



## Drodzy Czytelnicy!

I oto mamy jesień. Jak na razie daleko jej, co prawda, do pięknej polskiej jesieni, ale zawsze to jeszcze nie zima. W porównaniu z okresem pomiędzy majem a sierpniem, bardzo aktywnym dla naszej branży, teraz zrobiło się cicho. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) konsekwentnie robi swoje i spotyka się z przedstawicielami szpitali, które przestały wyliczenia różniące się w stosunku do kalkulacji Agencji. Wiadomo już, że tak zwanych dodatkowych kosztów, przecież istotnych dla utrzymania szpitali, Agencja nie uwzględniła. Znany nam wiceminister zdrowia zaangażował się już w kolejne działania zapewniające kolejne „oszczędności” w wydatkach na leczenie szpitalne i zdaje się być zadowolony z początkowych efektów akcji wymierzonej w kardiologię interwencyjną.

Podczas ostatniej sesji pierwszego dnia Kongresu PTK w Poznaniu mieliśmy okazję posłuchać, co wraz z szefem AOTMiT sądzą o efektach wprowadzenia pierwszej obniżki wycen naszych procedur. Uderzyło mnie pełne samozadowolenie mówców oraz hasło: „proszę Państwa, skończył się czas, że jednym się opłaca, a drudzy klepią biedę. Sprawiedliwość wręcz wymagała, aby to przerwać. Trzeba było wesprzeć te działy, które były niedocenione”. Dla ucha przeciętnego człowieka to brzmi nawet dobrze. Zabiorą w jednym miejscu, ale dołożą w drugim, szpitalowi jakoś uda się przetrwać. Tyle, że nie widać działań, które dostałyby te wyrównujące kwoty. My natomiast notujemy uszczuplenie przychodów o około 30%. I znowu pozostaje zadać sobie pytania, co z tak zwanymi nowymi procedurami w kardiologii interwencyjnej. Odpowiedź nie jest prosta, bo toczą się rozmowy z NFZ oraz z MZ i nikt nie mówi, że procedury nie pojawią się w katalogu NFZ. Tyle tylko, że nie wiadomo, kiedy miałyby wejść do niego, a to oznacza, że nie prędko...

Podsumowując ten wątek, dodam jeszcze, że podtrzymano na omawianej sesji fakt wprowadzenia skoordynowanej opieki kardiologicznej oraz tak zwanego bonusu wypłacanego szpitalowi za roczne przeżycie chorego z ostrym zespołem wieńcowym. Brzmi to sensownie i powinno pomóc przede wszystkim naszym pacjentom.

Przed odniesieniem do tekstów niniejszego numeru „Kardiologii Inwazyjnej” chciałbym ponownie zaapelować o aktywne uczestniczenie w życiu naszej Asocjacji. Frekwencja na sesji AISN PTK w pierwszym dniu Kongresu PTK nie była zła, a na pewno lepsza

niż rok wcześniej we Wrocławiu, ale wolnych miejsc było jeszcze sporo. Wierzę, że podczas Walnych Zebraniach AISN, które będą miały miejsca w grudniu w Krakowie, a potem w kwietniu w Warszawie, wolnych miejsc zabraknie.

Tak więc dzieje się sporo, a my docieramy do Was z piątym numerem „Kardiologii Inwazyjnej” w roku 2016. Nie wątpię, że nawet najbardziej wybredni Czytelnicy znajdą w nim coś dla siebie.

W dziale informacyjnym znajdziecie teksty autorstwa Jacka Legutki, przewodniczącego naszej Asocjacji oraz Dariusza Dudka, członka zarządu EAPCI. Warto się z nimi zapoznać, by choć trochę zrozumieć rzeczywistość dotyczącą naszą branżę i przekonać się, że nie poddajemy się.

Zwracam szczególną uwagę na komentarz Anetty Lasek-Bal do artykułu opublikowanego w poprzednim numerze KI, a dotyczącego leczenia ostrego udaru mózgu w Polsce. Jak się można było domyślić artykuł wzbudził „nieco” emocji wśród neurologów i radiologów. Komentarz budzi nadzieję, że zaproponowany dialog na temat włączenia angiologów, kardiologów i chirurgów naczyniowych do tworzonego właśnie systemu 24-godzinnej leczenia metodami przezskórnymi będzie prowadzony i zaowocuje współpracą multidyscyplinarną. Jestem pewien, że w tym temacie opublikujemy jeszcze nie jeden artykuł.

W dziale „Intensywna terapia kardiologiczna i resuscytacja” tym razem przedstawiamy bardzo interesujący przypadek kliniczny, w którym zastosowanie kontrapulsacji aortalnej (IABP) umożliwiło pomyślne wykonanie zabiegu usunięcia części okrężnicy u chorego z krańcową niewydolnością serca. W mojej opinii jest to bardzo ważne w sytuacji, w której z jednej strony dezawuuje się skuteczność IABP, a z drugiej brakuje alternatywy w postaci zakładanych przezskórnymie pomp.

Dział „Kardiochirurgii” przedstawia ciekawy przypadek skutecznej krioablacji wykonanej przez kardiochirurgów u chorego, u którego usiłowano wykonać ablację metodą przezskórną cztery razy... To dobrze, że obie metody mogą się uzupełniać i służyć skutecznemu leczeniu.

W dziale „Choroby naczyń obwodowych” Szymon Darocha i Marcin Kurzyńska przedstawiają angioplastykę balonową tętnic płucnych, która jest coraz

częściej stosowana w Polsce. Okazuje się, że strategia takiego zabiegu zdecydowanie różni się od POBA.

O nadciśnieniu płucnym tyle, że w przebiegu niewydolności lewej komory można przeczytać w dziale „Niewydolność serca”. Zapewniam, że dobrze jest pamiętać związki pomiędzy krążeniem płucnym, a funkcją serca. Dzięki temu łatwiej leczyć trudnych chorych.

Nie próżnuje również dział „Choroby strukturalne serca”. Tym razem prawdziwy ekspert od zamykania ubytków przegrody międzyprzedsionkowej (PMP), Robert Sabiniewicz, dzieli się doświadczeniem, kiedy zamykać, a kiedy nie zamykać ubytków PMP.

W tym numerze debiutuje Dobrin Vassiliev, uznany specjalista w obszarze bifurkacji i to nie tylko wieńcowych. Przedstawia przydatność elektrokardiografii wewnątrzwieńcowej (IC-ECG). To metoda, która swego czasu budziła spore nadzieje jako alternatywa do pomiarów FFR w gałęziach bocznych bifurkacji. Obserwacje te wzbogaca Piotr Czunko wykonanymi przez siebie jednoczasowymi zapisami IC-ECG i ECG.

Nie zawodzą nas również i inne działy. W dziale „Interwencja czy prewencja?” znajdziecie informacje na temat witaminy D<sub>3</sub> (artykuł i komentarz), w ostatnim czasie szeroko zalecanej nie tylko w ramach pre-

wencji krzywicy u dzieci, ale również dla chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. W dziale „Kardiologia eksperymentalna” zamieszczony jest interesujący tekst o zastosowaniu robotyki w kardiologii. Wygląda na to, że nie wszystko lekarz musi robić sam.

Zachęcam do zapoznania się z kolejną porcją innowacji w kardiologii interwencyjnej. Badacze i inżynierowie nie próżnują. Liczę na to, że prezentowany przez Michała Stachurę i wsp. przypadek wysportowanego 62-latka (uczestnik zawodów Ironman) z wielonaczyniową chorobą wieńcową z zajęciem pnia LTW naprawdę Was zainteresuje. Na deser zaś Artur Krzywkowski zaprosi Was do miasta, które jego zdaniem jest piękne i niepokorne, jak praca kardiologa inwazyjnego.

Życząc ciekawej lektury, zapraszam do kontaktu z redakcją. Z ogromnym zadowoleniem obok regularnych prac zamieścimy polemiki oraz komentarze do poszczególnych artykułów. Wierzę, że potrzeba nam żywego forum dla odzwierciedlenia ciekawych problemów i wątpliwości naszego środowiska.

Jeszcze raz życzę udanej lektury.  
Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil