



Drodzy Czytelnicy, Koleżanki i Koledzy,

Właśnie kończy się 2016 rok. Trzeba przyznać, że był on od początku ogromną zagadką, ale chyba nawet najtęższe umysły nie zakładały, iż będzie on aż tak ciężki dla naszej branży. Nasze problemy zaczęły się w maju, a w październiku już było wiadomo, że w styczniu wejdzie druga tura (pierwsza miała miejsce w lipcu) obniżek wycen naszych procedur. Mimo wielu wysiłków naszego środowiska, połączonych ze współpracą z elektrofizjologami oraz ZG PTK (z prezesem na czele), nie udało się tych przecen zatrzymać. Cóż, obecnie rządzący nie tylko w tej dziedzinie konsekwentnie realizują swoje plany...

O tych ww. wysiłkach pisał wielokrotnie kol. Jacek Legutko i nie chcę się na tym skupiać, ale co do jednej kwestii nie mam żadnej wątpliwości. Rozmawiając z AOTMiT, MZ oraz z NFZ trzeba było i co więcej należy ten dialog (momentami jednostronny niestety...) kontynuować z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze, swoich racji należy bronić z całych sił, ponieważ tylko wtedy można liczyć na szacunek, a po drugie, gdy system zacznie się załamywać (a wiele na to wskazuje, że tak właśnie się stanie w drugim kwartale 2017 r. ...), to jest szansa, że jego odbudowa uwzględni nasze postulaty. Zresztą pewne efekty, może nieprzekładające się na finanse naszej branży, zostały dostrzeżone i na przykład wprowadzenie nowych procedur do katalogu NFZ wydaje się być realne. Pozostaje jedynie kwestia, czy od początku 2017 roku czy też nieco później...

Nie wątpię, że każdy, kto choć chwilę zastanowi się nad tym, co za sobą pociągną ww. przeceny, zgodzi się ze mną, iż efekty będą wielokierunkowe i utrzymają się przez lata. I to nawet jeśli sytuacja w drugiej połowie 2017 roku będzie krytyczna i zmusi rządzących do korzystnych dla kardiologii inwazyjnej z korekt. Osobiście martwię się, że przestanie ona być atrakcyjna dla dyrektorów szpitali (ograniczenia inwestycji w nowe technologie) oraz dla potencjalnych jej adeptów (starzenie się kadry). Te dwie sprawy w oczywisty sposób mogą uczynić z kardiologii inwazyjnej, dumnego produktu polskiej służby zdrowia, „prażną specjalizację”, jakich wiele... Cóż, zbudować coś wartościowego, co udało się Nam wszystkim, jest trudno, natomiast zburzyć, to można szalenie łatwo. Pozostaje wierzyć, że toczący się dialog uświadomił decydentom służby zdrowia nadciągające problemy i że będą oni w stanie szybko zareagować, unikając zapaści całego systemu leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Od zawsze

byłem optymistą stąd i teraz mam nieco różu w swoich wizjach. Do tego wierzę niezłomie w zdolności adaptacyjne i kreatywne Polaków (!). Dlatego też jestem przekonany, że nadchodzący rok 2017, aczkolwiek trudny, zakończymy w lepszych humorach niż ten 2016!!!

Jestem przekonany, że obiecane zmiany w „Kardiologii Inwazyjnej” podobają się Czytelnikom pisma. Pragnę podkreślić, iż założony cel, tj. wysoka wartość merytoryczna połączona z punktacją satysfakcjonującą Autorów, jest i będzie nadal konsekwentnie realizowany. Zaangażowanie Kierowników poszczególnych działów przekonuje mnie, że rokiem przełomowym będzie 2018! Pragnąc przybliżyć „Kardiologię Inwazyjną” do potencjalnego Czytelnika, ustaliliśmy z Wydawcą, iż w 2017 roku wszystkie jej numery, w tym ostatni, będą dostępne w wersji elektronicznej.

Wracając do zawartości ostatniego numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2016 roku, to nie wątpię, że spotka się on z żywym zainteresowaniem. Jak zwykle Redaktorzy działów zadbali o ciekawe pozycje. I tak, w dziale „Kardiochirurgia” opisano interesujący przypadek wymiany czteropłatkowej zastawki aortalnej z powodu złożonej wady z równoczesnym pomostowaniem tętnic wieńcowych. Zaglądając do działu „Niewydolność Serca” można się zapoznać z białkiem ST-2, nowym biomarkerem wykorzystywanym w ocenie prognostycznej u chorych z niewydolnością serca. W dziale „Intensywna Terapia Kardiologiczna i Resuscytacja” tym razem przedstawiono bardzo ciekawy przypadek kliniczny, dotyczący rewaskularyzacji z wykorzystaniem mechanicznego wspomaganie lewej komory (Impela CP) u chorego z obniżoną frakcją wyrzutową.

Śródbronek wieńcowy jest największym narządem endokrynnym człowieka, mającym ogromny wpływ na funkcję mikrokrążenia wieńcowego. W dziale „Kardiologia Eksperymentalna” zamieszczono interesujący tekst o metodach diagnostycznych, pozwalających oceniać funkcję śródbronek wieńcowego.

O paleniu tytoniu nie zwykliśmy mówić dobrze, ale nie da się ukryć, że istnieją doniesienia wskazujące na mniejszą śmiertelność z powodu ostrego zespołu wieńcowego wśród palaczy w porównaniu z osobami niepalącymi. Stąd w pracy z działu „Interwencja czy Prewencja”, poświęconej temu zjawisku, określa-

nemu jako paradoks palacza (*smoker's paradox*), dokonano przeglądu aktualnego stanu wiedzy na ten temat.

Drożny przewód tętniczy stanowi do 10% wrodzonych wad serca. Tym razem w dziale „Choroby Strukturalne Serca” znajduje się artykuł, w którym omówiono wskazania, najczęściej wykorzystywany sprzęt oraz typowe techniki interwencyjnego zamknięcia drożnego przewodu tętniczego.

W tym numerze Zespół kol. Dobrina Vassilieva kontynuuje prezentację przydatności klinicznej elektrokardiografii wewnątrzwieńcowej (IC-ECG) rozpoczętą w poprzednim numerze „Kardiologii Inwazyjnej”. W artykułach tych podsumowano badania z lat 1974–2016, pokazując, że ta stosunkowo prosta metoda diagnostyczna (od wielu lat zapomniana!) może być przydatna nie tylko w identyfikacji strefy niedokrwienia, ale i do przewidywania martwicy mięśnia sercowego, detekcji żywego miokardium, a tym samym w prognozowaniu zdrowienia mięśnia sercowego po pierwotnej PCI.

W „Forum Przypadków Klinicznych” znajdziecie Państwo ciekawy przypadek kliniczny, pokazujący rolę inwazyjnych metod diagnostycznych (FFR,

IVUS) w diagnostyce przyczyn komorowych zaburzeń rytmu u chorego bez tzw. „ciasnych zwężeń wieńcowych”. A w „Nowych Technologiach Wieńcowych” możecie się zapoznać z jednym z ostatnich wynalazków firmy Ashahi, przydatnym w zabiegach udrażniania przewlekłych okluzji wieńcowych (CTO) — mikrocewnikiem Caravel.

Na koniec przedstawiania merytorycznej zawartości ostatniego numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2016 roku zachęcam do zapoznania się z kolejną porcją innowacji w kardiologii interwencyjnej przygotowanej przez Zespół kol. K. Milewskiego.

Mam ogromną nadzieję, iż zawartość 6. numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2016 roku zadowoli każdego z Czytelników!

Korzystając ze sposobności, pozwolę sobie wszystkim Czytelnikom „Kardiologii Inwazyjnej” i ich rodzinom złożyć życzenia Wesółych Świąt Bożego Narodzenia oraz szczęśliwego Nowego Roku 2017.

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