



Drodzy Czytelnicy,

właśnie zakończył się rok 2020. Jestem przekonany, że wiele byśmy dali, żeby kolejny był nowym otwarciem... Niestety, zamiast tego trwa pandemia COVID-19, a razem z nią wszystkie prześladowujące naszych pacjentów i nas samych niewygody. Jest jednak jedna bardzo ważna różnica. Mamy wreszcie istotny argument przeciwko SARS-CoV-2 — wysoce efektywne szczepionki. Tuż przed końcem roku zaczęto szczepić w Polsce (na razie produkt Pfizera — Comirnaty) pracowników ochrony zdrowia (!). Nie ma co ukrywać, że ten fakt daje nam szansę na opanowanie pandemii, bo przecież szczepienia rozpoczęły się i w innych krajach. Pozostaje tylko wierzyć, że nasz kraj poradzi się z tym ogromnym wyzwaniem, jakim jest konieczność zaszczepienia (każdego w dwóch terminach) co najmniej 60% populacji.

Ostatni kwartał 2020 roku nas nie rozpieszczał. Zauważona w październiku druga fala infekcji SARS-CoV-2 osiągnęła szczyt pod koniec pierwszej połowy listopada. Te bliskie 28 tysięcy nowe przypadki dziennie naprawdę wielu przestraszyły. W ramach walki z pandemią już w dniach 7 i 8 listopada wprowadzono w naszym kraju kolejne obostrzenia. Nauka zdalna została wprowadzona również w klasach 1–3 szkół podstawowych, zamknięto kina i teatry, a do tego sklepy w galeriach handlowych. Od soboty, 28 listopada rząd RP wprowadził nowe zasady i ograniczenia nazwane „100 dniami solidarności”. W jej ramach przedstawiono trzy projekty rozporządzeń w sprawie ograniczeń, nakazów i zakazów w związku ze stanem epidemii COVID-19. Były to trzy warianty obostrzeń, po które rząd miał sięgać w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej. I tak, na pierwszym, nazwanym **etapem odpowiedzialności** (miał obowiązywać od 28.11. do 27.12) przywrócono funkcjonowanie sklepów oraz usług w galeriach i parkach handlowych jednak w ścisłym reżimie sanitarnym. Dopuszczono funkcjonowanie bibliotek. Kolejny, drugi etap uzyskał nazwę **etapu stabilizacji**, czyli powrotu do „normalności” na podstawie podziału Polski na trzy nowe strefy: czerwoną, żółtą i zieloną zależnie od sytuacji epidemicznej. Miał on zacząć obowiązywać najwcześniej od 28.12. 2020 roku. Oczywiście w tym planie założono również możliwość **kwarantanny narodowej**, która miała zostać wprowadzona w ostateczności, (tj. kiedy trzeba będzie natychmiast i radykalnie ograniczyć transmisję wirusa w społeczeństwie). Jak to jednak bywa w życiu, „sytuacja bardzo szybko się zagmatwała”. Niepokojące statystyki spowodowały, że 17 grudnia minister zdrowia Adam Niedzielski poinformował, że „od 28 grudnia 2020 roku do 17 stycznia 2021 roku wprowadzona zostaje kwarantanna narodowa”. Dnia 21 grudnia

2020 roku w Dzienniku Ustaw opublikowano rozporządzenie rządu w sprawie ustanowienia ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. Zgodnie z zapowiedzią szefa resortu zdrowia, w wyżej wymienionym terminie obowiązywać miały nowe obostrzenia w działalności hoteli i galerii handlowych. Po świętach Bożego Narodzenia, czyli w okresie spodziewanych wzrostów zachorowań na COVID-19 miały zostać ponownie zamknięte galerie handlowe, a w sylwestra miał obowiązywać zakaz przemieszczania się...

Myszę, że na tym skończę opis tamtego czasu. Nie ma co ukrywać, że w odróżnieniu od pierwszego lockdownu akceptacja sporej części społeczeństwa dla kolejnego nie miała miejsca. Trzeba dodać, że w tak zwanym międzyczasie w związku ze zmniejszającą się liczbą zachorowań (tutaj pytanie: czy nie spowodowane ograniczeniem testowania tylko dla objawowych chorych...), ale jednak przy wciąż wysokiej śmiertelności kolejne szpitale pozbywały się swoich „covidowych” łóżek, chcąc wrócić do bezpieczniejszej pracy z pacjentami niezarażonymi SARS-CoV-2. W efekcie największe obciążenia leczenia chorych z COVID-19 znowu spadły na byłe jednoimienne i tylko część pierwotnie zakwalifikowanych do poziomu 1 i 2 w ogłoszonej we wrześniu 2020 roku liście. Stworzyło to trochę napięć między poszczególnymi szpitalami, ale trzeba też przyjąć, że przestaliśmy słyszeć o krążących karetkach, poszukujących miejsca dla chorego z infekcją SARS-CoV-2... Przyznam szczerze, że, jako przedstawiciel szpitala, którym sytuacja epidemiczna skutecznie utrudnia pracę planową z pacjentem SARS-CoV-2 ujemnym, mam jedyną nadzieję na istotne zmiany (czytaj: powrót do normalności), a stała się nią wiara w skuteczne i efektywne szczepienie przeciwko SARS-CoV-2. Pozostaje tylko wierzyć, że nasz kraj poradzi sobie z tym wyzwaniem i to nie tylko w związku z organizacją samych szczepień, ale również z akceptacją ich zasadności przez nasze społeczeństwo. Bez tego nie wykształtuje się „wymarzona” odporność populacyjna, a tylko ona pozwoli w pełni wrócić do normalnego życia.

I na tym koniec komentarzy „covidowych”. Jesteśmy przecież coraz bliżej normalności... Trzeba wyzwolić się z tego destrukcyjnego nierzadko wpływu na naszą codzienność.

Ostatni numer „Kardiologii Inwazyjnej” w 2020 roku może nie jest zbyt bogaty w treści naukowe, ale mam głęboką nadzieję, że ograniczenia wymuszone przez pandemię COVID-19 nie będą już w kolejnym roku tak uciążliwe. Oczywiście, żywię też szczerą nadzieję, że 4 w 2020 roku numer KI spotka się ze sporym zainteresowaniem.

Na początek „Praktyka kardiologa interwencyjnego w czasie pandemii SARS-CoV-2. Doświadczenia z różnych stron świata” autorstwa kol. Karola Nowaka i wsp. W tym artykule Autorzy pokusili się o ocenę wpływu pandemii wywołanej SARS-CoV-2 na zapadalność na incydenty sercowo-naczyniowe, na wyniki leczenia pacjentów kardiologicznych w ostatnich miesiącach w różnych krajach świata oraz na zmiany w dostępnych wytycznych postępowania z ostrymi zespołami wieńcowymi. Zapewniam, że warto przeczytać!

Następnie zachęcam do lektury kolejnych „Innowacji w kardiologii inwazyjnej”, przygotowanych jak zwykle przez zespół prof. Krzysztofa Milewskiego. W tej edycji Autorzy prezentują stenty bioaktywne OPTI-MAX oraz stenty bioadaptowalne DynamX. Również w zakresie interwencji wieńcowej można dowiedzieć się o systemie PiCSO (*Pressure-Controlled Intermittent Coronary Sinus Occlusion*) w leczeniu zawału STEMI ściany przedniej. Ponadto przedstawione jest badanie REFORM, w którym pacjenci z restenozą wieńcową będą leczeni balonami pokrytymi biolimumem. W części poświęconej przezskórnym interwencjom zastawkowym przedstawiona jest zastawka aortalna Hydra. Warto również zapoznać się z informacją dotyczącą przedklinicznych wyników podawania chorym z niewydolnością serca mezenchymalnych komórek macierzystych z receptorem neurokininy 1 (NK1R + MSC) oraz planem ich użycia w leczeniu COVID-19.

Postępy technologiczne (w tym miniaturyzacja sprzętu), zwiększenie umiejętności kardiologów interwencyjnych oraz coraz szersze korzystanie z tak zwanych zabiegów hybrydowej rewaskularyzacji powoduje, że coraz mniejszy odsetek chorych z bardzo zaawansowaną miażdżycą tętnic wieńcowych pozostaje poza możliwościami leczenia zabiegowego. W dalszym ciągu pozostaje to istotnym problemem klinicznym. Koledzy Marek Grygier oraz Maciej Lesiak przedstawiają nową opcję terapeutyczną dla chorych z oporną na leczenie dławicą piersiową opartą na przezcewnikowym zwężeniu zatoki wieńcowej. Według Autorów metoda ta wydaje się interesującą opcją dla chorych z ciężką, oporną na leczenie dławicą piersiową, u których możliwości farmakoterapii oraz leczenia interwencyjnego, zarówno przezskórnego, jak i kardiologicznego, zostały wyczerpane. W artykule przedstawiono podstawy teoretyczne oraz wyniki pierwszych badań klinicznych dotyczących tej nowej metody terapii.

Według mojej wiedzy kardiologia była pierwszą specjalizacją, która postawiła na tak konsekwentne i systematyczne wprowadzanie oficjalnych wytycznych, dotyczących diagnostyki i leczenia swoich jednostek chorobowych. Są one okresowo (średnio co 4 lata) przygotowywane przez grono wybitnych specjalistów, podlegając złożonemu ale efektywnemu procesowi recenzji. W 2020 roku Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne opublikowało swoje rekomendacje w 4 tematach: *Non-St-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes*, *Atrial Fibrillation*, *Adult Congenital Heart Disease (previously Grown-Up Congenital Heart Disease)* oraz *Sports Cardiology and Physical Activity in Patients with Cardiovascular Disease*. Zakończony we wrześniu 2020 roku XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego był wydarzeniem przełomowym i nowatorskim. Po raz pierwszy został przeprowadzony całkowicie w przestrzeni wirtualnej i zakończył się dużym sukcesem. Tym niemniej, *repetio est mater studiorum*, stąd pomysł, aby udzielić głosu ekspertom, którzy mogliby się podzielić swoimi refleksjami wygłoszonymi „na gorąco” bezpośrednio po zakończeniu stosownych prezentacji. Koledze Arturowi Krzywkowskiemu udało się przekonać dwóch znakomitych ekspertów, którzy przybliżają nam te dwie pierwsze spośród wspomnianych wyżej wytycznych. Kolega Jacek Legutko zajął się zagadnieniami związanymi przede wszystkim z diagnostyką i leczeniem NSTEMI (w tym leczeniem przeciwplatekcyjnym). Natomiast kol. Przemysław Mitkowski omawia pewne aspekty związane przede wszystkim z leczeniem migotania przedsionków, zwraca uwagę między innymi na fakt, że migotanie przedsionków jest najczęstszą arytmią w ciąży, zwłaszcza u kobiet z wrodzoną wadą serca lub w starszym wieku. Zwiększa ryzyko zgonu matki i płodu. Zaburzenia hemodynamiczne u ciężarnej i płodu są spowodowane wysoką częstotliwością rytmu. W tej grupie obserwuje się też zwiększone ryzyko zakrzepowo-zatorowe, stąd pewne odmienności w stosunku do innych grup chorych.

Dział „Aktualności” prowadzony przez Artura Krzywkowskiego pełni bardzo ważną funkcję, jaką jest poprawa obiegu informacji w naszym środowisku. Warto pamiętać, że właśnie ta funkcja legła u podłoża powołania do życia „Kardiologii Inwazyjnej”. W tym numerze znajdziecie tradycyjne pozycje: „Reflektorem po Kardiologii” (rodzaj kalendarium wydarzeń ważnych dla naszej branży), felieton „A po dyżurze” — tym razem materiał o Puszczy Bukowej pod Szczecinem, artykuł „Muzykoterapia” — o najnowszej i naprawdę znakomitej płycie Melody Gardot — świetnej artystki o polskich korzeniach, kilka komunikatów oraz zawsze ciekawy i na czasie „Fotoplastykon”.

Życzę ciekawej i udanej lektury
Robert J. Gil