



Drogie Koleżanki i Koledzy, Drodzy Czytelnicy!

Życie jest najlepszym, ale i najmniej przewidywalnym reżyserem. Ta stosunkowo często powtarzana prawda życiowa sprawdza się bardzo często i to zwłaszcza wtedy, kiedy wydaje się nam, że wszystko idzie po staremu i nic nam nie grozi. Ten numer „Kardiologii Inwazyjnej” świadomie miał się ukazać z pewnym opóźnieniem. Zdecydowaliśmy, że 20. edycja Warsztatów Kardiologii Interwencyjnej (WCCI, *Warsaw Course on Cardiovascular Interventions*) powinna się mocno zaznaczyć w bieżącym numerze, tj. nr 2/2016 „Kardiologii Inwazyjnej”. Jak pomyśleliśmy, tak zrobiliśmy. Warsztaty warszawskie zakończyły się dużym sukcesem. Dopisali zarówno uczestnicy, jak i wykładowcy. Nie tylko według organizatorów wszystko udało się jeszcze lepiej niż w latach poprzednich. Co więcej, po raz pierwszy udało się pierwszego dnia zorganizować przeciekawą sesję, poświęconą przezskórnemu leczeniu zastawek serca, w której wzięli udział przedstawiciele MZ oraz NFZ. Jej konkluzją były zapewnienia o zrozumieniu zarówno wagi, jak i rosnących potrzeb w tym obszarze. Nic tylko cieszyć się z zapewnień o zwiększonych środkach na zabiegi TAVI oraz MitraClip...

Takie poczucie spokoju co do finansów dla kardiologii interwencyjnej panowało do 21 kwietnia br., kiedy to ukazały się propozycje MZ i AOTMiT dotyczące nowej wyceny naszych podstawowych zabiegów naczyniowych (w stabilnej chorobie wieńcowej oraz w OZW). Nie sposób skomentować ich inaczej niż jako jedną wielką tragedię. Składały się na nią wycinkowe potraktowanie (najczęstsze procedury, bez uwzględnienia tych, które sami finansowaliśmy, m.in.: rotablacja, CTO, PM w zawale itd.) oraz sama skala proponowanych obniżek (30–60%). Do tego jeszcze moment ich ukazania się — tuż przez tzw. majówką, przy tygodniowym okresie tzw. konsultacji społecznych.

Nie moją rolą jest w tym miejscu wchodzenie w szczegóły. Takowe zapewne bardziej przybliżą w swoich tekstach J. Legutko oraz J. Kaźmierczak. Jedno jest pewne, że nie zamierzamy się poddać, znając potrzeby naszych chorych i zdając sobie sprawę, że zniszczyć można wszystko, nawet najbardziej efektywny w Europie sposób leczenia OZW, natomiast jego odbudowa może potrwać lata i kosztować ogromne kwoty (!).

W 2. numerze rocznika 2016 „Kardiologii Inwazyjnej” zgromadziliśmy szereg interesujących pozycji. W dziale „Niewydolność serca” proponujemy dwa

artykuły — jeden, autorstwa J. Zalewskiego i J. Nessler dotyczy diagnostyki niedomykalności zastawki mitralnej (kontynuacja części 1. z nr 1/2016 „Kardiologii Inwazyjnej”), natomiast drugi, będący pierwszą częścią pracy „Dysfunkcja mięśnia sercowego w przebiegu chorób spichrzeniowych” jest autorstwa K. Jaronia i A. Pawlak.

P. Suwalski w dziale „Kardiochirurgia” przedstawia ciekawy przypadek kliniczny (J. Staromłyński i wsp.) hybrydowej rewaskularyzacji wykonanej z użyciem technologii 3D przy endoskopowym pobieraniu tętnic piersiowej wewnętrznej oraz promieniowej.

W dziale poświęconym rekanalizacji przewlekłych okluzji tętnic wieńcowych J. Wójcik proponuje pracę poświęconą dostępowi promieniowemu w zabiegach CTO oraz opis przypadku rekanalizacji PTW, w którym wykorzystano dostęp promieniowy obustronny.

W dziale „Uczymy się!” J. Bil przedstawia zasady postępowania u chorych leczonych tikagrelorom, a skarżących się na duszności. Z kolei w dziale „Choroby tętnic obwodowych” J. Kądziela przybliży aktualny stan wiedzy na temat przezskórnej denerwacji nerek. W dziale „Innowacje kardiologii inwazyjnej” A. Janas i wsp. przedstawiają ciekawostki z okresu ostatnich 4 miesięcy, a w dziale „Przypadki kliniczne” P. Kwiatkowski prezentuje problem nietypowego odejścia lewej tętnicy wieńcowej u chorego z OZW.

Numer uzupełniają dwa artykuły A. Krzywkowskiego z cyklu „A po dyżurze...” oraz zaproszenia na zbliżające się konferencje: w Zabrzu, Krakowie oraz Olsztynie.

Żywię ogromną nadzieję, iż przygotowany materiał nie tylko wszystkich Czytelników zainteresuje, ale jeszcze w pełni ich zadowoli.

Na koniec pozwolę sobie jeszcze na apel w kwestii toczących się rozmów i konsultacji. Bądźmy zgodni i jednoznaczni w naszym stanowisku, pamiętając, że chodzi tutaj nie tylko o przyszłość naszej branży, ale i o poziom leczenia naszych chorych. Miejcie odwagę o tym mówić w swoich miejscach pracy, nie ograniczając się jedynie do oczekiwania tego, co załatwi w Warszawie ZG AISN PTK.

Życzę ciekawej
i satysfakcjonującej lektury.
Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil