

**Drodzy Czytelnicy,**

oddajemy do rąk Państwa kolejny, listopadowy numer *Kardiologii Polskiej*. Dedykujemy go zmarłemu niedawno prof. Leszkowi Giecowi, wybitnemu kardiologowi, jednemu z twórców potęgi śląskiej kardiologii. Wspomnienie o Profesorze napisali prof. M. Trusz-Gluza i prof. Z. Gąsior.

W niniejszym numerze znajdują Państwo sześć prac oryginalnych, opisy przypadków, dwa artykuły poglądowe, list do Redakcji oraz stałe działy. Zamieszczamy również polskie tłumaczenie stanowiska Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Ginekologicznego dotyczące leczenia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. To tekst bardzo ważny i o dużym znaczeniu praktycznym – zalety i wady hormonalnej terapii zastępczej nadal budzą żywą dyskusję. Niezwykle interesujący komentarz napisała dr J. Kłóś – wybitna znawczyni tego problemu.

Pierwsza praca oryginalna pochodzi z Zabrza i dotyczy analizy skuteczności i odległego rokowania u chorych z ostrym zawałem serca leczonych angioplastyką z „ratunkowym” wszczepieniem stentu w porównaniu z chorymi leczonymi rutynowo pierwotną angioplastyką ze stentem. Ten pierwszy sposób leczenia stosowany był przed laty, gdy dostępność stentów była niska, a problemy z restenozą – bardzo częste. Autorzy wykazali, że mimo swojej „archaiczności” wcale nie jest on istotnie gorszy od obecnie powszechnie stosowanego (stenty u każdego), aczkolwiek retrospektywny charakter pracy i ogromne różnice w sposobie leczenia i charakterystyce klinicznej porównywanych grup nakazują ostrożną interpretację tych wyników. Polecamy fachowy komentarz dr. J. Z. Perugi.

Druga praca pochodzi z Warszawy i opisuje losy chorych z niewydolnością krążenia leczonych stymulacją resynchronizującą (CRT), ale bez zabezpieczenia defibrylatorem. Podobnie jak w wyżej omówionej pracy z Zabrza, tak i tu przedmiotem oceny jest sposób leczenia prawie już niestosowany w praktyce – chorzy ze wskazaniami do CRT przeważnie mają również wskazania do implantacji defibrylatora. Ale praca przynosi interesujące spostrzeżenia i być może da impuls do dalszych przemyśleń – czy rzeczywiście zawsze CRT musi być zabezpieczone defibrylatorem. Interesujący komentarz do pracy napisał jeden z pionierów stosowania tej metody w Polsce – prof. A. Kutarski. Jeden z opisów przypadków zamieszczonych w niniejszym numerze pisma dotyczy burzy elektrycznej wywołanej CRT – a więc jednak zawsze defibrylator?

Trzecia praca oryginalna nadeszła z Łodzi i dotyczy związków pomiędzy opóźnieniem leczenia reperfuzyjnego a rokowaniem u chorych z ostrym zawałem serca leczonych pierwotną angioplastyką ze stentem. Praca jeszcze raz pokazuje, że im szybciej dojdzie do reperfuzji (najlepiej do 6 godz. od początku bólu), tym lepsze rokowanie. Komentarz napisał prof. R. J. Gil.

Kolejna praca pochodzi również z ośrodka łódzkiego i dotyczy oceny czynników warunkujących postęp miażdżycy naczyń wieńcowych. Autorzy z dużej grupy chorych, u których wykonano koronarografię, wybrali tych, u których badanie zostało wykonane dwukrotnie i zestawili wyniki tych badań (postęp w miażdżycy naczyń wieńcowych vs ten sam obraz naczyń) z obecnością znanych czynników mogących mieć wpływ na rozwój miażdżycy. Okazało się, że płeć męska jest niezależnym czynnikiem związanym z szybszym rozwojem miażdżycy, natomiast stosowanie statyn łączyło się ze spowolnieniem tego procesu. Komentarz do pracy napisał prof. A. Witkowski.

Następna praca pochodzi z Krakowa i dotyczy bardzo interesującego problemu, jakim jest stosowanie tętnicy promieniowej jako materiału do pomostowania aortalno-wieńcowego, co może w przyszłości ograniczyć do minimum konieczność używania pomostów żylnych. W tym ciekawym eksperymencie Autorzy wykazali, że odcinki proksymalny i dystalny tej tętnicy wykazują różną podatność na czynniki naczynioskurczowe, co może mieć istotne znaczenie przy wyborze odcinka tętnicy przeznaczzonego na pomost. Uwagi do pracy napisał prof. B. Lewartowski.

Ostatnia praca pochodzi z Poznania i dotyczy wykorzystania monitorowania EKG metodą Holtera do wykrywania zespołu obturacyjnego bezdechu sennego. Dokładną metodą wykrywania tego zespołu jest polisomnografia, która jest jednak kosztowna i mało dostępna. Dlatego też potrzebne są testy przesiewowe, które mogłyby ograniczyć liczbę chorych kwalifikowanych do polisomnografii. Monitorowanie EKG metodą Holtera może być jednym z takich narzędzi. Komentarz do pracy napisał doc. R. Baranowski.

Życzymy przyjemnej lektury.

*Kolegium Redakcyjne Kardiologii Polskiej*