



Drodzy Czytelnicy, Koleżanki i Koledzy,

Ani się obejrzelśmy, a już jesteśmy w połowie pierwszego kwartału 2017. I już teraz widzimy, jak przecena naszych procedur przekłada się na naszą codzienną pracę. Osobiście widzę dwie sytuacje, które wydają się bezpośrednim skutkiem redukcji wycen naszych procedur. Pierwsza, to staranie się o wykonywanie drugiego etapu rewaskularyzacji wieńcowej u chorych z OZW podczas pierwszej hospitalizacji, a druga (wiążąca się zresztą z pierwszą) — to wydłużanie tychże. Jak wiadomo z piśmiennictwa fachowego, argumenty w pierwszej sprawie są nie do końca jednoznaczne, ale uogólniając — szpital na tym nie traci, a chory jest szczęśliwszy, bo najczęściej po takim leczeniu nadaje się do szybkiej rehabilitacji.

Ten przedłużający się czas hospitalizacji może niestety wpłynąć na realizację kolejki zabiegów planowych, a nawet przyjąć ogólnokardiologicznych, ale na końcowy efekt trzeba jeszcze trochę poczekać. Jakby na to wszystko nie patrzeć, nie sposób nie zauważyć, że sytuacja wręcz zmusza nas do uwzględniania w naszym działaniu aspektów ekonomicznych. Liczymy koszty, wybierając najkorzystniejsze opcje dla szpitala. Jeszcze trochę i okaże się, że pewnych zabiegów planowych lepiej nie robić, bo wpadamy w długi. Niestety, tak wygląda rzeczywistość — szukamy wszędzie oszczędności. I jak w tym wszystkim odnajdzie się nasz chory?

W nieco lepszej sytuacji są pełnoprofilowe jednostki kardiologiczne. Mogą nieco „nadrobić” na poprawieniu oferty dla chorych z niewydolnością serca, zabiegami elektrofizjologicznymi, czy u pacjentów z chorobami strukturalnymi serca. Pytanie, co mają powiedzieć wysokospecjalistyczne ośrodki do niedawna jeszcze wykonujące najbardziej skomplikowane zabiegi, a mimo to będące „końmi pociągowymi swoich szpitali”?

Nie chcę tutaj wychodzić przed szereg i dawać dobre rady, ale jedno jest pewne — jeśli taki stan rzeczy się utrzyma, polska kardiologia interwencyjna za rok będzie wyglądała zupełnie inaczej. I wtedy będą dwa wyjścia: decydenci albo dorzucą ratunkowych pieniędzy, albo zaczną się tworzyć ośrodki prywatne, w których będziemy mieli poziom światowy. Tyle, że będą one dla tych, których będzie na to stać.

Na tym kończę swoje wywody dotyczące sytuacji bieżącej. Mam nadzieję, że znacznie więcej wniosą felietony Konsultanta krajowego ds. Kardiologii oraz Przewodniczącego AISN PTk. Jednak co do jedne-

go będę się upierał — należy rozmawiać i konsekwentnie powtarzać naszą prawdę po to, żeby nie być posądzonym o „prawdę sterowaną”, trzeba to wszystko wykazywać prawdziwymi kosztami! Tego w przeszłości nam zabrakło, wstawiono do wzoru wybrane liczby i wyszło, co wyszło...

Wracając do rzeczywistości czasopisma jakim jest „Kardiologia Inwazyjna”, to mam nadzieję, że dokonujące się zmiany są przez Was pozytywnie oceniane. Z biuletynu informacyjnego Sekcji Kardiologii Inwazyjnej stajemy się coraz poważniejszym czasopiśmie już mocnym edukacyjnie, a plany uwzględniają również aspekt naukowy poprzez publikowanie prac oryginalnych. I proszę się nie martwić, bo żadnego konfliktu interesu z drugim czasopiśmie naszej Asocjacji nie przewidujemy.

W kwestii zawartości pierwszego numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2017 roku, to można śmiało powiedzieć, że zebrany materiał jest różnorodny.

I tak, na wstępie znajdziecie teksty autorstwa J. Legutki — Przewodniczącego naszej Asocjacji oraz D. Dudka — członka Zarządu EAPCI, warto się z nimi zapoznać, by choć trochę zrozumieć rzeczywistość dotyczącą naszą branżę i przekonać się, że się nie poddamy.

Natomiast w części edukacyjno-naukowej zwracam uwagę Naszych Czytelników na artykuł dotyczący krążenia wieńcowego, w dziale J. Bila „Uczymy się” M. Zaleska i wsp. przedstawiają podstawy patofizjologiczne kardioprotekcji. Istotnym dopełnieniem tego tekstu będą materiały zaplanowane do publikacji w kolejnych numerach „Kardiologii Inwazyjnej” przybliżające problem strefy mięśnia sercowego zagrożonej zawałem oraz druga część artykułu autorstwa J. Bila i jego współpracowników. W związku z tymi pracami pozostaje także publikacja z działu „Nowe Technologie Wieńcowe”, w której P. Czunko przybliży nam mechanizmy powstawania zmian w zapisach EKG: przezklatkowym i wewnątrzwieńcowym.

W dziale „Przewlekłe Okluzje Wieńcowe” J. Wójcik porusza zagadnienie, co do którego jeszcze niedawno wydawało się, że zrewolucjonizuje wybór stentu podczas skutecznej rekanalizacji CTO. Warto zapoznać się ze zdaniem eksperta w tej dziedzinie, tym bardziej, że opartym na niemałych doświadczeniach własnych. Z kolei w dziale „Niewydolność Serca” W. Stecko i wsp. przedstawiają dwa przeciekawe

przypadki kliniczne, u których zastosowano pompę Impella CP (Abiomed). To dobrze, że w Polsce jest dostęp do tych najwyższej klasy technologii, które ułatwiają przeprowadzanie zabiegów PCI u niezwykle trudnych chorych. Obyśmy w tym kryzysowym dla nas czasie mogli z tych udogodnień korzystać. Przecież leczymy coraz starszych chorych z wieloma współistniejącymi chorobami, z przebytymi wcześniej poważnymi incydentami kardiologicznymi, u których nieraz „aż strach” wziąć się za zabieg rewaskularyzacji wieńcowej. W dziale „Interwencja czy prewencja?” R. Zaczek i wsp. próbują określić wpływ rehabilitacji kardiologicznej u chorych po zawale serca oraz czynników ryzyka na naprzemienność załamka T. Ten stosunkowo stary parametr przy postępie w zapisach czynności elektrycznej serca wciąż wydaje się interesujący i przydatny, zwłaszcza w aspekcie substratu arytmogennego. Jak zawsze mogliśmy liczyć na autorów działu „Kardiochirurgia”, tym razem R. Smoczyński i wsp. prezentują opis przypadku klinicznego, który w najlepszy z możliwych sposobów pokazuje, jak powinna wyglądać współpraca kardiochirurga i kardiologa inwazyjnego w przypadku chorych poddawanych zabiegom kardiochirurgicznym.

W kolejnym numerze „Kardiologii Inwazyjnej” nie mogło zabraknąć aktualnych „Innowacji w Kardiologii Inwazyjnej” — tym razem postarali się o to A. Janas i wsp. Stanisław Bartuś zamieszcza sprawozdanie z Konferencji LINC, która rozwija się z roku na rok i zdobywa na znaczeniu. Szkoda, że polskich kardiologów na niej coraz mniej, co ewidentnie wiąże się z kłopotami rzucanymi im pod nogi przez „oponentów naczyniowych”. Tak na marginesie, pozwolę sobie przypomnieć, że milowymi krokami zbliża się 21. edycja Warszawskich Warsztatów Kardiologii Inwazyjnej (WCCI 2017), które odbędą się w dniach 5–7.04.2017 roku. Na stronie internetowej www.wcci.pl można znaleźć coraz więcej szczegółów. Będzie ciekawie, uwierzcie mi! Mimo natłoku spraw ważnych i bardzo ważnych nie wolno jednak zapominać o chwili relaksu, dlatego polecam kolejny odcinek z cyklu „A po dyżurze...”, w którym A. Krzywkowski namawia, by odwiedzić piękny i ciągle tajemniczy zamek Książ.

Tak więc zachęcam Was serdecznie do lektury wszystkich materiałów. Głęboko wierzę, że spotkają się one z pozytywną opinią i dostarczą Wam bardzo ciekawych informacji.

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