



Drodzy Czytelnicy!

No i mamy nowego Ministra Zdrowia i do tego kardiologa (!). Dość niespodziewanie został nim dobrze znany w naszym środowisku profesor Łukasz Szumowski. Gratulujemy i nie ukrywamy nadziei na lepszy los kardiologii, w tym głównie inwazyjnej, najbardziej dotkniętej działaniami poprzedniego ministra.

A tak na marginesie, to kto by się spodziewał takiego obrotu sprawy... Wydawało się, że po wprowadzeniu Podstawowej Sieci Szpitali i spodziewanych problemów z nią związanych, raczej nikt nie odważy się na wzięcia odpowiedzialności za wątpliwy dorobek K. Radziwiłła. Pierwszy etap rekonstrukcji rządu zdawał się sugerować jego przetrwanie jednak 9 stycznia bieżącego roku okazało się, że premier zdecydował inaczej. Zapewne zadecydowała skala nagromadzonych i niewydających się mieć końca konfliktów z wieloma grupami zawodowymi funkcjonującymi w ochronie zdrowia.

Nasze czasopismo nie jest najlepszym miejscem do oceny całokształtu działań K. Radziwiłła w Ministerstwie Zdrowia, a i ja zapewne nie jestem w pełni obiektywny, ale pewne jest, że w końcowej fazie jego działalności ze świecą szukać byłoby branży medycznej zadowolonej z decyzji wyżej wymienionego... Chociażby z tego punktu widzenia decyzja premiera miała głębokie uzasadnienie.

Oczywiście fakt, iż nowy minister jest kardiologiem -elektrofizjologiem budzi spore nadzieje na istotne zmiany w kwestii znaczenia i pozycji kardiologii inwazyjnej. Nie ma co ukrywać, iż jak zwykle należę do grupy optymistów. Jednak miejmy świadomość, że obszarów ochrony zdrowia, w których należy działać szybko i sprawnie, nie brakuje. Na dzisiaj największy problem to strajk rezydentów i związane z tym długofalowe zmiany w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce, ale pozostaje nie mniejszy problem niedoborów kadrowych, tak w obrębie medycznego personelu średniego, jak i lekarskiego. Nie chcę wchodzić w szczegóły, ale wystarczy spojrzeć na kadry naszej branży i już na pierwszy rzut oka widać ogromny spadek zainteresowania wśród absolwentów Uniwersytetów Medycznych. Tak więc trzeba uzbroić się w cierpliwość i ufać, że zmiany pójdą w dobrym kierunku. Pierwsze sygnały dowodzą, iż atmosfera jest przyjazna. Wspomina o tym w swoim sprawozdaniu profesor A. Witkowski.

Początek roku to też ogłoszenie laureatów organizowanego przez Puls Medycyny Konkursu na Najbardziej Wpływową w Polskiej Medycynie za rok 2017. Nie sposób jego wyniku nie docenić. Otóż spośród zgłoszonych 300 osób z niewątpliwie bogatym dorobkiem, w pierwszej setce znalazło się 16 kardiologów, z czego dwóch w pierwszej dziesiątce (!!!). Nie ma co ukrywać, że tak dobrze jeszcze nie było i wiąże się to zapewne z naszą aktywnością niejako sprowokowaną „wojną z kardiologia inwazyjną” wznieconą przez ludzi K. Radziwiłła. Jeśli w tym roku utrzymamy swoje zaangażowanie w rozwój opieki kardiologicznej (m.in. KOS-zawał, KOS-niewydolność serca) oraz zadziała propagowana przez Prezesa i Prezesa Elekta Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zasada bycia w przestrzeni publicznej cały rok, a nie jedynie podczas kryzysów, to może być tylko lepiej — i to nie w kontekście liczby kardiologów w setce laureatów, ale przede wszystkim w efektywności ich działań na rzecz szeroko pojętej kardiologii.

No, ale dosyć już tej polityki i spraw administracyjnych. Proponuję przyrzeć się zawartości pierwszego w 2018 roku numeru „Kardiologii Inwazyjnej”. Mam nadzieję, że Czytelnicy będą usatysfakcjonowani.

„Głos Eksperta” — to nowy dział, w którym postaramy się przedstawiać opinie oraz analizy ekspertów w najróżniejszych dziedzinach kardiologii. Tym razem profesor Stefan Grajek przybliżył nam temat leczenia przeciwzakrzepowego u pacjentów z migotaniem przedsionków (AF) i implantowanym stentem, opierając się na wynikach nowych badań. Jest to coraz bardziej poważny problem kliniczny. Nie ma przesady w stwierdzeniu, że wśród chorych poddawanych zabiegom PCI spora część cierpi na napadowe lub utrwalone migotanie przedsionków. A do tego z licznych badań epidemiologicznych jednoznacznie wynika, że populacja chorych z migotaniem przedsionków bezustannie rośnie, co przy wzrastającej liczbie wykonywanych zabiegów PCI powoduje, iż w najbliższych latach zwiększać się będzie liczba chorych z AF, leczonych PCI.

W dziale „Uczymy się” A. Gziut przedstawia nam ciekawą jednostkę chorobową, funkcjonującą pod nazwą zespołu Heyde, który wymaga współdziałania kardiologa z gastroenterologiem. W dobie coraz większego zainteresowania stenozą aortalną warto o wyżej wymienionym zespole pamiętać.

O Kompleksowej Opiece Kardiologicznej dla chorych po zawale serca (KOS-zawał) słyszeliśmy na dobre dwa lata przed jego oficjalnym wprowadzeniem (październik 2017). Debat w tym temacie odbyło się sporo, a PTK mocno zaangażował się w sprawę wdrożenia powyższego programu. Dzisiaj widzimy, że nie wszystko poszło po myśli organizatorów, ale przecież wiadomo, że nigdy nic nie jest od razu perfekcyjne. System wymaga dopracowania (głównie dostosowania do realiów życia oraz uproszczenia sposobu rozliczania), ale jest szalenie potrzebny chorym doświadczonym przez zawał serca. W dziale „Kompleksowa opieka kardiologiczna” w niniejszym numerze czasopisma A. Gziut przybliży nam zasady i cele funkcjonowania systemu stworzonego dla poprawienia rokowania chorych po zawale serca. Myślę, że warto się nad tym artykułem pochylić pod kątem własnych pacjentów. Wierzę, że taka informacja może zwiększyć liczbę kierowanych chorych, która na razie nie poraża...

W dziale „Interwencja czy prewencja?” mamy jeden artykuł autorstwa P. Krzesińskiego, dotyczący otyłych chorych po OZW poddawanych rehabilitacji kardiologicznej. Wyniki wyżej wymienionej pracy dowodzą, iż u mężczyzn z chorobą wieńcową, poddawanych rehabilitacji kardiologicznej, kardiografia impedancyjna umożliwia identyfikację obecności dysfunkcji skurczowej lewej komory związanej z otyłością. Kto wie, czy ta metoda nie okaże się przydatna w szerszej niż dotychczas skali.

Kto nie pamięta fascynacji sprzed kilku lat zabiegiem przezskórnego zamykania uszka lewego przedsionka. Życie pokazało, że metoda nie przyjęła się tak szybko, jak się nam wtedy wydawało, aczkolwiek ostatnie dwa lata przyniosły Nam udoskonalenie urządzeń zamykających oraz pozytywne wyniki prac wielośrodkowych. W konsekwencji ponownie pojawiła się nadzieja, że metoda ta coraz częściej będzie wykonywana w polskich pracowniach kardioangiograficznych. Wyżej wymienione zagadnienie przybliży nam w dziale „Choroby strukturalne serca” M. Grygier.

Redaktor działu „Intensywna terapia kardiologiczna i resuscytacja” dba o regularne publikowanie ciekawych tekstów. Tym razem J. Sacha i wsp. przybliżają nam sposób na zmniejszenie prawdopodobieństwa

wystąpienia nefropatii indukowanej kontrastem poprzez stosowania ultra niskich dawek środka kontrastowego. Gorąco zachęcam do lektury tej pracy i o wykorzystania stosownych zaleceń we własnej praktyce.

Przewlekłe okluzyje wieńcowe (CTO) to obecnie największe wyzwanie dla kardiologa interwencyjnego. Ogromny postęp w sprzęcie dedykowanym do zabiegów rekanalizacji jest powodem coraz większego odsetka skuteczności tych zabiegów, a tym samym ich popularyzacji. Tym razem J. Wójcik i wsp. w dziale „Przewlekłe okluzyje wieńcowe” przybliżają ciekawą technikę wykorzystującą dobrze nam znaną pętlę naczyńniową.

W najnowszym numerze „Kardiologii Inwazyjnej” nie mogło zabraknąć kolejnego odcinka „Innowacji w kardiologii inwazyjnej”. I tym razem A. Janas i wsp. udowadniają nam, jak wiele dzieje się w kwestii nowych urządzeń czy środków farmakologicznych. Zwracam uwagę na informacje dotyczące sprzętu dedykowanego procedurom obwodowym oraz wewnątrzmożgowym. Jako niepoprawny optymistą będę uparcie twierdził, że będziemy mogli szerzej niż dotychczas te zabiegi wykonywać.

„Kardiologia Inwazyjna” była i jest czasopismem będącym łamami dla środowiska szeroko pojętej kardiologii inwazyjnej, dlatego też Czytelnik i w tym numerze znajdzie artykuł Przewodniczącego AISN PTK oraz tekst profesora A. Witkowskiego, Prezesa Elekta PTK.

Bieżący numer „Kardiologii Inwazyjnej” uzupełniają dwa artykuły A. Krzywkowskiego z cyklu „Reflektorem po świecie kardiologii” oraz „A po dyżurze”, w którym autor przedstawia propozycje dla wszystkich spragnionych wiosennego ciepła i zaprasza do pierwszej stolicy Maroka. Ponadto znajdziecie Państwo zaproszenia na zbliżające się konferencje w Warszawie (WCCI 2018) oraz w Zabrze.

Wierzę głęboko, iż zawartość pierwszego w 2018 roku numeru „Kardiologii Inwazyjnej” zainteresuje i usatysfakcjonuje wszystkich Czytelników.

Życzę ciekawej i udanej lektury

Robert J. Gil