



Drodzy Czytelnicy!

Czas płynie i wakacje już poza nami, ale nasza polska rzeczywistość nie byłaby naszą, gdyby w ich trakcie nic ważnego dla kardiologii się nie wydarzyło. No i wydarzyło się! Oczywiście musiało być niespodziewanie i nieodwołalnie! Nie mogło być inaczej, bo przecież to urzędnicy zazwyczaj wiedzą lepiej.

Niestety, kiedy skoncentrowani byliśmy na analizie efektów wprowadzenia podstawowej sieci szpitalnej, starając się zrozumieć, czy może bardziej wywróżyć z fusów, jak zmieni się nasza sytuacja ekonomiczna, zostaliśmy zaskoczeni informacją o decyzji wyłączenia niestabilnej dławicy piersiowej z grupy procedur nielimitowanych (!). To kolejny wstrząs na przestrzeni ostatnich 18 miesięcy. Nie chcę dłużej mówić na ten temat, ale nie jest tajemnicą, że brak decyzji o wycofaniu się z tego postanowienia dramatycznie zmienia reguły gry na rynku kardiologii interwencyjnej zarówno dla chorych kardiologicznych, jak i szeroko pojętych usługodawców. Pozostaje tylko wierzyć, że to szaleństwo musi się kiedyś skończyć! Oczywiście dla wszystkich byłoby lepiej, gdyby udało się zrezygnować z testowania tego typu pomysłów wśród chorych wymagających naszych procedur!

W światowej kardiologii jest jak najbardziej stabilnie, aczkolwiek dzieje się w niej ostatnio wiele. Na Kongresie ESC w Barcelonie przedstawiono kolejne cztery nowe wytyczne, przy czym wydaje się, że najważniejsze dla kardiologów interwencyjnych są te dotyczące leczenia przeciwplatekowego. Można śmiało powiedzieć, że wreszcie doczekaliśmy się całościowego opracowania jednoznacznie standaryzującego zalecenia cząstkowe przygotowywane przez różne towarzystwa naukowe.

Oczywiście pojawiło się wiele ciekawych doniesień, z których dla mnie najważniejsze wydają się wyniki badania Cantos, podtrzymujące wiarę w skuteczność leczenia przeciwzapalnego. Oczywiście droga do ostatecznego sukcesu jest daleka, ale ten sukces na pewno przyspieszy decyzje co do dalszych badań. Z naszej działki nie należy zapominać o wynikach badania SYNTAX II, w którym aktywnie brały udział 4 duże polskie ośrodki. Badanie to udowadnia, że użycie stentu lekowego (DES) nowej generacji oraz stosownego (czyli współczesnego) protokołu zabiegu będzie skutkowało zdecydowanie lepszymi wynikami niż w przeszłości (SYNTAX I Study). Dla mnie to potwierdzenie faktu, że są jeszcze rezerwy odnośnie efektów zapewnianych przez niby już optymalne

stenty, dlatego powinniśmy mieć dostęp do innowacyjnych produktów, a nasze zabiegi powinny być optymalizowane inwazyjnymi metodami diagnostycznymi.

Dzieje się też sporo w naszej Asocjacji. Umieszczone w niniejszym numerze wystąpienie Jacka Legutko, ustępującego przewodniczącego AISN, a także sprawozdanie z działalności Zarządu AISN w kadencji 2015–2017 oraz zaproszenie na Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Członków AISN PTK jednoznacznie wskazują, że od czasu Kongresu PTK w Katowicach będziemy mieli nowy Zarząd kierowany przez Wojciecha Wójcickiego. Życzymy powodzenia w tym trudnym czasie!

Tak jak już sygnalizowaliśmy w poprzednim numerze „Kardiologii Inwazyjnej”, naszym Kandydatem na Prezesa Elekta PTK jest prof. Adam Witkowski. Niech więc nie dziwi Was, że w niniejszym numerze „Kardiologii Inwazyjnej” znajdziecie tak dużo materiałów związanych z nadchodzącymi wyborami, które przecież są dla nas bardzo ważne. Warto choćby zapoznać się z sylwetką profesora Witkowskiego czy listą popieraną przez nas kandydatów na członków Zarządu Głównego PTK. Pamiętajmy jednak, że tylko nasza fizyczna obecność i uczestnictwo w głosowaniu może zapewnić nam satysfakcjonujący wynik wyborów. Znajdźmy na to czas! Tylko wtedy zapewnimy sobie skuteczność realizacji naszych celów w myśl znanej zasady: nic o nas bez nas.

Mam nadzieję, że czwarty numer „Kardiologii Inwazyjnej” zostanie przyjęty przez Was pozytywnie, a jego lektura usatysfakcjonuje nawet najwybredniejszych Czytelników.

I tak w dziale „Uczymy się” przedstawiamy pracę dotyczącą inwazyjnej oceny mikrokrążenia wieńcowego u pacjentów ze STEMI (N. Pietraszek i wsp.).

W dziale „Choroby strukturalne serca” przedstawiamy artykuł omawiający leczenie przezskórne koarktacji aorty (P. Cześniewicz i wsp.).

Tym razem w „Forum przypadków klinicznych” proponujemy dwie prace. Pierwsza z nich dotyczy ciekawego znaleziska (popularny „duszek”) w miejscu usuniętego z powodu infekcji cewnika centralnego (M. Grabowski i wsp.), a druga wystąpienia zakrzepicy w stencie i jej następstw u chorego z procesem nowotworowym (A. Gziut i wsp.).

W dziale „Przewlekłe okluźje wieńcowe” prezentujemy pracę opisującą jednoczesną rekanalizację dwóch przewlekłe zamkniętych tętnic wieńcowych (M. Jankiewicz, J. Wójcik).

W dziale „Choroby naczyń obwodowych” Czytelnicy znajdą artykuł dotyczący nowej generacji stentów w przeszłorynku leczeniu miażdżycowych zwężeń tętnic szyjnych (P. Musiałek, A. Mazurek).

W dziale „Nowe technologie wieńcowe” przedstawiamy ocenę cewników balonowych firmy Kaneka (T. Pawłowski), ściśle współpracującą z firmą Terumo. Ciekawe, czy przyjmą się na naszym rynku.

Oczywiście nie zabraknie w bieżącym numerze „Kardiologii Inwazyjnej” kolejnego odcinka „Innowacji w kardiologii inwazyjnej” (A. Janas i wsp.).

Nie zawodzi swoich Czytelników nasz dział „Kardiologii chirurgii” pod przewodnictwem prof. Suwalskiego. Tym razem przedstawiono przypadek kliniczny dotyczący skutecznego wykorzystania transportowego

aparatu ECMO żylnno-żylnego u chorego z ostrą niewydolnością oddechową (J. Staromłyński, P. Suwalski). Tak na marginesie, to aż trudno uwierzyć co się może stać z zastawkami serca po pozornie niegroźnym urazie klatki piersiowej

Niniejszy numer „Kardiologii Inwazyjnej” uzupełniają dwa artykuły Artura Krzywkowskiego, który swoim reflektorem sprawdza, co słychać w świecie kardiologii i namawia do chwili odpoczynku po dyżurze, zapraszając tym razem do odwiedzenia Starogardu, miasta uznanego za perłę gotyku ceglanego.

Ponadto oczywiście znajdziecie Państwo zaproszenia na zbliżające się w grudniu Warsztaty NFIC.

Będąc przekonany, że zawartość 4. numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2017 roku zadowoli wszystkich Czytelników, życzę ciekawej i udanej lektury.

Robert J. Gil