



Drodzy Czytelnicy,

nie ulega wątpliwości, że wybory do władz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zakończyły się po myśli naszego środowiska. Profesor Adam Witkowski w sposób bezapelacyjny został Prezesem Elektem PTK, a do tego w Zarządzie Głównym znaleźli się dwaj przedstawiciele kardiologii interwencyjnej (prof. prof. R.J. Gil, J. Legutko). Jednak nie możemy popaść w samozachwyty. Ostatnie półtora roku dobrze pokazało, że zrobienie czegokolwiek dla kardiologii musi mieć wsparcie wszystkich jej składowych. Nie do pomyślenia jest wewnętrzny konflikt z rozgrywaniem jednych przeciwko drugim. Dlatego też musimy kontynuować tę współpracę w ramach PTK! Jestem przekonany, że wspólne działanie przedstawicieli kardiologii interwencyjnej z przedstawicielami elektrofizjologii, niewydolności serca, kardiologii prewencyjnej oraz kardiologii w ramach PTK było tym, czego było potrzeba polskiej kardiologii. Nie mogę w tym miejscu nie podkreślić niestychanie ważnej roli, jaką w tej kwestii odegrał poprzedni Prezes PTK, Profesor Piotr Hoffman. W tym trudnym czasie, często stresujących i dynamicznych okolicznościach nie tylko nie zawiódł, ale wykazał się klasą i odwagą. Kardiologia interwencyjna powinna pamiętać, że dzięki Jego postawie ani przez moment nie czuła się opuszczona! Myślę zresztą, że ta integracja poszczególnych składowych, będąca odpowiedzią na totalny atak na kardiologię interwencyjną, została zauważona przez członków PTK. Co więcej, ogromne zaangażowanie w tę kwestię przedstawicieli naszego środowiska zostało nagrodzone takimi, a nie innymi wynikami wyborów do władz PTK.

Oczywiście, że można mieć wątpliwości co do efektywności naszych działań. Sceptycy mogą twierdzić, że udało się tak niewiele, bo przecież nie odwróciliśmy drastycznych przecen. I jest w tym wiele racji. Ja jednak należę do tak zwanych wiecznych optymistów i będę się upierał, że nowe procedury kardiologii interwencyjnej, podwyższenie wycen procedur niewydolnościowych czy wreszcie utrzymanie sieci ośrodków prowadzących 24-godzinny dyżur w czasie wprowadzania sieci podstawowej opieki szpitalnej zawdzięczamy właśnie naszym wspólnym działaniom! Może dla maksymalistów to za mało, ale warto rozejrzeć się wokół i uświadomić sobie, co by się stało, gdybyśmy poddali się i zgodzili w milczeniu na wszystko, co nam pierwotnie szykowano. No i na koniec jest jeszcze jeden bardzo ważny aspekt. Otóż przebudziliśmy się z letargu samozadowolenia i prze-

konania o niestychanej wadze naszych działań. Życie zmusiło nas do zmiany naszych postaw, w tym do kreatywnej współpracy ze wszystkimi, którym zależy na rozwoju kardiologii, a dokładniej — efektywnym leczeniu chorych kardiologicznych.

Podczas Kongresu PTK w Katowicach dokonało się oficjalne „przekazanie władzy” w naszej Asocjacji. Przed jej nowym Przewodniczącym, Profesorem Wojciechem Wojakowskim, oraz członkami Zarządu mnóstwo zadań i wyzwań, ale wierzę, że przykład prężnego działania poprzednich władz oraz obecność Profesora Jacka Legutko w nowym Zarządzie będą działały stymulująco. Nie mam co do tego żadnych wątpliwości i trzymam mocno kciuki!

W czasopiśmie starającym się pozostać łamami środowiska szeroko pojętej kardiologii inwazyjnej czytelnik i w tym numerze, obok tekstu Przewodniczącego AISP N PTK, znajdzie teksty Profesora Dariusza Dudka — naszego człowieka w EAPCI ESC — oraz dodatkowo Profesora Adama Witkowskiego, który inicjuje kącik Prezesa Elekta PTK, w którym będzie przekazywał na bieżąco informacje z prac ZG PTK.

Głęboko wierzę, że przygotowane do niniejszego numeru KI teksty edukacyjne i naukowe spotkają się z zainteresowaniem oraz z życzliwym przyjęciem. Ten numer pisma wiąże się z inauguracją nowego działu, który zatytułowaliśmy „Kompleksowa opieka kardiologiczna”. Jak wiadomo, od października br. ruszył program „KOS-zawał”. Nie tylko ja mam nadzieję, że to początek tworzenia całościowej opieki nad chorym kardiologicznym, nie tylko w ostrej fazie, wymagającej nagłej hospitalizacji. W moim pojęciu naturalnym rozwojem „KOS-zawał” jest „KOS-niewydolność serca”. Wszystko zresztą wskazuje, że pilot tego programu kierowanego przez Profesor Jadwigę Nessler, planowanego w trzech ośrodkach, powinien ruszyć lada chwila. Wracając do nowego działu KI, to szefować nim będzie Doktor Aneta I. Gziut, która inicjuje działalność swoim wstępniakiem oraz artykułem Anny Sobieszek i Krzysztofa Milewskiego pt.: „Koordynowana opieka specjalistyczna dla pacjenta po zawale serca — KOS-zawał”.

Poza tym w niniejszym numerze KI Czytelnik znajdzie artykuły z większości dobrze już znanych działów. I tak w „Uczymy się” Martyna Zaleska i wsp. przedstawiają kwestię inwazyjnej oceny istotności zwężzeń wieńcowych u chorych ze stenozą aortalną, coraz

częściej stwierdzaną u leczonych przez nas chorych. Kolega Marek Grygier w ramach kierowanego przez siebie działu „Choroby strukturalne serca” stara się nas przekonać, że na podstawie przeprowadzonych już badań najwyższy czas zmienić podejście do przezskórnego zamykania przetrwałego otworu owalnego (PFO). W dziale „Niewydolność serca” tym razem mamy dwie prace. Pierwsza, autorstwa Tomasza Roledera i wsp., przybliży nam miejsce denerwacji tętnic nerkowych w leczeniu niewydolności serca, natomiast druga, napisana przez Aleksandrę Z. Piłat i wsp., dotyczy nowego bardzo obiecującego leku, jakim jest Entresto.

O bliskich związkach między kardiologami interwencyjnymi oraz elektrofizjologami wspominałem już wiele razy, stąd wierzę, że dział poświęcony elektroterapii cieszy się dużym powodzeniem. Tym razem Marcin Janowski i wsp. przedstawiają wskazania oraz techniki przezskórnego usuwania elektrod. W dobie postępów elektroterapii oraz wydłużania życia naszych chorych to coraz powszechniejszy temat.

W „Forum przypadków klinicznych” przedstawiamy dwóch konkretnych chorych. Pierwszy z nich to stosunkowo młody pacjent, u którego zawał spowodowany był jednoczasowym zamknięciem dwóch tętnic wieńcowych (A. Kusińska i wsp.). U drugiego po przezskórnym leczeniu zawału serca stwierdzono

w badaniu UKG wegetację na biologicznej protezie zastawki aortalnej (M. Stachura i wsp.). Niewątpliwie lektura tego ostatniego przypadku powinna jednoznacznie uświadomić, jak ważną rolę odgrywa dzisiaj ultrasonografia oraz że współistnienie chorób nie jest wymysłem, tylko faktem.

W omawianym numerze KI nie brakuje również pozycji w dziale „Przewlekłe okluzje wieńcowe” (J. Wójcik i wsp.) oraz „Innowacje i postępy w kardiologii interwencyjnej” (A. Janas i wsp.).

Bieżący numer KI uzupełniają dwa artykuły kolegi Artura Krzywkowskiego z cyklu „Reflektorem po świecie kardiologii” oraz „A po dyżurze”. W tym ostatnim autor zachęca do odwiedzenia Ratzbony — miasta, które z uwagi na swoją niezwykłą urodę nazywane bywa naddunajską perłą. Ponadto znajdziecie Państwo zaproszenia na zbliżające się wydarzenia — Spotkanie Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK oraz NFIC w Krakowie, konferencje w Szczecinie dotyczącą chorób serca u kobiet oraz w Warszawie — poświęconą nowym technologiom w kardiologii.

Wierzę głęboko, że zawartość 5. numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2017 roku zainteresuje i usatysfakcjonuje wszystkich Czytelników.

Życzę ciekawej i udanej lektury
Robert J. Gil