

# Ajakirja European Heart Journal peatoimetaja: lugejad tunnevad huvi valdkondade vastu, kus võib märgata tõelist innovatsiooni

Ajakirja European Heart Journal (EHJ) peatoimetaja Thomas Lüscher oli juuni alguses Tallinnas toimunud 25. Põhjamaade ja Balti riikide kardioloogiakongressi sessiooni „The Year in Cardiology – the EHJ Perspective“ üks organiseerijatest. Millised teemad on möödunud aastal kardioloogiavaldkonnas kõige rohkem arutelu tekitanud, selgitas prof Lüscher intervjuus Med24 toimetajale Eli Lillesele.

## Millised teemad või valdkonnad on viimastel aastatel olnud kardioloogias rohkem esil? Kas räägitud on valdkonnast üldisemalt või keskendunud kitsamatele erialadele?

Enim tsiteeritud artiklid puudutasid TAVI (*transcatheter aortic heart valve* – südame aordiklapi endovaskulaarne protees) ja otsese toimega suukaudseid antikoagulante (DOAC) ning ka preventiooni. Neist viimases on seni tähelepanu olnud suure tihedusega lipoproteiini kolesteroolil (HDL-C), nüüd on keskmesse liikunud PCSK9 (*proprotein convertase subtilisin/kexin type 9* – proteiini konvertaasi subtilisiini-keksiini tüüp 9) inhibiitorid.

Interventsionaalses kardioloogias on viimaste aastate jooksul fookus liikunud restenoosilt ravimiga kaetud stentidele ning nüüd kaksikantiagregantravile (*dual antiplatelet therapy* – DAPT) ja selle kestusele ning ka bioimenduvatele stentidele. Arütmiate valdkonnas on kodade virvendusarütmia ablatsioonitehnikate edukus pälvinud kõige rohkem tähelepanu.

Lugejad ja teadlased tunnevad peamiselt huvi nende valdkondade vastu, kus võib märgata tõelist innovatsiooni, olgu siis uute seadmete või ravimite arengu kaudu. Üldiselt see fookus püsib, seni kuni teadusharude produktiivsus ning kliinilise edu märgid säilivad. Teisalt võib tuua näite paari aasta tagusest ajast, kui tüvirakuteraapia teema vaibus marginaalselt edukate või neutraalsete uuringutega, ning nüüdseks on teaduse fookus nihkunud mikro-RNA-le.



Thomas Lüscher

## Milline oli Teie arvates EHJs viimase aasta jooksul käsitletud teemadest kõige tähelepanuväärsem?

Ilmselt on PCSK9 inhibiitorite arendamisel meie praktikale lähitulevikus kõige suurem mõju.

## Teadusartikleid ilmub palju. Kuidas saab arst kõige vajalikuga kursis olla? Kuna see nõuab nii suurt pingutust, siis kuidas toimida nii, et patsient sealjuures n-ö kaduma ei läheks?

Tõesti, arst peab keskenduma oma valdkonna tippajakirjadele (kardioloogias on sellised The New England Journal of Medicine, Lancet, EHJ, Journal of the American College of Cardiology ja Circulation) ning ühele-kahele kitsamalt spetsialiseerunud ajakirjale, lähtudes endale huvi pakkuvast valdkonnast. Lisaks on meil kasutada parimad otsingu-

Thomas F. Lüscher on professor, Zürichi ülikoolihaigla kardioloogiakliiniku juht ning molekulaarkardioloogia keskuse juhataja.

Ta on kogumiku „European Textbook of Cardiovascular Medicine” kaasväljaandja ning mitmete teadusajakirjade toimetuskolleegiumi liige, samuti ajakirja Kardiovaskuläre Medizin peatoimetaja ning alates 2009. aastast ajakirja European Heart Journal peatoimetaja.

Prof Lüscher on enam kui 400 originaal- ja ülevaateartikli autor. Institute for Scientific Information on ta klassifitseerinud (*Citation Index Ranking*) kogu maailma 0,5% enim tsiteeritud teadlaste hulka.

süsteemid – enamik lugejaid leiab artiklid guugeldades või internetiplatvormide kaudu. Näiteks tehakse EHJ platvormi kaudu aastas ligikaudu 6 miljonit allalaadimist.

Lõpuks ei tohi unustada ka sotsiaalmeedia kasvavat rolli – näiteks kasutavad paljud ajakirjad Twitterit, teiste seas EHJ.

## Kui palju artikleid EHJ-le igal aastal laekub?

Elmisel aastal saime ülevaatamiseks umbes 3500 artiklit. Praegu aktsepteerime umbes 10% käsikirjadest ning suuname umbes 20% teistesse Euroopa Kardioloogide Seltsi ajakirjadesse (European Journal of Heart Failure, Europace jt).

## Te olete lisaks ka praktiseeriv arst, teadlane ja õppejõud. Kuidas neid rolle omavahel kombineerida?

See ei ole muidugi lihtne, kuid samas on see väga tore. Tõepoolest, töötada kliinilise praktika ja innovatsiooni piirimail on tõeline õnn, sest mitte töö ise, vaid selle nautimine muudab inimese täisväärtuslikuks. Seega tuleb vaid leida spetsialiseerumise valdkond, mis kõige rohkem huvide ja andega kokku sobib.

## Eesti Kardioloogide Seltsi asus juhtima dr Peep Laanmets

### Eli Lilles – Med24 toimetaja



Peep Laanmets

25. Põhjamaade-Balti kardioloogide kongressi lõppedes kogunesid Eesti Kardioloogide Seltsi liikmed üldkoosolekule, kus valiti uus juhatus. Seltsi presidendiks valiti dr Peep Laanmets. Seltsi juhina seisab tal ees koos haigekassaga kardioloogia eriala teenuste struktuuri ajakohastamine, et teha patsientidele võimalikult kättesaadavaks parim ja nüüdisaegne ravi, rääkis ta intervjuus Eesti Arstile.

### Millised on Teie eesmärgid seltsi juhina?

Südame- ja veresoonkonnahaigused on Eestis jätkuvalt surma põhjusena esimesel kohal. Selts pöörab endiselt suurt tähelepanu haiguste ennetusele, kuid lisaks saab põhiorhk nii tänavu kui ka järgmisel aastal olema südamehaiguste ravi võimaluste ajakohastamisel ja kättesaadavuse parandamisel.

### Mis suunas areneb Eesti kardioloogia?

Kardioloogia muutub järjest enam kõrgtehnoloogiliseks erialaks. Haiguste diagnoosimine ja ravi lähevad järjest spetsiifilisemaks, lisandub mitmeid uusi diagnostika- ja ravi võimalusi. Interventsionaalkardioloogia pakub järjest enam alternatiivi kardiokirurgiale nii koronaarstenoside kui ka klapahaiguste

ravis, elektrofüsioloogias on lisandunud juba näiteks kodade virvendusarütmia ablatsioonravi, eluohtlike vatsakeste rütmihäirete ravimeetodid on juurutamisel.

### Kas invasiivkardioloogia hakkab nüüdisest rohkem tähelepanu saama?

Kardioloogide selts seisab võrdset kogu kardioloogia eriala käekäigu eest ega tee alamerialadel vahet. Kardioloogia alamerialad, milles on rohkem tehnoloogiat ja innovaativisust, on ka üldiselt suurema tähelepanu all ning interventsionaalkardioloogia ja rütmihäirete invasiivne ravi on praegu rohkem esiplaanil seoses haigekassa hinnakirja ajakohastamisega.

### Kas kardioloogide järelkasv on piisav?

Neli uut residentit igal aastal peaks olema Eestile piisav. Iseasi, kas nad ka Eestisse jäävad, kuid sellesse ei saa selts sekkuda. Jätkub tugev surve Põhjamaadesse tööle asuda, kuna palgaerinevus on vähemalt 300%.

Tõenäoliselt koonduvad kardioloogid järjest enam suurhaiglatesse ning maakonahaiglatesse residentuuri lõpetanud kardioloogi täiskohaga väga lihtsalt tööle ei saa.