



Szanowni Państwo

Z prawdziwą przyjemnością przyjąłem zaproszenie do poprowadzenia działu intensywnej terapii kardiologicznej i resuscytacji w „Kardiologii Inwazyjnej”, będąc od lat związany zawodowo z miejscem, gdzie te obydwa szerokie działy kardiologii współdziałają razem i przenikają się wzajemnie podczas opieki nad chorymi w ostrych stanach kardiologicznych. Zagadnienia związane z intensywną terapią kardiologiczną stale gościły na łamach KI. O ich wysoki poziom merytoryczny doskonale dbała Pani Profesor Beata Średniawa, której obowiązki przejmuję z nadzieją, że podołam, wspólnie z autorami prac, temu zadaniu.

Myślę, że wszyscy zgodzimy się z tym, że dla prawidłowego funkcjonowania pracowni interwencyjnej niezbędny jest sprawnie działający Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej i *vice versa*. Dzisiaj ostrego dyżuru w oddziale inwazyjnym nie kojarzymy już, tak jak kiedyś, z ostrym dyżurem zawałowym. Z codziennej praktyki wiemy, że dużo częściej niż STEMI na nasze OITK przyjmujemy pacjentów z ostrą, zdekompensowaną niewydolnością serca o etiologii zarówno niedokrwiennej, jak i nie niedokrwiennej, w przebiegu wad zastawkowych, kardiomiopatii, zapaleń mięśnia sercowego czy infekcyjnego zapalenia wsierdzia. Diagnozujemy i leczymy chorych po nagłym zatrzymaniu krążenia, z burzami elektrycznymi, czy też różnego rodzaju groźnymi arytmiami zagrażającymi życiu. Dzięki postępowi technologicznemu, wsparciu przemysłu, szkoleniu i zdobywaniu nowych umiejętności, kardiolog interwencyjny potrafi i oferuje znacznie więcej niż kiedyś. Mam tu na myśli zarówno zabiegi diagnostyczne, jak wciąż doskonałe metody obrazowe i czynnościowe oceny tętnic wieńcowych, inwazyjne pomiary hemodynamiki krążenia płucnego i systemowego czy też biopsje prawo- i lewokomorowe, oraz terapeutyczne, jak między innymi przezskórne zabiegi implantacji lub naprawy funkcji zastawek serca, zabiegi na naczyniach obwodowych, wspomaganie krążenia, ablacje zagrażających życiu arytmii komorowych i implantacje urządzeń resynchronizujących.

U pacjenta przyjmowanego do OITK kluczowe są często pierwsze godziny pobytu, kiedy to równoległe z działaniami związanymi z leczeniem objawowym musimy prowadzić diagnostykę oraz podejmować strategiczne decyzje terapeutyczne. O ile w ostrych zespołach wieńcowych z reguły nie ma większych wątpliwości, jak postępować, w innych jednostkach chorobowych wiele zależy zarówno od doświadczenia zespołu leczącego, jak i możliwości, jakie posiada oddział, pracownia interwencyjna czy też szpital jako całość.

Pracujemy w epoce wytycznych w kardiologii, stale aktualizowanych i poruszających najistotniejsze kwestie w zakresie diagnostyki i leczenia. Oprócz zagadnień możliwych do usystematyzowania, zalecenia wskazują również na potrzebę przemyślanej indywidualizacji terapii, z szacowaniem w każdym przypadku, indywidualnie dla chorego, korzyści i ryzyka podejmowanych działań. Służyć temu mają również zespoły wielospecjalistyczne, tak zwane *Heart Team*. I właśnie pacjent w ostrym stanie na oddziale intensywnym jest niejednokrotnie tym, który wymyka się prostym regułom wytycznych.

Chciałbym, aby artykuły publikowane w dziale intensywnej terapii kardiologicznej i resuscytacji przybliżyły państwu codzienne dylematy, przed jakimi stajemy przy łóżku chorego oraz sposób ich rozwiązania. Mam nadzieję, że zaproponowana konwencja — opis przypadku z elementami teorii i dyskusji — przypadnie Państwu do gustu. Zapraszam więc do dzielenia się z nami Państwa sukcesami, porażkami i codziennymi lub niecodziennymi dylematami, przed którymi stanęliście podczas pracy.

Z serdecznymi pozdrowieniami,

Marek Gierlotka
Przewodniczący-Elekt Sekcji Intensywnej
Terapii Kardiologicznej i Resuscytacji PTK

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii,
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-
Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach,
Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze