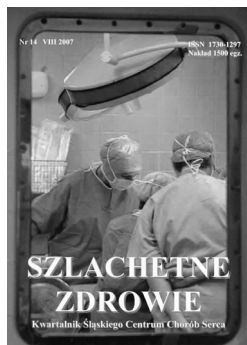
Bożena Smoter

Śląskie Centrum Chorób Serca
Ul. M. Skłodowskiej 9
41-800 Zabrze
www.sccs.pl
biblioteka@sccs.pl

WYDAWCA:
Fundacja SCCS
ul. Wolności 182
41-800 Zabrze

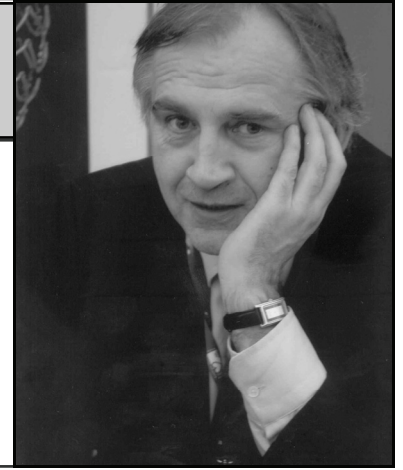


SZLACHETNE ZDROWIE





Punkt widzenia



Dziękujemy Profesorze!

W dniu 19 sierpnia 2020r. liczna reprezentacja śląskich lekarzy, kardiologów, w obecności Władz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, rodziny i wychowanków, pożegnała w Kościele Św. Anny w Zabrze prof. dra hab. med. Stanisława Pasyka, wybitnego kardiologa i nauczyciela, twórcę nowoczesnej metody leczenia zawału serca zwanej metodą zabrzańską, upowszechnioną w całym kraju.

Żegnający Pana profesora: prof. Tomasz Szczepański, Rektor SUM, prof. Andrzej Lekston, wychowanek oraz prof. Marian Zembala, Dyrektor SCCS w Zabrzu przypomnieli osiągnięcia Pana profesora i jego osobisty wkład w rozwój nowoczesnej zabrzańskiej, śląskiej, polskiej, kardiologii.

Prof. Stanisław Pasyk urodził się w Zamieściu, powiat Limanowa, w 1931r. Studia medyczne ukończył na Akademii Medycznej w Krakowie w 1954r., uzyskując tytuł i dyplom lekarza.

W latach 1960-61 był jednym z pierwszych europejskich stypendystów specjalizujących się w kardiologii w słynnym ośrodku Harvard Medical School w Bostonie, USA. Równolegle odbywał szkolenie specjalistyczne w Walter Reed Army Medical Center w Waszyngtonie, a także na Uniwersytecie Michigan, IL w zakresie intensywnej opieki kardiologicznej. Był specjalistą z zakresu chorób wewnętrznych i zawsze z dumą podkreślał, że warunkiem bycia kompetentnym specjalistą jest nie tylko znajomość, ale także udokumentowane doświadczenie w zakresie chorób wewnętrznych. Stopień naukowy doktora nauk medycznych otrzymał w roku 1964 na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, pisząc pod kierunkiem prof. Leona Tochowicza pracę dotyczącą problematyki wstrząsu kardiogenego. Uwieńczeniem doświadczenia zdobytego w USA, a pogłębionego w kraju była dysertacja habilitacyjna z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii, obroniona w roku 1973 na Wydziale Lekarskim AM w Krakowie. Wysoka ocena dorobku naukowego i klinicznego były podstawą przyznania Panu profesorowi w 1985 r. tytułu naukowego profesora.

Do swoich szczególnych doświadczeń naukowych i klinicznych Pan prof. Stanisław Pasyk zaliczał pobyt w latach 1973-1975 na stanowisku profesora na Wydziale Kardiologii Klinicznej i Doświadczalnej Instytutu Max Plancka w Bad Neuheim, Niemcy, gdzie kierował wieloma nowatorskimi projektami obejmującymi choroby serca i naczyń. Kiedy w roku 1978, jako stypendysta naukowy prowadziłem badania w tym ośrodku, jego ówczesny

Prof. dr hab.

Marian Zembala

*Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca*

Dyrektor przypomniał mi, że osobą, która bardzo dobrze zapisała się w historii osiągnąć tej prestiżowej, europejskiej instytucji był Pan prof. Stanisław Pasyk, Polak o niesamowitym uporze i dociekliwości w prowadzeniu badań naukowych.

W roku 1976, ze względu na imponujący dorobek i nowatorskie osiągnięcia kliniczne Pan profesor został zatrudniony na stanowisku docenta w II Klinice Kardiologii Instytutu Chorób Wewnętrznych SUM, stając się w 1984 r. jej Kierownikiem.

Posiadając doświadczenie wyniesione z pobytu w USA, od podstaw zorganizował Wojewódzki Ośrodek Kardiologii (WOK w Zabrzu), obecnie Śląskie Centrum Chorób Serca, zostając jego pierwszym dyrektorem (1976 – 1993). Chcąc rozwijać kardiologię interwencyjną wzorem Bostonu i francuskiej Tuluzy, jako pierwszy w Polsce i drugi w Europie (!) powołał Pracownię hemodynamiki czynną 24h przez 7 dni w tygodniu, wyposażoną w najnowocześniejszą jak na ówczesne czasy aparaturę medyczną do diagnostyki inwazyjnej i elektrofizjologicznej. Dzięki uruchomionym przez Pana profesora w Zabrzu dyżurom na tzw. karetkę kardiologiczną oraz rozpoczęciu nowatorskiego programu diagnostyki i leczenia chorób serca, w ciągu 10 lat od ich wprowadzenia śmiertelność w zawałach serca w Zabrzu i województwie śląskim zmalała 10-krotnie, dając szansę na przeżycie oraz chroniąc od inwalidztwa bardzo wielu chorych. Zapoczątkowany przez prof. Pasyka i jego uczniów, m.in. prof. Andrzeja Lekstona, a kontynuowany przez Jego wychowanków, m.in. Zbigniewa Kalarusa, Mariusza Gąsiora i innych - zabrzański model leczenia zawału serca był systematycznie upowszechniany w całym kraju. Rezultaty programu były tak znakomite, że został rozszerzony przez profesorów Zbigniewa Religę i Mariana Zembalę o reperfuzję i chirurgiczną rewaskularyzację. Wszystko to razem spowodowało, że Polska w niechlubnej statystyce zgonów z powodu zawałów serca zaczęła uzyskiwać znacznie lepsze wyniki na tle innych krajów Europy, a ośrodek zabrzański stał się modelowym dla szkolenia kadr polskich kardiologów i kardiochirurgów. Wielu wychowanków Pana Profesora to dzisiaj wybitni polscy

lekarze, kardiolodzy, profesorowie, kierownicy klinik oraz ordynatorzy oddziałów kardiologicznych i internistycznych.

W roku 2001 prof. Stanisław Pasyk przeszedł na emeryturę dalej służąc swoim doświadczeniem. Z radością i dumą obserwował rozwój Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. Dał temu wyraz w 2012 roku podczas Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej w Zabrze, kiedy otrzymał od swoich wychowanków i uczniów zaszczytne wyróżnienie, tj. „Krok milowy w leczeniu zawału serca” za pionierskie w Polsce rozwiązania organizacyjne w leczeniu zawału serca metodą angioplastyki wieńcowej oraz wdrożenie systemu 24-godzinnych dyżurów „zawałowych”. Dziękując podkreślił, że jego życiowym i zawodowym marzeniem było stworzenie na Śląsku, w Zabrzu nowoczesnego ośrodka kardiologii dorosłych i dzieci oraz kardiochirurgii, dlatego zaprosił do współpracy wielkich polskich pionierów - prof. Zbigniewa Religę (kardiochirurg, transplantolog) oraz dr Lili Goldstein (kardiolog dziecięcy). W swojej wypowiedzi podkreślił, że fundamentem sukcesu jest współpraca i integracja różnych dziedzin medycyny oraz szczególne docenienie roli i znaczenia badań klinicznych, w tym badań eksperymentalnych. Był zachwycony kiedy pokazywałem mu powstały już i działający Kardio-Med Silesia, pierwszy w województwie śląskim park technologii medycznych na europejskim poziomie. Powiedział wtedy, że to jest taki zabrzański Max Planck Institute dla najzdolniejszych i najambitniejszych młodych lekarzy i naukowców. Z dumą patrzył jak ze skromnego i bardzo ciasnego Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii, który stworzył, powstaje nowoczesny, europejski szpital na światowym poziomie. Powiedział mi, że to najlepszy ambasador polskiej nauki i medycyny.

Żegnając profesora mieliśmy świadomość Jego dokonań, które pozostają ponadczasowe i nieśmiertelne. Działalność profesora to piękny przykład pasji i poświęcenia nie-Ślązaka spod Limanowej, który pokochał ten region i jego ludziom bezgranicznie się poświęcił.

Dzisiaj my - spadkobiercy tego dorobku - nie tylko o tym będziemy pamiętać, ale będziemy rozwijać ten testament i misję szpitala „Jesteśmy aby ratować, nowoczesnie leczyć, dawać nadzieję...”

Zapewniam Panie Profesorze, że Pana dorobek i przesłania będą dalej inspirowały nas do podejmowania nowych wyzwań dobrze służących polskiej nauce, medycynie, ale przede wszystkim ludności zurbanizowanego Śląska, owych tysięcy ludzi, którzy życie poświęcili w pracy w ciężkich warunkach, aby budować kraj, region i jego przyszłość.

Dziękujemy bardzo Panie Profesorze!

Z szacunkiem i trwałą pamięcią,
Prof. Marian Zembala,
Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca (1994-nadal)

prof. dr hab. Zbigniew Kalarus



Profesor Stanisław Pasyk to bez wątpienia jeden z wybitniejszych kardiologów „końcówki” poprzedniego stulecia w Polsce. To moja opinia, ale myślę, że również wielu osób, które z nim pracowały w tamtym okresie. Jego działania jako głównego inicjatora wdrożenia w ówczesnym Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii (WOK) w Zabrzu modelu interwencyjnego leczenia chorych z zawałem serca uznać należy jako pionierskie i wizjonerskie zarazem. Był to wtedy pierwszy taki ośrodek w Polsce i, co ważne i godne podkreślenia, jeden z pierwszych w Europie i na świecie. Prof. Stanisław Pasyk był „ojcem-twórcą” wdrożenia w Polsce metod zabiegowego, interwencyjnego leczenia chorych z zawałem serca.

Działania Profesora Pasyka we wdrożeniu projektu interwencyjnego leczenia i 24-godzinnego dyżuru wynikały m.in. z jego doświadczeń z zakresu kardiologii eksperymentalnej, z badań, w których uczestniczył i publikował w USA dotyczących okluzji i reperfuzji tętnic wieńcowych w modelu zwierzęcym.

Prof. Stanisław Pasyk, pomimo swoich „ludzkich ograniczeń”, był otwarty na inne dziedziny kardiologii, czasami przyjmował argumenty – co jest ważne, w co jako klinika powinniśmy się angażować. Takim tematem była elektrofizjologia kliniczna, leczenia zaburzeń rytmu serca z wykorzystaniem ablacji.

Środki na rozwój nowej dziedziny musieliśmy pozyskiwać od sponsorów. I wtedy Prof. Stanisław Pasyk, jako ówczesny Kierownik Kliniki, nas wsparł. Zrobił to chyba z prostych powodów. Chciał, żeby w jego klinice ta dziedzina powstała i rutynowo funkcjonowała. Jego koneksje i relacje, w rozumieniu pozytywnym, z VIP-ami, ludźmi biznesu pozwoliły pozyskać środki pozabudżetowe na zorganizowanie nowoczesnej pracowni elektrofizjologii w naszym ośrodku. Wiedział już wtedy, w pierwszej połowie lat 90., że to ważna dziedzina kardiologii, rozwojowa i powinien w to inwestować, dosłownie i w przenośni. Oprócz obszaru krążenia wieńcowego, okluzji tętnicy wieńcowej i reperfuzji, które zapewne były podstawą do wdrożenia w naszej klinice, I Klinice Kardiologii, metody interwencyjnego leczenia zawału serca, w obszarze mniej dla niego znanym, jakim była wtedy elektrokardiologia – potrafił słuchać i wspierać.

Takim przełożonym był Pan Prof. Stanisław Pasyk. Czasami, może często, kontrowersyjny, jednak godny uznania jako inicjator i osoba, która wdrożyła interwencyjne leczenie chorych z zawałem serca w Polsce i Europie oraz wspierała rozwój elektroterapii w naszej klinice.

I takim Go zapamiętamy.

prof. Zbigniew Kalarus

Idziesz przez świat i światu dajesz kształt przez twoje czyny

Stanisław Wyspiański

Wspomnienie

Miałam zaszczyt współpracować ze śp. Panem Profesorem Stanisławem Pasykiem, jako pielęgniarka odcinkowa i jako Przełożona Pielęgniarek.

Podjęłam pracę w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej. To na tym Oddziale przy łóżku chorego spotkałam pierwszy raz Pana Profesora na wizycie lekarskiej. Widziałam jak rozmawiał z chorymi, jak obserwował personel i zadawał pytania na temat każdego chorego. Był wymagający, dyscyplinujący, wzbudzał respekt. Tak zapamiętała Profesora młoda pielęgniarka.

Wspomnienie śp. Profesora ze szczebla Przełożonej Pielęgniarek było nieco inne. Pan Profesor ówczesny Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii zaproponował mi stanowisko Przełożonej Pielęgniarek, które pełniłam 12 lat. Spotykałam się z Panem Profesorem codziennie. Zadawał pytania dotyczące obsady personelu, zadań na dzień pracy i do załatwienia na kolejny dzień. Pracę rozpoczynałam o godz. 7.00, a Pan Profesor już był w Szpitalu. Codziennie wcześniej rano kierował swoje kroki na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej do chorych najtrudniejszych. Rozmawialiśmy razem każdego dnia o istniejących problemach, które trzeba było rozwiązać. Z pewnością nigdy nie chciał nikomu zaszkodzić. Zawsze pomagał.

Kolejne lata są inne i niosą nowe problemy. W okresie, w którym ja miałam zaszczyt pracować z Panem Profesorem były bardzo trudne. Nie było praktycznie niczego. Nie było pościeli, środków czystości, worków na śmieci. Nie było pieniędzy na etaty. Za to był personel pielęgniarski, personel techników medycznych, personel pomocniczy, który był serdeczny i wzajemnie sobie pomagający.

Pamiętam, jak byłam w gabinecie Pana Profesora, który mówił do mnie, iż mam zawsze przypominać o wybudowaniu kuchni i pralni (wtedy to był najlepszy kierunek). Pamiętam jeszcze taki fakt, kiedy Profesor poprosił Kierownika Kadr panią Annę Bednarczyk i śp. Jacka Juszczyka, który był Lekarzem Naczelnym Szpitala, abyśmy pojechali do Urzędu Wojewódzkiego (taka była struktura podległości WOK) „załatwić” pieniądze na etaty i podwyżki. Pojechaliśmy z Panią Kadrową przygotowane formalnie, merytorycznie z wyliczonymi etatami i z uzasadnieniem potrzeb. Wróciliśmy z zapewnieniem otrzymania około 160 etatów. Radość, perspektywa pieniędzy na podwyżki i zabezpieczenia Oddziałów dodatkowym personelem. Pamiętam jak Pan

Profesor bardzo się cieszył, jak gratulował, a w cichości powiedział, że nie do końca wierzył, czy ten plan się uda. A nam się udało!

Byłam świadkiem starań Pana Profesora jak organizował wczasy dla matek samotnie wychowujących dzieci, starań o mieszkania dla pielęgniarek. Zabiegał aby przekształcić mieszkania hotelowe na mieszkania służbowe i nie tylko.

Uważam się za szczęściarę, że miałam możliwość i mogłam pracować ze śp. Profesorem Stanisławem Pasykiem.

Grażyna Szymura

Materiały prasowe



Już w latach 70. w trakcie wielokrotnych pobytów naukowych w USA i Europie prowadził badania nad zachowaniem się krążenia obocznego i mikrokrążenia w czasie ostrej okluzji wieńcowej i po jej otwarciu. W aspekcie klinicznym badania te są klasykiem dla „bypassów” wieńcowych i inspiracją do dalszych obserwacji klinicznych - okluzja a reperfuzja. Uzyskane wyniki stanowiły istotny postęp w zakresie poznania fizjopatologii w ostrym zawale serca. Żegnający prof. S. Pasyka kardiologzy nie mają wątpliwości, że w tym obszarze Profesor wyprzedził swoją epokę. – *Działania prof. S. Pasyka były bez żadnych wątpliwości pionierskie, ale także wizjonerskie* – uważa prof. Lech Poloński, emerytowany kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii SUM.

To z inicjatywy Prof. Stanisława Pasyka w zabrzańskim ośrodku już w 1987 roku uruchomiono program 24-godzinny dyżuru w zakresie interwencyjnego leczenia zawału serca, będącego podstawą współczesnego systemu

terapii tego schorzenia (pierwszy w Polsce i drugi w Europie) - od tego czasu chory i lekarz przestali być bezbronni wobec toczącego się zawału serca. Do lat dziewięćdziesiątych metoda inwazyjnego leczenia zawału mięśnia sercowego była dostępna w nielicznych ośrodkach w kraju i za granicą. Dopiero w 2002 roku stała się metodą preferowaną, zalecaną w standardach leczenia towarzystw kardiologicznych, co podkreśla jej nowatorskie znaczenie w latach poprzednich, wprowadzone w zabrzańskim ośrodku.

– *Już w 1977 roku z inicjatywy S. Pasyka została uruchomiona pierwsza w Polsce karetka kardiologiczna. Tak zwana karetka „K” była w owym czasie rozwiązaniem pionierskim i innowacyjnym. Wielu z nas pracowało w zespole, który był kierowany do pacjentów z bólem w klatce piersiowej, do chorych z podejrzeniem zawału serca. Szybka interwencja zespołu i potwierdzenie w EKG zawału serca umożliwiało bezpośredni transport pacjentów z zawałem serca do naszego szpitala, co dawało możliwość niezwłocznego podjęcia leczenia inwazyjnego - dzisiaj, po prawie 30 latach, uznawanego za postępowanie optymalne. Wzorując się na Zabrze również inne miasta w Polsce wprowadziły później tę formę szybkiej fachowej pomocy chorym – wspomina prof. Andrzej Lekston, wieloletni kierownik tej karetki oraz kierownik Pracowni Hemodynamiki i Radiologii Zabiegowej ŚCCS.*

Przez wiele lat, bo aż do 1999 r., 24-godzinny dyżur zawałowy w Zabrze był unikatem na skalę Polski. Dopiero po kilkunastu latach zabrzański model leczenia zawału serca zaczęły przejmować kolejne ośrodki w kraju.

– *Kiedy Prof. Stanisław Pasyk zaproponował prof. Zbigniewowi Relidze stworzenie w zabrzańskim ośrodku nowoczesnej kardiologii, idea zaowocowała wdrożeniem pionierskiego w skali Polski i Europy leczenia pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca z wykorzystaniem metody transplantacji. Pierwszy udany przeszczep serca odbył się 5 listopada 1985 r.. Po nim nastąpiła cała seria kolejnych udanych transplantacji, które stanowią dziś znak rozpoznawczy Śląskiego Centrum Chorób Serca – mówi prof. Zbigniew Kalarus, kierownik Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii SUM.*

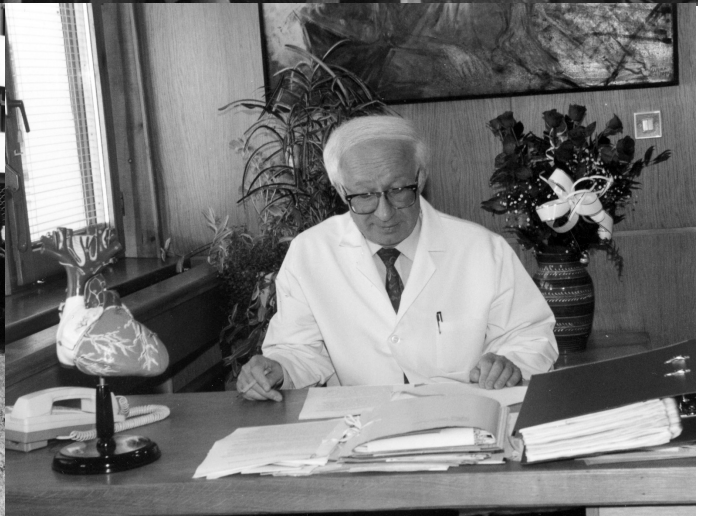
– *Prof. Stanisław Pasyk to dla kolejnych pokoleń lekarzy ogromny autorytet. Pan Profesor był pasjonatem i odważnym wizjonerem. Jego osiągnięcia stanowiły kamienie milowe w rozwoju całej polskiej medycyny. Wysoki poziom, jaki reprezentują współcześnie nasza kardiologia i kardiologia, są w znacznej mierze konsekwencją tych dokonań. Pan Profesor udowodnił, że stać się wspaniałym lekarzem można dzięki własnej pracy i zaangażowaniu. To wartości ponadczasowe, które dla kolejnych pokoleń lekarzy wciąż stanowią ważną inspirację i kierunkowskaz – dodaje dr hab. n. med., prof. SUM Oskar Kowalski, Kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Stymulacji Serca ŚCCS.*

Prof. S. Pasyk był członkiem Polskiego Towarzystwa

Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego, American Heart Association, European Society of Cardiology, International Society and Federation of Cardiology, American Physiological Society, New York Academy of Sciences oraz Paul Dudley White Cardiology Society at Harvard Medical School. W 1989 r. został przewodniczącym Społecznego Stowarzyszenia Kardiologicznego w Zabrze.

W 1998 r., w uznaniu wybitnych osiągnięć w pracy naukowo-badawczej i dydaktycznej w dziedzinie medycyny, za zasługi dla rozwoju naukowej współpracy międzynarodowej, został odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski.





Skany zdjęć Pana profesora Pasyka pochodzą z archiwum prywatnego rodziny oraz studia Foto Makar

prof. dr hab. Andrzej Lekston
prof. dr hab. Paweł Buszman

Zabrzeński model leczenia zawału serca w oparciu o 24-godzinny dyżur hemodynamiczny i Karetkę Kardiologiczną



Karetka Kardiologiczna (drugi od prawej dr Andrzej Lekston)
Foto: archiwum prywatne

Oddział kardiologiczny w Zabrze przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 10 był kierowany początkowo przez doc. Adama Wolańskiego (1972-1976), a następnie przez doc. Stanisława Pasyka.

Leczenie zawału serca w owym czasie było ograniczone możliwościami kardiologii i w pewnym sensie pokazywało bezsilność lekarzy wobec toczącego się procesu związanego z zamknięciem tętnicy wieńcowej. Chorych unieruchamiano na okres 2 tygodni, a hospitalizacja trwała 3-4 tygodnie.

Obecnie, po wprowadzeniu interwencji w zawale, pobyt ten średnio wynosi nie więcej niż 4-5 dni. Ból w klatce piersiowej można było opanować farmakologicznie, zaburzenia rytmu serca towarzyszące zawałowi były nieprzewidywalne i trudne do opanowania. Chorzy wymagali stałego monitorowania elektrokardiograficznego, a mimo to wstrząs kardiogeny wywołujący zawał kończył się zgonem w 80-90 proc. przypadków.

We wszystkich wytycznych postępowania w kardiologii podkreśla się kluczowy element czasu, jaki mija od wystąpienia objawów zawału serca do pierwszego kontaktu medycznego. Im wcześniej zostanie wdrożone leczenie, tym większa szansa na mniejsze uszkodzenie serca, obniżenie śmiertelności, poprawę funkcji lewej komory, rzadsze występowanie zaburzeń rytmu serca i lepsze rokowanie odległe.

Większość chorych w pierwszych godzinach zawału umiera z powodu migotania komór. Można by tych chorych uratować, gdyby w momencie wystąpienia arytmii znajdowali się w szpitalu czy w karetkce kardiologicznej. Zabrzeński model leczenia zawału serca w oparciu o 24-godzinny dyżur hemodynamiczny i Karetkę Kardiologiczną można podzielić na 3 etapy.

Pierwszym krokiem, poprzedzającym wprowadzenie 24-godzinnych dyżurów hemodynamicznych, było powołanie do życia w 1977 r., z inicjatywy doc. Stanisława Pasyka, Karetki Kardiologicznej. Jej kierownikiem został Andrzej Lekston. Ideą działania karetki było skrócenie czasu od wystąpienia dolegliwości do ustalenia rozpoznania i wdrożenia leczenia u chorego. Później, wzorując się na Zabrze, również inne miasta w Polsce wprowadziły tę formę szybkiej fachowej pomocy chorym.

Czym to zaowocowało? Jakie były z tego korzyści? Skrócenie czasu opieki przedszpitalnej dawało choremu z zawałem większe szanse nie tylko przeżycia, ale przeżycia w znacznie lepszej kondycji w związku z większym prawdopodobieństwem szybszego uzyskania reperfuzji i ograniczeniem strefy zawału, nasze wieloletnie doświadczenia pozwalają pozytywnie ocenić to przedsięwzięcie.

W 1985 r., w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii przy ul. Szpitalnej 2, uruchomiono nowoczesnie wyposażony oddział intensywnej opieki kardiologicznej, centralny monitoring EKG, ciśnienia krwi, saturacji, rzutu serca u każdego chorego, nowoczesne defibrylatory i kardiowertery, urządzenia do wspomagania krążenia, w tym IABP. Jednocześnie wprowadzono leczenie trombolityczne. Był to drugi krok w kierunku poprawy wyników leczenia i rokowania pacjentów ze świeżym zawałem serca.

2 września 1985 r. otwarto na terenie nowego obiektu Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii Pracownię Hemodynamiki. Jej pierwszym kierownikiem został Władysław Pluta. Bardzo szybko poza diagnostyką chorych planowych rozpoczęto diagnozowanie chorych z zawałem serca, rozpoczęto stosowanie selektywnej dowieńcowej trombolizy.

Niestety, podobnie jak wszystkie inne pracownie radiologiczne, Pracownia Hemodynamiki była czynna od godz. 8:00 do 15:00, pozbawiając możliwości inwazyjnego leczenia chorych ze świeżym zawałem serca w godzinach późniejszych. Po pierwszych doświadczeniach w inwazyjnym leczeniu zawału serca poszerzono współpracę naukowo-szkoleniową z szeregiem ośrodków kardiologicznych w kraju i za granicą.

Wynikiem tej współpracy były pierwsze zabiegi przezskórnej śródnaczyniowej plastyki tętnic wieńcowych (PTCA)

wykonane w listopadzie 1985 r. (Andrzej Lekston, Bogdan Borkowski, Pluta), pod nadzorem Waldemara J. Wajszczuka z Sinai Hospital Detroit, USA, brata żony prof. Zbigniewa Religi.



Zespół lekarski hemodynamiki prof. Stanisława Pasyka
Foto: archiwum prywatne

Szybko do zespołu wykonującego zabiegi PTCA dołączyli Krzysztof Bara, Paweł Kopeć i Paweł Buszman, a następnie Sylwia Puchrowicz i Hubert Krupa, Arkadiusz Derkacz, Roman Twardowski, Klaudiusz Kokot. W pierwszej fazie wszystkie zabiegi angioplastyki wykonywane były w zabezpieczeniu kardiochirurgicznym. Z biegiem czasu nasze zabiegi w Pracowni Hemodynamiki były dla kardiochirurgów bardziej, w pozytywnym tego słowa znaczeniu, przewidywalne i te nadzory były coraz luźniejsze.

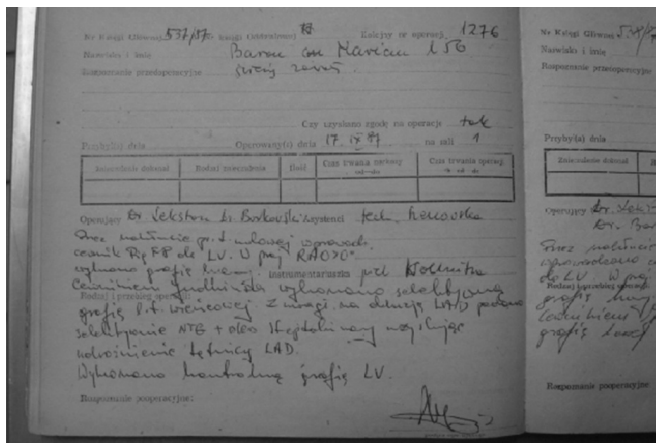
Było to w pewnym sensie hartowanie zespołu hemodynamiki. Należy w tym miejscu serdecznie podziękować profesorom: Zbigniewowi Relidze, Andrzejowi Bochenkowi i Marianowi Zembali wraz z zespołem kardiochirurgów i anestezjologów, za wsparcie, parasol ochronny, w tym także trudnym okresie dla początkujących hemodynamistów w nowatorskich dla wszystkich zabiegach. Równoległe z rozwojem metod przezskórnych zastosowano reperfuzję chirurgiczną. Marian Zembala i Zbigniew Religa przeprowadzili pierwsze zabiegi pomostowania aortalno-wieńcowego u chorych w ostrej fazie zawału serca.

Wprowadzono nowe metody postępowania: balony perfuzyjne (tzw. temporary stents – Mariusz Gąsior), stenty wieńcowe. W wyniku nawiązania współpracy z Catharina Hospital w Eindhoven, przeprowadzenia szkoleń w Zabrze i w Eindhoven implantowano pierwsze stenty do naczyń wieńcowych (Hans Bonnier, Hubert Krupa, Paweł Buszman, Andrzej Lekston), a następnie technikę bezpośredniego stentowania (direct stenting) u chorych z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST (Mariusz Gąsior), trombektomię i cewnikowanie z dojścia przez tętnicę promieniową (Piotr Chodór).

Do rutynowej praktyki klinicznej wprowadzono wspomaganie krążenia przy zastosowaniu kontrapulsacji wewnątrzortralnej i przezskórne krążenie pozaustrojowe (ECMO) (Paweł Buszman, Andrzej Lekston). W 1987 r. z inicjatywy Stanisława Pasyka 24-godzinny dyżur zawałowy został uruchomiony, co było innowacją na skalę światową i pierwszym tego typu dyżurem w Polsce.

Jakie były tego początki?

W Polsce w 1985 r. w Instytucie Kardiologii w Warszawie pierwszy zabieg angioplastyki wieńcowej w zawałe serca wykonali Marek Dąbrowski, Jan Jodkowski, Marynika Woroszyńska w zespole prof. Witolda Rużyłło. W 1986 r. pierwszy zabieg angioplastyki w świeżym zawałe serca wykonany został w Zabrze przez Andrzeja Lekstona i Bogdana Borkowskiego, a w kolejnym roku – 1987 – przez ten sam zespół został wykonany pierwszy w Polsce zabieg angioplastyki w trybie dyżurowym.



Były to małe kroki, ale uruchomiły w przyszłości całą lawinę dalszych działań, zarówno organizacyjnych, jak i wpłynęły na zmianę opcji terapeutycznych, niemal całkowicie eliminując fibrynolizę. Chory i lekarz przestali być bezbronni w obliczu zawału serca przez całą dobę. Przez wiele lat 24-godzinny dyżur zawałowy w Zabrze był unikatem na skalę Polski, bo aż do 1999 r. Dopiero po kilkunastu latach zabrzański model leczenia zawału serca zaczął rozpowszechniać się na kolejne ośrodki w kraju.

Pierwsze po Zabrze wdrożenie systemowe w kraju zabrzańskiego modelu dokonał prof. Wacław Kochman z zespołem hemodynamistów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w 1999 r., a kolejne w województwie małopolskim, organizowane było przez zespół prof. prof. Jacka Dubiela i Dariusza Dudka (od 2001 r.). Świadectwem skuteczności tego rozwiązania są rezultaty takiego postępowania, które pokazały, iż na przestrzeni ostatnich 15 lat śmiertelność wewnątrzszpitalna w zawałe serca spadła poniżej 10 proc.

**Dziedzictwo Prof. Religii i Prof. Zembali trwa,
powiększane i wzbogacane sukcesami zabrzańskich
kardiologów dorosłych i dzieci, kardiochirurgów
i transplantologów**

Z przyjemnością informujemy, że w SCCS w Zabrzu pomimo bardzo poważnych ograniczeń w wykonywaniu świadczeń z zakresu kardiologii dorosłych i dzieci oraz kardiochirurgii na szczególną prośbę wojewody śląskiego i dyrekcji oddziału śląskiego NFZ nieprzerwanie przyjmował i przyjmuje chorych z kardiologicznymi stanami zagrożenia życia zachowując zasady bezpieczeństwa zarówno wobec chorych jak i personelu medycznego.

Świadectwem tej aktywności jest wykonanie w okresie od stycznia do czerwca bieżącego roku 35 transplantacji serca na łączną liczbę 61 transplantacji wykonanych w całej Polsce w tym roku, co jest rekordem i w opinii Poltransplantu wydarzeniem dotąd niespotykanym. W dużej mierze jest to zasługa zespołu kardiochirurgów pod kierunkiem docenta Michała Zembali oraz zabrzańskich kardiologów i anestezjologów.

Warto podkreślić, że aż 35 wykonano właśnie w SCCS w Zabrzu i wśród przeszczepionych i uratowanych pacjentów jest także 8 letnie dziecko, Zosia, która przez ponad rok żyła dzięki sztucznej komorze wspomaganie krążenia. 3 lipca dziewczynka została uratowana dzięki transplantacji serca, którą wykonał zespół młodych zdolnych kardiochirurgów zabrzańskich w składzie: Dr. Szymon Pawlak (adiunkt ŚUM) i Dr Joanna Śliwka.

W tym samym czasie tj. od stycznia do czerwca włącznie wykonano ogółem 15 przeszczepów obu płuc, na łączną liczbę 28 transplantacji płuc w całym kraju. Zarówno w transplantacjach serca jak i płuc ośrodek w Zabrzu jest niekwestionowanym liderem w kraju, zaliczanym obecnie do europejskiej czołówki transplantologii. Warto dodać, że przeszczepy obu płuc były wykonane m.in. u chorych z mukowiscydozą.

Wśród uratowanych pacjentów jest trójka dzieci, które jako pierwsze w Polsce żyją dzięki przeszczepowi obu płuc Dzieci w wieku 10, 12 i 15 lat zostały uratowane dzięki transplantacjom wykonanym w Zabrzu przez ambitny zespół w składzie dr Maciej Urlik, Dr Tomasz Szałel i Dr Remigiusz Antończyk.

Ten nowy zespół powstały z inicjatywy prof. Mariana Zembali, przed dwoma laty wyszkolony zarówno w Polsce jak i zagranicą (Hannover) jest uważany za wiodący Zespół w Europie, który osiąga najlepsze wyniki w transplantacji płuc. Ta działalność jest możliwa i wspomagana przez bardzo ambitne środowisko śląskich i polskich pulmonologów. Osiągnięcia którymi szczyci się ten zespół w tym transplantacje dzieci ratowanych na ECMO i następnie transplantacji obu płuc przechodzą do annałów

historii polskiej transplantologii i stanowią dumę zabrzańskiego Ośrodka i zabrzańskiej Katedry i Kliniki Kardiochirurgii, Chirurgii Naczyniowej, Endowaskularnej i Transplantologii ŚUM.

Najlepszym świadectwem dynamicznego rozwoju SCCS w Zabrzu jest fakt, że dokonano tu pierwszego w Polsce przeszczepu płuc pacjenta zakażonego koronawirusem.

Z tego co wiemy, nasz pacjent to ósmy przypadek na świecie przeszczepienia płuc u pacjenta z COVID-19. Trzy zabiegi opisali Chińczycy, jeden Włosi, jeden Austriacy i dwa Amerykanie. Jesteśmy zatem ósmym ośrodkiem, który wykonał taki przeszczep, ale prawdopodobnie pierwszym na świecie u takiego pacjenta, u którego wykorzystano wcześniej ECMO – powiedział dr hab. Marek Ochman.

45 – latek najpierw był pacjentem szpitala w Tychach. Tam podłączono go do respiratora, ale mimo ostrej wentylacji organizmu – zwiększanego ciśnienia podawanego tlenu, jego płuca nie zwiększały objętości. Zdecydowano o przetransportowaniu go do Krakowa i wszczepieniu ECMO, urządzenia do pozaustrojowego natleniania krwi. Niestety, stan chorego się nie poprawiał, za to z każdym dniem rosło ryzyko powikłań – skutek uboczny zastosowania aparatury.

Dzięki doskonałej pracy trzech szpitali: jednoimiennych w Tychach i Krakowie oraz naszego, zabrzańskiego zespołu udało się przeprowadzić tę operację.

Z COVID-19 żyjemy dopiero kilka miesięcy, dlatego nie opracowano jeszcze dokładnych wytycznych dotyczących transplantacji organów u pacjentów niewydolnych oddechowo po przejściu tej choroby. Lekarze nie wiedzą dokładnie, czego mogą się spodziewać podczas operowania takich pacjentów. Bazują zatem na dotychczasowej - niewielkiej - wiedzy i intuicji zawodowej – wyjaśnia kardiochirurg Maciej Urlik z zespołu transplantacji płuc ŚCCS.

Niezależnie od przeszczepów serca i płuc zabrzańska kardiologia dorosłych i dzieci i kardiochirurgia w trudnym czasie pandemii wykonała imponującą liczbę ponad 1200 operacji serca u dorosłych w tym 20 procent zabiegów pilnych i ratujących życie oraz ponad 100 operacji serca u dzieci i 182 operacje naczyniowe i endowaskularne.

Warto przypomnieć że zaszczytny tytuł pierwszego w historii honorowego profesora ŚUM otrzyma wkrótce wychowanek prof. Religii i jego następca Prof. Dr hab. Marian Zembala, Obecny kierownik katedry i budowniczy nowego SCCS. Inicjatorem tego prestiżowego wyróżnienia są profesorowie ŚUM z Prof. Władysławem Grzeszczakiem na czele, którego wniosek senat ŚUM poparł w głosowaniu jednogłośnie, jako wyraz uznania dla chlubnej działalności prof. Zembali i jego wychowanków.



Senior i geriatra - wzajemny szacunek - niezmienny mimo pandemii

1. Definicja „geriatrii”

Według definicji WHO (World Health Organization), podanej w 2004 roku, geriatra to specjalistyczna dziedzina medycyny, która zajmuje się zdrowiem, chorobami oraz opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku, zaś gerontologia to wielodyscyplinarny kierunek naukowy dotyczący wszystkich aspektów starzenia, włączając w to czynniki: zdrowotne, biologiczne, socjologiczne, psychologiczne, ekonomiczne i środowiskowe.

Z perspektywy cyklu życia geriatra stanowi ostatnią z triady podstawowych dyscyplin medycznych - po pediatrii i „mediatrii” (choroby wewnętrzne wieku dojrzałego).

Termin ten wprowadził w 1909 roku amerykański lekarz pochodzący z Wiednia, Ignatz Leo Nascher, uznawany za pioniera nowoczesnej geriatrii. To on uzasadniał konieczność wyodrębnienia specjalnej dyscypliny klinicznej, która odnosiłaby się do chorób wieku starczego i była oddzielona od schorzeń dojrzałego wieku.

2. Sylwetka pacjenta geriatrycznego

Pacjent geriatryczny to osoba, która ukończyła 60 rok życia, cierpiąca na różnego rodzaju dolegliwości zdrowotne. Do głównych problemów geriatrycznych należą m.in.: zespoły otępienne, zespoły depresyjne i lękowe, zaburzenia zachowania, dolegliwości kardiologiczne, nietrzymanie moczu, upadki i zasłabnięcia, zmiany zwyrodnieniowe stawów, zaburzenia endokrynologiczne, zawroty głowy, a także zaburzenia równowagi. W zakres geriatrii wchodzi zatem trudności zdrowotne, które według uproszczonego podziału możemy zakwalifikować jako somatyczne i psychiczne.

Mianem pacjenta geriatrycznego możemy bowiem określić zarówno osobę, która cierpi na chorobę Alzheimera i jest całkowicie zależna od opiekunów, taką, u której występuje zwyrodnienie stawów i odczuwa ona znaczne dolegliwości bólowe, ale również taką – u której zdiagnozowano cukrzycę i która jest w pełni samodzielna oraz aktywnie uczestniczy w Klubie Seniora. Już to krótkie zestawienie wskazuje, iż pod nazwą „pacjent geriatryczny” kryje się bardzo wiele kontekstów psychologicznych.

Szeroki zakres problemów medycznych dotyczących osoby starsze bezpośrednio wpływa na sposób organizacji opieki zdrowotnej. Zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia

opieka nad pacjentem geriatrycznym powinna mieć charakter interdyscyplinarny. Wymaga zaangażowania lekarza geriatry, psychologa, pielęgniarki oddziałowej, fizjoterapeuty oraz pracownika socjalnego.

W naukach medycznych rozumienie pojęcia „zdrowie” jest zazwyczaj zgodne z paradygmatem biomedycznym, w którym choroba taktowana jest jako wadliwe działanie elementu maszyny (organizmu), wynikające z przyczyn biologicznych, lekarz natomiast jest traktowany jako osoba naprawiająca popsute urządzenie. Konsekwencją przyjęcia takiego modelu jest redukcjonistyczne podejście do samego pacjenta i jego trudności, wyjaśnianie jego choroby tylko w oparciu o czynniki biologiczne, jego depersonalizacja. W geriatrii próbuje realizować się założenia holistyczno-funkcjonalnego paradygmatu zdrowia. Podstawową tezę tego modelu jest ujmowanie człowieka w relacji ze środowiskiem (zarówno w rozumieniu fizycznym, jak i społecznym), traktowanie jako części większego systemu. Jednocześnie sam człowiek rozpatrywany jest jako system, w skład którego wchodzi zależne od siebie elementy biologiczne, psychologiczne, społeczne, a zgodnie ze stosowaną w tym modelu zasadą prymatu całości nad częściami „właściwości całości nigdy nie są prostą sumą właściwości jej części”. Jednostka reaguje na zmianę zachodzącą zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz ciała, a wzajemne interakcje poszczególnych elementów skierowane są przede wszystkim na realizację głównego celu, którym jest zachowanie dynamicznej równowagi. Zdolność organizmu do osiągnięcia owej integracji, czyli stanu dynamicznej równowagi – jest zgodnie z założeniami tego modelu - jednym z atrybutów zdrowia.

W myśl tejże koncepcji, zdrowie traktowane jest jako proces. Nie jest tu jedynie brakiem choroby - jest zjawiskiem wielowymiarowym, ujmowanym na continuum zdrowie - choroba. W tej koncepcji podkreśla się również: podmiotowość jednostki, traktowanie człowieka jako całość (bez podziału na somę i psyche) oraz założenie o polietiologii wszystkich chorób. Tworzenie interdyscyplinarnych zespołów jest w geriatrii pierwszym krokiem do realizowania założeń tego paradygmatu w praktyce klinicznej. Uczestniczenie osób o różnych specjalnościach w diagnozie i planowaniu interwencji w przypadku konkretnego pacjenta, daje możliwość rozpatrywania jego problemu na wielu płaszczyznach: medycznej, psychologicznej i społecznej. Stwarza to również możliwości wykorzystywania szerokiego zakresu interwencji terapeutycznych – pacjent może korzystać z terapii farmakologicznych, psychologicznych czy fizjoterapeutycznych.

Tak zorganizowana opieka jest niewątpliwie bardzo korzystna zarówno dla pacjenta i jego rodziny, jak i dla członków zespołu. Jego uczestnicy mogą dzięki temu poszerzać własną wiedzę o informacje pochodzące z innych dyscyplin, spojrzeć na trudności pacjenta z innej perspektywy. Jednakże jest ona również dużym wyzwaniem dla każdego ze specjalistów - każdy jest bowiem przedstawicielem odrębnej dyscypliny, dla której charakterystyczne są język, wartości i praktyki - co

wymaga od członków zespołu nie tylko komunikowania się w sposób zrozumiały dla innych, ale czasem również wykazania się zdolnościami negocjacyjnymi .

3. Skale geriatryczne - podstawowe narzędzie geriatry

Podstawowym zadaniem geriatry jest ocena funkcjonowania psychosomatycznego pacjenta starszego. Do tego celu służą skale geriatryczne. Jedną z nich, obowiązującą w Polsce podczas przyjęcia do szpitala każdego chorego >60 r.ż. jest skala VES-13 (Vulnerable Elders-13 Survey).

Na podstawie skali VES 13 dokonywana jest ocena samodzielności oraz mobilności seniora. Uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych 2 lat i jest rekomendacją do przeprowadzenia COG (Całościowej Oceny Geriatrycznej). COG to wielokierunkowy, zintegrowany proces diagnostyczny, którego celem jest ustalenie zakresu zaburzenia dobrostanu (wg definicji zdrowia WHO), ustalenie priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości zapewnienia dalszego leczenia/rehabilitacji/opieki (dom, dom opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział szpitalny). COG pozwala na określenie zdolności osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania oraz ustalenia potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych osoby w wieku podeszłym .

Jedną z podstawowych składowych COG jest skala ADL (Activity Daily Leaving), na podstawie której oceniana jest sprawność i stopień słabości (frailty). Bierzymy pod uwagę następujące czynności: samodzielne kąpanie się, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, przemieszczanie się, jedzenie, kontrolowanie moczu i stolca.

Wśród najprostszych, przesiewowych metod oceny mentalnej seniorów wyróżniamy: test MMSE (Mini-Mental State Examination), Test Rysowania Zegara oraz Test MoCA. Jeśli w tych krótkich testach osoba badana uzyska wynik nieprawidłowy, należy pogłębić diagnostykę i wykonać bardziej szczegółowe badania.

W przypadku diagnozowania innych trudności pacjentów starszych stosuje się m.in. Geriatryczną Skalę Oceny Depresji, czy też Krótki Alkoholowy Test Przesiewowy z Michigan .

Zbieranie i przekazywanie informacji może sprzyjać autorefleksji, dawać pacjentowi poczucie, że zarówno on, jak i jego problemy są istotne, a okazywanie ciepła i empatii mają charakter przede wszystkim wspierający. Podstawą tych oddziaływań jest stworzenie pozytywnej relacji i zaufania do całego zespołu.

4. Carpe diem czyli STOP polipragmazji!

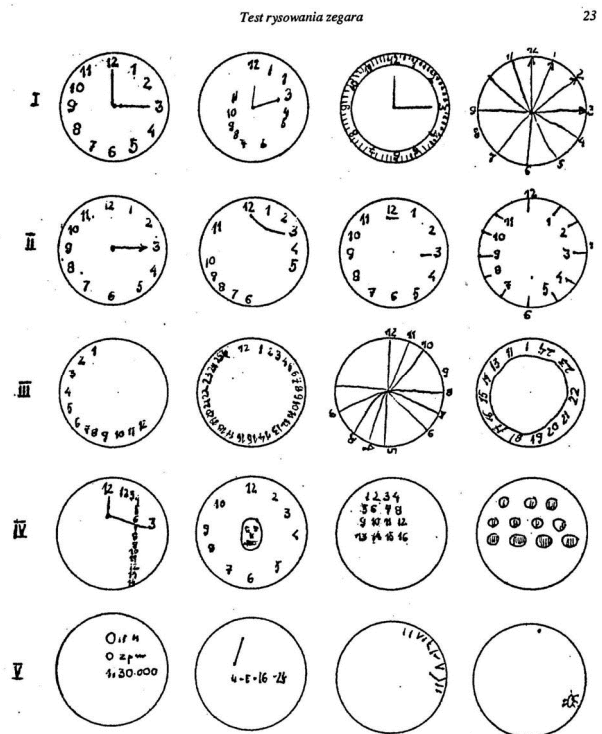
Polipragmazja - co to znaczy? Polipragmazja to termin medyczny określający sytuację, w której chory przyjmuje więcej niż kilka leków jednocześnie. Jest to jeden z częstszych błędów w leczeniu, prowadzący m.in. do znacznego zwiększenia występowania niezamierzonych interakcji lek -

lek lub lek - pożywienie. Najczęściej jest to zażywanie przez chorego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji, albo przepisywanie nadmiernej liczby leków bez wyraźnej potrzeb. Optymalnie senior NIE POWINIEN zażywać więcej niż 8 rodzajów leków!!! Dlatego korzystając z teleporady lekarza pierwszego kontaktu czy specjalisty lub udając się do szpitala koniecznie przedstawić spis zażywanych leków, zleconych od wszystkich specjalistów, u których senior jest pod opieką oraz specyfików dostępnych bez recepty.

Pamiętajmy, że rzetelne leczenie, opieka i rehabilitacja seniora oraz zaufanie chorego starszego wobec personelu medycznego to klucz do słonecznej jesieni życia!

Z perspektywy medyka z 25-cio letnim stażem w internie, kardiologii i geriatryi stwierdzam, że fundament owocnej współpracy jest miłość do drugiego człowieka, empatia i prawdziwa chęć niesienia pomocy.

Bardzo często samotny senior oprócz profesjonalizmu kadry medycznej oczekuje chwili rozmowy, słowa pocieszenia, szczególnie obecnie, w czasie trwania pandemii koronawirusa, kiedy to wprawdzie zakryte są usta maseczką, ale ciepłe spojrzenie potrafi ukoić ból...



Rysunek 1. Kliniczne przykłady błędów w rysowaniu zegarów Shulmana i wsp. 1986

Ryc. Test rysowania zegara

Niewydolność serca - co o niej wiemy

Niniejszy artykuł dotyczący niewydolności serca, jest on wstępem do cyklu artykułów na ten temat.

Niewydolność serca jest chorobą, która zyskała miano epidemii XXI wieku. W Polsce ze względu na wysoką zachorowalność, śmiertelność oraz częste hospitalizacje, niewydolność serca stanowi duży problem zdrowotny. Przyczyn niewydolności serca jest wiele jednak najczęstszymi z nich jest choroba wieńcowa i nadciśnienie tętnicze.

Niewydolność serca jest to choroba, w którym zmniejszona w stosunku do zapotrzebowania tkankowego pojemność minutowa, inaczej mówiąc ilość krwi pompowana w jednostce czasu, prowadzi do zespołu typowych objawów jak duszność, orthopnoe, obrzęki wokół kostek, męczliwość, zmęczenie, zmniejszona tolerancja wysiłku.

Leczenie niewydolności obejmuje zarówno leczenie farmakologiczne jak i zabiegowe. Leczenie zabiegowe to operacje naprawcze, w tym przeszczep serca, wspomaganie krążenia ale także zapobieganie nagłym zgonom sercowym, poprawa jakości życia poprzez wszczęcie urządzeń wysokoenergetycznych takich jak: kardiowertery - defibrylatory, kardiowertery - defibrylatory z funkcją resynchronizacji.

Niejednokrotnie u pacjenta stosuje się kilka metod leczenia poczynając od leczenia farmakologicznego poprzez leczenie zabiegowe naprawcze czy wspomaganie krążenia. Jednak jak wykazują badania leczenie to, chociaż znacząco poprawiło rokowania nie jest w pełni skutecznym leczeniem w niewydolności serca.

Europejscy eksperci w leczeniu niewydolności serca zwracają uwagę, iż do kompleksowego leczenia pacjentów z niewydolnością serca należy stworzyć zespół multidyscyplinarny, który powinien obejmować nie tylko lekarzy kardiologów, POZ czy innych specjalności ale także inne grupy medyczne: pielęgniarki, rehabilitantów, dietetyków oraz pracowników socjalnych. Bardzo ważne jest także fachowe wsparcie psychologiczne czy psychiatryczne. Nie należy zapominać o ważnym elemencie jakim jest szeroka edukacja pacjenta z niewydolnością serca, która obejmuje następujące elementy:

1. Znajomość własnej jednostki chorobowej wraz z jej przyczynami, metodami diagnostyki, leczenia i objawami
2. Radzenie sobie z objawami niewydolności serca
3. Właściwe stosowanie farmakoterapii
4. Zdrowy styl życia;
 - a. zdrowe odżywianie

- b. utrzymanie właściwej masy ciała.
- c. aktywność fizyczna

5. Zapobieganie chorobom infekcyjnym

Edukacja ta winna być prowadzona wieloetapowo i prowadzić do trwałych i pozytywnych zmian nawyków u człowieka chorego. Dane mówią, iż wdrożenie edukacji chorego prowadzi do redukcji hospitalizacji z powodu niewydolności serca nawet o 34%. Kluczową rolę w zapewnieniu ciągłości opieki medycznej zdają się mieć pielęgniarki, które pracują z pacjentem oraz współpracują z lekarzem, dietetykiem, fizjoterapeutą, pracownikiem socjalnym czy psychologiem.

Pielęgniarki są także bardzo ważnym ogniwem w edukacji chorego w zakresie jego choroby, czynników ryzyka, objawów, kładąc duży nacisk na objawy, które wymagają interwencji lekarskiej w poradni lub w ramach leczenia szpitalnego. Innym zadaniem edukacyjnym jest zdrowy styl życia, zmiana nawyków zarówno żywieniowych jak też codzienna aktywność fizyczna oraz jej zakres. Pielęgniarka przygotowuje pacjenta do samoopieki w warunkach domowych, a więc uczy technik kontroli tętna, ciśnienia, masy ciała, kontroli obręzków czy podaży płynów oraz właściwego stosowania leczenia farmakologicznego. Ważną rolą pielęgniarki jest także monitorowanie pacjenta po wypisie, nie tylko w ramach telemonitoringu domowego ale również monitorowanie pod kątem stosowania się do zaleceń lekarskich oraz edukacyjnych, pielęgniarskich i innych specjalistów medycznych.

Szczególną grupą pacjentów z niewydolnością serca są chorzy wysokiego ryzyka, u których wyczerpano możliwości doustnego leczenia farmakologicznego. Dla tych osób z inicjatywy Pana Profesora dr hab. n. med. Mariusza Gąsiora w SCCS w Zabrze została zorganizowana opieka lekarsko-pielęgniarska w ramach Dziennego Oddziału Leczenia Niewydolności Serca do której kwalifikowani są pacjenci w klasie NYHA II-IV, wymagający okresowego stosowania dożylnie leków diuretycznych oraz w określonych przypadkach podawania amin presyjnych. W ramach tego oddziału oprócz diagnostyki laboratoryjno-obrazowej, leczenia oraz jego modyfikacji prowadzona jest także szeroko zakrojona edukacja pacjentów wraz z monitoringiem samokontroli pacjenta.

Pacjenci w ramach tego oddziału przy opiece i wsparciu pielęgniarki Pani mgr Beaty Szelligi-Dańko są doskonale przygotowani do samoopieki o czym świadczą wyniki leczenia w ramach tego oddziału.

Dokładniejszy zakres działalności oddziału oraz wyniki pracy zostaną przedstawione w następnym artykule.



**O współpracy pomiędzy lekarzami,
pielęgniarkami a samodzielnymi
fizjoterapeutami w Śląskim Centrum
Chorób Serca**

Pacjent, który trafia do naszego szpitala, jest diagnozowany przez lekarza. Jeśli ma przejść operację przeszczepu płuc czy serca, kwalifikacją zajmuje się odpowiedni zespół. Fizjoterapeuci na tym etapie nie są jeszcze potrzebni. My pacjenta dostajemy dopiero po operacji. Najpierw zbieramy informacje o nim od lekarza prowadzącego, lekarza operującego i zespołu pielęgniarskiego. Od tego momentu cała fizjoterapia jest już w naszych rękach, jesteśmy niezależni. Oczywiście w trudnych sytuacjach posiłkujemy się wiedzą lekarzy czy pielęgniarek, współpracujemy ze sobą na bieżąco, gdyż różne rzeczy mogą się dziać z pacjentem. Działamy na zasadzie teamu interdyscyplinarnego. Uważam, że ta współpraca jest na bardzo dobrym poziomie.

Fizjoterapia się zmienia

W ostatnim czasie podejście do fizjoterapii trochę się w naszym szpitalu zmieniło. Pacjenci są szybciej uruchamiani, niż to było kiedyś, często zaczynamy pracę już w pierwszej dobie po operacji. Początkowo budziło to opór niektórych doświadczonych lekarzy, obawiali się o zdrowie pacjentów. Kierowali się starszymi rekomendacjami dotyczącymi rehabilitacji kardiologicznej. Nie ma tu niczyjej winy, tak po prostu funkcjonował przez lata szpital, a jednocześnie nasza dziedzina szybko się na świecie rozwija, wprowadza się modyfikacje różnych metod. Jakiś czas temu zatrudniliśmy też nowych, młodych fizjoterapeutów. To był taki powiew świeżości. Po paru miesiącach lekarze zauważyli, że nasze działania są dla pacjentów korzystne i już nie mają obiekcji.

Od przeszczepu do treningu rowerowego

Na oddziale rehabilitacji kardiologicznej fizjoterapia odbywa się od poniedziałku do soboty, a na oddziałach kardiologicznych i kardiologicznych przez cały tydzień, ale w weekendy tylko z najcięższymi pacjentami, świeżo po zabiegach oraz wymagającymi naszego wsparcia fizjoterapeutycznego. Pacjentom kardiologicznym po sternotomii zakładamy w pierwszej lub kolejnej dobie tzw. szelki (stabilizator klatki piersiowej), prowadzimy terapię oddechową, oklepujemy, a jeśli stan chorego na to pozwala – wprowadzamy ćwiczenia krążeniowo-oddechowe. W kolejnych dniach już ich uruchamiamy, pionizujemy, potem wprowadzamy chodzenie. U pacjentów po przeszczepie serca kolejne etapy następują w różnym tempie. Dużo zależy od tego, w jakim byli stanie jeszcze przed operacją, na ile organizm był wyniszczony oraz wydolny krążeniowo i oddechowo. Jednak pionizacja często następuje już pierwszego dnia naszej pracy. Po by-passach czy zastawkach pacjent leży u nas około czterech, pięciu dób. Po przeszczepie serca od czterech do pięciu tygodni, ale jeśli jest to pacjent „powikłany”, to nawet kilka miesięcy. Co tydzień u pacjentów po przeszczepie serca wykonywana jest biopsja sprawdzająca, czy nie ma odrzutu. W tym czasie jest cały czas rehabilitowany, często kończy się to na treningu rowerowym, chodzeniu po schodach. Po opuszczeniu szpitala pacjenci mogą kontynuować fizjoterapię na naszym oddziale

rehabilitacji kardiologicznej, ale ponieważ przyjeżdżają do nas z całej Polski, więc najczęściej organizują sobie fizjoterapię gdzieś w pobliżu miejsca zamieszkania. Ciekawą nowością w Zabrze, jak i w Instytucie Kardiologii w Aninie, jest telerehabilitacja, której celem jest prowadzenie fizjoterapii po wszczepieniu sztucznych komór w warunkach domowych. Codziennie kontaktujemy się z pacjentem, oceniamy jego wydolność i nadzorujemy proces fizjoterapii. Szczególnie wymagająca jest rehabilitacja po przeszczepie płuc u pacjentów z mukowiscydozą czy samoistnym włóknieniem płuc. Pamiętajmy, że chorzy są ratowani w stanie skrajnego wyczerpania, postępującej kacheksji, dlatego tak ważny jest proces rehabilitacji połączony z nauką swobodnego poruszania się i oddychania. Fizjoterapia chorych po transplantacji płuc i wszczepieniu sztucznych komór to nowy rozdział polskiej i światowej rehabilitacji, do którego musimy się należycie przygotować. Staliśmy się pełnoprawnymi członkami *heart failure team*.

Zobaczyć na własne oczy

W naszym Śląskim Centrum Chorób Serca mamy oddziały kardiologiczne, kardiologiczne i rehabilitacji. Na wszystkich pracują nasi fizjoterapeuci. Jest nas w sumie około 25 osób. Przydałoby się nam jeszcze kilka dodatkowych, żebyśmy mogli robić więcej, poświęcić więcej czasu pojedynczemu pacjentowi. Przy operacjach możemy być tylko obserwatorami, nie bierzemy w nich udziału, nasze zaangażowanie nie jest tu wymagane. Niedawno po raz pierwszy widziałem, jak przebiega przeszczep serca. Myślę, że każdy fizjoterapeuta pracujący z pacjentami kardiologicznymi powinien zobaczyć od kuchni zabiegi, które przechodzą pacjenci. Pomogłoby to zrozumieć cały mechanizm przecięcia mostka, wymiany zastawek, przeszczepu serca. Ta wiedza by się przydała.

Pacjent, który trafia do naszego szpitala, jest diagnozowany przez lekarza. Jeśli ma przejść operację przeszczepu płuc czy serca, kwalifikacją zajmuje się odpowiedni zespół. Rehabilitanci na tym etapie nie są jeszcze potrzebni. My pacjenta dostajemy dopiero po operacji. Najpierw zbieramy informacje o nim od lekarza prowadzącego, lekarza operującego i zespołu pielęgniarskiego. Od tego momentu cała rehabilitacja jest już w naszych rękach, jesteśmy niezależni. Oczywiście w trudnych sytuacjach posiłkujemy się wiedzą lekarzy czy pielęgniarek, współpracujemy ze sobą na bieżąco, gdyż różne rzeczy mogą się dziać z pacjentem. Działamy na zasadzie teamu interdyscyplinarnego. Uważam, że ta współpraca jest na bardzo dobrym poziomie.

Fizjoterapia się zmienia

W ostatnim czasie podejście do rehabilitacji trochę się w naszym szpitalu zmieniło. Pacjenci są szybciej uruchamiani, niż to było kiedyś, często zaczynamy pracę już w pierwszej dobie po operacji. Początkowo budziło to opór niektórych doświadczonych lekarzy, obawiali się o zdrowie pacjentów. Kierowali się starszymi rekomendacjami dotyczącymi rehabilitacji kardiologicznej. Nie ma tu niczyjej winy, tak po prostu funkcjonował przez lata szpital, a jednocześnie nasza dziedzina szybko się na świecie rozwija, wprowadza się modyfikacje różnych metod. Jakiś czas temu zatrudniliśmy też nowych, młodych fizjoterapeutów. To był taki powiew świeżości. Po paru miesiącach lekarze zauważyli, że nasze działania są dla pacjentów korzystne i już nie mają obiekcji.

Na oddziale rehabilitacji kardiologicznej fizjoterapia odbywa się od poniedziałku do soboty, a na oddziałach kardiologicznych i kardiochirurgicznych przez cały tydzień, ale w weekendy tylko z najcięższymi pacjentami, świeżo po zabiegach oraz wymagającymi naszego wsparcia fizjoterapeutycznego. Pacjentom kardiochirurgicznym po sternotomii zakładamy w pierwszej lub kolejnej dobie tzw. szelki (stabilizator klatki piersiowej), prowadzimy terapię oddechową, oklepujemy, a jeśli stan chorego na to pozwala, wprowadzamy ćwiczenia krążeniowo-oddechowe. W kolejnych dniach już ich uruchamiamy, pionizujemy, potem wprowadzamy chodzenie. U pacjentach po przeszczepie serca wprowadzane zmiany przebiegają w różnym tempie. Dużo zależy od tego, w jakim byli stanie jeszcze przed operacją, na ile organizm był wyniszczony, wydolny krążeniowo i oddechowo. Jednak pionizacja często następuje już pierwszego dnia naszej pracy.

Po by-pasach czy zastawkach pacjent leży u nas około czterech, pięciu dób. Po przeszczepie serca od czterech do pięciu tygodni, ale jeśli jest to pacjent powikłany, to nawet kilka miesięcy. Co tydzień u pacjentów po przeszczepie serca wykonywana jest biopsja sprawdzająca, czy nie ma odrzutu. W tym czasie jest cały czas rehabilitowany, często kończy się to na treningu rowerowym, chodzenie po schodach. Po opuszczeniu szpitala pacjenci mogą kontynuować rehabilitację na naszym oddziale rehabilitacji kardiologicznej. Pacjenci przyjeżdżają do nas z całej Polski, więc najczęściej organizują sobie rehabilitację gdzieś w pobliżu miejsca zamieszkania.

Zobaczyć na własne oczy

W naszym Śląskim Centrum Chorób Serca mamy oddziały kardiochirurgiczne, kardiologiczne i rehabilitacji. Na wszystkich pracują nasi fizjoterapeuci. Jest nas w sumie około 25 osób. Przydałoby się nam jeszcze kilka dodatkowych osób, żebyśmy mogli robić więcej, poświęcić więcej czasu pojedynczemu pacjentowi.

Przy operacjach możemy być tylko obserwatorami, nie bierzemy w nich udziału, nasze zaangażowanie nie jest tu wymagane. Niedawno po raz pierwszy widziałem, jak przebiega przeszczep serca. Myślę, że każdy fizjoterapeuta pracujący z pacjentami kardiochirurgicznymi powinien zobaczyć od kuchni zabiegi, które przechodzą pacjenci. Pomogłoby to zrozumieć cały mechanizm przecięcia mostka, wymiany zastawek, przeszczepu serca. Ta wiedza by się przydała.

KOMENTARZ

Z wielką radością i dumą przeczytałem komentarz mojego Kolegi, doświadczonego fizjoterapeuty Mariusza Stachowiaka informujący Państwa o nowych rosnących możliwościach współczesnej fizjoterapii na przykładzie tego co osiągnęliśmy w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Pozwólcie, że sięgnę do osobistych wspomnień, które rozpoczynają się w akademickim Wrocławiu w latach 70-79', gdzie pracowałem pod kierunkiem wybitnego polskiego chirurga, kardiochirurga i torakochirurga, prof. Wiktora Brossa, twórcę znanej wrocławskiej szkoły chirurgów.

Warto pamiętać, że akademicki Wrocław w tamtym czasie to nazwiska takich wybitnych polskich lekarzy i naukowców, pionierów polskiej kardiologii jak prof. Edward Szczeklik, prof. Bronisław Olejak, prof. Ludmiła Hirnle i pamiętam

doskonale, że wówczas w silnym już akademickim Wrocławiu, to chirurg, prof. Wiktor Bross przywiózł z czołowych niemieckich klinik w Monachium nieodparte przekonanie, że trzeba w dużo większym niż dotychczas stopniu, uwzględnić partnerską rolę fizjoterapii. Pamiętam jak zaprosił do Wrocławia fizjoterapeutę z Monachium, który opowiadał i przekazywał z pomocą tłumacza, jaka jest rola i miejsce w rehabilitacji pozabiegowej, poudarowej, fizjoterapeuty.

To co zapamiętałem z tego spotkania, którego byłem uczestnikiem to fakt, że podkreślił gość z Monachium, że nawet w zorganizowanej Bawarii, nie ma jeszcze zawodu fizjoterapii, on dopiero powstaje w oparciu o różne szkoły fizjoterapii i stanowi ich pozytywną kumulację. W rezultacie tego spotkania w Klinice Prof. Brossa znalazło zatrudnienie 3 nowych fizjoterapeutów, dwoje z nich było niewidomymi, trzecia osoba zajmowała się fizjoterapią manualną i wcześniej pracowała w klinice w Berlinie zachodnim.

Te osoby zostały włączone do codziennej pracy z chorymi po operacjach kardiochirurgicznych i torakochirurgicznych i my, cała reszta zespołu nabieraliśmy rosnącego szacunku dla tej specjalności i jej zadań. Szczególnie ważną rolę w środowisku wrocławskim w zakresie rehabilitacji kardiologicznej odegrali tacy wybitni prof, jak Krzysztof Radec i prof. Ludmiła Hirnle i jej następcy.

Kiedy wyjechałem na prawie 6 - letni staż naukowy i kliniczny do uniwersyteckich klinik w Utrechcie w Holandii, byłem zdumiony jak istotną rolę w procesie wczesnej rehabilitacji i usprawniania pacjenta odgrywali fizjoterapeuci.

Towarzyszyli codziennie na odprawie zespołu leczącego, a później widywałem ich regularnie i rano, i wieczorem, także w weekendy przy pracy z chorymi. Holenderska fizjoterapia była daleko bardziej rozwinięta niż polska. Z uwagi na współpracę z takimi wiodącymi wówczas ośrodkami jak Mayo Clinic, Rochester czy model rehabilitacji Colombia Presbyterian w Nowym Jorku.

Jako kardiochirurg powróciłem z Utrechtu z dużym doświadczeniem, ale i przekonaniem o bardzo istotnej roli fizjoterapeuty w nowoczesnym leczeniu.

W roku 1985, kiedy prof. Religa zaproponował mi wzmocnienie jego zespołu w nowo powstającej Klinice w Zabrze, od razu dostrzegłem bardzo nowatorskie podejście do rehabilitacji pozawałowej. Nie jest tajemnicą, że radykalnie zmienił się sposób leczenia zawału serca, który kiedyś polegał na podaniu heparyny i unieruchomieniu chorego przez 2-3 tygodnie w łóżku, ten model leczenia okazał się mało skuteczny i trzeba z dumą podkreślić, że nowy model leczenia zawału narodził się w Polsce w Zabrze i był drugim w Europie po francuskiej Tuluzie, gdzie nowoczesne leczenie zawału serca (dzisiaj mówimy ostrych zespołów wieńcowych) polegało nie na biernym czekaniu tylko na dostępności angioplastyki wieńcowej przez całą dobę i udrożnieniu tętnicy odpowiedzialnej za zawał w jak najkrótszym możliwym czasie aby nie doszło do nieodwracalnego uszkodzenia serca,

trzeba z dumą podkreślić, że ten model pierwszy w Polsce wprowadził w Zabrze, w SCCS, dawniej Wojewódzki Ośrodek Kardiologii, prof. Pasyk, a rozwijali go jego uczniowie, prof. Poloński, Kalarus, Lekston i Gąsior, stając się do dzisiaj modelem ogólnopolskim.

Ta zmiana dzisiaj sposobu leczenia zawału serca, radykalnie zmieniła strategię rehabilitacji. Z zapamiętanego modelu rehabilitacji według Askanasa i Rudnickiego, Śląska nowoczesna rehabilitacja reprezentowana przez takich liderów jak dr med Krystian Oleszczyk, wieloletni Dyrektor GCR Repty w Tarnowskich Górach, czy dr Zielińska i mgr Irena Młynarczyk i ich współpracownicy, szybko i efektywnie zmienili obraz rehabilitacji kardiologicznej adaptując ją do nowych wymogów i zadań.

Nowoczesne leczenie zawału stanowiło przełom i w zasadzie na drugi dzień po udrażnieniu tętnicy pacjent zaczął bym uruchamiany i z pomocą fizjoterapeutów rehabilitowany.

Podejmowaliśmy w Zabrze nowe wyzwania, najważniejsze z nich to dynamiczny rozwój programu transplantacji serca, transplantacji płuc i mechanicznego wspomaganie krążenia. I to co dominuje szczególnie jako nowe wyzwanie wobec fizjoterapeutów i zespołu leczącego to duża grupa chorych starszych, o ograniczonej mobilności i często pozbawionych opieki socjalnej w wsparcia rodzinnego. Wyznaczyliśmy w Zabrze nową rolę zadanie fizjoterapeuty, przenosiliśmy doświadczenie eksperckie z kraju i za granicę i w budowywaliśmy w realizowany w Zabrze program, szczególnie skupiając się na systemowej rehabilitacji chorych szczególnie wyniszczonych z powodu niewydolności serca, ale także jeszcze bardziej wyniszczonych z niedoborem wagi i deficytem mięśni w przypadku kwalifikacji do przeszczepu płuc czy mechanicznego wspomaganie krążenia.

Budowaliśmy i budujemy nadal zespoły zadaniowe, złożone z lekarza, pielęgniarki, asystenta medycznego i fizjoterapeuty, często także psychologa, które indywidualizowały opiekę nad wczesną rehabilitacją wobec najtrudniejszych chorych i w rezultacie zaczęliśmy odnosić sukcesy, których głównym beneficjentem stawał się chory, który w krótkim czasie po dużym zabiegu stawał się mobilny i w krótszym czasie niż poprzednio powracał do rodzinnego domu. Równoległe budując doświadczenie zauważyliśmy, że fizjoterapeuta to bardzo ważny partner medyczny, którego uwagi i obserwacje dotyczące chorego należy słuchać bardzo uważnie, bowiem zawsze dobrze służą wzmoczonej opiece, zwłaszcza nad chorym trudnym.

Nowym wyzwaniem także dla tego zawodu fizjoterapeutów stała się rosnąca grupa chorych, których życie zostało uratowane dzięki nowym możliwościom oksygenacji zewnątrzustrojowej, ECMO, tutaj kardiochirurg, anestezjolog, pielęgniarka, absolutnie potrzebują do wczesnej rehabilitacji doświadczony fizjoterapeuty, który we wczesnym okresie pomaga uruchomić chorego w sposób bezpieczny i przystosowany do jego wydolności.

ECMO to taki szczególnie sprawdzian kompetencji dla nie tylko lekarzy, pielęgniarek, ale także fizjoterapeutów

i perfuzjonistów. Jest to słusznie nazwane narzędzie Boga i medycyny w ratowaniu życia i zdrowia także noworodków nieprzystosowanych do życia i dzieci ofiar nadużycia używek i narkotyków.

Z dumą zaobserwowałem, na przykładzie bardzo cenionego ośrodka rehabilitacji w Mysłowicach, że fizjoterapeuci potrafią nie tylko wykonywać, ale interpretować EMG aby w sposób bardzo celowany, metodycznie rozwijać i przyspieszać rehabilitację chorych.

Jako kardiochirurg, transplantolog i jednocześnie Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, byłem już od czasów wrocławskich, poprzez śląskie i holenderskie pozytywne doświadczenie, o roli i znaczeniu fizjoterapeuty w systemie ochrony zdrowia, dlatego z taką determinacją jako Minister Zdrowia w rządzie Pani Premier Ewy Kopacz, w roku 2015 doprowadziłem do powstania tego nowego zawodu w Polsce i przyznania KIF praw do reprezentowania tej ważnej specjalności, a zarazem troski o właściwy przebieg szkolenia i kompatybilny z wymogami europejskimi proces umiejętności i akredytacji.

Szanując bardzo moich kolegów fizjoterapeutów i ściśle z nimi współpracując w codziennej pracy, z niepokojem dostrzegam nierozwiązany problem z płatnościami za kursy doskonalące, jako element rozwoju zawodowego fizjoterapeutów.

Dlatego z rosnącą nadzieją obserwuję i wspieram działania KIF aby ten proces dowolności i bardzo wysokich cen za organizowane kursy pod patronem KIF uporządkować i zastąpić tak jak to się dzieje w specjalizacjach lekarzy, rozsądnym i dostępnym możliwością finansowym młodych fizjoterapeutów (obecnie są nierozsądnie wysokie), szczególnie w krajach, które są przed nami. Komercjalizacja usług nie może broń Boże przesłonić rozsądku i bezpieczeństwa dla mniej zasobnych fizjoterapeutów, którzy również mają prawo i chcą się rozwijać.

Przed nami wydarzenie. Już wkrótce dzięki inicjatywie prof. Macieja Krawczyka, Prezesa KIF i współpracowników, którym dziękuję, za brzańska konferencja kardiologiczna z uznanym ponad 27-letnim dorobkiem, dołącza do swojego programu oprócz szkolenia lekarzy, pielęgniarek, ratowników, także szkolenie ustawiczne dla fizjoterapeutów.

Bardzo nas to cieszy bowiem podejmujemy wspólnie z KIFEM odpowiedź na nowe wyzwania dotyczące także nowoczesnej rehabilitacji. W tym tele-rehabilitacji, rehabilitacji poudarowej. Dokonamy tego partnersko współpracując i korzystając z wzajemnych doświadczeń i dobrych sprawdzonych wzorów z kraju i zagranicy.

Dziękuję mentorom polskiej rehabilitacji, ich nazwiska i dokonania na trwałe weszły do historii polskiej rehabilitacji i zawsze będą zapamiętane i docenione.

AVANTI AMICI - Naprzód Przyjaciele

Z szacunkiem i pozdrowieniami,

Prof. Marian Zembala

/Głos Fizjoterapeuty/

**Oddział Kliniczny Kardiologii,
Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca
i Elektroterapii SUM
I Oddział Kardiologii i Angiologii SCCS**

1. Relation of outcomes to ABC (Atrial Fibrillation Better Care) pathway adherent care in European patients with atrial fibrillation: an analysis from the ESC-EHRA EORP Atrial Fibrillation General Long-Term (AFGen LT) Registry.

Proietti M, Lip GYH, Laroche C, Fauchier L, Marin F, Nabauer M, Potpara T, Dan GA, Kalarus Z, Tavazzi L, Maggioni AP, Boriani G; ESC-EORP Atrial Fibrillation General Long-Term Registry Investigators Group. *Europace*. 2020 Oct 2:euaa274. doi: 10.1093/europace/euaa274.

2. Managed Care after Acute Myocardial Infarction (MI) Reduces Total Mortality in 12-Month Follow-Up-Results from a Poland's National Health Fund Program of Comprehensive Post-MI Care-A Population-Wide Analysis.

Wita K, Kułach A, Sikora J, Fluder J, Nowalany-Kozielska E, Milewski K, Pączek P, Sobocik H, Olender J, Szela L, Kalarus Z, Buszman P, Jankowski P, Gąsior M. *J Clin Med*. 2020 Sep 30;9(10):E3178. doi: 10.3390/jcm9103178. PMID: 33008030

3. Vascular disease in patients with atrial fibrillation. A report from Polish participants in the EORP-AF General Long-Term Registry.

Gawałko M, Łodziński P, Budnik M, Tymińska A, Wancerz A, Ozierański K, Kapłon-Cieślicka A, Grabowski M, Opolski G, Lenarczyk R, Kalarus Z, Lip GYH, Balsam P. *Int J Clin Pract*. 2020 Sep 11:e13701. doi: 10.1111/ijcp.13701.

4. Clinical Characteristics, Treatments, and Outcomes of Patients with Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries (MINOCA): Results from a Multicenter National Registry.

Gąsior P, Desperak A, Gierlotka M, Milewski K, Wita K, Kalarus Z, Fluder J, Kazmierski M, Buszman PE, Gąsior M, Wojakowski W. *J Clin Med*. 2020 Aug 27;9(9):E2779. doi: 10.3390/jcm9092779.

5. Impact of multimorbidity and polypharmacy on the management of patients with atrial fibrillation: insights from the BALKAN-AF survey.

Koziół M, Simovic S, Pavlovic N, Kocijancic A, Papanisto V, Music L, Trendafilova E, Dan AR, Kusljagic Z, Dan GA, Lip GYH, Potpara TS. *Ann Med*. 2020 Aug 4:1-9. doi: 10.1080/07853890.2020.1799241.

6. Persistence with Anticoagulation for Atrial Fibrillation: Report from the GLORIA-AF Phase III 1-Year Follow-up.

Koziół M, Mazurek M, Teutsch C, Diener HC, Dubner SJ, Halperin JL, Ma CS, Rothman KJ, Brandes A, Paquette M, Zint K, França LR, Lu S, Bartels DB, Huisman MV, Lip GYH. *J Clin Med*. 2020 Jun 23;9(6):1969. doi: 10.3390/jcm9061969.

7. Antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation and acute coronary syndrome and / or

undergoing percutaneous coronary intervention.

Mihajlovic M, Marinkovic M, Koziół M, Mujovic N, Lip GYH, Potpara TS. *Kardiol Pol*. 2020 Jun 25;78(6):512-519. doi: 10.33963/KP.15428.

8. Patient perspective and safety of remote monitoring of implantable cardioverter-defibrillators in the Polish Nationwide Multicenter Registry: Medtronic "CareLink" network evaluation.

Maciąg A, Mitkowski P, Mazurek M, Kaźmierczak J, Nowak K, Grabowski M, Oręziak A, Kempa M, Bacior B, Gepner K, Chmielewska-Michalak L, Lenarczyk R, Kiedrowicz R, Fuglewicz A, Cacko A, Szwed H. *Kardiol Pol*. 2020 Aug 14. doi: 10.33963/KP.15556.

9. Results of a survey concerning atrial fibrillation ablation strategies in Poland.

Wojdyła-Hordyńska A, Baran J, Mazurek M, Derejko P. *Kardiol Pol*. 2020 Jun 2. doi: 10.33963/KP.15407.

10. Mobile health applications for managing atrial fibrillation for healthcare professionals and patients: a systematic review. Lane DA, McMahon N, Gibson J, Weldon JC, Farkowski MM, Lenarczyk R, Watkins CL, Dilaveris P, Caiani EG, Potpara TS.

Europace. 2020 Aug 27:euaa269. doi: 10.1093/europace/euaa269.

11. Compliance of atrial fibrillation treatment with the ABC pathway in patients with concomitant diabetes mellitus in the Middle East based on the Gulf SAFE registry.

Domek M, Gumprecht J, Li YG, Proietti M, Rashed W, Al Qudaimi A, Gumprecht J, Zubaid M, Lip GYH. *Eur J Clin Invest*. 2020 Aug 18:e13385. doi: 10.1111/eci.13385.

12. Long-term outcomes after transcatheter aortic valve implantation in failed bioprosthetic valves.

Bleiziffer S, Simonato M, Webb JG, Rodés-Cabau J, Pibarot P, Kornowski R, Windecker S, Erlebach M, Duncan A, Seiffert M, Unbehaun A, Frerker C, Conzelmann L, Wijeyesundera H, Kim WK, Montorfano M, Latib A, Tchetché D, Allali A, Abdel-Wahab M, Orvin K, Stortecky S, Nissen H, Holzamer A, Urena M, Testa L, Agrifoglio M, Whisenant B, Sathananthan J, Napodano M, Landi A, Fiorina C, Zittermann A, Veulemans V, Sinning JM, Saia F, Brecker S, Presbitero P, De Backer O, Søndergaard L, Bruschi G, Franco LN, Petronio AS, Barbanti M, Cerillo A, Spargias K, Schofer J, Cohen M, Muñoz-García A, Finkelstein A, Adam M, Serra V, Teles RC, Champagnac D, Iadanza A, Chodor P, Eggebrecht H, Welsh R, Caixeta A, Salizzoni S, Dager A, Auffret V, Cheema A, Ubben T, Ancona M, Rudolph T, Gummert J, Tseng E, Noble S, Bunc M, Roberts D, Kass M, Gupta A, Leon MB, Dvir D. *Eur Heart J*. 2020 Aug 1;41(29):2731-2742. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa544.

13. Cohort profile The ESC EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation III (AF III) Registry.

Potpara TS, Lip GYH, Dągros N, Crijns HJMG, Boriani G, Kirchhof P, Arbelo E, Savelieva I, Lenarczyk R, Fauchier L, Maggioni AP, Gale CP; EORP-AF III Investigators Group. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2020 Jun 8;qcaa050. doi: 10.1093/ehjqcco/qcaa050.

14. Successful implantation of leadless pacemakers in children: a case series.

Jędrzejczyk-Patej Ewa, Woźniak Aleksandra, Litwin Linda, Skiba-Zdrzałek Alina, Mazurek Michał, Lenarczyk Radosław, Kalarus Zbigniew, Kowalski Oskar.

Eur.Heart J. - Case Reports 2020 : Vol.4, No.3, p.1-6

15. **Contemporary management of patients with syncope in clinical practice: an EHRA physician-based survey.**

Dan GA, Scherr D, Jubele K, Frakowski MM, Iliodromitis K, Conte G, Jędrzejczyk-Patej E, Vitali-Serdoz L, Potpara TS. Europace. 2020 Jun 1;22(6):980-987. doi: 10.1093/europace/ euaa085.

16. **Zdalne monitorowanie terapeutycznych urządzeń wszczepialnych.**

Kozieł Monika, Pluta Sławomir, Kalarus Zbigniew. W: Telekardiologia w niewydolności serca.

Redakcja naukowa: Ewa Piotrowicz, Ryszard Piotrowicz, Grzegorz Opolski, Wojciech Zaręba, Maciej Banach Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie, 2020 s.53-66

17. **Management of valvular and structural heart diseases during the coronavirus disease 2019 pandemic: an expert opinion of the Working Group on Valvular Heart Diseases, the Working Group on Cardiac Surgery, and the Association of Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society.**

Płońska-Gościński E, Suwalski P, Bartuś S, Kukulski T, Komar M, Wojakowski W, Grygier M, Pruszczyk P, Gąsior Z, Huczek Z, Berger-Kucza A, Bąk J, Sorysz D, Kasprzak JD. Kardiologia Pol. 2020 May 25;78(5):498-507. doi: 10.33963/KP.15358.

18. **The association of mechanical dyssynchrony and resynchronization therapy with survival in heart failure with a wide QRS complex: a two-world study.**

Stankovic I, Stefanovic M, Prinz C, Ciarka A, Daraban AM, Kotrc M, Aaronson M, Szulik M, Winter S, Kukulski T, Aakhus S, Willems R, Fehske W, Penicka M, Faber L, Neskovic AN, Voigt JU.

Int J Cardiovasc Imaging. 2020 Aug;36(8):1507-1514. doi: 10.1007/s10554-020-01865-x.

19. **Clinical application of stress echocardiography in valvular heart disease: an expert consensus of the Working Group on Valvular Heart Disease of the Polish Cardiac Society.**

Płońska-Gościński E, Kukulski T, Hryniewiecki T, Kasprzak JD, Kosmala W, Olszowska M, Mizia-Stec K, Pysz P, Zaborska B, Stokłosa P, Gąsior Z.

Kardiologia Pol. 2020 Jun 25;78(6):632-641. doi: 10.33963/KP.15360.

20. **The patient with heart failure in the face of the coronavirus disease 2019 pandemic: an expert opinion of the Heart Failure Working Group of the Polish Cardiac Society.**

Kałużna-Oleksy M, Gackowski A, Jankowska EA, Kukulski T, Lelonek M, Nessler J, Pawlak A, Rozentryt P, Rubiś P, Straburzyńska-Migaj E, Leszek P.

Kardiologia Pol. 2020 Jun 25;78(6):618-631. doi: 10.33963/KP.15359.

21. **Multicentre early experience with totally subcutaneous cardioverter-defibrillators in Poland.**

Kaczmarek Krzysztof Andrzej, Kempa Maciej, Grabowski Marcin, Tajstra Mateusz, Sokal Adam, Cygankiewicz Iwona, Zwoliński Radosław, Michalak Marcin, Kowara Michał, Budrejko Szymon, Kurek Anna, Wranczyk Jerzy K., Raczak

Grzegorz, Opolski Grzegorz, Gąsior Mariusz, Kowalski Oskar, Ptaszyński Paweł.

Arch.Med.Sci. 2020 : Vol.16, No.4, p.764-771

22. **Telehealth visits in a tertiary cardiovascular centre as a response of the healthcare system to the pandemic of SARS-CoV-2 in Poland.**

Świerad M, Dyrbuś K, Szkodziński J, Zembala MO, Kalarus Z, Gąsior M.

Pol Arch Intern Med. 2020 May 19. doi: 10.20452/pamw.15370.

23. **Remote Supervision to Decrease Hospitalization Rate (RESULT) study in patients with implanted cardioverter-defibrillator.**

Tajstra M, Sokal A, Gadula-Gacek E, Kurek A, Woźniak A, Niedziela J, Adamowicz-Czoch E, Rozentryt P, Milewski K, Jachec W, Kalarus Z, Poloński L, Gąsior M.

Europace. 2020 May 1;22(5):769-776. doi: 10.1093/europace/ euaa072. PMID: 32304216

24. **The impact of the aortic cusps fusion pattern and valve disease severity on the aortic wall mechanics in patients with bicuspid aortic valve.**

Kalinowski ME, Szulik M, Pawlak S, Rybus-Kalinowska B, Zembala M, Kalarus Z, Kukulski T.

Int J Cardiovasc Imaging. 2020 Apr 17. doi: 10.1007/s10554-020-01838-0. Online ahead of print. PMID: 32303878

25. **Temporal trends in availability and efficacy of catheter ablation for atrial fibrillation and atrial flutter in a highly populated urban area.**

Faryan M, Buchta P, Kowalski O, Wybraniec MT, Cieśla D, Myrda K, Wnuk-Wojnar A, Kalarus Z, Gąsior M, Mizia-Stec K.

Kardiologia Pol. 2020 Apr 2. doi: 10.33963/KP.15275.

26. **Defibrillators for prevention from sudden cardiac death: is it that easy?-Authors' reply.**

Tfelt-Hansen J, Svendsen JH, Kalarus Z, Capodanno D, Dan GA, De Maria E, Gorenek B, Jędrzejczyk-Patej E, Mazurek M, Podolecki T, Sticherling C, Traykov V, Lip GYH. Europace. 2020 Apr 1:euaa058. doi: 10.1093/europace/ euaa058.

27. **Wearable cardioverter-defibrillator to reduce the transient risk of sudden cardiac death in coronary artery disease: Authors' reply**

Tfelt-Hansen J, Svendsen JH, Kalarus Z, Capodanno D, Dan GA, De Maria E, Gorenek B, Jędrzejczyk-Patej E, Mazurek M, Podolecki T, Sticherling C, Traykov V, Lip GYH. Europace. 2020 Apr 1:euaa052. doi: 10.1093/europace/ euaa052.

28. **Wearable cardioverter-defibrillator in patients at risk of sudden cardiac death: consensus document from Kalarus et al. contradicts current guideline recommendations-Authors' reply**

Tfelt-Hansen J, Svendsen JH, Kalarus Z, Capodanno D, Dan GA, De Maria E, Gorenek B, Jędrzejczyk-Patej E, Mazurek M, Podolecki T, Sticherling C, Traykov V, Lip GYH. Europace. 2020 Mar 27:euaa053. doi: 10.1093/europace/ euaa053.

29. **2019 APHRS expert consensus statement on three-dimensional mapping systems for tachycardia developed in collaboration with HRS, EHRA, and LAHRS.**

Kim YH, Chen SA, Ernst S, Guzman CE, Han S, Kalarus Z, Labadet C, Lin YJ, Lo LW, Nogami A, Saad EB, Sapp J, Sticherling C, Tilz R, Tung R, Kim YG, Stiles MK. J

Arrhythm. 2020 Mar 9;36(2):215-270.

30. **Trends in antithrombotic management of patients with atrial fibrillation. A report from the Polish part of the EURObservational Research Programme - Atrial Fibrillation General Long-Term Registry.**

Lodziński P, Gawalko M, Budnik M, Tymińska A, Ozierański K, Grabowski M, Janion-Sadowska A, Opolski G, Lenarczyk R, Kalarus Z, Lip GYH, Balsam P.

Pol Arch Intern Med. 2020 Mar 27;130(3):196-205.

31. **In-hospital and 12-month follow-up outcome from the ESC-EORP EHRA Atrial Fibrillation Ablation Long-Term registry: sex differences.**

Greco M, Blomström-Lundqvist C, Kautzner J, Laroche C, Van Gelder IC, Jordaens L, Tavazzi L, Cihak R, Rubio Campal JM, Kalarus Z, Pokushalov E, Brugada J, Dagnes N, Arbelo E; ESC-EORP EHRA Atrial Fibrillation Ablation Long-Term Registry investigators.

Europace. 2020 Jan 1;22(1):66-73.

32. **Results of a survey concerning atrial fibrillation ablation strategies in Poland.**

Wojdyła-Hordyńska A, Baran J, Mazurek M, Derejko P. Kardiologia. 2020 Jun 2. doi: 10.33963/KP.15407.

33. **Antithrombotic treatment for newly diagnosed atrial fibrillation in relation to patient age: the GLORIA-AF registry programme.**

Mazurek M, Halperin JL, Huisman MV, Diener HC, Dubner SJ, Ma CS, Rothman KJ, Healey JS, Teutsch C, Paquette M, França LR, Lu S, Bartels DB, Lip GYH.

Europace. 2020 Jan 1;22(1):47-57.

34. **Cohort profile The ESC EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation III (AF III) Registry.**

Potpara TS, Lip GYH, Dagnes N, Crijns HJMG, Boriani G, Kirchhof P, Arbelo E, Savelieva I, Lenarczyk R, Fauchier L, Maggioni AP, Gale CP; EORP-AF III Investigators Group. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2020 Jun 8;qcaa050. doi: 10.1093/ehjqcco/qcaa050.

35. **Peri-procedural management, implantation feasibility, and short-term outcomes in patients undergoing implantation of leadless pacemakers: European Snapshot Survey.**

Lenarczyk R, Boveda S, Mansourati J, Russo V, Marijon E, Lane DA, Dagnes N, Potpara TS.

Europace. 2020 May 1;22(5):833-838.

36. **Factors influencing the use of leadless or transvenous pacemakers: results of the European Heart Rhythm Association Prospective Survey.**

Boveda S, Marijon E, Lenarczyk R, Iliodromitis KE, Marin F, Defaye P, Solnon A, Dagnes N, Potpara TS. Europace. 2020 Apr 1;22(4):667-673.

37. **Management of atrial fibrillation in patients with chronic kidney disease in clinical practice: a joint European Heart Rhythm Association (EHRA) and European Renal Association/European Dialysis and Transplantation Association (ERA/EDTA) physician-based survey.**

Potpara TS, Ferro C, Lip GYH, Dan GA, Lenarczyk R, Mallamaci F, Ortiz A, Sarafidis P, Ekart R, Dagnes N. Europace. 2020 Mar 1;22(3):496-505.

38. **Edoxaban versus warfarin in vitamin K antagonist experienced and naïve patients from the edoxaban versus warfarin in subjects undergoing cardioversion of atrial**

fibrillation (ENSURE-AF) randomised trial.

Kozielec M, Al-Saady N, Hjortshøj SP, Goudev A, Huber K, Cohen A, Jin J, Melino M, Winters SM, Goette A, Lip GYH. Clin Res Cardiol. 2020 Jan 8. doi:10.1007/s00392-019-01594-9.

39. **Results of targeted temperature management of patients after sudden out of hospital cardiac arrest: a comparison between intensive general and cardiac care units.**

Kowalik RJ, Fojt A, Ozierański K, Peller M, Andruszkiewicz P, Banaszewski M, Gierlotka M, Kremis E, Stępińska J, Średniawa B, Zawisłak B, Kołtowski Ł, Grabowski M, Opolski G.

Kardiologia. 2020 Jan 24;78(1):30-36.

40. **Compliance of Atrial Fibrillation Treatment with the Atrial Fibrillation Better Care (ABC) Pathway Improves the Clinical Outcomes in the Middle East Population: A Report from the Gulf Survey of Atrial Fibrillation Events (SAFE) Registry.**

Gumprecht J, Domek M, Proietti M, Li YG, Asaad N, Rashed W, Alsheikh-Ali A, Zubaid M, Lip GYH.

J Clin Med. 2020 Apr 29;9(5):1286. doi:10.3390/jcm9051286.

41. **Regional registries on the management of atrial fibrillation: Essential pieces in the global puzzle.**

Gumprecht J, Lip GYH, Potpara TS. Int J Cardiol Heart Vasc. 2020 Jan 29;26:100473. doi: 10.1016/j.ijcha.2020.100473.

42. **One-year all-cause mortality risk among atrial fibrillation patients in Middle East with and without diabetes: The Gulf SAFE registry.**

Domek M, Li YG, Gumprecht J, Asaad N, Rashed W, Alsheikh-Ali A, Nabrdalik K, Gumprecht J, Zubaid M, Lip GYH.

Int J Cardiol. 2020 Mar 1;302:47-52

43. **Avoiding Stroke: A Continuous Monitoring Challenge.**

Gumprecht J, Domek M, Hill AM, Lip GYH. Cerebrovasc Dis. 2020;49(2):121-123.

44. **Malignant hypertension: does this still exist?**

Domek M, Gumprecht J, Lip GYH, Shantsila A. J Hum Hypertens. 2020 Jan;34(1):1-4.

45. **Zofenopril - nowoczesne leczenie niewydolności serca i wczesnej fazy zawału serca.**

Mitręga Katarzyna, Kalarus Zbigniew.

Chor.Cywil.Prakt.Lek.-Kardiologia.Diabetologia. 2020, nr 21, s.20-22

46. **Migotanie przedsionków - propafenon, metoprolol, eplerenon.**

Kotalczyk Agnieszka, Kalarus Zbigniew.

Chor.Cywil.Prakt.Lek.-Kardiologia.Diabetologia. 2020, nr 21, s.13-17

47. **Telemonitoring pacjentów z kardiologicznymi urządzeniami wszczepialnymi.**

Kotalczyk Agnieszka, Kalarus Zbigniew.

Chor.Cywil.Prakt.Lek.-Kardiologia.Diabetologia. 2020, nr 21, s.24-26

48. **Natural history and risk stratification in Andersen-Tawil syndrome type I.**

Mazzanti Andrea, Guz Dmitri, Trancuccio Alessandro, Pagan Eleonora, Kukavica Deni, Chargeishvili Tekla, Olivetti Natalia, Biernacka Elżbieta Katarzyna, Sacilotto Luciana, Sarquella-Brugada Georgia, Campuzano Oscar, Nof Eyal, Anastasakis Aristides, Sansone Valeria A., Jimenez-Jaimez Juan, Cruz Fernando, Sanchez-Quinones Jessica, Hernandez-Afonso Julio, Fuentes Maria Eugenia, Średniawa Beata, Garoufi Anastasia, Andrsowa Irena, Izquierdo Maite, Marinov

Rumen, Danon Asaf, Exposito-Garcia Victor, Garcia-Fernandez Amaya, Munoz-Esparza Carmen, Ortiz Martin, Zienciuk-Krajka Agnieszka, Tavazzani Elisa, Monteforte Nicola, Bloise Raffaella, Marino Maira, Memmi Mirella, Napolitano Carlo, Zorio Esther, Monserrat Lorenzo, Bagnardi Vincenzo, Priori Silvia G.

J.Am.Coll.Cardiol. 2020 : Vol.75, No.15, p.1772-1784

49. **Ablacja alkoholowa - aktualne zastosowanie kliniczne.**
Kurek Tomasz, Kalarus Zbigniew.

Kardiol.Dypl. 2020 : T.19, nr 2, s.10-14

50. **Expert opinion of the Working Group on Heart Failure of the Polish Cardiac Society: the patient with heart failure facing the COVID-19 pandemic.**

Kałużna-Oleksy Marta, Gackowski Andrzej, Jankowska Anita, Kukulski Tomasz, Lelonek Małgorzata, Nessler Jadwiga, Pawlak Agnieszka, Rozentryt Piotr, Rubiś Paweł, Straburzyńska-Migaj Ewa, Leszek Przemysław.

Kardiol.Pol. 2020, p.1-50

51. **Flozyny w terapii niewydolności serca - punkt widzenia kardiologa.**

Tomasiuk Mikołaj, Mitręga Katarzyna, Średniawa Beata.

Med.Dypl. 2020 : Vol.29, nr 2, s.73-77

52. **Skurcze dodatkowe serca - kiedy blahe, a kiedy niebezpieczne?**

Mitręga Katarzyna, Średniawa Beata.

Med.Dypl. 2020 : Vol.29, nr 2, s.67-71

53. **Comparison of the everolimus-eluting bioresorbable vascular scaffold versus the everolimus-eluting metallic stent in real-world patients with ST-segment elevation myocardial infarction.**

Desperak Piotr, Hawranek Michał, Chodór Piotr, Świątkowski Andrzej, Kowalczyk Jacek, Lekston Andrzej, Gąsior Mariusz.

Post.Kardiol.Interw./Adv.Interv.Cardiol. 2020 : Vol.16, No.1, p.49-57

54. **Znaczenie badań obrazowych w elektroterapii serca.**

Mazurek Ł., Kotalczyk A., Mazurek M., Jędrzejczyk-Patej E. W Dobrym Rytmie 2020, 1 (54), 23-29.

55. **Adherence to the ABC (Atrial Fibrillation Better Care) Pathway in the Balkan Region: The BALKAN-AF Survey**

Kozieł M., Simovic S., Pavlovic N., Kocijancic A., Paporisto V., Ljilja Music, Elina Trendafilova, Anca R Dan, Zumreta Kusljagic, Gheorghe-Andrei Dan, Gregory Y H Lip, Tatjana S Potpara On Behalf Of Balkan-Af Investigators

Pol Arch Intern Med. 2020 Mar 27;130(3):187-195.

56. **Jak zmniejszyć ryzyko sercowo-naczyniowe u pacjentów z cukrzycą.**

Kozieł M.

Choroby Cywilizacyjne w Praktyce Lek., 2020 (22):9-13.

57. **Pacjent wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego leczony przeciwkrzepliwie w świetle najnowszych wytycznych ESC/PTK.**

Podolecki T., Kalarus Z.

Choroby Cywilizacyjne w Praktyce Lek., 2/2020 (22):35-40.

58. **ENSURE-AF Investigators. Comparing TEE- Vs Non-TEE-guided Cardioversion of Atrial Fibrillation: The ENSURE-AF Trial.**

Kozieł M, Merino JL, De Caterina R, Huber K, Jin J, Melino M, Goette A, Lip GYH;

Eur J Clin Invest 2020 May;50(5):e13221. doi: 10.1111/eci.13221. Epub 2020 Mar 30.

59. **Triple Therapy in Patients With Atrial Fibrillation and Acute Coronary Syndrome or Percutaneous Coronary Intervention/Stenting.**

Kozieł M, Potpara TS, Lip GYH.

Res Pract Thromb Haemost. 2020 Mar 9;4(3):357-365.

60. **Clinical Factors Related to Successful or Unsuccessful Cardioversion in the Edoxaban Versus Warfarin in subjects Undergoing cardioversion of Atrial Fibrillation (ENSURE-AF) Randomized Trial.**

Lip GYH, Merino JL, Banach M, Al-Saady N, Jin J, Melino M, Winters SM, Kozieł M, Goette A.

J Arrhythm. 2020 Apr 15;36(3):430-438.

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii SUM

1. **Managed Care after Acute Myocardial Infarction (MC-AMI) Reduces Total Mortality in 12-Month Follow-Up-Results from a Poland's National Health Fund Program of Comprehensive Post-MI Care-A Population-Wide Analysis.**

Wita K, Kułach A, Sikora J, Fluder J, Nowalany-Kozielska E, Milewski K, Pączek P, Sobocik H, Olender J, Szela L, Kalarus Z, Buszman P, Jankowski P, Gąsior M.

J Clin Med. 2020 Sep 30;9(10):E3178. doi: 10.3390/jcm9103178.

2. **Investigation of the Role of Oxidative Stress and Factors Associated with Cardiac Allograft Vasculopathy in Patients after Heart Transplantation.**

Szczurek W, Gąsior M, Romuk E, Skrzypek M, Zembala M, Szygła-Jurkiewicz B.

Oxid Med Cell Longev. 2020 Sep 15;2020:7436982. doi: 10.1155/2020/7436982.

3. **Adiponectin in heart failure.**

Mado H, Szczurek W, Gąsior M, Szygła-Jurkiewicz B.

Future Cardiol. 2020 Sep 11. doi: 10.2217/fca-2020-0095.

Pkt. MNiSW: 40.000

4. **Useful assessment of myocardial viability and dyssynchrony from gated perfusion scintigraphy for better qualification for resynchronization therapy. Part 3.**

Czaja-Ziółkowska MZ, Wasilewski JP, Głowacki J, Wygoda Z, Gąsior M.

Kardiochir Torakochirurgia Pol. 2020 Sep;17(3):155-159.

5. **Clinical Characteristics, Treatments, and Outcomes of Patients with Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries (MINOCA): Results from a Multicenter National Registry.**

Gąsior P, Desperak A, Gierlotka M, Milewski K, Wita K, Kalarus Z, Fluder J, Kazmierski M, Buszman PE, Gąsior M, Wojakowski W.

J Clin Med. 2020 Aug 27;9(9):E2779. doi: 10.3390/jcm9092779

6. **Heart failure management in Polish medical centers during the coronavirus disease 2019 pandemic: results of a survey.**

Lelonek M, Książczyk M, Pawlak A, Gąsior M, Rozentryt P, Nessler J.

Kardiol Pol. 2020 Aug 25. doi: 10.33963/KP.15584.

7. **Comparative effect of nutraceuticals on lipid profile: a protocol for systematic review and network meta-analysis.** Morze J, Osadnik T, Osadnik K, Lejawa M, Jakubiak G, Pawlas N, Gąsior M, Schwingshackl L, Banach M. *BMJ Open.* 2020 Aug 20;10(8):e032755. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032755.
8. **Effects of the coronavirus disease 2019 pandemic on the number of hospitalizations for myocardial infarction: regional differences. Population analysis of 7 million people.** Gąsior M, Gierlotka M, Tycińska A, Wojtaszczyk A, Skrzypek M, Nadolny K, Ładny JR, Dobrzycki S, Hausner A, Wita K, Wojakowski W, Hawranek M. *Kardiol Pol.* 2020 Aug 18. doi: 10.33963/KP.15559.
9. **Factors associated with elevated pulmonary vascular resistance in ambulatory patients with end-stage heart failure accepted for heart transplant.** Szczurek W, Gąsior M, Skrzypek M, Romuk E, Szyguła-Jurkiewicz B. *Pol Arch Intern Med.* 2020 Jul 27. doi: 10.20452/pamw.15532.
10. **Apelin Improves Prognostic Value of HFSS (Heart Failure Survival Score) and MAGGIC (Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure) Scales in Ambulatory Patients with End-Stage Heart Failure.** Szczurek W, Gąsior M, Skrzypek M, Szyguła-Jurkiewicz B. *J Clin Med.* 2020 Jul 20;9(7):2300. doi: 10.3390/jcm9072300.
11. **Clinical and procedural characteristics of COVID-19 patients treated with percutaneous coronary interventions.** Siudak Z, Grygier M, Wojakowski W, Malinowski KP, Witkowski A, Gąsior M, Dudek D, Bartuś S. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2020 Jul 20;10.1002/ccd.29134. doi: 10.1002/ccd.29134.
12. **The increased rate of life-threatening interventions in remotely monitored patients with heart failure during the coronavirus disease 2019 pandemic.** Tajstra M, Kurek A, Pyka Ł, Gąsior M. *Pol Arch Intern Med.* 2020 Jul 8. doi: 10.20452/pamw.15505.
13. **Atrial re-entry tachycardia in the native part of the right atrium after heart transplant. Should we always ablate?** Myrda K, Buchta P, Ciszewski G, Gąsior M. *Kardiol Pol.* 2020 Jul 8. doi: 10.33963/KP.15500.
14. **Metformin and cardiac injury after acute coronary syndrome in diabetic patients with no history of cardiovascular disease: data from the PL-ACS registry.** Wróbel M, Rokicka D, Zdrojewski T, Gierlotka M, Gąsior M, Strojek K. *Pol Arch Intern Med.* 2020 Aug 27;130(7-8):708-710
15. **Observed and relative survival and 5-year outcomes of patients discharged after acute myocardial infarction: the nationwide AMI-PL database.** Wojtyniak B, Gierlotka M, Opolski G, Rabczenko D, Ozierański K, Gąsior M, Chlebus K, Wierucki Ł, Rutkowski D, Dziełak D, Poloński L, Zdrojewski T. *Kardiol Pol.* 2020 Jun 30. doi: 10.33963/KP.15465.
16. **Visfatin serum concentration is associated with cardiac allograft vasculopathy in heart transplant recipients.** Szczurek W, Gąsior M, Skrzypek M, Szyguła-Jurkiewicz B. *Am J Transplant.* 2020 Oct;20(10):2857-2866.
17. **COVID-19 mimicking ST-elevation myocardial infarction.** Bujak K, Kazik A, Wróbel M, Piegza J, Lekston A, Gąsior M. *Postepy Kardiol Interwencyjnej.* 2020 Jun;16(2):213-215.
18. **Pulmonary vascular resistance as a potential marker of reactive pulmonary hypertension reduction following sildenafil therapy in patients disqualified from orthotopic heart transplantation.** Duszańska A, Wasilewski J, Gierlotka M, Zakliczyński M. *Adv Med Sci.* 2020 May 23;65(2):298-303.
19. **Mechanical circulatory support restores eligibility for heart transplant in patients with significant pulmonary hypertension.** Bielka A, Kalinowski M, Hawranek M, Małyśzek-Tumidajewicz J, Pacholewicz J, Kowalczyk-Wieteska A, Ratman K, Kubiak G, Król B, Przybyłowski P, Zembala M, Zembala MO. *Kardiol Pol.* 2020 Jul 17. doi: 10.33963/KP.15518.
20. **Multicentre early experience with totally subcutaneous cardioverter-defibrillators in Poland** Kaczmarek Krzysztof Andrzej, Kempa Maciej, Grabowski Marcin, Tajstra Mateusz, Sokal Adam, Cygankiewicz Iwona, Zwoliński Radosław, Michalak Marcin, Kowara Michał, Budrejko Szymon, Kurek Anna, Wrancisz Jerzy K., Raczak Grzegorz, Opolski Grzegorz, Gąsior Mariusz, Kowalski Oskar, Ptaszyński Paweł. *Arch.Med.Sci.* 2020 : Vol.16, No.4, p.764-771
21. **Radial versus femoral access in patients treated with percutaneous coronary intervention and rotational atherectomy** Januszek Rafał, Siudak Zbigniew, Malinowski Krzysztof Piotr, Rzczuch Krzysztof, Dobrzycki Sławomir, Lesiak Maciej, Hawranek Michał, Gil Robert Julian, Witkowski Adam, Wojakowski Wojciech, Lekston Andrzej, Gąsior Mariusz, Wańha Wojciech, Dudek Dariusz, Bartuś Stanisław. *Kardiol.Pol.* 2020 : Vol.78, No.6, p.529-536
22. **Clinical characteristics and treatment profiles of patients after acute myocardial infarction with left ventricular ejection fraction below 40%: a short 20182019 report on the PL-ACS registry.** Kozłowska Bogna, Leszek Przemysław, Niedziela Jacek, Parma Zofia, Nessler Jadwiga, Lelonek Małgorzata, Hiczkiewicz Jarosław, Kleinrok Andrzej, Górny Zygmunt, Pączek Piotr, Reszka Zygryd, Janion Marianna, Witkowski Adam, Dudek Dariusz, Gąsior Mariusz, Rozentryt Piotr. *Kardiol.Pol.* 2020 : Vol.78, No.7-8, p.766-769
23. **Ostre zespoły wieńcowe - postępy 2019.** Hudzik Bartosz, Trzeciak Przemysław, Gąsior Mariusz. *Med.Praktyczna* 2020, nr 6 (352), s.56-65
24. **Interventional cardiology in Poland in 2019. Summary report of the Association of Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society (AISN PTK) and Jagiellonian University Medical College.** Dudek Dariusz, Siudak Zbigniew, Grygier Marek, Araszkiewicz Aleksander, Dąbrowski Maciej, Kusa Jacek, Hawranek Michał, Huczek Zenon, Kralisz Paweł, Roleder Tomasz, Wojakowski Wojciech, Parma Radosław, Malinowski Krzysztof P., Bartuś Stanisław. *Post.Kardiol.Interw./Adv.Interv.Cardiol.* 2020 : Vol.16, No.2, p.123-126
-

25. **The decline of coronary angiography and percutaneous coronary intervention procedures in patients with acute myocardial infarction in Poland during the COVID-19 pandemic.**
Legutko J, Niewiara Ł, Bartuś S, Dobrzycki S, Gąsior M, Gierlotka M, Kochman J, Lesiak M, Matysek J, Ochała A, Pawłowski T, Gil R, Witkowski A.
Kardiologia Pol. 2020 May 27. doi: 10.33963/KP.15393.
26. **Post-discharge antidiabetic treatment in patients with type 2 diabetes and acute coronary syndrome: time for a change? Authors' reply.**
Niedziela JT, Strojek K, Gąsior M.
Kardiologia Pol. 2020 May 25;78(5):482-483.
27. **Clinical and treatment profiles of patients surviving acute myocardial infarction with left ventricular ejection fraction < 40%. PL-ACS Registry short annual report 2019.**
Kozłowska B, Leszek P, Niedziela J, Parma Z, Nessler J, Lelonek M, Hiczkiewicz J, Kleinrok A, Górny Z, Pączek P, Reszka Z, Janion M, Witkowski A, Dudek D, Gąsior M, Rozentryt P.
Kardiologia Pol. 2020 May 19. doi: 10.33963/KP.15377.
28. **Telehealth visits in a tertiary cardiovascular centre as a response of the healthcare system to the pandemic of SARS-CoV-2 in Poland.**
Świerad M, Dyrbuś K, Szkodziński J, Zembala MO, Kalarus Z, Gąsior M.
Pol Arch Intern Med. 2020 May 19. doi:10.20452/pamw.15370
29. **The clinical value of routine analysis of cardiac implantable electronic devices after death in the tertiary cardiovascular centre.**
Tajstra M, Dyrbuś M, Nożyński J, Niedziela J, Gadula-Gacek E, Zembala-Nożyńska E, Trejnowska E, Stanek-Widera A, Lange D, Knapik P, Gąsior M.
Pol Arch Intern Med. 2020 May 7. doi:10.20452/pamw.15343
30. **Radioactivity induced in new-generation cardiac implantable electronic devices during high-energy X-ray irradiation.**
Konefał A, Blamek S, Wrońska A, Orlef A, Sokół M, Tajstra M, Gąsior M.
Appl Radiat Isot. 2020 Sep;163:109206. doi: 10.1016/j.apradiso.2020.109206.
31. **Remote Supervision to Decrease Hospitalization Rate (RESULT) study in patients with implanted cardioverter-defibrillator.**
Tajstra M, Sokal A, Gadula-Gacek E, Kurek A, Wozniak A, Niedziela J, Adamowicz-Czoch E, Rozentryt P, Milewski K, Jachec W, Kalarus Z, Poloński L, Gąsior M. Europace. 2020 May 1;22(5):769-776. doi: 10.1093/europace/eaab072. PMID: 32304216
32. **Calcium and Phosphate Levels are Among Other Factors Associated with Metabolic Syndrome in Patients with Normal Weight.**
Osadnik K, Osadnik T, Delijewski M, Lejawa M, Fronczek M, Reguła R, Gąsior M, Pawlas N.
Diabetes Metab Syndr Obes. 2020 Apr 22;13:1281-1288.
33. **Modified Model for End-Stage Liver Disease Is an Indicator of the Ineffectiveness of Sildenafil Treatment in Patients With Advanced Heart Failure and Increased Pulmonary Vascular Resistance.**
Szczurek W, Gąsior M, Skrzypek M, Kaczmarek J, Szygula-
- Jurkiewicz B. Transplant Proc. 2020 Apr 13:S0041-1345(19)31720-8.
34. **Transradial and transfemoral approach in patients treated with percutaneous coronary interventions and rotational atherectomy.**
Januszek R, Siudak Z, Malinowski KP, Reczuch K, Dobrzycki S, Lesiak M, Hawranek M, Gil RJ, Witkowski A, Wojakowski W, Lekston A, Gąsior M, Wańha W, Dudek D, Bartuś S.
Kardiologia Pol. 2020 Apr 8. doi: 10.33963/KP.15286.
35. **Everolimus-Eluting Second-Generation Stents for Treatment of De Novo Lesions in Patients with Cardiac Allograft Vasculopathy.**
Pyka Ł, Hawranek M, Szygula-Jurkiewicz B, Desperak P, Szczurek W, Lekston A, Gąsior M, Zembala MO, Pawlak S, Zembala M, Przybyłowski P.
Ann Transplant. 2020 Apr 7;25:e921266. doi: 10.12659/AOT.921266.
36. **Temporal trends in availability and efficacy of catheter ablation for atrial fibrillation and atrial flutter in a highly populated urban area.**
Faryan M, Buchta P, Kowalski O, Wybraniec MT, Cieśla D, Myrda K, Wnuk-Wojnar A, Kalarus Z, Gąsior M, Mizia-Steć K.
Kardiologia Pol. 2020 Apr 2. doi: 10.33963/KP.15275
37. **How to effectively analyze the scientific evidence in clinical practice? Rationale and design of an observational analytical model.**
Gąsior M, Desperak P, Cieśla D, Niedziela J, Pyka Ł, Skrzypek M, Zembala M, Wojakowski W.
Kardiologia Pol. 2020 Mar 31. doi: 10.33963/KP.15268.
38. **Long-term clinical outcomes after placement of an implantable cardioverter-defibrillator: does the etiology of heart failure matter?**
Wasiak M, Tajstra M, Pyka Ł, Gąsior M.
Kardiologia Pol. 2020 Apr 24;78(4):318-324. doi: 10.33963/KP.15242.
39. **Transradial and Transfemoral Approach in Patients with Prior Coronary Artery Bypass Grafting.**
Januszek R, Siudak Z, Malinowski KP, Wańha W, Wojakowski W, Gąsior M, Bartuś S, Dudek D.
J Clin Med. 2020 Mar 12;9(3):764. doi: 10.3390/jcm9030764.
40. **Associations of changes in patient characteristics and management with decrease in mortality rates of men and women with ST-elevation myocardial infarction - a propensity score-matched analysis.**
Zandecki L, Janion M, Sadowski M, Kurzawski J, Polonski L, Gierlotka M, Gąsior M. Arch Med Sci. 2020 Mar 10;16(4):772-780. doi: 10.5114/aoms.2020.93458.
41. **Medical emergency team interventions in patients with ST-segment elevation myocardial infarction in Poland in 2018.**
Nadolny K, Ładny JR, Gałzowski R, Gąsior M, Kubica J, Zyśko D, Kaźmierczak J, Ponikowski P.
Kardiologia Pol. 2020 Apr 24;78(4):292-299. doi: 10.33963/KP.15222.
42. **Comparison of the everolimus-eluting bioresorbable vascular scaffold versus the everolimus-eluting metallic stent in real-world patients with ST-segment elevation myocardial infarction.**
Desperak P, Hawranek M, Chodór PA, Świątkowski A, Kowalczyk J, Lekston A, Gąsior M.

Postepy Kardiologii Interwencyjnej. 2020 Mar;16(1):49-57.

43. **The progress in outcomes of the management of patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction between 2005 and 2014 in Poland - a propensity score matching analysis from the PL-ACS registry.** Piątek Ł, Janion-Sadowska A, Piątek K, Zandecki Ł, Kurzawski J, Gąsior M, Sadowski M.

Postepy Kardiologii Interwencyjnej. 2020 Mar;16(1):41-48.

44. **The role of optical coherence tomography and other intravascular imaging modalities in cardiac allograft vasculopathy.**

Dyrbuś M, Gąsior M, Szyguła-Jurkiewicz B, Przybyłowski P. Postepy Kardiologii Interwencyjnej. 2020 Mar;16(1):19-29.

45. **Gender-related disparities in the treatment and outcomes in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction: results from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS) in the years 2012-2014.**

Piątek Ł, Wilczek K, Kurzawski J, Gierlotka M, Gąsior M, Polonowski L, Sadowski M.

Arch Med Sci. 2020 Feb 28;16(4):781-788.

46. **Metabolically healthy obese and metabolic syndrome of the lean: the importance of diet quality. Analysis of MAGNETIC cohort.**

Osadnik K, Osadnik T, Lonnie M, Lejawa M, Reguła R, Fronczek M, Gawlita M, Wądołowska L, Gąsior M, Pawlas N. Nutr J. 2020 Feb 25;19(1):19. doi:10.1186/s12937-020-00532-0.

47. **Genetic and environmental factors associated with homocysteine concentrations in a population of healthy young adults. Analysis of the MAGNETIC study.**

Osadnik T, Pawlas N, Lejawa M, Lisik M, Osadnik K, Fronczek M, Bujak K, Gąsior M.

Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2020 Jun 9;30(6):939-947.

48. **Prevalence, characteristics, and prognostic implications of type 2 diabetes in patients with myocardial infarction: the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS) annual 2018 report.**

Niedziela JT, Hiczekiewicz J, Kleinrok A, Pączek P, Leszek P, Lelonek M, Rozentryt P, Parma Z, Witkowski A, Bartuś S, Zdrojewski T, Buszman P, Kaźmierczak J, Strojek K, Gąsior M.

Kardiologia Pol. 2020 Mar 25;78(3):243-246

49. **Ceruloplasmin, NT-proBNP, and Clinical Data as Risk Factors of Death or Heart Transplantation in a 1-Year Follow-Up of Heart Failure Patients.**

Romuk E, Jacheć W, Zbrojkiewicz E, Mroczek A, Niedziela J, Gąsior M, Rozentryt P, Wojciechowska C.

J Clin Med. 2020 Jan 3;9(1):137. doi: 10.3390/jcm9010137.

50. **Vascular access site complications after transfemoral transcatheter aortic valve implantation in the POL-TAVI Registry: surgical versus percutaneous approach.**

Walas RL, Kukulski L, Rychter J, Jaźwiec T, Gąska M, Hawranek M, Zembala M, Gąsior M, Zembala MO. J Cardiovasc Surg (Torino). 2020 Feb;61(1):117-122.

51. **Inclisiran-New hope in the management of lipid disorders?**

Dyrbuś K, Gąsior M, Penson P, Ray KK, Banach M. J Clin Lipidol. 2020 Jan-Feb;14(1):16-27.

52. **Biodegradable polymer-coated thin strut sirolimus-eluting stent vs. durable polymer-coated everolimus-eluting stent in the diabetic population.**

Gąsior P, Gierlotka M, Szczurek-Katanski K, Osuch M, Roleder M, Hawranek M, Wojakowski W, Polonowski L. Cardiol J. 2020 Jan 7. doi: 10.5603/CJ.a2019.0111.

53. **Effect of weight loss surgery on biomarkers of angiogenesis in obese patients.**

Wiewióra Maciej, Mertas Anna, Gluck Marek, Nowowiejska-Wiewióra Alicja, Czuba Zenon, Piecuch Jerzy.

Obes.Surg. 2020, p.1-9

54. **The association between serum levels of 25[OH]D, body weight changes and body composition indices in patients with heart failure.**

Stefaniak Apollonia, Partyka Robert, Duda Sylwia, Ostrega Weronika, Niedziela Jacek, Nowak Jolanta, Malinowska-Borowska Jolanta, Rywik Tomasz, Leszek Przemysław, Hudzik Bartosz, Zubelewicz-Szkodzińska Barbara, Rozentryt Piotr.

J Clin Med. 2020 : Vol.9, No.4, p.1-16, 1228

55. **Pozaszpitalne zatrzymanie krążenia - trudny problem bez prostych rozwiązań.**

Trzeciak Przemysław, Barwińska-Trzeciak Dagmara, Gąsior Mariusz.

Kardiologia Dypl. 2020 : T.19, nr 1, s.37-41

56. **Food intake changes across the menstrual cycle: a preliminary study.**

Nowak Justyna, Podsiadło Anna, Hudzik Bartosz, Jagielski Paweł, Grochowska-Niedworok Elżbieta, Gąsior Mariusz, Zubelewicz-Szkodzińska Barbara

Pielęgn.Zdr.Publ. 2020 : T.10, nr 1, s.5-11

57. **Procalcitonin kinetics after heart transplantation and as a marker of infection in early postoperative course.**

Nadziakiewicz Paweł, Grochła Marek, Krauchuk Alena, Pióro Anna, Szyguła-Jurkiewicz Bożena, Baca Aleksandra, Zembala Michał O., Przybyłowski Piotr.

Transplant.Proc. 2020, p.1-4

58. **Prognostic value of creatinine concentration and glomerular filtration rate in acute kidney injury development in the early postoperative period after heart transplantation.**

Nadziakiewicz Paweł, Grochła Marek, Krauchuk Alena, Szyguła-Jurkiewicz Bożena, Cymerys Marcin, Zembala Michał O., Przybyłowski Piotr.

Transplant.Proc. 2020, p.1-3

59. **Tacrolimus and Mycophenolic Acid Blood Concentration and Cellular Rejection After Heart Transplantation in First Endomyocardial Biopsy**

Paweł Nadziakiewicz, Marek Grochła, Alena Krauchuk, Bożena Szyguła-Jurkiewicz, Joanna Lorek, Adrianna Barańska, Michał O. Zembala, Piotr Przybyłowski
Transplant.Proc. 2020, p.1-4

Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych SUM / Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii

1. **Prevalence and risk factors of new-onset diabetes after transplantation (NODAT).**

Zielińska Katarzyna, Kukulski Leszek, Wróbel Marta, Przybyłowski Piotr, Zakliczyński Michał, Strojek Krzysztof. Ann. Transplant. 2020 : Vol.25, p.1-6, e926556

2. C/T polymorphism of the rs7903146 nucleotide of the TCF7L2 gene and the risk of developing diabetes mellitus type 2.

Swoboda Ryszard, Molsa Maciej, Tłuczykont Maciek, Markowicz Anna, Biedak Marta, Kałuża Anna, Sirek Sebastian, Grzeszczak Władysław, Strojek Krzysztof. Clin.Diabetol. 2020 : Vol.9, No.4, p.212-218

3. Postdischarge antidiabetic treatment in patients with type 2 diabetes and acute coronary syndrome: time for a change?

Niedziela Jacek T., Strojek Krzysztof, Gąsior Mariusz. Kardiolog.Pol.2020 : Vol.78, No.5, p.482-483

4. Prevalence, characteristics, and prognostic implications of type 2 diabetes in patients with myocardial infarction: the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS) annual 2018 report.

Niedziela J., Hiczkiwicz J, Kleinrok A, Pączek P, Leszek P, Lelonek M, Rozentryt P, Parma Z, Witkowski A, Bartuś S, Zdrojewski T, Buszman P, Kaźmierczak J, Strojek K, Gąsior M.

Kardiolog.Pol.2020 : Vol.78, No.3, p.243-246

5. Metformin and cardiac injury after acute coronary syndrome in diabetic patients with no history of cardiovascular disease: data from the PL.ACS registry.

Wróbel Marta, Rokicka Dominika, Zdrojewski Tomasz, Gierlotka Marek, Gąsior Mariusz, Strojek Krzysztof. Pol.Arch.Med.Wewn. 2020 : Vol.130, No.7-8, p.708-710

6. Physiological Characteristics of Type 1 Diabetes Patients during High Mountain Trekking.

Matejko B, Gawrecki A, Wróbel M, Hohendorff J, Benbenek-Kłupa T, Zozulińska-Ziółkiewicz D, Malecki MT, Kłupa T.J Diabetes Res. 2020 Sep 15;2020:8068710. doi: 10.1155/2020/8068710

Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii,
Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej
i Endowaskularnej SUM

1. Investigation of the Role of Oxidative Stress and Factors Associated with Cardiac Allograft Vasculopathy in Patients after Heart Transplantation.

Szczurek W, Gąsior M, Romuk E, Skrzypek M, Zembala M, Szygła-Jurkiewicz B. Oxid Med Cell Longev. 2020 Sep 15;2020:7436982. doi: 10.1155/2020/7436982.

2. Off-pump versus on-pump coronary artery surgery in octogenarians (from the KROK Registry).

Knapik P, Hirnle G, Kowalczyk-Wieteska A, O Zembala M, Pawlak S, Hrapkowicz T, Przybyłowski P, Nadziakiewicz P, Cieśla D, Perek B, Kapelak B, Cisowski M, Rogowski J, Pietrzyk E, Tobota Z, Zembala M; KROK Investigators.

PLoS One. 2020 Sep 10;15(9):e0238880. doi: 10.1371/journal.pone.0238880.

3. A modified heterotopic heart transplantation in the rat - as an important model in experimental regeneration and replacement of the failing organ.

Śliwka JE, Tyrpień M, Wilczek PM, Zembala M, Przybyłowski P.

Kardiolog Torakochirurgia Pol. 2020 Sep;17(3):149-154.

4. The Impact of Beta Blockers on Survival in Heart

Transplant Recipients: Insights from the Zabrze HTx Registry.

Kubiak GM, Kwieciński R, Ciarka A, Tukiendorf A, Przybyłowski P, Hrapkowicz T, Zembala MO.

Cardiol Res Pract. 2020 Jul 23;2020:5190248. doi: 10.1155/2020/5190248.

5. Mechanical circulatory support restores eligibility for heart transplant in patients with significant pulmonary hypertension.

Bielka A, Kalinowski M, Hawranek M, Małyszek-Tumidajewicz J, Pacholewicz J, Kowalczyk-Wieteska A, Ratman K, Kubiak G, Król B, Przybyłowski P, Zembala M, Zembala MO. Kardiolog Pol. 2020 Jul 17. doi: 10.33963/KP.15518.

6. Assessment of Quality of Life Among Patients After Lung Transplantation: A Single-Center Study.

Stącel T, Jaworska I, Zawadzki F, Wajda-Pokrontka M, Tatój Z, Urlik M, Nęcki M, Latos M, Szywacz W, Szczerba A, Antończyk R, Pióro A, Przybyłowska P, Zembala M, Ochman M.

Transplant Proc. 2020 Sep;52(7):2165-2172.

7. Effectiveness of Lung Transplantation in Patients With Interstitial Lung Diseases.

Stącel T, Nęcki M, Antończyk R, Latos M, Urlik M, Kościółek J, Kordylewska-Kubus A, Litewka J, Przybyłowski P, Zawadzki F, Wajda-Pokrontka M, Pyrc K, Zembala M, Ochman M.

Transplant Proc. 2020 Sep;52(7):2143-2148.

8. Single Lung Transplantation With Concomitant Cardiac Surgery in a Patient With Cystic Fibrosis: A Case Report.

Antończyk R, Urlik M, Latos M, Pandel A, Gawęda M, Nęcki M, Kręt M, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M, Stącel T

Transplant Proc. 2020 Oct;52(8):2554-2557.

9. Antioxidative action of polyamines in protection of phospholipid membranes exposed to ozone stress.

Rudolphi-Szydło E, Filek M, Dyba B, Miszalski Z, Zembala M.

Acta Biochim Pol. 2020 May 21;67(2):259-262.

10. 14th Congress of the Polish Transplantation Society.

Przybyłowski P, Dębska-Ślizień A.

Transplant Proc. 2020 Sep;52(7):1963. doi: 10.1016/j.transproceed.2020.07.015.

11. Prevalence and Risk Factors of New-Onset Diabetes After Transplantation (NODAT).

Zielińska K, Kukulski L, Wróbel M, Przybyłowski P, Zakliczyński M, Strojek K.

Ann Transplant. 2020 Aug 25;25:e926556. doi: 10.12659/AOT.926556.

12. Factors Influencing Decision Making About Living Donation Among Medical Students.

Milaniak I, Rużyczka EW, Przybyłowski P.

Transplant Proc. 2020 Sep;52(7):1994-2000.

13. The role of autofluorescence and photodynamic diagnosis in malignant tumors of the duodenum.

Krupka M, Bartusik-Aebisher D, Strzelczyk N, Latos M, Sieroń A, Cieślak G, Aebisher D, Czarnicka M, Kawczyk-Krupka A, Latos W.

Photodiagnosis Photodyn Ther. 2020 Aug 31;101981. doi: 10.1016/j.pdpdt.2020.101981.

14. Replication of Severe Acute Respiratory Syndrome

WYDARZENIA ROKU 2019 - PODSUMOWANIE

Coronavirus 2 in Human Respiratory Epithelium.

Milewska A, Kula-Pacurar A, Wadas J, Suder A, Szczepanski A, Dabrowska A, Owczarek K, Marcello A, Ochman M, Stacel T, Rajfur Z, Sanak M, Labaj P, Branicki W, Pyrc K. J Virol. 2020 Jul 16;94(15):e00957-20.

15. The European Registry for Patients with Mechanical Circulatory Support (EUROMACS): second EUROMACS Paediatric (Paedi-EUROMACS) report.

de By TMMH, Antonides CFJ, Schweiger M, Sliwka J, Davies B, Berger F, Hübler M, Özbaran M, Maruszewski B, Pace Napoleone C, Zimpfer D, Sandica E, Antretter H, Meyns B, Miera O.

Eur J Cardiothorac Surg. 2020 Jun 1;57(6):1038-1050.

16. Pulmonary vascular resistance as a potential marker of reactive pulmonary hypertension reduction following sildenafil therapy in patients disqualified from orthotopic heart transplantation.

Duszańska A, Wasilewski J, Gierlotka M, Zakliczyński M. Adv Med Sci. 2020 May 23;65(2):298-303.

17. Tricuspid Valve Anterior Leaflet Strains in Ovine Functional Tricuspid Regurgitation.

Jazwiec T, Malinowski MJ, Ferguson H, Parker J, Mrudang M, Rausch MK, Timek TA.

Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2020 Sep 22:S1043-0679(20)30285-9. doi: 10.1053/j.semtevs.2020.09.012.

18. Tricuspid Valve Annuloplasty Alters Leaflet Mechanics.

Mathur M, Meador WD, Jazwiec T, Malinowski M, Timek TA, Rausch MK.

Ann Biomed Eng. 2020 Aug 6. doi: 10.1007/s10439-020-02586-x.

19. Transplantacja płuc.

Jastrzębski Dariusz, Ochman Marek, Nęcki Mirosław. W: Wielka interna. Pulmonologia.

Red. naukowa: Adam Antczak Wyd.II

Warszawa : Medical Tribune Polska, 2020 s.481-499

20. Model for End-Stage Liver Disease (MELD) Score Among Patients Qualified For Lung Transplantation With End-Stage Lung Diseases With Particular Consideration of Median Pulmonary Artery Pressure.

Stącel T, Nęcki M, Latos M, Urlik M, Antończyk R, Kos A, Zawadzki F, Wajda-Pokrontka M, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M.

Transplant Proc. 2020 Jun 16:S0041-1345(20)30187-1.

21. The Impact of Airway Complications on Survival Among Lung Transplant Recipients.

Nęcki M, Pandel A, Urlik M, Antończyk R, Latos M, Gawęda M, Stącel T, Wajda-Pokrontka M, Zawadzki F, Okienica M, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M.

Transplant Proc. 2020 Jun 9:S0041-1345(20)30219-0.

22. Donor-related Risk Factors Associated With Increased Mortality After Lung Transplant.

Urlik M, Stącel T, Latos M, Antończyk R, Ferens M, Zawadzki F, Król B, Pasek P, Przybyłowski P, Zembala M, Nęcki M, Ochman M.

Transplant Proc. 2020 Jun 9:S0041-1345(20)30188-3.

23. An 18-year follow-up after the first successful heart-lung transplant in Poland. Authors' tribute to the pioneers of heart and lung transplantation.

Zembala M, Religa Z, Large S, Perdeus J, Wojarski J, Nowalany-Kozielska E, Małyszczek-Tumidajewicz J, Zawadzki

F, Wajda-Pokrontka M, Ochman M.

Kardiol Pol. 2020 Jun 5. doi: 10.33963/KP.15420.

24. Suboptimal Donors Do Not Mean Worse Results: A Single-Center Study of Extending Donor Criteria for Lung Transplant.

Urlik M, Latos M, Antończyk R, Nęcki M, Kaczur E, Miernik M, Zawadzki F, Król B, Pasek P, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M, Stącel T.

Transplant Proc. 2020 May 29:S0041-1345(20)30185-8

25. Bronchoscopic Interventions as a Management of Airway Complications After Lung Transplant Including Assessment of Risk Factors With Special Consideration for Pretransplant Pulmonary Hypertension.

Nęcki M, Stącel T, Antończyk R, Urlik M, Latos M, Pandel A, Gawęda M, Wajda-Pokrontka M, Zawadzki F, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M.

Transplant Proc. 2020 May 29:S0041-1345(20)30189-5.

26. Single Lung Transplant vs Double Lung Transplant: A Single-Center Experience With Particular Consideration for Idiopathic Pulmonary Arterial Hypertension.

Antończyk R, Stącel T, Urlik M, Latos M, Kręt M, Borowik D, Wajda-Pokrontka M, Zawadzki F, Tatoj Z, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M, Nęcki M.

Transplant Proc. 2020 May 27:S0041-1345(20)30190-1.

27. Microbiological Status as a Factor of Airway Complications After Lung Transplantation.

Nęcki M, Gawęda M, Pandel A, Urlik M, Antończyk R, Latos M, Wajda-Pokrontka M, Zawadzki F, Przybyłowski P, Zembala M, Stącel T, Ochman M.

Transplant Proc. 2020 May 20:S0041-1345(20)30192-5.

28. Telehealth visits in a tertiary cardiovascular centre as a response of the healthcare system to the pandemic of SARS-CoV-2 in Poland.

Świerad M, Dyrbuś K, Szkodziński J, Zembala MO, Kalarus Z, Gąsior M.

Pol Arch Intern Med. 2020 May 19. doi: 10.20452/pamw.15370.

29. Short and long-term outcomes of continuous-flow left ventricular assist device therapy in 79 patients with end-stage heart failure.

Bielka A, Kalinowski M, Pacholewicz J, Małyszczek-Tumidajewicz J, Waszak J, Copik I, Kowalczyk-Wieteska A, Zakliczyński M, Przybyłowski P, Zembala M, Zembala MO. Pol Arch Intern Med. 2020 May 18. doi: 10.20452/pamw.15362.

30. Impact of Cold Ischemia Time on Frequency of Airway Complications Among Lung Transplant Recipients.

Nęcki M, Antończyk R, Pandel A, Gawęda M, Latos M, Urlik M, Stącel T, Wajda-Pokrontka M, Zawadzki F, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M.

Transplant Proc. 2020 May 16:S0041-1345(20)30198-6.

31. Variability in Cardiac miRNA-122 Level Determines Therapeutic Potential of miRNA-Regulated AAV Vectors.

Kraszewska I, Tomczyk M, Andrysiak K, Binińska E, Geisler A, Fechner H, Zembala M, Stepniński J, Dulak J, Jaźwa-Kusior A.

Mol Ther Methods Clin Dev. 2020 May 12;17:1190-1201.

32. Long-Term Survival Following Surgical Ablation for Atrial Fibrillation Concomitant to Isolated and Combined Coronary Artery Bypass Surgery-Analysis from the Polish National Registry of Cardiac Surgery Procedures (KROK).

- Kowalewski M, Jasiński M, Staromłyński J, Zembala M, Widenka K, Zembala MO, Bartuś K, Hirnle T, Dziembowska I, Knapik P, Deja M, Wierzba W, Tobota Z, Maruszewski BJ, Suwalski P.
J Clin Med. 2020 May 4;9(5):1345. doi: 10.3390/jcm9051345.
33. **Secondary Pulmonary Hypertension Among Patients Qualified for Lung Transplantation: Single-Center Study.**
Szałcel T, Urlik M, Nęcki M, Antończyk R, Latos M, Wajda-Pokrontka M, Tatoj Z, Zawadzki F, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M.
Transplant Proc. 2020 Apr 23:S0041-1345(20)30222-0.
34. **On-Pump vs Off-Pump coronary artery bypass surgery in atrial fibrillation. Analysis from the polish national registry of cardiac surgery procedures (KROK).**
Kowalewski M, Jasiński M, Staromłyński J, Zembala M, Widenka K, Brykczyński M, Skiba J, Zembala M, Bartuś K, Hirnle T, Dziembowska I, Knapik P, Tobota Z, Maruszewski B, Suwalski P; KROK Investigators.
PLoS One. 2020 Apr 22;15(4):e0231950. doi: 10.1371/journal.pone.0231950
35. **The impact of the aortic cusps fusion pattern and valve disease severity on the aortic wall mechanics in patients with bicuspid aortic valve.**
Kalinowski ME, Szulik M, Pawlak S, Rybus-Kalinowska B, Zembala M, Kalarus Z, Kukulski T.
Int J Cardiovasc Imaging. 2020 Apr 17. doi: 10.1007/s10554-020-01838-0.
36. **Interleukin 6 and Interleukin 10 in Patients Before and After Lung Transplantation.**
Stanjek-Cichoracka A, Woźniak-Grygiel E, Łaszewska A, Szałcel T, Perć K, Zembala M, Ochman M.
Transplant Proc. 2020 Apr 16:S0041-1345(19)31780-4
37. **Procalcitonin Kinetics After Heart Transplantation and as a Marker of Infection in Early Postoperative Course.**
Nadziakiewicz P, Grochla M, Krauchuk A, Pióro A, Szyguła-Jurkiewicz B, Baca A, Zembala MO, Przybyłowski P.
Transplant Proc. 2020 Apr 15:S0041-1345
doi: 10.1016/j.transproceed.2020.02.117.
38. **Outcome of Lung Transplantation as a Treatment of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Single-Center Study.**
Latos M, Nęcki M, Pawlak D, Urlik M, Antończyk R, Ochman M, Pokrontka MW, Wojtasik M, Przybyłowski P, Zembala M, Szałcel T.
Transplant Proc. 2020 Apr 9:S0041-1345(20)30176-7.
39. **Long-term echocardiographic evaluation of asymptomatic patients undergoing minimally invasive valve repair for severe primary mitral regurgitation.**
Gerber W, Sanetra K, Drzewiecka-Gerber A, Jankowska-Sanetra J, Bochenek A, Zembala M, Cisowski M.
Kardiologia Pol. 2020 Apr 8. doi: 10.33963/KP.15287.
40. **Everolimus-Eluting Second-Generation Stents for Treatment of De Novo Lesions in Patients with Cardiac Allograft Vasculopathy.**
Pyka Ł, Hawranek M, Szyguła-Jurkiewicz B, Desperak P, Szczurek W, Lekston A, Gąsior M, Zembala MO, Pawlak S, Zembala M, Przybyłowski P.
Ann Transplant. 2020 Apr 7;25:e921266. doi: 10.12659/AOT.921266.
41. **Extracorporeal Membrane Oxygenation as a Postoperative Left Ventricle Conditioning Tool After Lung Transplantation in Patients With Primary Pulmonary Artery Hypertension: First Polish Experience.**
Szałcel T, Antończyk R, Latos M, Nęcki M, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M, Urlik M.
Transplant Proc. 2020 Apr 2:S0041-1345(20)30195-0. doi: 10.1016/j.transproceed.2020.02.113.
42. **Surgical ablation for atrial fibrillation during isolated coronary artery bypass surgery.**
Suwalski P, Kowalewski M, Jasiński M, Staromłyński J, Zembala M, Widenka K, Brykczyński M, Skiba J, Zembala MO, Bartuś K, Hirnle T, Dziembowska I, Deja M, Tobota Z, Maruszewski BJ.
Eur J Cardiothorac Surg. 2020 Apr 1;57(4):691-700. doi: 10.1093/ejcts/ezz298. PMID: 31665277
43. **Extracorporeal Membrane Oxygenation as a Bridge to Lung Transplantation: First Polish Experience.**
Szałcel T, Urlik M, Antończyk R, Latos M, Wiklińska A, Przybyłowski P, Zembala M, Ochman M, Nęcki M.
Transplant Proc. 2020 Mar 31:S0041-1345(20)30197-4.
44. **How to effectively analyze the scientific evidence in clinical practice? Rationale and design of an observational analytical model.**
Gąsior M, Desperak P, Cieśla D, Niedziela J, Pyka Ł, Skrzypek M, Zembala M, Wojakowski W.
Kardiologia Pol. 2020 Mar 31. doi: 10.33963/KP.15268.
45. **Prognostic Value of Creatinine Concentration and Glomerular Filtration Rate in Acute Kidney Injury Development in the Early Postoperative Period After Heart Transplantation.**
Nadziakiewicz P, Grochla M, Krauchuk A, Szyguła-Jurkiewicz B, Cymerys M, Zembala MO, Przybyłowski P.
Transplant Proc. 2020 Mar 25:S0041-1345(20)30135-4
46. **Can mild anaemia increase the risk of complications in patients over 65 years of age compared to younger patients undergoing cardiac surgery?**
Kowalczyk-Wieteska AM, Majchrzyk I, Zembala M, Zembala M.
Postępy Kardiologii Interwencyjnej. 2020 Mar;16(1):116-119.
47. **Vascular access site complications after transfemoral transcatheter aortic valve implantation in the POL-TAVI Registry: surgical versus percutaneous approach.**
Walas RL, Kukulski L, Rychter J, Jaźwiec T, Gaska M, Hawranek M, Zembala M, Gąsior M, Zembala MO.
J Cardiovasc Surg (Torino). 2020 Feb;61(1):117-122.
48. **The del Nido versus cold blood cardioplegia in aortic valve replacement: A randomized trial.**
Sanetra K, Gerber W, Shrestha R, Domaradzki W, Krzych Ł, Zembala M, Cisowski M.
J Thorac Cardiovasc Surg. 2020 Jun;159(6):2275-2283.e1.
49. **Level of Life Quality in Heart and Kidney Transplant Recipients: A Multicenter Study.**
Milaniak I, Rużyczka EW, Dębska G, Król B, Wierzbicki K, Tomaszek L, Przybyłowski P.
Transplant Proc. 2020 May 26:S0041-1345(19)31899-8.
50. **The role of optical coherence tomography and other intravascular imaging modalities in cardiac allograft vasculopathy.**
Dyrbuś M, Gąsior M, Szyguła-Jurkiewicz B, Przybyłowski P.
Postępy Kardiologii Interwencyjnej. 2020 Mar;16(1):19-29.
51. **Nonstandard usage of a left ventricular assist device in**

WYDARZENIA ROKU 2019 - PODSUMOWANIE

a patient with severe heart failure complicated by pulmonary artery thrombosis - case report.

Pacholewicz J, Leonik S, Sojka M, Nadziakiewicz P. J Cardiothorac Surg. 2020 Jun 3;15(1):123. doi: 10.1186/s13019-020-01169-0.

52. Replication of SARS-CoV-2 in human respiratory epithelium.

Milewska A, Kula-Pacurar A, Wadas J, Suder A, Szczepanski A, Dabrowska A, Owczarek K, Marcello A, Ochman M, Stacel T, Rajfur Z, Sanak M, Labaj P, Branicki W, Pyrc K. J Virol. 2020 May 20;JVI.00957-20.

53. The Effect of Downsizing on the Normal Tricuspid Annulus.

Mathur M, Meador WD, Jazwiec T, Malinowski M, Timek TA, Rausch MK.

Ann Biomed Eng. 2020 Feb;48(2):655-668.

54. Effect of weight loss surgery on biomarkers of angiogenesis in obese patients.

Wiewióra Maciej, Mertas Anna, Gluck Marek, Nowowiejska-Wiewióra Alicja, Czuba Zenon, Piecuch Jerzy. Obes.Surg. 2020, p.1-9

55. Tacrolimus and Mycophenolic Acid Blood Concentration and Cellular Rejection After Heart Transplantation in First Endomyocardial Biopsy

Paweł Nadziakiewicz, Marek Grochła, Alena Krauchuk, Bożena Szyguła-Jurkiewicz, Joanna Lorek, Adrianna Barańska, Michał O. Zembala, Piotr Przybyłowski Transplant.Proc. 2020, p.1-4

Oddział Kliniczny Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej SUM / Oddział Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej

1. Percutaneous atrial septal defect closure: a consensus document of the joint group of experts from the Association of Cardiovascular Interventions and the Grown-Up Congenital Heart Disease Section of the Polish Cardiac Society.

Grygier M, Sabiniewicz R, Smolka G, Demkow M, Araszkiwicz A, Sorysz D, Kusa J, Huczek Z, Komar M, Przewłocki T, Hawranek M, Wojakowski W, Białkowski J, Brzezińska-Rajszyś G, Bartuś S.

Kardiol Pol. 2020 Sep 30. doi: 10.33963/KP.15629.

2. Pediatric cardiology in Poland in 2019.

Białkowski J. Kardiol Pol. 2020 Sep 25;78(9):950-951.

3. Transcatheter Closure of Patent Ductus Arteriosus in Elderly Patients: Initial and One-Year Follow-Up Results- Do We Have the Proper Device?

Galeczka M, Szkutnik M, Białkowski J, Smerdzinski S, Knop M, Sukiennik A, Fiszer R.

J Interv Cardiol. 2020 Apr 29;2020:4585124. doi: 10.1155/2020/4585124.

4. Transcatheter closure of atrial septal defect with Chinese and Thai nitinol wire mesh occluders in adult patients.

Tyc F, Suchodolski A, Knop M, Rojczyk D, Gałeczka M, Smerdziński S, Szkutnik M, Białkowski J, Fiszer R. Kardiol Pol. 2020 Jan 24;78(1):68-70.

5. Children and Adolescents with Pulmonary Arterial Hypertension: Baseline and Follow-Up Data from the Polish Registry of Pulmonary Hypertension (BNP-PL).

Kwiatkowska J, Zuk M, Migdal A, Kusa J, Skiba E, Zygielo K, Przetocka K, Weryński P, Banaszak P, Rzeźnik-Bieniaszewska A, Surmacz R, Bobkowski W, Wojcicka-Urbanska B, Werner B, Pluzanska J, Ostrowska K, Waldoch A, Kopec G.

J Clin Med. 2020 Jun 3;9(6):E1717

6. Comparison of X-ray doses for child and adult patients undergoing ASD procedure.

Sasak Krzysztof, Milcewicz-Mika Izabela, Pyszka Ewelina, Gałeczka Michał, Fiszer Roland, Staniszevska Maria. J.Integr.Cardiol. Open Acces 2020 : Vol.3, No.1, p.1-3

7. The Y-stenting technique for bifurcation stenosis and bioprosthetic valve frame fracture prior to valve-in-valve transcatheter pulmonary valve replacement in a child

Michał Gałeczka Sebastian Smerdziński Wojciech Sadowski Marcin Demkow Jacek Białkowski Roland Fiszer Adv Interv Cardiol 2020; 16, 2 (60): 206–208

Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii SUM / Oddział Intensywnej Terapii

1. Intensive Care Unit Admissions During the First 3 Months of the COVID-19 Pandemic in Poland: A Single-Center, Cross-Sectional Study.

Kokoszka-Bargieł I, Cyprys P, Rutkowska K, Madowicz J, Knapik P.

Med Sci Monit. 2020 Sep 26;26:e926974

2. Off-pump versus on-pump coronary artery surgery in octogenarians (from the KROK Registry)

Knapik P, Hirnle G, Kowalczyk-Wieteska A, MO Zembala Hrapkowicz T, Przybyłowski P, Nadziakiewicz P, Cieśla D, Perek B, Kapelak B, Cisowski M, Rogowski J, Pietrzyk E, Tobota Z, Zembala M; KROK Investigators.

PLoS One. 2020 Sep 10;15(9):e0238880. doi: 10.1371/journal.pone.0238880.

3. The clinical value of routine analysis of cardiac implantable electronic devices after death in the tertiary cardiovascular centre.

Tajstra M, Dyrbuś M, Nożyński J, Niedziela J, Gadula-Gacek E, Zembala-Nożyńska E, Trejnowska E, Stanek-Widera A, Lange D, Knapik P, Gąsior M.

Pol Arch Intern Med. 2020 May 7. doi: 10.20452/pamw.15343.

4. Long-Term Survival Following Surgical Ablation for Atrial Fibrillation Concomitant to Isolated and Combined Coronary Artery Bypass Surgery-Analysis from the Polish National Registry of Cardiac Surgery Procedures (KROK).

Kowalewski M, Jasiński M, Staromyński J, Zembala M, Widenka K, Zembala MO, Bartuś K, Hirnle T, Dziembowska I, Knapik P, Deja M, Wierzba W, Tobota Z, Maruszewski BJ, Suwalski P.

J Clin Med. 2020 May 4;9(5):1345. doi: 10.3390/jcm9051345.

5. On-Pump vs Off-Pump coronary artery bypass surgery in atrial fibrillation. Analysis from the polish national registry of cardiac surgery procedures (KROK).

Kowalewski M, Jasiński M, Staromyński J, Zembala M, Widenka K, Brykczyński M, Skiba J, Zembala M, Bartuś K, Hirnle T, Dziembowska I, Knapik P, Tobota Z, Maruszewski B, Suwalski P; KROK Investigators.

PLoS One. 2020 Apr 22;15(4):e0231950. doi: 10.1371/

journal.pone.0231950.

6. Impact of fluid balance on intensive care unit mortality in critically ill patients with cardiovascular disorders. Author's reply.

Trejnowska E, Skoczyński S, Armatowicz P, Knapik M, Kurdyś P, Ślusarz K, Tarczyńska-Słomian M, Knapik P. Kardiolog. 2020 Feb 25;78(2):175-176.

7. Readmissions to General ICUs in a Geographic Area of Poland Are Seemingly Associated with Better Outcomes.

Grochła M, Saucha W, Ciesła D, Knapik P. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jan 16;17(2):565. doi: 10.3390/ijerph17020565.

8. Nonstandard usage of a left ventricular assist device in a patient with severe heart failure complicated by pulmonary artery thrombosis - case report.

Pacholewicz J, Leonik S, Sojka M, Nadziakiewicz P. J Cardiothorac Surg. 2020 Jun 3;15(1):123. doi: 10.1186/s13019-020-01169-0.

9. Procalcitonin kinetics after heart transplantation and as

a marker of infection in early postoperative course.

Nadziakiewicz Paweł, Grochła Marek, Krauchuk Alena, Pióro Anna, Szyguła-Jurkiewicz Bożena, Baca Aleksandra, Zembala Michał O., Przybyłowski Piotr. Transplant.Proc. 2020, p.1-4

10. Prognostic value of creatinine concentration and glomerular filtration rate in acute kidney injury development in the early postoperative period after heart transplantation.

Nadziakiewicz Paweł, Grochła Marek, Krauchuk Alena, Szyguła-Jurkiewicz Bożena, Cymerys Marcin, Zembala Michał O., Przybyłowski Piotr. Transplant.Proc. 2020, p.1-3

11. Tacrolimus and Mycophenolic Acid Blood Concentration and Cellular Rejection After Heart Transplantation in First Endomyocardial Biopsy

Paweł Nadziakiewicz, Marek Grochła, Alena Krauchuk, Bożena Szyguła-Jurkiewicz, Joanna Lorek, Adrianna Barańska, Michał O. Zembala, Piotr Przybyłowski Transplant.Proc. 2020, p.1-4

SCCS ZABRZE

XXVII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA KARDIOLOGICZNA

KONFERENCJA W TRYBIE ONLINE (TRANSMISJA W INTERNECIE)

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń
XXI Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej

ZABRZE | 19-23 października 2020

Szanowni Państwo,

Mamy przyjemność serdecznie Państwa zaprosić na organizowaną w dniach 19-23 października 2020 r. XXVII Międzynarodową Konferencję Kardiologiczną „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń” oraz towarzyszące jej XXI Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej.

Tegoroczne spotkanie przebiega pod hasłem „HEART-TEAM gwarancją nowoczesności, bezpieczeństwa i skuteczności w leczeniu”. Z roku na rok nasi chorzy są coraz trudniejsi, mają coraz więcej chorób towarzyszących, dlatego ich leczenie wymaga współpracy wielu specjalistów. W dobie pandemii współpraca ta nabiera szczególnego znaczenia. Covid19 całkowicie zmienił naszą rzeczywistość, stając się dla wszystkich, a zwłaszcza dla środowiska medycznego dużym wyzwaniem.

Obowiązujący w kraju stan pandemii niejako wymusił, aby w tym roku nasze spotkanie odbyło się on-line, co nie oznacza, że zaproszeni goście będą wirtualni. Wręcz przeciwnie, swój udział zapowiedzieli najlepsi krajowi eksperci – specjaliści kardiologów, kardiochirurgów, anestezyjologów, a także fizjoterapeuców, którzy zgodzili się przyjąć nasze zaproszenie i „na żywo” podzielić się z Państwem swoją wiedzą i doświadczeniem. Od lat staramy się, aby program Konferencji opierał się na zagadnieniach i problemach, z jakimi spotykacie się Państwo w swojej codziennej pracy klinicznej na oddziale, czy w poradni. Ze względu na obecną sytuację epidemiologiczną wiele zaproponowanych tematów omawianych będzie w odniesieniu do Covid19 i jego wpływu na przebieg choroby i jej leczenie. Mocno skupimy także uwagę na najnowszych wytycznych ESC dotyczących postępowania w ostrych zespołach wieńcowych bez uniesienia odcinka ST, migotaniu przedsionków, wrodzonych wadach serca u dorosłych oraz dziedzinie kardiologii sportowej i wysiłku fizycznego u pacjentów ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi.



