



Drodzy Czytelnicy,

rok 2017 właśnie się kończy i zapewne zapisze się mocno w naszej pamięci. I to nie tylko dlatego, że w styczniu 2017 dosięgnęła nas istotna obniżka wycen naszych procedur, a w październiku usunięto niestabilną dusznicę piersiową z grupy OZW (!), ponownie uszczuplając nasze budżety. Jestem przekonany, że rok 2017 będziemy pamiętać przede wszystkim z powodu wprowadzenia tzw. podstawowej sieci szpitalnej (PSS) w naszym kraju. Na marginesie warto zauważyć, że wyżej wymienione problemy zostały zauważone przez Nasze Środowisko i, co należy podkreślić, poprzez planowe, oparte na racjonalnych przesłankach działania, udało się nam istotnie ograniczyć pierwotne zagrożenia PSS oraz skutecznie zmobilizować się do wyborów w PTK. To pozytywne efekty działań wymierzonych w kardiologię interwencyjną. Warto pamiętać, że bez naszej batalii, tak zwane prywatne ośrodki kardiologii interwencyjnej, zniknęłyby z mapy świadczeń, pogarszając sytuację zdrowotną licznych lokalnych społeczności, a brak reprezentacji we władzach PTK sprzyjałby degradacji naszej działalności.

Były też pozytywy... Rok 2017 zapisze się jako bardzo udany dla zabiegów przezskórnej implantacji zastawki aortalnej (TAVI) w Polsce. Wszystko wskazuje na to, że właśnie w tym roku po raz pierwszy przekroczona zostanie granica tysiąca ww. zabiegów. Co prawda daleko nam jeszcze do średniej europejskiej, ale należy się cieszyć, że liczba TAVI w Polsce systematycznie rośnie, w związku z czym wzrastają szanse dla naszych chorych na dłuższe życie.

Zapewniam Was, że w ZG PTK dzieje się dobrze. Zgodnie z obietnicą, prof. A. Witkowski przybliży swoje działania w przynależnym Mu „kąciku”. Ze swojej strony mogę jeszcze poinformować, że Komisja Nauki i Grantów (J.L.) oraz Komisja Zagraniczna (R.J.G.) nie próżnują, pierwsze granty umożliwiające uczestnictwo w renomowanych kongresach już zostały rozdane, a ja mam głęboką nadzieję, że „praca od podstaw” tej ostatniej, zaowocuje zwiększoną obecnością Polaków wśród członków Faculty konferencji i kongresów ESC jak i w jej strukturach. To oczywiście wymaga czasu, ale dlaczego nie powtórzyc sukcesu prof. M. Tendery?

Tak przy okazji naszej zagranicznej reprezentacji, pozwolę sobie tylko wspomnieć, że przed Nami wybory Przewodniczącego EAPCI. Nie zapominajmy, że naszym oficjalnym kandydatem jest prof. D. Dudek, dlatego należy potwierdzić nasze człon-

kostwo w EAPCI, gdyż tylko wtedy będziemy mieli prawa wyborcze... Więcej informacji znajdziecie w materiale poświęconym wyborom w EAPCI, zamieszczonym w tym numerze „Kardiologii Inwazyjnej”.

Jestem przekonany, że zawartość ostatniego numeru spotka się z dużym zainteresowaniem, jak zwykle w 2017 roku. Osobiście na początek polecam dział „Uczymy się”, w którym tym razem znajdziecie omówienie (J. Bil) konsensusu Europejskiego Klubu Bifurkacyjnego (EBC), dotyczącego przezskórnego leczenia zwężenia dystalnego pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej, co było nazywane do 2010 roku „ostatnią twierdzą” kardiologii. Warto się przyjrzeć obecnej sytuacji.

Zwiększone doświadczenie operatorów oraz dynamiczny postęp w sprzęcie używanym do udroźnienia przewlekłych okluzji wieńcowych (CTO) czynią cuda. W dziale „Przewlekłe okluzje wieńcowe” Mateusz Marek Wiśniowski i wsp. pokazują, że możliwe jest udroźnienie nawet 3 okluzji w trakcie jednego zabiegu! Oczywiście nie zawsze i nie u każdego chorego należy udrażniać CTO. Decydować o tym powinny stosowne wskazania oraz powinno to dotyczyć obszaru żyjącego mięśnia sercowego... Ten aspekt u chorych z niedokrwioną niewydolnością serca rozważanych do rewaskularyzacji poruszają w swoim artykule — umieszczonym w dziale „Niewydolność serca — Weronika Pac i wsp.

Pierwotna angioplastyka wieńcowa radykalnie zmniejszyła częstość występowania mechanicznych powikłań zawału serca do tego stopnia, że są wśród kardiologów interwencyjnych i tacy, którym praktycznie się z taka sytuacja nie przydarzyła. Nie należy jednak o nich zapominać, gdyż takie powikłania nadal występują. Jakub Staromłyński i wsp. w dziale „Kardiologia” przypominają nam typy ww. powikłań, ich diagnostykę oraz sposoby chirurgicznego leczenia. Tak na marginesie, w dziale „Intensywna terapia kardiologiczna i resuscytacja” znajdziecie ciekawy przypadek spontanicznego pęknięcia ściany lewej komory. Warto pamiętać jednak, że nie tylko zawał może być odpowiedzialny za taki stan kliniczny, można przeczytać o tym, oraz o właściwym postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym, w artykule Marcina Osucha i wsp.

Angiologia stała się ostatnimi czasy stosunkowo popularna wśród kardiologów interwencyjnych, przede wszystkim tych zainteresowanych zabiegami na tętnicach obwodowych. Jeśli dodatkowo dołożymy do tego fakt, że cały czas mamy nadzieję na publikację, oczekujących w Ministerstwie Zdrowia, poprawionych procedur wzorcowych (gdzie uzyskujemy dostęp do wykonywania angiografii diagnostycznych oraz — w uzasadnionych przypadkach — do zabiegów interwencyjnych na tętnicach obwodowych), to nie powinno dziwić, że w „Kardiologii Inwazyjnej” istnieje dział „Choroby naczyń obwodowych”. Tym razem znajdziecie tam artykuł (L. Wrotniak i wsp.) poświęcony zwężeniom tętnicy podobojczykowej, tak Nam przecież znanej i bliskiej, dlatego warto go przeczytać...

We wrześniu firma Abbott Vascular wstrzymała dystrybucję stentu bioresorbowalnego Absorb. Powodem były mało korzystne wyniki kolejnych wielośrodkowych badań. Czy oznacza to, że powinniśmy zapomnieć o tak zwanej 4. rewolucji w kardiologii interwencyjnej, czy też przygotować się raczej na jej opóźnienie? Aby choć trochę zrozumieć złożoność sytuacji, namawiam do zapoznania się z opisem przypadku i dołączonym komentarzem (T. Przerwa i wsp.) umieszczonym w „Forum przypadków klinicznych”.

Wiemy nie od dziś, że nawet najbardziej optymalnie przeprowadzony zabieg przezskórny — zarówno obwodowy, jak i wieńcowy — nie powstrzyma rozwoju miażdżycy. Dodatkowo takie badania jak: AVERT, COURAGE czy ostatnio ORBITA, pokazują ograniczenia i pułapki związane z zabiegami, między innymi z tego powodu walczymy o artykuły w dziale „Interwencja czy prewencja”. W tym numerze „Kardiologii Inwazyjnej” Piotr Jankowski przypomina nam na czym polega prewencja miażdżycy.

Dylemat — zamykać czy nie zamykać przetrwały otwór owalny (PFO) — przedstawia tocząca się w ostatnich latach dyskusję z której wynika, że jesteśmy blisko ustalenia jasnych kryteriów dla tych chorych, dla których mechaniczne zamknięcie PFO byłoby optymalnym rozwiązaniem. Marek Grygier, w ramach kierowanego przez siebie działu „Choroby strukturalne serca”, dokonuje przeglądu najczęściej używanych w Polsce systemów do zamykania PFO. Myślę, że warto zapoznać się z jego opinią.

W omawianym numerze nie brakuje również kolejnego działu — „Innowacje i postępy w kardiologii interwencyjnej” (A. Janas i wsp.), w którym można przeczytać m.in. o najnowszych stentach wieńcowych oraz zastawkach do TAVI.

Numer bieżący uzupełniają dwa artykuły Artura Krzywkowskiego z cyklu „Reflektorem po świecie kardiologii” oraz „A po dyżurze”, w którym autor tym razem zachęca do odwiedzenia Norymbergii... Ponadto znajdziecie w nim Państwo zaproszenia na zbliżające się konferencje: VIII Konferencja Sekcji Wad Wrodzonych Serca u Młodocianych i Dorosłych PTK w Krakowie, VII Ogólnopolska Konferencja Sekcji Wad Zastawkowych Serca PTK w Katowicach, XIII Sympozjum Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku PTK w Rzeszowie, VI Konferencja i Warsztaty Sekcji Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Resuscytacji PTK w Katowicach, XXII WCCI w Warszawie, V Konferencja Transcatheter Heart Team w Warszawie.

Jestem przekonany, że zawartość ostatniego numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2017 roku zainteresuje i usatysfakcjonuje wszystkich Czytelników.

Życzę ciekawej i udanej lektury
Robert J. Gil