



Drodzy Czytelnicy!

Warto było nieco opóźnić proces wydawniczy drugiego numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w 2018 roku! Dzięki temu można niejako z pierwszej ręki oficjalnie podać dwie szalenie ważne informacje. Pierwsza wiąże się z faktem wygrania przez profesora Dariusza Dudka wyborów na Przewodniczącego Europejskiej Asocjacji Przeskórnych Interwencji Sercowo-Naczyniowych (EAPCI, *European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions*), będącej częścią Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*). Druga — już krajowa — dotyczy sugerowanych przez nasze środowisko istotnych zmian „na lepsze” w programie KOS-zawał.

Oba te fakty są szalenie ważne z wielu powodów, ale te najważniejsze postaram się przedstawić. Kwestia pierwsza, czyli wybory w EAPCI, pokazała dobitnie, że akcja zwiększenia liczebności Polaków wśród członków wyżej wymienionej Asocjacji się powiodła. Przekroczyliśmy liczbę 500 członków, plasując się w pierwszej trójce najliczniej reprezentowanych krajów. Nie dysponuję wiedzą rozkładu głosowania, ale z całą pewnością liczne polskie głosy przyczyniły się do zwycięstwa prof. Dariusza Dudka! Czyli, jak trzeba, to Polak potrafi i może postawić na Polaka! Chwała Nam, że nie zmarnowaliśmy szansy, jaką wypracował sobie Nasz Kolega! Niewątpliwie spora w tym zasługa obecnego Zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AISN PTK), który nie ustawał w przypominaniu zarówno o konieczności członkostwa w EAPCI, jak i o kandydaturze prof. Dariusza Dudka. Lista instytucji, organizacji oraz mediów wspierających naszego Kandydata była zresztą całkiem niemała, stąd jest wiele osób, które będą się cieszyć z takiego rozstrzygnięcia tych wyborów.

Kwestia druga natomiast jest dowodem, że organiczna praca z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) i z Ministerstwem Zdrowia (MZ) miała i ma głęboki sens. Należy zaznaczyć, iż w zespole pracującym nad poprawą funkcjonowania programu KOS-zawał byli nasi przedstawiciele (prof. Dariusz Dudek oraz wspierający go Zarząd AISN PTK). Oczywiście każdy z nas może sięgnąć po szczegółowe zapisy, tym niemniej najważniejsze zmiany to, że: *„dotychczas obowiązujące zarządzenie Nr 38/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne — świadczenia kompleksowe zastąpione będzie nowym zarządze-*

niem, które uwzględnia zgłaszane postulaty. W szczególności wprowadzono współczynnik o wartości 1,1 dla świadczeń w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału dziennej rehabilitacji kardiologicznej, przy rozliczaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji dziennej oraz dodano grupy E31 Wszczepienie/wymiana rozrusznika jednojamowego, E32 Wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego i E33 Wszczepienie/wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT). Dodatkowo zmieniono strukturę załącznika 1k, a w szczególności w miejsce modułów wprowadzono podział na leczenie, rehabilitację i monitorowanie oraz umożliwiono odrębne rozliczanie wizyty koordynująco-kontrolnej”.

Zapewne znowu wyjdę na niepoprawnego optymistę, ale wierzę, że siła argumentacji merytorycznie przygotowanych do rozmów z decydentami naszych przedstawicieli pomoże przywrócić należne miejsce kardiologii interwencyjnej wśród pozostałych składowych kardiologii. A jest tych spraw niemało, że wspomnę tylko o programie leczenia ostrego niedokrwinnego udaru mózgu, zabiegach na tętnicach obwodowych oraz uczciwej reanalizie kosztów naszych procedur. Można to podsumować stwierdzeniem — nic tylko tak trzymać (!), to jest wybierać w wyborach mądrych, pracowitych ludzi i wspierać ich swoimi propozycjami, danymi oraz głosami w stosownej chwili.

Tak na marginesie, obie te informacje dotarły do nas podczas właśnie zakończonych 22. Warsztatów Kardiologii Interwencyjnej Warszawa 2018 (*Warsaw Course on Cardiovascular Interventions*). Dziękujemy wszystkim Uczestnikom i przekazujemy zaproszenie na kolejne, które będą miały miejsce w Warszawie w dniach 10–12.04.2019 roku.

No, to tyle, jeśli chodzi o sprawy pozamerytoryczne. Wracam do naszego pisma i postaram się w skrócie zarekomendować zawartość drugiego numeru „Kardiologii Inwazyjnej” w roku bieżącym. Mam cichą nadzieję, że Czytelnicy będą usatysfakcjonowani.

Skoro program KOS-zawał rozwija się prawidłowo, to zacznę od artykułu Ewy Piotrowicz, która w ciekawy sposób przybliży kwestię hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej. A że ten model rehabilitacji ma sens i jego rola zapewne będzie się zwiększała również w naszym kraju, jest przecież więcej niż oczywiste.

Liczba zabiegów w tak zwanych chorobach strukturalnych serca stale się zwiększa, a przeznaczeniowe

zamknięcie uszka lewego przedsionka wydaje się należeć do tych, których będzie coraz więcej. W dziale „Choroby strukturalne serca” Marek Grygier w bardzo interesujący sposób przybliży technikę wykonywania „krok po kroku” wyżej wymienionego zabiegu z wykorzystaniem urządzenia Amplatzer™ Amulet™.

Artykuł w dziale „Niewydolność serca” nie jest łatwy do sklasyfikowania (analityczna praca pogładowa z licznymi danymi własnymi), ale z pewnością dostarcza niesłychanie ciekawych i wręcz unikalnych danych. Już sam tytuł mówi wiele: „Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego a szerokość geograficzna” (W. Malinkiewicz, A. Pawlak). Nie od dziś wiadomo, że zapalenie mięśnia sercowego (MC, *myocarditis*) jest jednostką chorobową szeroko rozpowszechnioną na całym świecie. W niniejszej pracy została podjęta próba zestawienia danych epidemiologicznych na temat najczęściej odnotowywanych czynników infekcyjnych zapalenia mięśnia sercowego, w krajach o różnej szerokości geograficznej (Niemcy, Polska, Włochy, Finlandia, Stany Zjednoczone, Meksyk, Brazylia, kraje Afryki Subsaharyjskiej).

W dziale „Kardiochirurgia” Piotr Suwalski z zespołem przedstawia ciekawy przypadek kliniczny („Jasno-komórkowy rak nerki z naciekaniami żyły głównej dolnej i prawego przedsionka — skojarzone postępowanie chirurgiczne”), którego opis przekonuje mnie o potrzebie zdecydowanie większych umiejętności kardiochirurga niż tylko wszywanie pomostów naczyniowych do tętnic wieńcowych czy leczenia wad serca.

W dziale „Forum przypadków klinicznych” tym razem przedstawiono opis arcyciekawego przypadku z Bułgarii (N.B. Mileva i wsp.), dotyczącego ostrej niewydolności serca po embolizacji guza nerki. Z racji wcale nie rzadkich tego typu zabiegów wykonywanych nie tylko przez radiologów inwazyjnych warto uświadomić sobie, że potencjalnie skuteczny

zabieg embolizacji może wiązać się z niesłychanie trudną do leczenia ostrą niewydolnością serca. A że przedstawiony mechanizm wyżej wymienionego powikłania nie był jednoznaczny, do opisu przypadku dołączony jest komentarz (M. Kaczyński, K.E. Gil), rzucający nieco inny punkt widzenia niż autorów pierwotnego opisu.

W najnowszym numerze naszego pisma znajdziecie Państwo również kolejny odcinek „Innowacji i postępów w kardiologii interwencyjnej”, prowadzonych przez zespół Krzysztofa Milewskiego. Tym razem są tu informacje między innymi o najmniejszym (w rozmiarze 2 mm) stencie wieńcowym, drobno przeszłowym stencie bioresorbowalnym oraz zastawce dla ujścia żylnego prawego.

„Kardiologia Inwazyjna” jest czasopismem całego środowiska związanego z kardiologią inwazyjną, dlatego też Czytelnik i w tym numerze znajdzie teksty prof. Dariusza Dudka — naszego człowieka w EAPCI ESC, a także prof. Adama Witkowskiego — Prezesa Elekta PTK.

Numer bieżący uzupełniają dwa artykuły Artura Krzywkowskiego, który w swoim „Reflektorze” podsumowuje bieżące wydarzenia i zaprasza, by w wolnym czasie, „po dyżurze”, odwiedzić Casablankę by sprawdzić, czy nadal pozostaje ona symbolem miłości, czy może jest tylko miastem kontrastów.

Ponadto znajdziecie Państwo zaproszenia na zbliżające się konferencje w Zabrze, Wrocławiu, Krakowie i Olsztynie.

Jestem przekonany, że treści zawarte w bieżącym numerze „Kardiologii Inwazyjnej” zainteresują i usatysfakcjonują wszystkich Czytelników.

Życzę ciekawej i udanej lektury
Robert J. Gil