



## Drodzy Czytelnicy!

Kończy się właśnie okres urlopowy i po raz pierwszy od prawie roku można go ocenić jako spokojny i niepowiązany z zaskakującymi decyzjami dotyczącymi kardiologii inwazyjnej. W tle oczywiście toczą się sprawy związane z tak zwanymi deklaracjami lojalności rezydentów oraz specjalistów, jak również z wynagrodzeniami pielęgniarek oraz ratowników medycznych, co w jakimś stopniu dotyka i nas, ale na szczęście wiele wskazuje na to, że od pewnego czasu nie jesteśmy już „targetem” działań Ministerstwa Zdrowia.

Trzeba przyznać, że warto było zadbać o swoją reprezentację w PTK. To między innymi dlatego nie straciliśmy tego czasu. Czekamy na przepisy wykonawcze wynegocjowanych z NFZ zmian w programie KOS-zawał. Coraz bliżej jest do uruchomienia pilotażu kolejnego programu skoordynowanego leczenia dla chorych kardiologicznych, czyli KOS-niewydolność serca, a do tego wszystko wskazuje, że podczas nadchodzącego Kongresu PTK Minister Zdrowia ogłosi pilotaż programu interwencyjnego leczenia niedokrwiennego udaru mózgu.

W mojej opinii zwłaszcza ta ostatnia sprawa jest dla naszego środowiska szalenie istotna. Otóż po raz pierwszy w sposób satysfakcjonujący udało się doprowadzić negocjacje dotyczące umożliwienia nam działań w obszarze pozasercowym (!). O wielomiesięcznych negocjacjach z przedstawicielami neurologii, neurochirurgii, angiologii oraz radiologii inwazyjnej nie ma co pisać, ale warto zwrócić uwagę, że ogromną rolę odegrało stanowisko obecnego Ministra Zdrowia RP, który od początku podkreślał wagę wielospecjalistycznego porozumienia na rzecz stworzenia efektywnego (!) programu leczenia niedokrwiennego udaru mózgu, w jak najszybszym czasie. Nie wątpię, że takie stanowisko przekonało wszystkie z negocjujących środowisk do znalezienia takich zapisów, które z jednej strony stawiają neurologa jako prowadzącego ten program, ale jednocześnie pozwalają wykorzystać lokalne uwarunkowania, takie jak: warunki sprzętowe (diagnostyka rtg, pracownie naczyniowe i kardioangiograficzne), zasoby specjalistów oraz dotychczasowe doświadczenie ośrodka (udało się utrzymać w pilotażu ośrodki już funkcjonujące, co nie było takie jednoznaczne na początku). Co ważne, program nie jest zamknięty na operatorów (w tym kardiologów posiadających certyfikaty samodzielnego operatora AISN PTK) z jasno wyznaczoną „ścieżką dojścia” do

samodzielnosci w zabiegach trombektomii mechanicznej w tętnicach wewnątrzmożgowych. Wynegocjowane wymogi wymagają inwestycji czasowej, ale w odróżnieniu od tych pierwotnych, są wykonalne. W ten sposób otwiera się droga do dalszego rozwoju i wzmacniania roli kardiologii inwazyjnej w naszym kraju.

Na koniec tej części „Od Redakcji” wspomnę, że podczas kończącego się kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego pojawiły się zaktualizowane wytyczne dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego, które należy bardzo szczegółowo przeanalizować oraz wdrożyć do codziennej praktyki — w dzisiejszych czasach jest to wręcz obowiązkowe. Zmian jest sporo i nie sposób o wszystkich w tym miejscu napisać, ale te 4 lata, które upłynęły od poprzedniej wersji przyniosły wiele publikacji wzbogacających naszą wiedzę i stąd proponowane zmiany. Myślę, że te zmiany są na tyle ważne, że zasługują na osobne opracowanie, które powinno pojawić się w kolejnym numerze „Kardiologii Inwazyjnej”. Ze swojej strony chciałbym zwrócić uwagę na następujące kwestie:

- w przypadku choroby pnia głównego oraz choroby wielonaczyniowej wzrasta rola wskaźnika Syntax;
- silne wsparcie dla chirurgicznej rewaskularyzacji w przypadku niskiej frakcji lewej komory oraz cukrzycy;
- silny nacisk na kompletność rewaskularyzacji, zwłaszcza w aspekcie alternatywy CABG w stosunku do PCI;
- zwrócenie uwagi na doświadczenie operatora, przede wszystkim w przypadku zabiegów na pniu głównym lewej tętnicy wieńcowej (min. 25 przypadków rocznie) oraz wzrastająca rola optycznej koherentnej tomografii (OCT) w optymalizacji stentowania;
- zakaz rutynowej rewaskularyzacji tętnic nieodpowiadających za zawał u chorych we wstrząsie kardiogennym.

W sprawie kongresu ESC można jeszcze przypomnieć, że przyniósł on sporo informacji w kwestii roli kwasu acetylosalicylowego w prewencji pierwotnej (dane raczej negatywne), nowych doustnych antykoagulantów (dane raczej rozczarowujące). Z dużych badań, w które zaangażowana była kardiologia

inwazyjna warto jedynie zauważyć *Global Leaders*, które nie wykazało oczekiwanej przewagi tikagreloru nad podwójną terapią przeciwplatekową.

Mam głębokie przekonanie, że czwarty numer „Kardiologii Inwazyjnej” w 2018 roku zadowolony naszych Czytelników. Szefowie poszczególnych działów, mimo okresu wakacyjnego, zadbał o ciekawe pozycje. Postaram się je w skrócie zarekomendować.

W dziale **Uczymy się** proponujemy pracę autorstwa Krzysztofa P. Karwata i Jarosława Zalewskiego dotyczącą „Bezpieczeństwa wykonania obrazowania metodą rezonansu magnetycznego (MRI) u pacjentów z implantami sercowo-naczyniowymi”. Badanie to staje się coraz popularniejsze w naszym kraju, również u chorych kardiologicznych i z implantami sercowo-naczyniowymi. Stąd i częste pytania od naszych pacjentów: „czy mogą bezpiecznie poddać się badaniu MRI”. Z całą pewnością lektura tego artykułu ułatwi nam podejmować właściwe decyzje w tej kwestii.

Nigdy nie ukrywałem, że jestem zwolennikiem tezy dowodzącej pozytywnego wpływu treningu w zakresie kardiologii interwencyjnej na skuteczność zabiegów w szeroko pojętej elektrofizjologii — zresztą często o tym wspominałem. W dziale **Elektroterapia** potwierdzają tę tezę Przemysław Mitkowski i wsp. na podstawie bardzo ciekawego przypadku klinicznego anomalii żyłnej u chorego poddawanego wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora z funkcją stymulacji resynchronizującej.

W dziale **Kompleksowa Opieka Kardiologiczna** znalazł się bardzo ciekawy przypadek kliniczny autorstwa Anety I. Gziut i wsp. niejako przypominający, że w trakcie prowadzenia chorego w ramach KOS-zawał, trzeba pamiętać również o możliwości progresji miażdżycy u pacjenta po zawale serca.

Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych staje się coraz większym problemem również naszych chorych. Fakt obecnej dominacji dostępu naczyniowego poprzez tętnicę promieniową trochę nas odsuwa od tego problemu, ale nie tylko moim zdaniem, nie służy naszym chorym (*vide* stanowisko ESC wyrażane m.in. poprzez publikację wytycznych dotyczących chorób tętnic obwodowych). Nie od dziś wiadomo, że u pacjentów z rozszanymi zmianami obturacyjnymi w zakresie tętnic kończyn dolnych, kompleksowe leczenie zmian miażdżycowych oraz leczenie nastawione na ograniczenie czynników ryzyka ma kluczowe znaczenie. W dziale **Choroby Tętnic Obwodowych** znajdziecie artykuł Joanny Wojtasik-Bakalarz i wsp. pod nieco przewrotnym tytułem: „Czy możliwe jest skuteczne leczenie u pacjenta z zaawansowaną miażdżycą obwodową? Analiza przypadku”, którego lektura powinna przekonać niedowiarków, że działania prewencyjne oraz właściwa

farmakoterapia jest niezbędna dla utrzymania efektu zabiegu naczyniowego.

Nie bez przyczyny zabiegi rekanalizacji przewlekle zamkniętych tętnic wieńcowych (CTO) uważane są za wyzwania dla najbardziej doświadczonych kardiologów interwencyjnych. To właśnie oni wsparci najnowszymi generacjami urządzeń niezbędnych do wykonania tego zabiegu potrafią wykonywać niezwykle spektakularne procedury. W dziale **Przewlekle Okluzje Wieńcowe** Jarosław Wójcik stara się propagować nie tylko techniki stosowane w ramach zabiegów rekanalizacyjnych, ale również samą ideę takich zabiegów.

W bieżącym numerze namawiam do zapoznania się z opisem przypadku chorego (Jankiewicz i wsp.) zatytułowanego dość jednoznacznie: „Rekanalizacja CTO RCA u chorej po CABG — czy nie można było wcześniej?”. Osobiście wiele bym dał, aby ten artykuł zainspirował do powszechniejszego wykonywania tych zabiegów (mimo braku ich refundacji). Warto sobie uzmysłowić, że niejednokrotnie dzięki takiemu skutecznemu zabiegowi chory może uniknąć ciężkiego zabiegu rewaskularyzacji wieńcowej.

Od kilku już lat dostęp promieniowy stał się standardem nie tylko u stabilnych, ale i u „ostro zespołowych” chorych. Z kolei nie za bardzo nadarzą za tym producenci kardioangiografów. W efekcie, „co ośrodek to inna technika przygotowania kończyny górnej do zabiegu”. W ostatnim czasie pojawiły się na rynku propozycje urządzeń mających ten problem rozwiązać. W dziale **Nowe Technologie Wieńcowe** Tomasz Pawłowski przedstawia jedną z nich, a mianowicie STARSsystem (Terumo). Nie ukrywam, że to atrakcyjna opcja dla nowoczesnej sali kardioangiograficznej, aczkolwiek nie bezpłatna.

W niniejszym numerze znajdziecie również kolejny odcinek **Innowacji w Kardiologii Inwazyjnej**, autorstwa Adama Janasa i wsp., a w nim m.in.: wyniki niedawno opublikowanego badania porównującego bezpieczeństwo oraz wyniki odległe stosowania atrektomii orbitalnej i rotacyjnej, porównanie stentów BiOSS przeznaczonych do leczenia bifurkacji naczyń wieńcowych do klasycznych stentów uwalniających lek II generacji, informacja o nowym stencie obwodowym Roadsever®, pięcioletnie wyniki badania, w którym wykorzystano celowaną trombolizę wraz z rozbijaniem skrzepliny ultradźwiękami w zatorowości płucnej oraz opis pierwszego zabiegu skutecznej implantacji zastawki Tricento® w niedomykalności trójdzielnej.

„Kardiologia Inwazyjna” jest czasopismem środowiska szeroko pojętej kardiologii inwazyjnej, dlatego też Czytelnik i w tym numerze znajdzie ciekawe informacje w dziale **Aktualności AISN, EAPCI oraz PTK**. Szczególnie polecam materiały przygotowane przez Przewodniczącego AISN PTK prof. Wojciecha

Wojakowskiego i prof. Dariusza Dudka — naszego człowieka w EAPCI ESC. Koniecznie trzeba się zapoznać z kolejnym felietonem prof. Adama Witkowskiego, Prezesa Elekta PTK.

Numer zamykają dwa artykuły Artura Krzywkowskiego. W pierwszym, z cyklu „Reflektorem po świecie kardiologii”, przedstawia przegląd tego, co ważnego dzieje się w naszej branży, a w swojej, mającej nas nieco zrelaksować, serii pt. „A po dyżurze” zapra-

sza nas tym razem na fascynujące spotkanie ze średniowieczem.

Ponadto na naszych łamach znajdziecie Państwo zaproszenia na zbliżające się konferencje w Krakowie oraz Białowieży.

Życzę ciekawej i udanej lektury

Robert J. Gil