



## Drodzy Czytelnicy!

Rozpoczęły się wakacje. Wszyscy zaczynają żyć urlopem, jedni rozpoczynającym, drudzy zbliżającym się, a już za moment pojawiają się i Ci, którzy będą żyli jego wspomnieniem. W mojej opinii to czas przed niemałą burzą i świadczy o tym wiele faktów. Po pierwsze, zaczynają się pojawiać efekty finansowe redukcji wycen naszych procedur. Już widać jak na dłoni, że nawet pracując jeszcze ciężiej niż dotychczas, nie jesteśmy w stanie wypracować istotnego zysku. Jesteśmy raczej bliżej bilansu zerowego, zwłaszcza przy kontynuowaniu kwalifikacji do rewaskularyzacji jak za dawnych, dobrych lat. Po drugie, znamy już spis szpitali włączonych do sieci szpitali podstawowych i, zgodnie z obawami, wśród nich ze świecą szukać prywatnych ośrodków. Sieć ma zadziałać od października bieżącego roku, jednak nikt nie wie, jak będą wyglądały rozliczenia.

Tak więc, jako branża mamy dwa podstawowe problemy. Pierwszy wiąże się z finansowaniem naszej działalności, a drugi z zachowaniem integralności utworzonej przez nas sieci leczenia OZW w Polsce. Co do pierwszej kwestii — nawet nie wiadomo, z kim rozmawiać, a co do drugiej — teraz nie pozostaje nam nic innego, jak liczyć na to, że decydenci dotrzymają słowa, a obiecane konkursy zabezpieczą podstawowe finanse na obwodowe ośrodki kardiologii inwazyjnej. Kwestia usunięcia negatywnych skutków redukcji wycen naszych procedur pozostaje ciągle otwarta i tutaj musimy szukać swoich ścieżek. A tak na marginesie, konia z rzędem temu, kto jest w stanie przewidzieć, jak będzie wyglądał ostatni kwartał tego roku. Do dzisiaj nie wiemy, jak będziemy rozliczani (zresztą inne branże wiedzą tyle, co my). Osobiście uważam, że wspomniana wcześniej burza nadejdzie i to szybciej niż się niektórym wydaje. Chociaż może decydenci mają jakieś ukryte atuty, których nie znamy.

W świetle dokonujących się obecnie zmian, które istotnie dotyczą naszą specjalność, chciałbym szczególnie zachęcić do uważnej lektury „Aktualności AISN, EAPCI oraz PTK” przygotowanych przez Artura Krzywkowskiego. Znajdziecie tam m.in. tekst Prof. Adama Witkowskiego, który zachęca do czynnego poparcia jego kandydatury w nadchodzących wyborach na Prezesa PTK. Od kilku miesięcy wiadomo, że podjął się on trudnej misji, ale może cieszyć się poparciem nie tylko członków AISN PTK, ale również kilku innych sekcji towarzystwa. Prezentowany przez niego program doskonale wpisuje się w obecne

realia. Dla nikogo nie jest przecież tajemnicą, że w sytuacji w jakiej obecnie znajduje się kardiologia inwazyjna, tylko wybór Prof. Witkowskiego może poprawić naszą pozycję i to nie tylko w rodzinie polskiej kardiologii. Dlatego tak ważna będzie liczna obecność na Walnym Zgromadzeniu Członków PTK 21 września w Katowicach, kiedy odbędą się wybory Prezesa Elekta i członków Zarządu Głównego. Przecież nic o nas... bez nas!

Po tych kilku zdaniach o sytuacji bieżącej trzeba wrócić do kwestii edukacyjno-naukowych. Trzeci numer „Kardiologii Inwazyjnej” został przygotowany przez sprawdzoną już drużynę kierowników działów. Jestem pewny, że ich wybór przypadnie Wam do gustu.

W dziale „Uczymy się” przedstawiamy dwie prace. Pierwsza jest poświęcona związkom ostrego zespołu wieńcowego z chorobą nowotworową (P. Mołek i wsp.), a druga alternatywnym przyczynom niedokrwienia mięśnia sercowego (M. Zaleska i wsp.). Zapewniam, że obie prace są warte lektury. Pamiętajmy, że w kwestii choroby niedokrwiennej serca „kobiety chorują inaczej” oraz że mamy niejednego dowód na to, że podstawowa wiedza z zakresu kardiologii bardzo przydaje się w codziennej praktyce.

W dziale „Niewydolność serca” tym razem umieściliśmy dwie prace. Pierwsza jest pracą oryginalną i dotyczy rehabilitacji pacjentów po implantacji wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora (P. Niedożytko i wsp.). Jak wiadomo u chorych z niewydolnością serca wszczepiamy tych urządzeń coraz więcej i warto wiedzieć, jak można im pomóc, między innymi poprzez właściwą rehabilitację. Natomiast druga praca jest poświęcona zapaleniu mięśnia sercowego (N. Wiligórska i wsp.). Wbrew pozorom wiedza dotycząca tego zagadnienia bardzo dynamicznie rozwija się w ostatnich latach, co wiąże się z wprowadzeniem nowych technik diagnostycznych i coraz większej skuteczności celowanego leczenia rozpoczynanego we wczesnych fazach zapalenia mięśnia sercowego. Bardzo polecam lekturę tego przeglądu dotychczasowych doświadczeń w tym zakresie.

W dziale „Choroby naczyń obwodowych” znajdziecie Państwo interesujący przypadek kliniczny dotyczący leczenia przezskórnego istotnie zwężonej krętej

w przebiegu tętnicy szyjnej wewnętrznej (L. Dosev i wsp.). Artykuł ten jest powiązany z komentarzem prawdziwego eksperta w tej dziedzinie — prof. Piotra Pieniżka.

Nie od dzisiaj wiadomo, że drogi elektrofizjologa oraz kardiologa interwencyjnego przecinają się dość często. Wielu z nas zaczynało od elektrofizjologii, a potem się skupiało na zabiegach naczyniowych. Całkiem sporo interwencjonalistów w dalszym ciągu wszczepia urządzenia do stałej stymulacji serca. Stąd i w „Kardiologii Inwazyjnej” mamy dział poświęcony elektroterapii. W tym numerze przedstawiamy dwa bardzo ciekawe przypadki kliniczne. Pierwszy dotyczy repozycjonowania lewej elektrody komorowej z fiksacją stentem bioresorbowalnym, a drugi usunięcia lewej elektrody komorowej dokonanej z dostępu udowego (M. Grabowski i wsp.). Już same tytuły wskazują, że w obu przypadkach wiedza interwencjonalisty okazała się pomocna.

Profesor Piotr Suwalski, prowadzący dział „Kardiochirurgia”, jak zwykle nie próżnuje. Tym razem prezentowany jest przypadek kliniczny dotyczący urazowego uszkodzenia zastawki trójdzielnej u chorego po tępych urazie klatki piersiowej (J. Staromłyński i wsp.). Aż trudno uwierzyć, co się może stać z zastawkami serca po pozornie niegroźnym urazie klatki piersiowej...

W dziale „Forum przypadków klinicznych” przedstawiamy pracę poświęconą problemowi jatrogennej dyssekcji tętnic wieńcowych (S. Gołębiewski). O tym powikłaniu nieco zapominamy, a lekceważyć nie powinniśmy, zwłaszcza w sytuacji, kiedy diagnostyczne koronarografie wykonują albo adepci kardiologii interwencyjnej, albo koledzy posiadający jedynie diagnostyczną certyfikację AISN PTK. Jak wskazuje autor, jedynym ratunkiem jest szybko i sprawnie przeprowadzony zabieg stentowania. Stąd ważna nauka, aby nie pozostawiać adepta samemu sobie...

Na zakończenie części naukowo-edukacyjnej znajdziecie Państwo kolejny, czerwcowy odcinek „Innowacji i postępów w kardiologii interwencyjnej” (A. Janas i wsp.).

Niniejszy numer „Kardiologii Inwazyjnej” uzupełniają zaproszenia na zbliżające się konferencje oraz artykuł Artura Krzywkowskiego z cyklu „A po dyżurze”.

Mam głębokie przekonanie, że zawartość 3 numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2017 roku zadowoli wszystkich Czytelników.

Życzę ciekawej i udanej lektury.

Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil