



Drodzy Czytelnicy!

W Ten numer „Kardiologii Inwazyjnej” trafi do Was już w okresie wakacyjnym, który powinien sprzyać odpoczynkowi oraz regeneracji po niełatwym półroczu. Dla mnie to dobry moment na podsumowanie minionego czasu i zestawienia go z rokiem ubiegłym. Według mnie porównanie to wychodzi na korzyść kończącego się właśnie półroczu. Wprawdzie obiecane zmiany usprawniające działania programu KOS-zawał (pisze o tym w swoim dziale A. Gziut) czekają na wprowadzenie, umowa z rezydentami dotycząca wielkości budżetu na służbę zdrowia, w tym na wynagrodzenia dla pracowników, wydają się być zagrożone, ale jednocześnie sieć ośrodków kardiologii interwencyjnej funkcjonuje bardzo dobrze (oczywiście daleko im do rentowności z minionych lat przy jeszcze większych nakładach pracy niż w przeszłości!). Realne wydaje się uruchomienie jeszcze w tym roku pilotażowego programu KOS-niewydolność serca oraz interwencyjnego leczenia niedokrwiennego udaru mózgu z udziałem kardiologów interwencyjnych. Skończyło się pasmo wrogich działań przeciwko kardiologii interwencyjnej — docierają do nas głosy ze strony decydentów, którzy mają świadomość „przyparcia do muru” naszej branży. O wszystkich tych działaniach pisze w swoim dziale prof. Adam Witkowski — Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK). Jako wieczny optymista twierdzą, że teraz może być już tylko lepiej, a pomaga mi w to wierzyć nowa funkcja prof. Dariusza Dudka, który z pewnością zadba o mocną pozycję Polski w EAPCI. Obecny numer „Kardiologii Inwazyjnej” powinien usatysfakcjonować naszych Czytelników. Według mnie, autorom poszczególnych działów udało się przygotować ciekawe i ważne z praktycznego punktu widzenia artykuły. Liczę na to, że okres wakacyjny pozwoli Państwu zapoznać się z nimi.

Zacznę od działu „Głos Eksperta”, w którym prof. Stefan Grajek przedstawia swoje rozważania na temat wczesnego leczenia tikagrelorem przed koronarografią u chorych z ostrym zespołem wieńcowym: zawałem serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI-ACS) i niestabilną dusznicą bolesną (UA). W bardzo przekonujący sposób udowadnia, że w naszym kraju zbyt rzadko korzystamy z tej opcji, a rekomendowana jest w sposób jednoznaczny.

W dziale „Uczymy się” znajdą Państwo ciekawe opracowanie poświęcone coraz bardziej modnemu parametrowi jakim jest iFR. Wygląda na to, że po

badaniach SWEDEHEART oraz DEFINE-FLAIR parametr został szeroko zaakceptowany jako równoważny do FFR, a obecnie czynione są starania, aby jeszcze bardziej był on przydatny w praktyce, m.in. poprzez stworzenie opcji korelacji z zapisem koronarograficznym. W bardzo ciekawy sposób jest to przedstawione w artykule „Weryfikacja użyteczności klinicznej iFR, a potencjał optymalizacji metody” autorstwa Natalii Pietraszek i Jacka Bila.

W dziale „Choroby strukturalne serca” udało się nam zgromadzić dwie prace. Pierwsza z nich, autorstwa Marka Grygiera i wsp., dotyczy „Zamknięcia uszka lewego przedsionka z wykorzystaniem systemu Watchman”, a druga, autorstwa Tomasza Gąsiora i Wojciecha Wojakowskiego, „Mechanicznej protekcji zatorowości mózgowej w TAVI”. W pierwszej z nich przedstawiono zapinkę Watchman, służącą do przezskórnego zamykania uszka lewego przedsionka, z pokazaniem nie tylko techniki jej implantacji, ale również prezentując najważniejsze badania dokumentujące skuteczność i bezpieczeństwo tego sposobu zapobiegania udaru mózgu. W drugiej natomiast autorzy podkreślają znaczenie zapobiegania udarowi mózgu podczas TAVI i przedstawiają wszystkie obecnie dostępne urządzenia służące do neuroprotekcji.

Po niedługiej przerwie mamy ponownie artykuł w dziale „Choroby tętnic obwodowych”. Tym razem Wojciech Zajdel i Elżbieta Paszek w artykule „Torowanie drogi do serca — co to znaczy i jak wdrożyć procedury obwodowe” przekonują do uwzględnienia w swojej codziennej działalności zarówno podczas procedur planowych, jak i doraźnych zabiegów na tętnicach obwodowych celem pozyskania optymalnego w wielu przypadkach dostępu do naczyń wieńcowych lub zastawek serca. W dobie starzenia się populacji naszych chorych istotny jest element koincydencji miażdżycy tętnic obwodowych z miażdżycą naczyń wieńcowych oraz degeneracją zastawek serca — ważna jest nie tylko świadomość tych procesów, ale jeszcze umiejętność wykonywania procedur na tętnicach obwodowych.

Ostatnie lata to nie zawsze dostrzegany przez nas rozwój kardiologii. Oczywiście rozwój ten został niejako wymuszony przez postępy kardiologii interwencyjnej i dobrze służy chorym. Przyzwyczailiśmy się, już że chorzy są operowani przez

kardiochirurgów w krążeniu pozaustrojowym lub bez użycia krążenia (*off-pump*). Okazuje się jednak, że nasi koledzy dysponują jeszcze jedną możliwością — zminimalizowanymi systemami do krążenia pozaustrojowego (MiECC, *minimal extracorporeal circulation*). Najczęstszym wskazaniem do zastosowania technologii MiECC jest pomostowanie naczyń wieńcowych u pacjentów z przeciwwskazaniami do użycia standardowego krążenia pozaustrojowego oraz przeciwwskazaniami do wykonywania tej operacji bez użycia krążenia. Jeszcze więcej szczegółów znajdzie Państwo w artykule autorstwa Jakuba Staromłyńskiego i wsp. zamieszczonym w dziale „Kardiochirurgia”.

Program KOS-zawał mimo swoich niedoskonałości zaczyna funkcjonować w coraz większej liczbie polskich szpitali. W artykule „KOS-zawał — czas na zmiany?” Aneta I. Gziut przybliży niektóre problemy dotyczące tego ważnego programu oraz przedstawi obiecane przez NFZ pod koniec kwietnia br. zmiany.

W dziale „Forum przypadków klinicznych” tym razem Michał Stachura przedstawia bardzo interesujący przypadek kliniczny, w którym zastosowano zmodyfikowany *V-stenting* oraz obrazowanie IVUS u chorego z zawałem z uniesieniem odcinka ST i rozwijającym się wstrząsem kardiogenym. Nie wątpię, że chociażby z praktycznego punktu widzenia warto się z tym przypadkiem zapoznać. Ta lektura to dokładna instrukcja, jak można się w podobnej sytuacji zachować, uzyskując dobry wynik i ratując chorego.

Dział „Innowacje i postępy w kardiologii interwencyjnej” to zawsze dodatkowy smaczek do reszty artykułów. Można się z niego szybko dowiedzieć o trwających badaniach nad ciekawymi urządzeniami oraz o tym, co wkrótce pojawi się na rynku. W niniejszym wydaniu „Kardiologii Inwazyjnej” Adam Janas i wsp. prezentują: w obszarze wieńcowym stenty bezpolimerowe uwalniające leki antymitotyczne oraz dwuletnie wyniki badania (MeRes-1) bioresorbowalnego rusztowanie wieńcowego MeRes-100; w zakresie chorób strukturalnych serca przezskórną metodę leczenia istotnej niedomykalności zastawki mitralnej oraz nowy cewnik Leaflex™ przeznaczony do leczenia stenozy aortalnej. A ponadto znajdziecie Państwo informacje o: wynikach badania RADIANCE-HTN SOLO, w którym denerwację tętnic nerkowych przeprowadzono z wykorzystaniem ablacji ultradźwiękowej oraz o małoinwazyjnym podskórnym kardiowerterze-defibrylatorze.

W bieżącym wydaniu znajduje się także interesujący tekst prof. Adama Witkowskiego, Prezesa Eleka PTK. Ponadto numer uzupełniają dwa artykuły Artura Krzywkowskiego — z cyklu „Reflektorem po kardiologii” oraz „A po dyżurze” (tym razem o Langwedocji).

Jestem przekonany, że najnowszy numer „Kardiologii Inwazyjnej” zainteresuje i usatysfakcjonuje wszystkich Czytelników.

Życzę ciekawej i udanej lektury
Robert J. Gil