



Drodzy Czytelnicy,

W jakimś sensie można by powiedzieć, że „stało się”, bo zaczęliśmy w miarę normalnie żyć mimo toczącej się pandemii. Widzimy chociażby po swoich miejscach pracy, że chorują tak członkowie naszych Zespołów, jak i nasi pacjenci, a My staramy się wykonywać swoją pracę. Nie jest to łatwa sytuacja, bo momentami brakuje pełnego składu personelu, a zachorowania u przyjętych pacjentów dodatkowo dezorganizują planowy grafik przyjęć i zabiegów... Wśród konferencji medycznych, w tym także tych dużych (ESC, PCR, TCT), dominuje wersja *onsite*, chociaż praktycznie każda ma również opcję *online*, której już pewnie nigdy się nie pozbędziemy. Coraz bardziej widać, że szczepienia przeciwko SARS-CoV-2, a i liczne przechorowania naturalne (to m.in. efekt nieprzestrzegania zaleceń epidemiologicznych: dystansu społecznego i noszenia maseczek) w pewnym sensie przygotowały Nas na tę nieustannie trwającą konfrontację z w/w wirusem, który objawia się kolejnymi wersjami, ale na szczęście już nie tak zabójczymi, jak podczas pierwszych fal pandemii. Do dyspozycji mamy pierwsze wersje szczepionek stworzonych w technologii mRNA oraz ich nową wersję, jednak zainteresowanie społeczne nimi do wysokich nie należy. Trochę lepiej jest w środowisku medycznym, ale i tutaj widać sporo wątpliwości w związku z brakiem 100-procentowej ochrony, a nie tragicznym przebiegiem infekcji. Nie chcę tutaj rozwódzić się nad tak zwanym właściwym postępowaniem, ale osobiście wierzę w racjonalność szczepień nowymi preparatami.

Według mojej wiedzy, w ogromnej większości oddziałów szpitalnych w Polsce do hospitalizacji planowej nie jest wymagany „z automatu” test na obecność SARS-CoV-2. Dużo tutaj zależy zarówno od prawidłowo zebranego wywiadu epidemiologicznego, jak i czujności diagnostycznej u chorych z potencjalnymi objawami infekcyjnymi, którzy powinni podlegać testowaniu. Widać również sporą odpowiedzialność wśród „planowych” pacjentów, którzy, prezentując w/w objawy, raczej zostają w domu, tyle że My wtedy musimy radzić sobie z „dziurawym grafikiem” przyjęć diagnostycznych i zabiegowych. Powiedziałby ktoś: „i jak tu walczyć z dżugiem kardiologicznym...”.

Przez brak systemowego testowania właściwie nie wiemy nic o skali infekcji SARS-CoV-2 w naszym kraju. Wygląda na to, że szósta fala już przeszła i słychać o siódmej, która może być gorsza w skutkach... W tym świetle naprawdę warto pomyśleć o szczepieniu kolejną dawką. Może warto oznaczyć sobie przed ostateczną decyzją poziom przeciwciał covidowych — wtedy będzie łatwiej się zdecydować i wybrać w miarę optymalną porę na szczepienie...

Na koniec tej części Wstępniaka pozwolę sobie powtórzyć kolejny raz stwierdzenie: *„Nam teraz pozostaje wykonywać swoją pracę najrzetelniej jak można, pamiętając o swoim i naszych pacjentów bezpieczeństwie”*.

Jestem przekonany, że moje dywagacje związane z sytuacją epidemiologiczną to jedna sprawa, ale przecież sięgacie po Kardiologię Inwazyjną w poszukiwaniu ciekawych artykułów, dlatego postaram się je Wam nieco przybliżyć. Jak zwykle głęboko wierzę, że zawartość trzeciego wydania w roku bieżącym okaże się dla Was interesująca.

I tak, znajdziecie w nim artykuł z działu Choroby Naczyń Obwodowych — **Diagnostyka inwazyjna tętnic wieńcowych a leczenie zachowawcze u pacjentów z krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych: seria przypadków** autorstwa Michała Susuła z zespołem. Autorzy poruszają w nim ważny problem kliniczny dotyczący wcale niemałą grupę chorych z bardzo zaawansowaną miażdżycą, występującą w wielu obszarach tętnicznych. Celem pracy było porównanie strategii inwazyjnego leczenia choroby wieńcowej i całkowitej rewaskularyzacji wieńcowej z tradycyjnym leczeniem zachowawczym u pacjentów z krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych. Wyniki badania sugerują wyższość diagnostyki inwazyjnej nad leczeniem zachowawczym.

W dziale Przypadków Klinicznych tym razem przypadek nie dotyczący tętnic wieńcowych, ale równie ciekawy i pouczający, dotyczący **Wewnątrznacynowego leczenia spontanicznego pęknięcia aorty brzusznej**, a jego autorzy to kol. Andrzeja Kostka i wsp. z Krakowa. Bohaterem tego przeciekawego przypadku klinicznego jest 83-letni chory przyjęty do szpitala z powodu utrzymujących się od dwóch tygodni niespecyficznych dolegliwości ze strony brzucha z towarzyszącymi zasłabnięciami. W angio-TK stwierdzono miażdżycowe pęknięcie ściany aorty poniżej odejścia prawej tętnicy nerkowej z krwiakiem zaotrzewnowym po prawej stronie. Wszczepione w znieczuleniu miejscowym przez prawą tętnicę udową do aorty brzusznej stent-graft (Endurant II, Medtronic) oraz przez prawy dostęp ramienny do lewej tętnicy nerkowej stent kryty (BeGraft 6 x 38 mm, Bentley InnoMed GmbH) rozwiązały problem chorego. W okresie okołoperacyjnym leczony

hipotensyjnie oraz przeciwwirusowo (remdesiwir). Pacjent został wypisany z Oddziału w dobrym stanie ogólnym i miejscowym w szóstej dobie po operacji.

Brak współczesnych rozwiązań do niwelowania pooperacyjnych powikłań po wszczepieniach stymulatorów i kardiowerterów-defibrylatorów (w około 5% wiąże się to z krwakiem w łoży) spowodował zainteresowanie polskiej spółki medycznej Medinice S.A. tym tematem. Chcąc zniwelować powikłania związane z tym problemem, spółka pracuje nad pierwszym na świecie sterowanym elektronicznie opatrunkiem uciskowym. W tym wydaniu Kardiologii Inwazyjnej w dziale Nowe Technologie kol. Michał Sosnowski przedstawia **Nową formę opatrunku uciskowego (PacePress®) stosowanego po zabiegach implantacji kardiologicznych urządzeń wszczepialnych**. Produkt ten jest aktualnie w fazie badań klinicznych, mających na celu porównanie bezpieczeństwa i skuteczności PacePress® oraz leczenia standardowego używanego w prewencji powikłań krwotocznych i zakażeń łoży.

W każdym numerze Kardiologii Inwazyjnej znajdziecie materiał przygotowywany przez dział Innowacji. Nie zawiedli ani razu(!). Tym razem kol. A. Janas i wsp. przedstawiają: innowacje dotyczące oceny skuteczności zastosowania inhibitora PCSK-9 u pacjentów z zawałem z uniesieniem odcinka ST, bezpieczeństwo wykonania litotrypsji wieńcowej w nierozprężonym stencie, wyniki badania oceniającego alkalizację moczu jako zapobiegania pokontrastowej niewydolności nerek oraz porównanie rotablacji z zastosowaniem balonów w przypadku ciężkich zwapnień. Ponadto znajdziecie tam również: wyniki badania RADIANCE II dotyczącego leczenia niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego przy użyciu denerwacji tętnic nerkowych, rezultaty denerwacji tętnicy płucnej w przypadku tętniczego nadciśnienia płucnego, możliwość leczenia interwencyjnego zatorowości płucnej przy użyciu systemu FlowTriever

oraz opis przypadku, na przykładzie którego pokazano, jak uniknąć stentowania w przypadku powikłań przy zastosowaniu dostępu pachowego.

W niniejszym wydaniu Kardiologii Inwazyjnej znajdziecie też „trochę łżejsze” pozycje, tj. felieton kol. Tomasza Pawłowskiego oraz zawartość Działu Aktualności prowadzonego przez kol. Artura Krzywkowskiego.

Kolega Tomasz Pawłowski tym razem pochyła się nad frustracją **Kardiologa Interwencyjnego** wręcz bombardowanego od kilku lat nie do końca najlepszymi wynikami rewaskularyzacji przezskórnej w przewlekłych zespołach wieńcowych (PZW). Tak na marginesie to coś mi się wydaje, że *triggerem* tym razem były wyniki badania REVIVED... Żeby już nie pastwić nad sposobem zaprojektowania tego badania, ani wręcz dezynwoltury w kwestii metodyki w nim zastosowanej, to muszę się zgodzić z Kolegą Tomaszem, że intensywiści w leczeniu naszych chorych odgrywa już bardzo ważną rolę, a będzie ona jeszcze większa.

Wierzę, że z przyjemnością czytacie teksty redaktora Działu Aktualności, czyli Artura Krzywkowskiego, który w niezwykle interesujący sposób prezentuje kalendarium kardiologiczne. Serdecznie zapraszam do zapoznania się z informacjami dotyczącymi aktualności w naszej specjalności. Jak zwykle redaktor tego Działu przedstawia ciekawe informacje o nieprzeciętnych ludziach i miejscach. W niniejszym numerze KI znajdziecie materiał o parku romantycznym w Arkadii, który gwarantuje nam fascynujące spotkanie z historią i pozwala przenieść się do świata pełnego Miłości i Nadziei, a także o nowej płycie Adama Bałdycha, którego recenzent *Frankfurter Allgemeine Zeitung* określił „najbardziej rozwiniętym technicznie skrzypkom naszych czasów”.

Życzę ciekawej i udanej lektury

Robert J. Gil