

ce dla naszych „interwencyjnych” wizji w nadchodzącym wieku.

Podkreślić trzeba, że mimo bliskiego związku tego sympozjum z przemysłem dbano bardzo pilnie o to, aby nie dopuścić do wpływu poszczególnych firm na opinie prezentowane w czasie obrad ani też na sposób prowadzenia zabiegów czy wybór sprzętu. Tak więc wszystkie osoby związane z prezentacją wypełniały specjalne kwestionariusze, w których musiały ujawnić nie tylko swoje związki z firmami, ale także stopień tych zależności. Dane te były opublikowane oficjalnie. (To jakby forma lustracji. Ktoś, kto

nie wypełnił ankiety i nie ujawnił swoich „koligacji” nie był dopuszczony do obrad. Nie spotkałem tego nigdy wcześniej, przy okazji udziału w innych zjazdach. A może by i u nas wprowadzić podobną zasadę?). Kierowano się także zupełnie odmienną polityką niż w innych tego typu spotkaniach w czasie prowadzenia pokazów „na żywo”. Odbywały się one w trybie *off label* i najczęściej nie pokazywano wtedy, jakiej firmy np. prowadnik, balon lub stent użyto do danego zabiegu. To też jest zupełna nowość.

Miłym wydarzeniem towarzyskim była wspólna kolacja zorga-

nizowana w starym dworcu kolejowym. Każdy znalazł na niej coś dla siebie. A było w czym wybierać: od tradycyjnego jazzu, „czarnego” jazz-rocka, latynoskich rytmów do musicali rodem z Broadwayu; od dobrego piwa do wybornego kalifornijskiego wina. A najważniejsze, że po raz kolejny potwierdziła się zasada, że nie ważne gdzie, tylko z kim.

Z całą pewnością był to bardzo udany kongres, warty 7-godzinnego, sztywnego siedzenia w samolocie.

*Pracownia Hemodynamiki,
Klinika Kardiologii
Akademii Medycznej w Lublinie*

Zmiany polityczne, które dokonały się w latach 1989–1990 w krajach byłego obozu demokracji ludowej, zaowocowały z jednej strony wzrostem aspiracji ich społeczeństw, a z drugiej, ujawnieniem towarzyszącego im opóźnienia technologicznego oraz słabości finansowej. Stosunkowo szybko okazało się, że chociaż dysponujemy dobrze wyszkolonymi fachowcami, to dostęp do wysokospecjalistycznych procedur kardiologii dla przeciętnego chorego daleki jest od europejskich norm

Konferencja LOOK AROUND 2000
Pecz, 22–23 września 2000 roku

Polak, Węgier...

Robert Gil, Dariusz Dudek

Najlepszym rozwiązaniem tej trudnej sytuacji byłoby wejście krajów Europy Środkowo-Wschodniej w skład Unii Europejskiej. Jak wiadomo, spośród licznych pretendentów największe szanse mają Węgry, Czechy, Polska oraz Słowacja. Wspólne działanie na rzecz członkostwa w Unii powinno być bardzo korzystne dla każdego z tych krajów. Nic więc dziwnego, że politycy na spotkaniu w Wyszehradzie podjęli zobowiązanie w sprawie takiej współpracy, w tym również w kwe-

stii reform opieki zdrowotnej. Inicjatywa ta przechodziła różne koleje losu. Chociaż powstało coś na kształt wspólnego rynku, deklarowane przez polityków cele nie były w pełni realizowane. Jednak ostatnio daje się zauważyć więcej zrozumienia dla wspólnych działań na rzecz członkostwa w Unii Europejskiej.

Zapewne podobieństwa powojennej historii spowodowały, że służba zdrowia ma wiele wspólnego w każdym z tych czterech krajów. I chociaż podlegała reformom,

jednak w żadnym z nich nie spełniła w pełni oczekiwań społecznych. Jedyne Czesi potrafili poprawić początkowe błędy i ich służba zdrowia jest zbliżona do średniej jakości zachodnioeuropejskiej. W Polsce nakłady finansowe (w przeliczeniu na mieszkańca) prawdopodobnie są najniższe, ale wygląda na to, że nie jesteśmy najślabi w tym towarzystwie. Trudno w to uwierzyć, ale w kwestii reformowania służby zdrowia widoczny jest brak jakichkolwiek wspólnych działań, które

pozwołyby uniknąć pewnych błędów. Każdy z czterech krajów idzie własną drogą, chociaż są one trochę podobne do siebie. Praktycznie identyczna sytuacja dotyczy działalności naukowej w dziedzinie medycyny. Nie publikujemy w naukowych periodykach „krajów wyszechradzkich”, nie bierzemy aktywnego udziału w konferencjach naukowych tych krajów. Brakuje wspólnych inicjatyw naszych środowisk. Najlepiej widać to przy organizacji warsztatów czy programów naukowych. Zamiast tego wszyscy staramy się o kontakty na Zachodzie, wręcz o nie rywalizując.

Zapewne przedstawiona sytuacja ma związek z okresem „nakazowej współpracy” w ramach RWPG. Jednak dzisiaj sytuacja jest diametralnie różna. Żyjemy w wolnych krajach i możemy swobodnie kształtować formy współpracy. Jednak do tej pory brakowało tzw. twórczych inicjatyw. Sytuacja w kardiologii nie była najgorsza. W ramach współpracy krajowych towarzystw kardiologicznych od 2 lat organizowane są tzw. Spotkania na Granicy, jednak ograniczały się one do prezentacji doniesień naukowych i niestety nie zaowocowały wspólnymi programami naukowymi.

Życie pokazało, że nie tylko Polacy mają potrzebę rozwinięcia współpracy regionalnej. W czerwcu br. do Prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego nadszedł z Węgier list zapraszający do udziału w konferencji, poświęconej problemom kardiologii inwazyjnej w krajach dawnego obozu demokracji ludowej. List ten został przekazany Przewodniczącemu Sekcji Kardiologii Inwazyjnej, który okazał zainteresowanie uczestnictwem w tej konferencji. Podczas spotkania z dr. Ivanem Horvathem w Amsterdamie został ustalony skład polskiej ekipy (D. Dudek, R. Gil) oraz tematyka wystąpień.

Muszę przyznać, że na początku trochę mnie dziwiła prośba węgierskich kolegów, dotycząca szczegółów organizacji służby zdrowia w Polsce, a w szczególności zaopatrzenia w sprzęt jednorazowy, zaku-



foto. Artur Krzykowski

Niestety do tej pory nie bierzemy udziału w konferencjach naukowych, organizowanych w krajach grupy wyszechradzkiej

pu narzędzi diagnostyki inwazyjnej (ICUS, ID, IP) oraz urządzeń rekalizacyjnych nowej generacji (ROTA, DCA). Wystarczyło jednak kilka minut rozmowy z przedstawicielem organizatorów podczas podróży z Budapesztu do Peczuy w przeddzień konferencji i uczucie zdziwienia minęło. Dodatkowo dowiedzieliśmy się, że niestety zabraknie na niej przedstawicieli Słowacji.

Konferencja rozpoczęła się w piątek rano 22 września. Po ponad półgodzinnym wykładzie prof. J.D. Catravasa, dotyczącego funkcji śród-błonka wieńcowego, rozpoczął się polski występ. Trwał on prawie 2 godziny, w ciągu których oprócz zagadnień organizacyjnych przedstawiliśmy rolę ultrasonografii oraz wewnątrzwieńcowych badań dopplerowskich we współczesnej pracowni kardioangiograficznej. Polskie prezentacje (dynamiczne i obrazowe, oparte na naszych osiągnięciach naukowych i wykorzystujące możliwości prezentacji komputerowej) wywołały liczne pytania, dowodzące dużego zainteresowania słuchaczy. Wystarczy powiedzieć, że złamaliśmy wszelkie ograniczenia czasowe bez jakiegokolwiek protestu ze strony organizatorów. No, może wprowadziliśmy w zakłopotanie naszego przyjaciela z Czech, dr. J. Veselkę, który nie przewidział tak kompleksowej prezentacji z polskiej strony.

Jednakże on, oprócz ciekawego wykładu, dotyczącego bezpośredniego stentowania, mógł się pochwalić większą liczbą angioplastyk na 1 mln mieszkańców (ok. 500). Jako następni mieli wystąpić koledzy z Austrii. Dr O. Pachinger nie przyjechał i honoru Austrii bronił dr D. Glogar. Na zakończenie naukowej części konferencji były jeszcze 2 wykłady wygłoszone po węgiersku, dotyczące ostrych zespołów wieńcowych oraz metabolicznych aspektów ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego.

Muszę przyznać, iż w trakcie całej konferencji nie mogłem oprzeć się wrażeniu, że już kiedyś uczestniczyłem w podobnym spotkaniu. Mam tu na myśli zebranie organizacyjne naszej Sekcji w Mikołajkach w 1997 roku. Młodszym kolegom pozwolę sobie przypomnieć, że było to pierwsze zebranie zorganizowane tylko dla kardiologów inwazyjnych. Część z nas odbiera je jako początek nowego etapu w rozwoju branży. Jednak równocześnie widoczna była istotna różnica. Otóż średnia wieku podczas tamtego spotkania była zdecydowanie niższa i zdecydowanie mniej wśród nas było samodzielnych pracowników nauki.

Konferencja była zaplanowana w sumie na 3 dni. Niestety, musieliśmy wracać, przecież zbliżał się Kongres PTK we Wrocławiu. Żal było wyjeżdżać, tym bardziej, że ce-

kały nas ciekawe spotkania. Jednak zdołaliśmy nawiązać towarzyskie kontakty oraz umówiliśmy się w kwestiach konkretnej współpracy naukowej. W pierwszym etapie za-

planowaliśmy uczestnictwo naszych przyjaciół z Węgier oraz Czech w Warsztatach w Krakowie. Ponadto wiele wskazuje, że uda się nam zaprezentować dorobek polskiej kar-

diologii inwazyjnej na regionalnych zjazdach. Wierzymy, iż jest to początek wartościowej współpracy pomiędzy kardiologami inwazyjnymi Europy Środkowo-Wschodniej.

Kursy przezskórnych technik diagnostycznych oraz terapeutycznych

Potrzebne czy nie?

Robert Gil

Gwałtowny postęp naukowo-techniczny zaowocował rozwojem nowych metod badawczych oraz leczniczych. Kardiologia inwazyjna jest jedną z dziedzin, która w ciągu ostatnich kilku lat zyskała szalenie dużo. Ta sytuacja z jednej strony zwiększa możliwości leczenia pacjenta, z drugiej natomiast zmusza lekarzy do ciągłego uzupełniania wiedzy. Ten ostatni fakt nie jest oczywiście niczym złym, jednak często wiąże się z koniecznością kosztownego wyjazdu zagranicę. Jednocześnie wiadomo, że w naszym kraju jest kilka doskonale wyposażonych pracowni kardioangiograficznych, w których pracują wysokiej klasy specjaliści, szkoleni w najlepszych ośrodkach Europy i Stanów Zjednoczonych. Mając to na względzie, Zarząd Sekcji Kardiologii Inwazyjnej występuje z inicjatywą organizacji w tzw. pracowniach referencyjnych kursów, dotyczących przezskórnych technik diagno-

stycznych oraz terapeutycznych. Jesteśmy przekonani, że istnieje zapotrzebowanie na ten rodzaj szkolenia. Zdajemy sobie sprawę, iż powodzenie tej akcji zależy od trafności doboru tematów poszczególnych kursów. Dlatego zwracamy się z prośbą nadsyłania (pod moim adresem: e-mail: scorpirg@fiber.net.pl) interesujących was zagadnień. Pozwolą nam one przygotować następne kursy.

Pierwszy z planowanych kursów ma być poświęcony inwazyjnym technikom diagnostycznym (tj. ICUS, ID, IP). W założeniach powinien on być organizowany cyklicznie — dwa razy do roku (I oraz III kwartał).

Angiografia ilościowa w znamienny sposób wpłynęła na rozwój kardiologii inwazyjnej, jednak nie jest to metoda idealna. Posiada znane od dawna ograniczenia oraz wady, dlatego naturalną rzeczą było poszukiwanie metod diagnostycznych ich pozbawionych. Od połowy lat 90. coraz więcej pracowni kar-

dioangiograficznych jest wyposażonych w aparaty do wykonywania ultrasonografii oraz pomiarów dopplerowskich i gradientu przepływu krwi w naczyniach wieńcowych. Metody te potwierdziły swoją przydatność kliniczną.

Również w Polsce liczba tych aparatów rośnie z roku na rok. Oczywiście samo posiadanie odpowiednich urządzeń nie rozwiązuje wszystkich problemów, co więcej, może stać się ich przyczyną. Najlepszym sposobem ich uniknięcia jest doskonała znajomość zarówno mocnych jak i słabych stron stosowanych metod. W chwili obecnej mamy zapewnienie finansowego wsparcia ze strony firmy JOMED (która od września jest dystrybutorem urządzeń firmy Endosonics) oraz Boston Scientific.

Serdecznie zapraszamy do udziału wszystkich zainteresowanych. Szczegóły planowanej pierwszej edycji kursu przedstawia zamieszczona poniżej informacja.