

BARBARA KRUPA-WOJCIECHOWSKA, ANNA SZYNDLER

BADANIA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO W REGIONIE GDAŃSKIM

HYPERTENSION RESEARCH IN GDANSK REGION

Zakład Nadciśnienia Tętniczego Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: prof. dr Krzysztof Narkiewicz

W ciągu ostatnich 60 lat w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym powstały badania nad nadciśnieniem tętniczym. Na rozwój tych badań miały wpływ osiągnięcia medycyny światowej, postęp techniczny, a także zmiany warunków ekonomicznych. Powstały interdyscyplinarne zespoły badawcze, które doprowadziły do tego, że badania dokonywane w Gdańsku są doceniane w kraju, a także poza granicami. W artykule chcemy pokazać tych, którzy przyczynili się do stwierdzanych osiągnięć.

Żyjemy w czasach wielkich przemian. Zmiany technologiczne i społeczne mają kolosalny wpływ także na medycynę. Dlatego przedstawiamy dane, które mogą być interesujące dla czytelnika.

W 2009 roku w Mediolanie odbył się 19 Zjazd Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, w którym brało udział jak zawsze, mimo kryzysu, około 4,5 tysiąca uczestników. Prezesem nowego Zarządu został po raz pierwszy w historii Towarzystwa przedstawiciel z krajów Europy środkowo-wschodniej prof. Krzysztof Narkiewicz z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Uprzednio przez dwie kadencje pełnił on funkcję sekretarza tego zarządu co już było wyróżnieniem nie tylko dla kraju, ale także naszego regionu.

Udział Gdańska w rozwoju diagnostyki i zwalczaniu nadciśnienia tętniczego, prewencji chorób układu krążenia, a ostatnio udarów mózgu ma długą i interesującą historię.

W 1949 roku na ogólnopolskim zjeździe Towarzystwa Internistów Polskich odbywającym się w Gdańsku, powołano komisje problemowe, które były zaczątkiem przychodni specjalistycznych i badań epidemiologicznych wykonywanych w różnych miejscach w kraju, w tym na Helu. Był to jeszcze okres przed syntezą leków hipotensyjnych i w najlepszych podręcznikach kardiologii pisano wtedy, że jeżeli ciśnienie tętnicze nie jest znacznie podwyższone nie należy informować o jego wartościach chorych, aby ich nie stresować.

W latach 50-60. XX wieku zaczęto przywiązywać wielką wagę do diagnostyki nadciśnienia objawowego. W tym czasie na oddziałach wewnętrznych umierali chorzy na tzw. nadciśnienie

złośliwe. Często młodzi ludzie z bardzo wysokimi wartościami ciśnienia tracili na wadze i ginęli w ciągu kilku miesięcy z powodu uremii, względnie powikłań neurologicznych, czy sercowych. Profesor Jakub Penson w podręczniku chorób nerek opisał 154 takich przypadków obserwowanych w klinice [19].

W przypadkach otyłych chorych z wysokimi wartościami ciśnienia, u których przebieg choroby był wieloletni, chorobę nazywano wtedy nadciśnieniem łagodnym (hipertensio benigna). Mimo, że i w tej grupie chorych nadciśnienie doprowadzało ostatecznie do zgonów z powodu niewydolności krążenia i udarów mózgu, a rzadziej niewydolności nerek. Dotyczyło to zwłaszcza kobiet, u których nadciśnienie tętnicze występuje często po okresie klimakterium. Uprzednio, przed okresem terapii, rzadziej stwierdzano u nich nadciśnienie złośliwe. Różnice w stopniu zmian naczyniowych widać było na dnie oka, które w przypadkach trudnych konsultował w klinice sam prof. Ignacy Abramowicz. Do badania tego przywiązywano niezwykłą wagę, gdyż obraz dna oka mówił o rokowaniu.

Przyjmowaną normą ciśnienia było wtedy „100 + wiek” mm Hg.

Profesorowie Jakub Penson i Zdzisław Kieturakis bardzo wcześnie zajęli się diagnostyką i leczeniem operacyjnym pheochromocytoma. Z początku było to dużym wyczynem diagnostycznym i terapeutycznym. Przed erą tomografii komputerowej wyszukiwanie guzów hormonalnie czynnych wobec braku leków blokujących katecholaminy, było zadaniem trudnym i niebezpiecznym. Złaszcza badania retroperitonealne, gdzie choremu wprowadzano powietrze do jamy otrzewnowej chcąc uzyskać obraz zmienionych nadnerczy. W Gdańsku mamy największą liczbę zoperowanych z tym zespołem chorych, po klinice warszawskiej kierowanej przez prof. Włodzimierza Januszewicza, do którego trafiali pacjenci z całej Polski. Tu także wcześnie zaczęliśmy w tej dziedzinie szkolić lekarzy w terenie, aby przysyłali podejrzane przypadki do Akademii.

Problemy anestezjologiczne w pheochromocytoma były tak skomplikowane, że stały się przedmiotem pracy habilitacyjnej doc. Aleksandra Lewińskiego [15]. Po latach prof. Zdzisław Wajda opisał cały gdański materiał kliniczny [24]. Prof. Bogdan Wyrzykowski wykonywał u tych chorych badania hemodynamiczne, co było unikalne nie tylko w kraju [30, 31].

Postęp chirurgii doprowadził do tego, że obecnie uczniowie prof. Wajdy i Śledzińskiego operują chorych metodą laparoskopową [26]. Podobnie rozwinęła się diagnostyka radiologiczna i anestezjologia o czym świadczy doktorat Barbary Kwiecińskiej [14].

Obok diagnostyki pheochromocytoma, rozpoznawano i operowano chorych z hiperaldosteronizmem pierwotnym – zespołem Conna [8, 25], nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym, a także nadciśnieniem tętniczym w przebiegu chorób nerek. Jako jedni z pierwszych w Polsce wprowadziliśmy rozszerzanie naczyń nerkowych metodą cewnikowania w przypadkach nadciśnienia spowodowanego zwężeniem naczynia [17, 20].

Wczesne lata 60. charakteryzowały się postępowaniem technicznym i wiarą, że nowoczesna diagnostyka doprowadzi do tego, że z wielkiej liczby nadciśnienia tętniczego, wówczas zwanego samoistnym, uda się wyodrębnić coraz więcej przypadków nadciśnienia objawowego, które można będzie leczyć operacyjnie.

Okazało się to nie w pełni prawdziwe. Zainicjowanie od lat 60. terapii farmakologicznej spowodowało, że liczba przypadków nadciśnienia objawowego utrzymuje się na poziomie ~10% chorych na nadciśnienie tętnicze. Pozorny spadek częstości spowodowany jest tym, że normy ciśnienia w okresie wprowadzanej w ciąg ostatniego półwiecza farmakoterapii zostają obniżane, przez to liczba potencjalnych pacjentów z nadciśnieniem, obecnie nazywanym pier-

wotnym, wzrasta. Dzięki farmakoterapii ludzie obecnie żyją dłużej, co także zwiększa ilość obserwowanych chorych na nadciśnienie tętnicze.

Należy jednak nadmienić, że bez rozwoju diagnostyki nadciśnienia objawowego mało byśmy rozumieli mechanizmy powstawania nadciśnienia pierwotnego.

Lata 50-60. i dokonujący się w medycynie postęp techniczny doprowadziły do wyodrębnienia z klasycznych chorób wewnętrznych nowych specjalności.

Rozwój intensywnego nadzoru kardiologicznego przyczynił się do powołania nowych towarzystw. W 1950 roku powołano Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, a po 4 latach Polskie.

Konstrukcja dializatorów między innymi doprowadziła do powołania Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego, następnie Polskiego.

Podobnie nowoczesna insulinoterapia przyczyniła się do wyodrębnienia, z klasycznej interny, diabetologii jako osobnej podspecjalności.

Dzięki rozwojowi farmakologii, a zwłaszcza antybiotykoterapii zmieniła się epidemiologia chorób. Upřednio epidemiolodzy zajmowali się głównie chorobami zakaźnymi, metodami ich zwalczania i ochroną zdrowych jednostek przed możliwością zakażenia. Skuteczne zwalczanie infekcji zmieniło epidemiologię. W latach 60., a więc na oczach żyjącego jeszcze najstarszego pokolenia lekarskiego, zaczęła rozwijać się epidemiologia chorób nie zakaźnych. Zaczęto od badań nadciśnienia tętniczego, gdyż pomiar metodą Korotkowa w XX stuleciu stawał się coraz bardziej dostępny. Stwierdzono wzrost ciśnienia z wiekiem, większą skłonność do zawałów serca, udarów mózgu i niewydolności nerek u hipertoniców. Zaczęto myśleć o prewencji.

Dokonywała się jakaś rewolucja w medycynie, gdyż pochodną tych badań stało się nie tylko wykrywanie chorób, ale stworzenie zupełnie innych relacji między lekarzem i pacjentem. Nazwano to obecnie medycyną partnerską, podobnie jak wcześniej uprawianą – paternalistyczną. Upřednio chory sam z objawami choroby zgłaszał się do swego patrona lekarza. Teraz lekarz wyszukuje go przed pojawieniem się subiektywnych objawów choroby.

Przyczynił się do tego postęp techniczny. Konstrukcja autoanalizatorów biochemicznych, które umożliwiają obecnie skomplikowane oznaczenia z jednej próbki krwi, często pobieranej w systemie ambulatoryjnym. Gdy w latach 70. wprowadzał je prof. Stefan Angielski nie przypuszczaliśmy, że tak szybko zmienią one medycynę, przyspieszą rozwój prewencji zwłaszcza w chorobach układu krążenia. Ułatwią ukierunkowaną profilaktykę i terapię i na naszych oczach przyczynią się do przedłużenia życia ludzkiego.

Zwalczanie nadciśnienie tętniczego stało się przykładem nowej medycyny. Od lat 60. zaczęła niezwykle rozwijać się farmakologia leków hipotensyjnych. Diagnostyka wspomnianego wyżej nadciśnienia objawowego przyczyniła się walenie do rozumienia jego patogenezy i umożliwiła syntezę leków blokujących katecholaminy, czy aldosteron. Zauważono, że nowoczesne diuretyki czy beta-blokery obniżają ciśnienie tętnicze. Po kilkunastu latach zsyntetyzowano leki wybiórczo leczące nadciśnienie tętnicze jakimi są inhibitory enzymu konwertującego. Stosowanie ich doprowadziło do tego, że praktycznie obecnie nie widzi się nadciśnienia złośliwego, gdyż chorzy lepiej czy gorzej, ale są wcześniej leczeni.

Do tego przyczyniły się także wprowadzane w latach 80. tzw. wielkie próby kliniczne, które przyczyniły się do obiektywizowania wyników terapii. W Polsce zaznajamiał nas z nimi, po stypendium w Oksfordzie u prof. Sleighta, A. Rynkiewicz [22], a po latach współpracy sam prof. Sleight otrzymał tytuł doktora honorowego Akademii Medycznej w Gdańsku [13].

Znakomity postęp w zakresie kardiologii, nefrologii, diabetologii doprowadził do tego, że praktycznie nie ma obecnie ostrej choroby reumatycznej, coraz mniej jest zapaleń nerek, chorzy

coraz rzadziej giną z powodu śpiączek cukrzycowych. Zauważono, że chorzy ci żyją dłużej, ale z defektem i wreszcie umierają z powodu miażdżycy, powikłań sercowo-naczyniowych, czy mózgowych. Często zespołem tym towarzyszy pierwotnie lub wtórnie nadciśnienie tętnicze.

To skłoniło do powołania w 1970 roku jako wyraz wtórnej integracji Międzynarodowe Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego skupiające doświadczenia ww. specjalistów.

Tu w Gdańsku w tym samym roku zmieniano strukturę Uczelni. Zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że wobec rozwoju medycyny muszą powstać małe kliniki wąsko specjalistyczne. Dokonywało się to kilkanaście lat wcześniej w krajach od nas bardziej rozwiniętych. Gdyż tam zszczyt powikłań sercowo-naczyniowych przypadł na lata 60.

Forma instytutów jednym podobała się innym nie, ale to, że nawet po ich likwidacji wszystkie powołane wtedy kliniki specjalistyczne ostały się, a nawet mają rangę katedr świadczy o tym, że pierwotne decyzje były słuszne dla rozwoju medycyny klinicznej [7].

Pracownicy z dawnej katedry chorób wewnętrznych kierowanej przez prof. Pensona stworzyli kliniki: chorób nerek, nadciśnienia tętniczego i diabetologii, a także obsadzili klinikę kardiologii i pracownię izotopową. Rozwijali własne metody wąsko specjalistyczne. Korzystnym dla Gdańska jest to, że znali się uprzednio i razem dali postęp także w powołanym w 1987 roku Polskim Towarzystwie Nadciśnienia Tętniczego.

W latach 1990-94 zarząd główny PTNT był w Gdańsku, prezesem została Barbara Krupa-Wojciechowska, sekretarzem – Andrzej Rynkiewicz, skarbnikiem – Jan M. Słomiński. Każdy był uprzednio na jakimś stypendium zagranicznym, starsi w czasach zimnej wojny w Pradze, młodszy w latach 80. w Anglii i USA. Zaowocowały one żywymi kontaktami w świecie, które przydały się w czasie przemian ustrojowych.

Jak wiadomo przemiany ustrojowe zaczynały się w latach 80. Wtedy zaczęliśmy współpracować z przemysłem. Przebadaliśmy grupę dyspanseryjną nadciśnienia tętniczego gdańskiej stoczni remontowej. Tania robocizna w Polsce i społeczna służba zdrowia pozwoliły na to, że robiliśmy jednocześnie badania hemodynamiczne i humoralne u tego samego chorego co wówczas było dość unikalne. Dlatego prace te były przyjmowane na zjazdy międzynarodowe, a prof. Wyrzykowski habilitował się [29].

Jedni z pierwszych zaczęliśmy w tej chorobie badania genetyczne. Tu znowu habilitował się Krzysztof Narkiewicz [18], a ostatnio dr Gruchała [5].

Pochodną badań hemodynamicznych było wprowadzanie bardziej finezyjnych badań chorych na nadciśnienie tętnicze. Wyróżniającymi opracowaniami było śledzenie relacji nadciśnienia tętniczego i cukrzycy, a także badanie 24-godzinny pomiaru ciśnienia tętniczego. Za to dostaliśmy nagrodę Ministra Zdrowia. Prof. Bieniaszewski wyhabilitował się [1], na wzór szwedzki powołano pracownię fizjologii klinicznej, a także zakład nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej.

Prof. Horoszek-Maziarski wyspecjalizowała szereg diabetologów. Wprowadziliśmy w kraju badanie mikroalbuminurii jako wskaźnik wczesnej nefropatii cukrzycowej i leczenie jej ACE-inhibitorami nawet u chorych bez podwyższonego nadciśnienia tętniczego. Relacja serca i cukrzycy była przedmiotem pracy habilitacyjnej prof. Andrzeja Rynkiewicza [23].

Reformy w przemyśle spowodowały, że zakłady pracy pomagały nam w zakupie aparatury naukowej. Decentralizacja i swoboda w działalności naukowej Towarzystwa ułatwiała kontakty ze światem. Dzisiaj to może wyglądać zabawnie, ale prof. W. A. Ałmazow z Leningradu mówił, że od nas nauczył się jak uzyskiwać pieniądze z przemysłu, co ułatwiło mu organizację Instytutu Kardiologii w Petersburgu jako osobnej jednostki badawczej. Obecnie instytut jest znany w świecie, a po śmierci profesora nosi nazwę jego imienia.

W Gdańsku zorganizowaliśmy dzięki międzynarodowym kontaktom pierwsze satelitarne sympozjum do Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Z początku były opory i w kraju i za granicą. Dowodzone, że nie mamy dobrych hoteli itp. Gdy jednak w 1995 roku odbyło się sympozjum i to pierwsze na temat zaburzeń metabolicznych w nadciśnieniu tętniczym, co obecnie nadal jest problemem niezwykle aktualnym. Do Gdańska przybyło w tedy około 70 profesorów z całego świata, co było znacznym wyróżnieniem, ale i kłopotem. Przyjechały sławy europejskie i z USA, a także profesorowie z Japonii. Prezes Towarzystwa prof. Zanchetti prosił, aby zaprosić gości z dawnych „demoludów”, gdyż uprzednio wymiana była dość ograniczona. Okazało się to nie proste, gdyż goście z zachodu sponsorowani byli przez zachodnie firmy farmaceutyczne, a na tych ze wschodu nie mieliśmy pieniędzy. Tu stare kontakty niezwykle przydały się. Dyrektor, czy już właściciel gdańskiej stoczni remontowej inż. Soyka, który wiedział, że dawniej badaliśmy stoczniovców nieodpłatnie, pomógł nam finansowo i sympozjum udało się. Od tej pory już bez oporów odbywają się sympozja satelitarne w Polsce i innych krajach środkowo europejskich.

Przywiązywaliśmy wagę do tego, aby zapraszać także młodych pracowników nauki. Nasi młodzi koledzy, znają już dobrze języki, jeździli na stypendia zagraniczne poznawali rówieśników przyszłych potencjalnych profesorów dla których przyjazd do Polski był wtedy wyróżnieniem. Po latach zostali profesorami i razem zasiadają w gremiach europejskich.

Rewolta solidarnościowa i chęć decentralizacji tu w Gdańsku, miała dobrą tradycję. Na wniosek inż. Polaka, zaczęliśmy razem z PZU „Życie” badać nadciśnienie tętnicze w całej Polsce. Były to pierwsze próby badań finansowanych poza systemem ochrony zdrowia. Przeszkoleni studenci badali ludziom na ulicach ciśnienie, jednocześnie wypełniali ankiety odnośnie masy ciała, stosowanej terapii itp. [10]. Podobne badania robili amerykanie 30 lat wcześniej, ale w tedy nie było jeszcze techniki cyfrowej. Teraz L. Bieniaszewski przeliczył to. Znając polską skłonność do zazdrości zabroniliśmy studentom mówić jakie wynagrodzenia otrzymali. Myśmy opracowywali dane nieodpłatnie. Do badań ulicznych wciągnęliśmy kolegów z klinik krakowskich, aby objąć jak największą liczbę osób z całej Polski. Przeszkoliliśmy studentów, z których część już po dyplomie zaczęła zajmować się prewencją nadciśnienia tętniczego, pozostającą nadal problemem niezwykle aktualnym we współczesnej medycynie. Dla młodych jest to o tyle bardziej interesujące, że lepiej niż starsi obeznani są ze współczesną informatyką.

Konstelacja Gdańska sprzyjała naszym badaniom. Zauważyliśmy, że w czasie wyborów prezydenckich Wałęsa – Kwaśniewski Sopotka Pracownia Badań Społecznych pomyliła się w swoich przewidywaniach o 2%. Cóż to dla nas przy 30–40% chorych na nadciśnienie w dorosłej populacji. Namówiliśmy PBS na wspólne badania, wynik uzyskaliśmy w ciągu 3 miesięcy. Pracownia sopotka wykonała całą pracę prawie nieodpłatnie za 20 milionów starych złotych. Praca została opublikowana w dobrym amerykańskim piśmie [9]. Teraz podobnymi metodami pracują inni. Myśmy byli jednymi z pierwszych nie tylko w kraju.

Prawie z niczego powstał dział prewencji i epidemiologii, nasi studenci zostawali ankieterami, przeszkolone pielęgniarki jednocześnie pobierały krew. Oczywiście irytowało to „czystych epidemiologów”, ale musieli się przyzwyczaić. Prace zostały uznane w świecie. Dr hab. Tomasz Zdrojewski, który propaguje je w kraju i za granicą, stał się prawdziwym znawcą zagadnienia, przeniósł tę metodę do Rumunii i na Ukrainę przeprowadzając badania porównawcze [34].

Sopot w którym od kilkudziesięciu lat część z nas mieszka, a młodszy tu się urodził, stał się miastem przykładowego eksperymentu prewencyjnego. Przed 10 laty zaczęliśmy na wzór

i we współpracy z prof. Leppertem ze Szwecji program profilaktyczny nadciśnienia tętniczego pod nazwą SOPKARD [32]. Współpraca wielu specjalistów z Akademii Medycznej i wykorzystywanie drogiego sprzętu spowodowały to, że z formy współpracy Towarzystwa Naukowego PTNT, program awansował do rangi współpracy miasta Sopot z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym. Następnie rozszerzył się na Gdynię. Dr Szpajer i dr Wierucki opracowali formy badań profilaktycznych w rejonie większym niż Sopot jakim jest Gdynia [27]. To także stało się oryginalnym modelem dla miast tego kalibru.

W badaniach populacyjnych stwierdziliśmy, że ludzie z małych ośrodków i niżej edukowani w czasie dokonywanej transformacji ustrojowej gorzej się leczą o czym świadczy mniejsza znajomość nadciśnienia tętniczego pogłębiająca się w czasie [12]. To skłoniło prof. Bogdana Wyrzykowskiego i dr hab. Tomasza Zdrojewskiego do zorganizowania programu 400 miast, gdzie w czterydziestu małych ośrodkach dokonano badań profilaktycznych przez lekarzy i przeszkolone pielęgniarki. Program ten jest jednym z bardziej szerokich i nowoczesnych w Europie [33].

Zorganizowaliśmy także każdorazowo w nowej kadencji sejmu, podobnie jak w innych krajach europejskich, badania posłów i senatorów [6]. Idea tych badań, podobnie jak badanie central związkowych miała na celu pozyskanie przychylności władz dla profilaktyki i leczenia nadciśnienia tętniczego, które obecnie ze względu na powszechność i powikłania jest najdroższą chorobą w skali populacji. Z czego często nie zdają sobie sprawy zarówno lekarze jak decydenci [21].

Artykuł ten piszemy dlatego, aby uzmysłowić czytelnikom „Annales”, że w naszym regionie od kilku pokoleń lekarskich trwa praca, która dzięki współpracy wielu lekarzy zwłaszcza lecznictwa podstawowego i nauczycieli akademickich przynosi widome rezultaty. Wieloletnia współpraca ludzi, o zupełnie różnych poglądach politycznych, ale myśleniu społecznym daje konkretne efekty i godna jest podkreślenia. Co zauważają ludzie z innych regionów Polski.

Obecny system ekonomiczny spowodował, że cały szereg osób pracuje w nowych zawodach. Godnym podkreślenia jest rola lekarzy pracujących np. w firmach wydawniczych. Na rozwój badań nadciśnienia tętniczego nie tylko w Gdańsku, ale i w Polsce niewątpliwie ma wpływ to, że dr Popaszkiwicz i dr Stolarczyk obaj po doktoratach w AMG założyli „Via Medica” i mało, że wydają książki i czasopisma, które piszą czy tłumaczą także nasi pracownicy, to stworzyli znaną w kraju firmę, która poza wydawnictwami przejęła organizację części szkoleń i to nie tylko dla lekarzy, ale i pacjentów. Przykładowo od kiedy powołano pismo „Nadciśnienie Tętnicze”, poza drukiem publikacji naukowych i stanowisk terapeutycznych organizowane są ogólnopolskie sesje dydaktyczne dla lekarzy i pielęgniarek. Dodatkowo firma prowadzi serwis internetowy dla pacjentów. Pierwotnie serwis został zorganizowany przez J. Furmańskiego w naszej katedrze. Zorganizowaliśmy pierwsze ogólnopolskie sympozjum na temat Internetu w medycynie, dostaliśmy serwer z fundacji Batorego. Jednakże, z czasem przedsięwzięcie okazało się za duże by je można było prowadzić w ramach pracy klinicznej [4]. Godnym podkreślenia jest to, że lekarze pracujący w firmach wydawniczych czy innych, co jest zjawiskiem dla polskiej transformacji charakterystycznym, przyczyniają się do rozwoju współczesnej hipertensjologii.

Jak wspomniano to, że obecni kierownicy katedr: nadciśnienia tętniczego i diabetologii, kardiologii, chorób nerek, zakładu medycyny nuklearnej, a nawet katedry pulmonologii wyszli pierwotnie w Gdańsku z jednej jednostki organizacyjnej, przyczynia się do tego, że ich znajomość osobista od wczesnej młodości ułatwia badania naukowe i kontakty z lekarzami

w terenie. Sama medycyna tak się zmienia w sensie konieczności wtórnej integracji, że tego rodzaju fakt jest nie do przecenienia. Wspólnie wydawaliśmy książki z zakresu nadciśnienia tętniczego z prof. Rutkowskim gdzie spojrzanie nefrologa, hipertensjologa i diabetologów było czymś interesującym dla czytelników [11].

Ostatnio nowym zagadnieniem jest śledzenie bezdechu nocnego jako przyczyny powikłań sercowo-naczyniowych. Bada to dr J. Wolf [28], między innymi we współpracy z Katedrą Pulmonologii kierowaną przez prof. Słomińskiego, który jest znawcą nie tylko pneumologii, ale współczesnej patofizjologii układu krążenia.

Nie znaczy to, że trzeba by doprowadzić jednostki do wtórnej integracji organizacyjnej. Proces ten dzięki postępowi technicznemu jest już nieodwracalny. Możliwość coraz bardziej finyzyjnej terapii specjalistycznej dalej będzie się rozwijać. Ocena skutków kolosalnych nakładów na terapię wymaga nowych ocen. Nasi pracownicy mają wpływ nie tylko na środowisko gdańskie, ale i kraj. I może jest to godne podkreślenia.

Od pół wieku wiadomo, że terapia hipotensyjna przedłuża życie, opóźnia powikłania, dyskusyjne było zwłaszcza przed wprowadzeniem inhibitorów konwertazy czy zmniejsza ilość zawałów serca. Zaczęto zatem poza całą terapią hipotensyjną, czy leczeniem hiperlipidemii rozwijać intensywną kardiologię.

W 2003 r. powołano program POLKARD, którego sekretarzem został dr T. Zdrojewski. Ministerstwo zaczęło inwestować współczesną kardiologię. Chorzy z zawałami niezależnie od stanu zamożności są poddawani intensywnej terapii. Dało to sukces i niezwykle przyspieszenie. Dane z Polski odnotowują wszystkie opracowania europejskie. W dużym stopniu zmienia się także obraz i wyniki profilaktyki leczenia udarów w czym wybija się zespół prof. Walentego Nyki [3].

Podobnie nastąpił niezwykle postęp nefrologii. Ilość dializowanych i transplantowanych chorych znacząco wzrosła. Tu także udział Gdańska jest znaczny. Nieżyjący już prof. Andrzej Manitius był przez lata konsultantem krajowym z zakresu nefrologii. Jego następca prof. Rutkowski dzieło to godnie rozwinął. Obaj pełnili dodatkowo funkcje prorektorów czy dyrektorów instytutu. Poza wiedzą fachową wykazali się sprawnością organizacyjną.

Obecnie K. Narkiewicz jest konsultantem krajowym z zakresu nadciśnienia tętniczego, A. Rynkiewicz prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Miłe było gdy w 2007 roku ukazały się wspólne wytyczne terapii Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego [16], w których autorami z Polski byli obaj ww. profesorowie, żeby było zabawniej Wielką Brytanię reprezentowała prof. Anna Dominiczak z Glasgow, córka prof. Jakuba Pensona, która skończyła studia w Gdańsku i zaczynała pracę w naszym zespole. Oczywiście jest to szczególny zbieg okoliczności, ale świadczy o aktywności autorów.

Ostatnio odbyła się interesująca konferencja naukowa w Sopocie podsumowująca 10 lat programu profilaktycznego SOPKARD. Może warta podkreślenia, także z tego powodu, że przez 10 lat trwania projektu nie było tam wewnętrznych konfliktów, mimo że w czasie burzliwych przemian społeczno-politycznych organizatorzy nie tylko różnili się wiekiem, ale i poglądami politycznymi. Młodzież studencka, z którą zaczęliśmy badania uliczne w między czasie wyrosła na grupę dorosłych badaczy. Na konferencji było kilku profesorów z zagranicy, którzy badania i referaty tych młodych ludzi ocenili bardzo pozytywnie.

Jednocześnie demonstrowano założenia programu IMPACT, który należy sądzić, że będzie w przyszłości następnym kamieniem milowym w rozwoju hipertensjologii, kardiologii i rozwoju leczenia w przyszłości [2].

Z przedstawionego wywodu widać, że diagnostyka i terapia nadciśnienia tętniczego i leczenie jego powikłań odnosi triumfy. Jak wspomniano sukcesy, zakup sprzętu często zależał od sprawności kierowników jednostek organizacyjnych. Niekiedy był także przyczyną sporów. Przykładowo przeniesienie koronarografii z domeny radiologów do kardiologii. Klasyczni hipertensjologowie obok badania leków zajmowali się populacją, poprzez programy profilaktyczne, edukację chorych itp. Postępem było wciągnięcie do tych badań lekarzy lecznictwa podstawowego.

Demonstrowany program IMPACT, wykonywany przez przeszkolonych lekarzy pokazuje niezwykle interesujące zjawisko. Wiadomo, że w ciągu ostatnich 30 lat w bogatych krajach zachodu ilość zawałów zmniejszyła się o 50% podobnie dzieje się obecnie w Polsce od lat 20.

Do niedawna jedni wierzyli, że jest to wyrazem skuteczności intensywnej terapii kardiologicznej i farmakoterapii zwłaszcza nadciśnienia tętniczego, czy hiperlipidemii. Inni, że zmiany trybu życia, żywienia, ruchu, palenia papierosów. Program IMPACT dzięki rozwojowi informatyki potrafi wyliczyć procenty skuteczności wymienionych elementów liczbowo. Miło, że Piotr Bandosz z zespołu dr. hab. Tomasza Zdrojewskiego dokonał tego we współpracy z prof. Simonem Capewall'em z Anglii dla populacji Polski. Jak na razie jedyne kraju z dawnych „Demoludów”. Uzyskanie liczbowych danych wydaje się być nie do przecenienia. Należy sądzić, że mogą one w przyszłości przyczynić się do celowego finansowania poszczególnych elementów i z rąk lekarzy przejdą w większym stopniu w domenę ekonomistów i innych organizatorów polityki zdrowotnej, a to znowu stanie się krokiem milowym rozwoju lecznictwa.

Profilaktyka i edukacja, którą u nas zajmowali się nieżyjący dr Radosław Szczęch i dr Anna Szyndler, która działania te kontynuuje, są ciągle niedoceniane finansowo. Jeżeli rzeczywiście będzie można wyliczać koszty pozytywnych efektów tej działalności, ranga działań prewencyjnych wzrośnie i w większym stopniu będzie wpływać na kulturę społeczeństwa w przyszłości.

Wydaje się, że już teraz należy myśleć o szkoleniu kadr „nie-lekarzy” dla tej przyszłej medycyny w naszym nowym Wydziale Nauk o Zdrowiu. Można liczyć tutaj na powodzenie, gdyż dziekan wydziału prof. Piotr Lass, także w jakimś sensie wyszedł z naszego zespołu zatem problemy te są mu bliskie. Podobnie prof. Łysiak-Szydłowska, z którą razem działaliśmy w programie QUO VADIS i razem z nieżyjącym już prof. Popinigisem propagowaliśmy programy żywienia wśród młodzieży i przyszłych nauczycieli WF w zmieniającej się gospodarce rynkowej. Poza wykładami propagującymi popularno-naukowe wydawnictwa red. Stanisława Kubiaka na Targach Gdańskich i Poznańskiej Polagrze gdzie dyskutowaliśmy z producentami żywności o sposobach żywienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Bieniaszewski L.: Przydatność technik pomiarów i analizy liczbowej ciśnienia tętniczego do badań indywidualnych i populacyjnych. Rozprawa habilitacyjna. Gdańsk, Annales Academiae Medicae Gedanensis 2000, 30, supl. 2. – 2. Capewell S., Hayes D.K., Ford E.S., Critchley J.A., Croft J.B., Greenlund K.J., Labarthe D.R.: Life-years gained among US adults from modern treatments and changes in the prevalence of 6 coronary heart disease risk factors between 1980 and 2000. *Am J Epidemiol.* 2009 Jul 15, 170, 229-36. – 3. Chwojnicky K., Zdrojewski T., Wyrzykowski B., Członkowska A., Gryglewicz D., Nyka W.: Control of arterial hypertension, hypercholesterolaemia and smoking in the population of adults in Poland with a history of stroke, The Polish 400 Cities Project results. *J. Neurol.* 2005, 252,

suppl. 2, II/119. – 4. Furmański J., Wroczyński M., Znaniecki Ł., Szczęch R.: Nadciśnienie tętnicze w Internecie. *Gazeta Lek.* 1998, 10, 2, 52-53. – 5. Gruchała M.: Wewnątrznaczyniowy transfer genów do ściany tętnicy szynnej królika przy pomocy wirusów związanych z adenowirusami i wektorów adenowirusowych, rozprawa habilitacyjna. Gdańsk, Akademia Medyczna, 2005. – 6. Ignaszewska-Wyrzykowska A., Rutkowski M., Wojtecka A., Zdrojewski T.: Badali posłów i senatorów w Parlamencie RP studenci, pielęgniarki i lekarze AMG. *Gazeta AMG* 2006, 8-9,14-15. – 7. Krupa-Wojciechowska B.: Perspektywy i kierunki rozwoju nauki w dyscyplinach klinicznych zachowawczych. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 1971, 1, 181-87. – 8. Krupa-Wojciechowska B., Leonowicz K., Michowska M., Wajda Z., Kempa-Leonowicz J., Wyszomirski R., Krejczyk H., Snarski A.: Rozpoznawanie różnicowe poszczególnych postaci zespołu pierwotnego aldosteronizmu. *Kardiol. Pol.* 1976, 19, 335-40. – 9. Krupa-Wojciechowska B., Narkiewicz K., Rynkiewicz A.: Awareness and treatment of arterial hypertension in Poland. *J Hum Hypertens.* 1996, 10, suppl. 3, S25-7. – 10. Krupa-Wojciechowska B., Szczęch R., Bieniaszewski L., Furmański J., Kruśzewski P., Kawecka-Jaszcz K., Grodzicki T., Zdrojewski T., Jamroz W.: Mierz ciśnienie raz w roku, Próba prewencji nadciśnienia tętniczego w Polsce. *Nadciśnienie Tętnicze* 1997, 1, 56-59.

11. Krupa-Wojciechowska B., Rutkowski B. (red.): *Nadciśnienie tętnicze w codziennej praktyce.* Gdańsk, MAKmed, 1997. ISBN 83-908553-0-5. – 12. Krupa-Wojciechowska B., Zdrojewski T.: *Nadciśnienie tętnicze 2003.* *Przew. Lek.* 2003, 7/8, 16, 18-20, 22, 24-25. – 13. Krupa-Wojciechowska B.: *Laudation. Nadciśnienie Tętnicze 2004,* 5, 1-3. – 14. Kwiecińska B.: *Ocena metod znieczulania stosowanych w latach 1969-1996 w operacjach guzów chromochłonnych.* Gdańsk, Akademia Medyczna, 1998. – 15. Lewiński A.: *Postępowanie anestezyjologiczne w guzach chromochłonnych.* Gdańsk, Akademia Medyczna 1971. – 16. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A., Cifkova R., Fagard R., Germano G., Grassi G., Heagerty A.M., Kjeldsen S.E., Laurent S., Narkiewicz K., Ruilope L., Rynkiewicz A., Schmieder R., Boudier H.A., Zanchetti A.: 2007 ESH-ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension, ESH-ESC Task Force on the management of atrial hypertension. *J. Hypertens.* 2007, 25, 9, 1751-1762. – 17. Mierzejewski T.: *Wartość arteriografii nerkowej w diagnostyce objawowego nadciśnienia tętniczego.* Gdańsk, Akademia Medyczna, 1964. – 18. Narkiewicz K.: *Profil dobowy ciśnienia tętniczego oraz morfologia i funkcja lewej komory serca a wybrane czynniki genetyczne u osób zdrowych.* Gdańsk, Akademia Medyczna, 1996. – 19. Penson J.: *Choroby nerek,* Wyd. 3, Warszawa, PZWL, 1970. – 20. Pętlak O., Rynkiewicz A., Skuratowicz-Kubica A., Horoszek-Maziarz S., Krupa-Wojciechowska B.: *Przezsłone poszerzenie tętnicy nerkowej, metoda leczenia w nadciśnieniu tętniczym naczyniowo-nerkowym.* *Wiad. Lek.* 1982, 35, 1559-61.

21. Rutkowski M., Zdrojewski T.: *Lekarze i pielęgniarki z AMG zbadali radnych Sejmiku Województwa Pomorskiego.* *Gazeta AMG* 2008, 1, 30-31. – 22. Rynkiewicz A.: *Wielkie próby kliniczne.* *Pol. Tyg. Lek.* 1988, 43, 3-6. – 23. Rynkiewicz A.: *Układ sercowo-naczyniowy u chorych na cukrzycę typu I, badania wybranych problemów klinicznych i patofizjologicznych.* Gdańsk, Akademia Medyczna, 1992. – 24. Wajda Z., Świca S., Lewiński A., Macoszyński Z., Krupa-Wojciechowska B., Wyrzykowski B., Pętlak O.: *Obserwacje własne 28 przypadków guza chromochłonnego leczonych operacyjnie.* *Ann. Acad. Med. Łódz.* 1982, 23, suppl. 25, 175-180. – 25. Wajda Z., Krupa-Wojciechowska B., Boj E., Szałach E., Michalczyk-Słomińska M., Dembowski P., Suchecka-Rachoń K.: *Chirurgiczne leczenie choroby Conna.* *Ann. Acad. Med. Siles.* 1989, 401-406. – 26. Wajda Z., Szałach E., Sworczak K., Krupa-Wojciechowska B., Dembowski P., Łaciński A., Basiński A., Kwiecińska B., Cichecki P.: *Współczesne poglądy na rozpoznawanie i leczenie guza chromochłonnego.* *Pol. Przegl. Chir.* 1994, 66, 995-1003. – 27. Wierucki Ł., Szpajer M., Muller H., Zdrojewski T., Wyrzykowski B.: *Rozpowszechnienie zespołu metabolicznego wśród 50-letnich mieszkańców Gdyni.* *Kardiol. Pol.* 2005, 63, suppl. 1, S13-S14. – 28. Wolf J., Narkiewicz K.: *Hypertension and obstructive sleep apnoea.* *Arch. Med. Sci.* 2009, 5(2A), S 330-S 336. – 29. Wyrzykowski B.: *Hemodynamika i układ renina-angiotensyna-aldosteron w nadciśnieniu tętniczym pierwotnym.* Gdańsk, Akademia Medyczna, 1982. – 30. Wyrzykowski B., Krupa-Wojciechowska B., Wajda Z., Suchecka-Rachoń K.: *Objętość osocza, masy erytrocytarnej i krwi u chorych z pheochromocytoma.* *Kardiol. Pol.* 1984, 27, 659-66.

31. Wyrzykowski B., Krupa-Wojciechowska B., Wajda Z., Suchecka-Rachoń K.: *Hemodynamika w pheochromocytoma.* *Kardiol. Pol.* 1984, 27, 8, 667-673. – 32. Zdrojewski T., Kowalsko A., Krupa-

Wojciechowska B., Wyrzykowski B., Januszko W., Kąkol M., Bandosz P., Wasilewska M., Szalewski A., Gasińska A., Luberd-Heynar Z., Woźniak M., Łysiak-Szydłowska W., Semetkowska-Jurkiewicz E., Sidorowicz W., Leppert J., Szykiewicz E.M., Pieńkowski R.: Nowe programy prewencji nadciśnienia tętniczego Oddziału Gdańskiego PTNT. Cz. 1, Program Sopocki. *Nadciśnienie Tętnicze* 1999, 3, 234-244. – 33. Zdrojewski T., Głuszek J., Posadzy-Mańczyńska A., Drygas W., Ornych-Tobędzka M., Januszko W., Tykarski A., Dylewicz P., Kwaśniewska M. Krupa-Wojciechowska B., Wyrzykowski B.: Wpływ interwencji społecznej na wykrywalność i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego, główne wyniki Polskiego Projektu 4 Miast. *Kardiol. Pol.* 2004, 61, 546-552. – 34. Yagensky A., Shahuta Y., Zdrojewski T.: Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Ukrainian city Lutsk, results of representative survey of preventive project LUTSKARD. *Kardiol. Pol.* 2004, 61, supl. 3, III-168.

B. Krupa-Wojciechowska, A. Szyndler

HYPERTENSION RESEARCH IN GDANSK REGION

Summary

Hypertension research is a new specialty. We were aiming to show how during the life of our University this research were evolving. This development was possible due to technical development in the diagnostic process of individual patients, and during last couple of years by the dint of autoanalyzers, computing, novel pharmacotherapy as well as population studies.

In the 50ties and 60ties thanks to the fruitful cooperation between prof. J. Penson and prof. Z. Kieturakis the surgical treatment of symptomatic hypertension had developed. Since the 70ties their successors started to introduce the diagnostic procedures in primary hypertension and study its relationship with diabetes and kidney disease etc. In the year 1970 the International Society of Hypertension was established followed by, in the year 1987, establishment of Polish Society of Hypertension. For international authorities, as well as Polish ones, it may be interesting how the practitioners and researchers, during political transformation, deal with complicated matters of primary hypertension. We are trying to present it in case of Gdansk's Medical University and its cooperation with primary general practitioners.

Adres: prof. dr Barbara Krupa Wojciechowska
Zakład Nadciśnienia Tętniczego Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii GUMed
ul. Dębinki 7c 80-952 Gdańsk
e-mail: bkrupa@gumed.edu.pl