

AUTOREFERAT

Dr n.med. Tomasz Rywik

Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii

Instytut Kardiologii

Spis treści:

1. Imię i nazwisko	str.3
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania	str .3
3. informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach badawczych/artystycznych	str 3
4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust.2 z dnia 14 marca 2033 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65 poz. 595 ze zm.):	
a) autor/autorzy , tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa	
b) Omówienie celu naukowego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.	str. 4
5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych	
a. Analiza bibliometryczna	str.8
<i>Omówienie pozostałych kierunków działalności naukowej</i>	str.10
b. Staże krajowe i zagraniczne	str.19
c. Członkostwo w Towarzystwach Naukowych /Recenzent w czasopismach naukowych	str.20
d. Nagrody i wyróżnienia	str.20
e. Udział w projektach i grantach badawczych	str.20
f. Inne formy działalności dydaktycznej	str.22
Załącznik nr 1. Życiorys naukowy	str.25

1. Imię i nazwisko: Tomasz Rywik

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania:

- 1989 - lekarz medycyny, II wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie
- 1993 - część kliniczna egzaminu nostryfikacyjnego ECFMG
- 1993 - I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych - Warszawa
- 1993 – uzyskanie stanowiska asystenta, Instytut Kardiologii
- 1999 – stopień doktora nauk medycznych z wyróżnieniem nadany przez Radę Naukową Instytutu Kardiologii w Warszawie za pracę „Wpływ wydolności fizycznej na funkcje śródbłonna”, której promotorem był Prof. Jerzy Korewicki i zrealizowaną w ramach grantu promotorskiego KBN
- 2000 – tytuł „Edukatora Nadciśnienia Tętniczego” - Letnia Szkoła Edukatorów Nadciśnienia Tętniczego, organizowana przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Majorka
- 2001 – II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych – Łódź
- 2001 – uzyskanie stanowiska adiunkta, Instytut Kardiologii
- 2009 - II stopień specjalizacji z kardiologii - Zabrze

3. informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach badawczych/artystycznych:

- 1989 – 1995 Instytut Kardiologii (Klinika Wad Serca/II Klinika Wad Serca) , Warszawa
- 1995 - 1998 Laboratory of Cardiovascular Sciences Gerontology Research Center , National Institutes of Health, Baltimore, USA
- 1998 – nadal Instytut Kardiologii (II Klinika Wad Serca/Klinika Niewydolności Serca/Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii)

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust.2 z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65 poz. 595 ze zm.):

a) autor/autorzy , tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa

Osiągnięcie naukowe to monografia habilitacyjna pod tytułem:

Tomasz Rywik. Program edukacji chorych z niewydolnością serca. Cardiology Journal 2013;Vol 20;supplement A: 1-52; ISSN 1897-5593

b) Omówienie celu naukowego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Obserwacje z ostatnich lat wskazują na ustabilizowanie się trendu zachorowalności na niewydolność serca (HF), przy stale rosnących wskaźnikach chorobowości, a tym samym stale zwiększanie się liczby osób z HF. Rokowanie pacjentów z HF zależy od wielu czynników. Odpowiedni opis zagrożeń i wczesna interwencja mogą w znaczącym stopniu wpływać nie tylko na przeżywalność, ale i na komfort życia. Niezależnie od postępu w zakresie farmakoterapii rokowanie na poziomie populacji w HF pozostaje nadal złe. Sytuacja taka może wynikać z kilku przyczyn: nieadekwatnego leczenia lub niskiej wiedzy pacjentów na temat choroby i związanego z tym braku odpowiedniej współpracy z lekarzami w procesie terapii. Wydaje się, że zwłaszcza ten ostatni aspekt, w kontekście innych obciążeń wynikających z problemów zdrowotnych, może odgrywać kluczową rolę modyfikującą rokowanie, zwłaszcza w odniesieniu do hospitalizacji/rehospitalizacji. Takie podejście stworzyło przesłanki do powstania programów wspomagających pacjentów (zarządzanie w chorobie) i jednocześnie angażujących ich w aktywne uczestnictwo w procesie samoopieki. W odniesieniu do chorych z HF programy zarządzania w chorobie oparte są przede wszystkim na edukacji pacjentów, indywidualnym planowaniu postępowania w momencie wypisu ze szpitala, włączeniu szerszego grona pracowników opieki medycznej, a także optymalizacji farmakoterapii oraz na okresowej opiece przez specjalnie przeszkolone pielęgniarki. Z aktualnego przeglądu danych z publikacji nie wynika jednoznacznie, który z modeli charakteryzuje się optymalnym wskaźnikiem koszt/efektywność i może spełniać rolę uniwersalnego

systemu opieki. Ponadto w dużych badaniach wieloośrodkowych nie potwierdzono korzystnego wpływu strategii angażującej wiele osób i wymagających znaczących nakładów finansowych. Dlatego też nadal aktualne jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, który z tych modeli postępowania może być wprowadzony dla pacjentów w Polsce bez znacznego obciążenia finansowego i zbytniego angażowania i tak już nadmiernie obciążonych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Cel: Celem pracy było: (1) Opracowanie i wdrożenie programu edukacyjnego, dotyczącego HF dla pacjentów i ich rodzin. (2) Ocena wpływu programu na wiedzę pacjentów dotyczącą choroby. (3) Ocena wpływu programu na jakość życia i wsparcie społeczne chorych z HF. (4) Ocena wpływu programu na częstość hospitalizacji, częstość wizyt ambulatoryjnych oraz na śmiertelność

Metody: Omawiane badanie było wieloośrodkowym, randomizowanym programem edukacyjnym dla pacjentów i ich rodzin, który został przeprowadzony w ramach narodowego programu profilaktyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Do udziału w programie wytypowano 9 regionalnych ośrodków współpracujących, które znajdowały się w dużych i średnich miastach. Grupę współpracowników regionalnych stanowili kardiologowie lub specjaliści chorób wewnętrznych z regionalnych ośrodków kardiologicznych. Pacjenci byli włączani do badania przez swoich lekarzy POZ na podstawie kryteriów klinicznych (w połączeniu z nieprawidłowymi wynikami badań radiologicznych i elektrokardiograficznych) lub echokardiograficznych (LVEF < 45% w okresie do 24 miesięcy poprzedzających włączenie chorego do badania).

Losowo podzielono chorych na dwie grupy: interwencyjną i kontrolną. Pacjenci z grupy interwencyjnej, poza rutynową opieką lekarską, uczestniczyli w szkoleniu z zakresu wiedzy dotyczącej HF ze swoimi opiekunami i otrzymali materiały edukacyjne. Okres obserwacji zaplanowano na 6 miesięcy. Oceniano następujące punkty końcowe: częstość hospitalizacji, częstość wizyt lekarskich, liczbę zgonów, wiedzę na temat choroby, jakość życia i wsparcie społeczne pacjentów.

Wyniki: Badaniem objęto 617 osób (grupa interwencji 270 osób, grupa kontrolna 347 osób). Średnia wieku wynosiła > 65 lat, przy czym grupa kontrolna była nieznacznie starsza od grupy interwencji (interwencja vs kontrola: 66,9 vs 69,3 roku; $p = 0,005$). rozkład płci był zrównoważony i wynosił dla mężczyzn 56,7 vs 53% ($p = NS$). W

większości chorzy z HF pozostawali w związkach małżeńskich (odpowiednio grupa kontrolna i interwencji: 64,9 vs 59,2; $p = \text{NS}$). Zwraca uwagę bardzo wyraźny negatywny wpływ choroby na aktywność zawodową, spośród osób potencjalnie aktywnych zawodowo 62,75 vs 62,63% ($p = \text{NS}$) było na rencie. Etiologię niedokrwienną HF stwierdzano u 64,2 vs 72,8% ($p = 0,02$) osób. Co najmniej 3 choroby współistniejące zanotowano u 46,3% vs 54,5 ($p = 0,04$) pacjentów. W przybliżeniu co drugi chory był włączony na podstawie badania echokardiograficznego ($p = \text{NS}$), a frakcja wyrzutowa wynosiła średnio 39,7% vs 39,9% ($p = \text{NS}$). Blisko 90% populacji otrzymywało inhibitory konwertazy, a ponad 2/3 była leczona beta-adrenolitykami. Leki z grupy antagonistów aldosteronu stosowało ok. 45% chorych. Stwierdzono niski poziom zarówno znajomości zagadnień związanych z HF, jak i niski poziom jakości życia oraz wsparcia społecznego (bez istotnych różnic między grupami). W okresie 6-miesięcznej obserwacji większość osób nie zgłaszała pogorszenia wydolności fizycznej, a na podstawie klasyfikacji NYHA odnotowano nawet niewielką poprawę tolerancji wysiłku (12,26% vs 9,85%; $p = \text{NS}$). Większość pacjentów z obu grup deklarowała współpracę z lekarzami. Bez względu na interwencję znaczący odsetek chorych podawał, że stosuje się do zaleceń dietetycznych obowiązujących w HF. Wpływ interwencji zaznaczył się poprzez częstsze monitorowanie objawów (ważenie się) i dostosowywanie dawek leków moczopędnych w zależności od nasilenia objawów przez grupę poddaną szkoleniu. Niezależnie od edukacji pacjentów z grupy interwencji poziom wiedzy na temat choroby, mimo niewielkich zmian, pozostał na niskim poziomie w obu grupach i bez istotnych różnic między nimi, podobnie jak poziom wsparcia społecznego. Częstość hospitalizacji była zbliżona w obu grupach (interwencji i kontrolnej) zarówno w odniesieniu do hospitalizacji sercowo-naczyniowych (17,8% vs 21,6%; $p = \text{NS}$), jak i z powodu HF (wyrażone jako odsetek hospitalizacji z powodów sercowo-naczyniowych 80% vs 74,6%; $p = \text{NS}$). Ponadto analiza trendów w obu grupach (porównanie danych wyjściowych z okresu poprzedzającego włączenie do programu z danymi z okresu obserwacji) wskazuje na taką samą zmienność w obu grupach w odniesieniu do tego punktu końcowego ($p = \text{NS}$). Także średnia liczba hospitalizacji w poszczególnych grupach była porównywalna, a trendy zmian w

czasie zbliżone; jedynie większa była redukcja liczby hospitalizacji z powodów sercowo-naczyniowych (grupa interwencji vs kontrolna: z 0,37 do 0,21 vs z 0,36 do 0,27; $p < 0,001$). Po 6-miesięcznej obserwacji w obu grupach stwierdzono zbliżony odsetek pacjentów wymagających dodatkowych wizyt lekarskich z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (94,1% vs 96,3%; $p = \text{NS}$) oraz z powodu HF (45,9% vs 49,6%; $p = \text{NS}$). Niemniej jednak średnia liczba wizyt lekarskich (z powodów sercowo-naczyniowych) była mniejsza w grupie interwencji niż w grupie kontrolnej (5,09 vs 5,78; $p = 0,023$), ale bez różnic w odniesieniu do HF (0,94 vs 1,02; $p = \text{NS}$). Także częstość zgonów w trakcie obserwacji nie różniła się między grupami (3 vs 5; $p = \text{NS}$).

Wnioski: Spośród zmiennych różnicujących wyjściowo obie grupy (wiek, etiologia HF, choroby współistniejące, osoby mieszkające samotnie) jedynie mniejsza liczba chorób współistniejących istotnie modyfikowała ryzyko hospitalizacji, zmniejszając częstość leczenia szpitalnego. Uzyskane obecnie dane wskazują na umiarkowaną skuteczność przyjętej strategii edukacyjnej. Interwencja przyczyniła się do redukcji liczby dodatkowych wizyt lekarskich w grupie interwencji o ok. 13%. Ponadto zmniejszył się o ponad 20% odsetek osób, które wymagały więcej niż jednej dodatkowej wizyty w miesiącu. Takiego efektu nie obserwowano jednak w odniesieniu do wizyt z powodu HF. Niemniej jednak dane te należy uznać za niewątpliwy sukces programu edukacyjnego, ponieważ zwrócił on uwagę pacjentów na konieczność współdziałania z lekarzami w procesie terapii. Brak wyraźnych korzyści w odniesieniu do wizyt z powodu HF wynikał prawdopodobnie z wysokiej jakości farmakoterapii i przypuszczalnie małego zaawansowania choroby w badanej grupie. Nie udało się wykazać istotnej redukcji częstości hospitalizacji, zarówno z powodów sercowo-naczyniowych, jak i HF. Znaczenie może mieć fakt większej świadomości pacjentów co do zagrożeń związanych z chorobą, która mogła przekładać się na częstsze zgłaszanie się do szpitali w sytuacji odczuwalnego zagrożenia. Nie można wykluczyć, że sama informacja o udziale pacjentów w programie edukacyjnym spowodowała lepszą opiekę lekarską w grupie kontrolnej. Fakt istnienia programu poświęconego opiece nad chorymi z HF mogła stymulować pacjentów i ich opiekunów do poszukiwania informacji i zwiększyć świadomość choroby, a także wpłynąć korzystnie na współpracę. Przemawia za tym wysoki

odsetek osób z grupy kontrolnej deklarujący zachowania wspomagające proces leczenia. Niemniej jednak w analizowanym okresie poziom wsparcia społecznego nie zmienił się w żadnej z grup, czyli interwencja nie poprawiła pod tym względem sytuacji pacjentów, co również mogło niekorzystnie wpłynąć na efekt końcowy.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

a. Analiza bibliometryczna:

Autor lub współautor:

Działalność naukowo-badawcza całość

1. Publikacje oryginalne

- a. w czasopismach z impact factor: 21 (pierwszy autor 7) łącznie IF 54,706; KBN/MNiSW = 285 ; IC 158,37
- b. w czasopismach bez impact factor: 8 (pierwszy autor 2) łącznie KBN/MNiSW = 33; IC 38,65

2. Opisy przypadków:

- a. w czasopismach z impact factor: 2 (pierwszy autor 0) łącznie IF 2,618; KBN/MNiSW = 20; IC = 41,35
- b. w czasopismach bez impact factor: 3 (pierwszy autor 1) łącznie KBN/MNiSW = 8; IC 9,85

3. Prace poglądowe:

- a. w czasopismach z impact factor: 1 (pierwszy autor 0) łącznie IF 2,134; KBN/MNiSW = 11, IC 0
- b. w czasopismach bez impact factor: 11 (pierwszy autor 4) łącznie KBN/MNiSW = 12,5; IC 16,03

4. Rozdziały w podręcznikach – 8 (pierwszy autor 3)

5. Prace popularno-naukowe – 11 (pierwszy autor 7)

6. Publikacje pełnotekstowe w suplementach czasopism bez impact factor- 2 (pierwszy autor 1)- KBN/MNiSW=8; IC = 8,34

Podsumowanie: 59 publikacji (jako pierwszy autor 22)

Suma IF 59,458; KBN/MNSiW=369,5; IC=264,25

Liczba cytowań: 213 (ISI WEB of Science)

Indeks Hirscha: 8

1. Prace oryginalne:

a. 29 publikacje (9 publikacje jako pierwszy autor)

i. IF=54,706; KBN/MNSiW =318; IC=197,02

2. Pozostałe publikacje:

a. 30 publikacji (13 publikacji jako pierwszy autor)

i. IF 4,752; KBN/MNSiW = 51,5; IC= 67,23.

3. Rozdziały :

a. 8 rozdziałów (3 jako pierwszy autor)

DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWO-BADAWCZA PO DOKTORACIE LATA 2000-2013:

1. Publikacje oryginalne

a. w czasopismach z impact factor: 16 (pierwszy autor 4) łącznie IF 38,689 KBN/MNiSW = 237 ; IC 144,94) (*bez uwzględnienia pracy Kardiol Pol. 2011;69(1): 24-31*)

b. w czasopismach bez impact factor: 8 (pierwszy autor 2) łącznie KBN/MNiSW = 33; IC 38,65

2. Opisy przypadków:

a. w czasopismach z impact factor: 2 (pierwszy autor 0) łącznie IF 2,618; KBN/MNiSW = 20; IC 41,35

b. w czasopismach bez impact factor: 2 (pierwszy autor 0) łącznie KBN/MNiSW = 8; IC 9,85

3. Prace pogładowe:

a. w czasopismach z impact factor: 1 (pierwszy autor 0) łącznie IF 2,134; KBN/MNiSW = 11; IC 0

b. w czasopismach bez impact factor: 6 (pierwszy autor 4) łącznie KBN/MNiSW = 12,5; IC=16,03

4. Rozdziały w podręcznikach – 8 (pierwszy autor 3)
5. Prace popularno-naukowe – 7 (pierwszy autor 7)
6. Publikacje pełnotekstowe w suplementach czasopism bez impact factor- 2
(pierwszy autor 1)- KBN/MN \dot{S} W=8 ; IC 8,34

Podsumowanie działalności po doktoracie:

44 publikacje (jako pierwszy autor 17)

Suma IF 43,441; KBN/MN \dot{S} W=329,5; IC=259,16

1. Prace oryginalne:

- a. 24 publikacje (6 publikacji jako pierwszy autor)

i. IF=36,856; KBN/MN \dot{S} W =270; IC=183,59

2. Pozostałe publikacje:

- a. 20 publikacji (12 publikacji jako pierwszy autor)

i. IF 4,752; KBN/MN \dot{S} W = 52,5; IC= 68,48.

3. Rozdziały:

- a. 8 rozdziałów (3 jako pierwszy autor)

Omówienie pozostałych kierunków działalności naukowej:

- I. **Wartość rokownicza oceny czynnościowej – próby wysiłkowe w populacji ogólnej.**

W pracach tych oceniano wartość rokowniczą wykonywanych seryjnie testów wysiłków u zdrowych ochotników z populacji ogólnej. W pierwszej pracy, w której do oceny włączono 825 osób, analizowano znaczenie zmian w zapisie EKG występujących jedynie po zakończeniu wysiłku (Circulation. 1998;97(21): 2117-2122). Na podstawie analizy przeżywalności wykazano, że zmiany w EKG w teście wysiłkowym, ograniczone jedynie do okresu po zaprzestaniu wysiłku, mają porównywalne znaczenie rokownicze do zmian występujących już w trakcie wysiłku.

Było to pierwsze doniesienie wskazujące na znaczenie prognostyczne takich zmian. W kolejnej pracy, także poświęconej populacji osób bez choroby wieńcowej, oceniano wartość predykcyjną zmian nietypowych lub granicznych w zapisie EKG w trakcie testu wysiłkowego lub po jego zakończeniu (Circulation. 2002; 106(22): 2787-2792). Na podstawie analizy hazardu Coxa wykazano, że zarówno typowe zmiany niedokrwienne (poziome obniżenie =>1 mm) jak i nasilenie mniejszych zmian występujących już przed próbą (obniżenia ST) do zmian typowych było niezależnymi czynnikami prognostycznymi wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych. Innymi zmiennymi będącymi również niezależnymi czynnikami rokowniczymi wystąpienia punktów końcowych były: wiek, płeć męska, stężenie cholesterolu i czas trwania wysiłku. Natomiast tzw. zmiany graniczne (pomiędzy 0,5-1 mm), a także zmiany ukośne do góry nie wpływały istotnie na rokowanie. Cykl tych publikacji spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem czego dowodem są liczne cytowania (łącznie 54), z których ostatnie pochodzą z lat 2012-2013. Dodatkowo wyniki tych prac zostały wykorzystane do utworzenia zaleceń amerykańskich i brytyjskich dla osób w podeszłym wieku podejmujących regularną aktywność fizyczną (Circulation 2001;103:327-334; British Journal of Sports Medicine 2009;9:696-701), a także zostały wykorzystane w pracy podsumowującej stan wiedzy o badaniach przesiewowych osób asymptomatycznych przygotowanych dla US Preventive Services Task Force (Ann Intern Med. 2011 Sep 20;155:375-85).

II. Diagnostyka i znaczenie zmian w układzie naczyniowym

W pierwszych pracach poświęconych układowi naczyniowemu, w których uczestniczyłem badano przydatność wybranych parametrów w ocenie przebudowy naczyniowej (Ultrasound Med Biol. 1999; 24(2): 181-188). W przeprowadzonych analizach udokumentowano, że tzw. decay index - nowy współczynnik uzyskany z przetworzonej krzywej dopplerowskiej, informujący o właściwościach elastycznych naczyń (tzw. interakcji skurczowo-rozkurczowej - funkcja Windkessela) jest przydatnym parametrem w ocenie układu naczyniowego. W kolejnym doniesieniu wykazaliśmy, że sztywność tętnicy szyjnej wewnętrznej, oceniana nieinwazyjnie

techniką dopplerowską, wiarygodnie odzwierciedla przebudowę aorty i zmniejszoną podatność dużych naczyń tętniczych (Ultrasound Med Biol. 1999;25(9): 1371-1376). Obie te prace wносиły bardzo ważne informacje o metodach nieinwazyjnej oceny elastyczności układu naczyniowej, bez konieczności wykonywania skomplikowanych pomiarów inwazyjnych.

Dzięki kontaktom z pionierem techniki ultrasonograficznej w ocenie funkcji śródbłonna zapoczątkowałem ocenę funkcji śródbłonna w Laboratory of Cardiovascular Sciences w NIH w Stanach Zjednoczonych. Badania te pozwoliły na pomiary reaktywności naczyniowej u osób w starszym wieku. Porównując dwie grupy osób, osoby wytrenowane z osobami bez regularnej aktywności fizycznej wykazałem, że osoby wytrenowane pomimo podeszłego wieku charakteryzowały się znacznie lepszą reaktywnością naczyniową zależną i niezależną od funkcji śródbłonna, a stopień reaktywności naczyniowej uzależnionej był od wydolności fizycznej (J Appl Physiol. 1999;87(6): 2136-2142). Informacje przedstawione w tej publikacji spotkały się z bardzo dużym zainteresowaniem i były często cytowane zarówno w pracach oryginalnych jak opracowaniach poglądowych (łącznie 44 cytowania). Ponadto uzyskane wyniki zostały wykorzystane podczas przygotowywania opinii eksperckiej amerykańskich towarzystw kardiologicznych dotyczących nadciśnienia tętniczego u osób w podeszłym wieku (Circulation 2011; 123: 2434-2506). Wyniki tego badania stały się tematem pracy doktorskiej obronionej z wyróżnieniem w 1999 roku w Instytucie Kardiologii.

Zagadnienie wpływu leków na podatność aorty była oceniana w eksperymencie klinicznym poświęconym chorym ze skurczową niewydolnością serca (Folia Cardiol. 2005; 12(3): 199-209). W pracy tej wykazaliśmy, że stosowanie tkankowego inhibitora konwertazy angiotensyny (ACEI) istotnie poprawiało podatności naczyń centralnych oceniane za pomocą prędkości rozchodzenia się fali tętna (pomiar nieinwazyjny) i to niezależnie od poprawy funkcji skurczowej mięśnia lewej komory, ocenianej na podstawie frakcji wyrzucania.

W ostatnich latach uczestniczyłem również w projektach oceniających przebudowę naczyniową u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. W badaniach tych wykazaliśmy, że ocena zmian w tętnicach szyjnych jest istotnym markerem uszkodzenia narządowego, obserwowanym zarówno w grupie osób leczonych

farmakologicznie jak i z nadciśnieniem de novo (Blood Press. 2009; 18(1-2): 55-61, Nadciśn. Tętn. 2009;13(1):22-29).

III. Wady zastawkowe – rokowanie, zmiany patofizjologiczne w różnych modelach

W pierwszej pracy, w której byłem współautorem, omawialiśmy zmiany patofizjologiczne zachodzące w przebiegu wady aortalnej zwracając uwagę na konieczność leczenia przyczynowego w odpowiednim czasie (Wiad Lek. 1992; 45(19-20): 759-763). W doniesieniu dotyczącym rany klutej klatki piersiowej z uszkodzeniem zastawki mitralnej analizując przebieg diagnostyki i leczenia zwróciliśmy uwagę na konieczność wnikliwej oceny uszkodzenia za pomocą badania przezprzełykowego (J Heart Valve Dis. 1995; 4(3): 293-295). Inna prezentacja przypadku, opisywała młodą chorą z udarem pniowym ze śluzakiem, u której szczegółowa diagnostyka kardiologiczna przyczyniła się do wykrycia przyczyny udaru i skutecznego leczenia (Neurol Neurochir Pol. 2002; 36(5): 1001-1006). Inna prezentacja przypadku dotyczyła chorego z objawami dławicy w przebiegu guza na nieistotnie zwężonej zastawce aortalnej (Kardiol Pol. 2002; 57(11): 448-450). W większości opisywanych przypadków, tego typu zmiany przebiegały bezobjawowo.

Celem pracy poświęconej chorym po leczeniu operacyjnym wady aortalnej była identyfikacja czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia migotania przedsionków w dalszej obserwacji. Migotanie przedsionków w badanym okresie stwierdzono u 28% chorych. W badanej grupie nie stwierdziliśmy, aby powiększony wymiar lewego przedsionka ani konieczność operacji pomostowania aortalno-wieńcowego były czynnikami zwiększającym ryzyko wystąpienia migotania przedsionkowego w okresie pooperacyjnym. Do niezależnych czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia tego typu zaburzeń rytmu serca należał: wiek, stwierdzenie napadowego migotania przedsionków w okresie przedoperacyjnym, zarejestrowanie ponad 300 przedwczesnych skurczów nadkomorowych w badaniu Holtera i obecność wstawek częstoskurczy nadkomorowych (J Heart Valve Dis. 2003;12(2): 136-141).

W ramach projektów oceniających regresję nadciśnienia płucnego po leczeniu

inwazyjnym (wymiana zastawki lub plastyka) u chorych ze stenozą mitralną ocenialiśmy przydatność mierzenia stężeń endoteliny, która poprzez swoje receptory przyczynia się do skurczu naczyń płucnych. U chorych ze stenozą mitralną stężenia endoteliny były trzy razy wyższe niż u osób z grupy kontrolnej. Wykazaliśmy istotną korelację stężeń endoteliny z ciśnieniem w tętnicy płucnej i z oporem płucnym. Na podstawie analiz potwierdziliśmy, że stężenie endoteliny w kapilarach płucnych jest niezależnym czynnikiem rokowniczym regresji podwyższonego ciśnienia zaklinowania 6 miesięcy od leczenia zabiegowego (Am J Cardiol. 2002; 90(2): 188-189).

Analizując model stenozy mitralnej wykazaliśmy również istotny związek aktywacji neurohormonalnej (hormony natriuretyczne) z przebudową prawej komory, a także że stopień zmniejszania się wymiarów prawej komory jest czynnikiem determinującym redukcję stężenia hormonów (Clin Physiol Funct Imaging. 2010; 30(6): 473-479).

W przeprowadzonej analizie zmian zachodzących w gospodarce wapniowej w przebiegu stenozy mitralnej z zachowaną funkcją skurczową lewej komory udokumentowano, że niższe stężenia białek SERCA 2 było skorelowane ze stężeniem hormonów natriuretycznych (J Card Fail. 2008; 14(10): 873-880).

Zmiany w aktywacji neurohormonalnej i układu cytokin, a także identyfikacja parametrów odzwierciedlających stopień przebudowy mięśnia lewej komory u chorych z niedomykalnością mitralną była przedmiotem następujących prac oryginalnych (Acta Cardiol. 2004;59(2): 208-210, Acta Cardiol. 2010; 65(1): 43-51). Analiza tej populacji pozwoliła na stwierdzenie, że większość markerów aktywacji neurohormonalnej (peptydy natriuretyczne, noradrenalina) i układu cytokin (TNF i receptor) jak i stopień wydolności w ocenie czynnościowej były istotnie związane ze stopniem uszkodzenia mięśnia lewej komory.

Kontynuacją tego zagadnienia była praca analizująca zaburzenia gospodarki wapniowej w niewydolnym sercu w przebiegu przeciążenia objętościowego (niedomykalność mitralna). Na podstawie przeprowadzonych analiz udokumentowaliśmy, że w badanej populacji ekspresja białek SERCA jest istotnie obniżona i była negatywnie skorelowana ze stężeniami hormonów natriuretycznych, wskazując na znaczący wpływ neurohormonów na ekspresję białek biorących udział

w gospodarce wapniowej w sercu (Eur J Heart Fail. 2007; 9(6-7): 579-586).

IV. Powikłania naczyniowe po zabiegach inwazyjnych

W dwóch pracach analizowano powikłania po kaniulacji tętnic kończyn dolnych. Na podstawie przeprowadzonej obserwacji wykazano, że czynnikami zwiększającymi częstość występowania powikłań po nakłuciach tętnic kończyn dolnych jest między innymi nakłucie innej tętnicy niż tętnica udowa powierzchowna jak również zmniejszona gotowość do tworzenia się skrzeplin w jamie tętniaka (Folia Cardiol. 2003; 10(2): 213-217). Dodatkowo na podstawie analizy własnego materiału udokumentowano, że zamykanie tętniaków rzekomych poprzez podawanie trombiny pod kontrolą USG jest procedurą wysoce skuteczną i może być bezpiecznie stosowana zamiast leczenia operacyjnego (Post Kardiol Interw. 2009;5(3): 129-136).

V. Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego i zagrożenie chorobami układu krążenia

Prace poglądowe opublikowane na początku lat 90. były jednymi z pierwszych prób przedstawienia osobom zdrowym czym są czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego i omówienia zagrożeń wynikających z chorób serca (Polskie Towarzystwo Przyjaciół Serca i Życia, 1990, 58 s, Instytut Kardiologii, [1992], 15s, Instytut Kardiologii, [1993], 16 s).

W ramach programu POL-Monica bis, analizowano częstość występowania nadwagi i otyłości, a także ich związek z zaburzeniami metabolicznymi w wybranych populacjach Polski (Med Metab. 2003; 7(2):16-24). Analizując populacje dwóch regionów Polski wykazano istotny wzrost masy ciała wraz z wiekiem, przy czym odsetek nadwagi i otyłości był wyższy w Warszawie, niezależnie od grupy wieku. Częstość otyłości brzusznej także wzrastała z wiekiem w obu populacjach, przy czym był on wyższy u kobiet w porównaniu z mężczyznami (Med Metab. 2003; 7(2): 8-15). W populacji polskiej wzrost masy ciała zwiększał ryzyko zaburzeń metabolicznych. Na podstawie tych danych wykazaliśmy, że o ile u mężczyzn zarówno indeks masy ciała jak obwód tali mają porównywalne znaczenie prognostyczne, to w odniesieniu

do kobiet wyliczone globalne ryzyko sercowo-naczyniowe jest niedoszacowane i powinno być zawsze uzupełnione o pomiary talii (Med Metab. 2003; 7(2):16-24)

W celu określenia czynników odpowiedzialnych za zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu krążenia przeprowadzono analizę czynników ryzyka i parametrów demograficznych w latach 1984-2001. Zaobserwowano, że działania prewencyjne spowodowały spadek nasilenia czynników ryzyka zmniejszając tym samym ryzyko zgonów z powodu chorób układu krążenia. Z przeprowadzonych analiz wynika, że największe znaczenie miało zaprzestanie palenia, a także redukcja ciśnienia skurczowego (Kardiol Pol. 2003; 58(5): 344-349).

W kolejnej pracy oceniałem czynniki rokownicze w populacji chorych poddanych zabiegom angioplastyki naczyń wieńcowych. Oprócz standardowych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w analizie uwzględniono także predyspozycje genetyczne. Na podstawie oceny polimorfizmów wytypowanych genów udokumentowałem, że polimorfizmami o potencjalnym znaczeniu rokowniczym były zmienności genów dla angiotensynogenu i selektyny E. Niemniej jednak dominujące znaczenie miało nasilenie czynników ryzyka związanych z metabolizmem lipidów (Kardiol Pol. 2011;69(9): 881-888).

VI. Niewydolność serca – epidemiologia, rokowanie, przebudowa

W ramach inicjatyw związanych z programem IMPROVEMENT powstała praca opisująca zasady opieki nad chorymi z niewydolnością serca w Polsce, dostępność do diagnostyki, a także jakość opieki zdrowotnej zgodnej ze standardami postępowania (Eur J Heart Fail, 2002; 4(2): 215-219).

W kolejnych latach zrealizowano szereg projektów weryfikujących stan rzeczywisty opieki nad chorymi z niewydolnością serca. Pod koniec lat 90. przeprowadzone zostało badanie oceniające sposób leczenia pacjentów z niewydolnością serca. Opublikowana praca, jako jedna z pierwszych, weryfikowała rzeczywisty obraz postępowania z ambulatoryjnymi chorymi z niewydolnością serca. Była to program ogólnopolski. Na podstawie uzyskanych danych możliwe było przeprowadzenie oceny zmian w strategii postępowania z tą populacją od czasu przeprowadzenia ogólnoeuropejskiego badania IMPROVEMENT. Niewątpliwą olbrzymią wartością tej

str. 16

pracy była ocena ponad 10000 chorych z rozpoznaniem niewydolności serca, spośród osób zgłaszających się do przychodni. Uzyskane informacje potwierdziły poprawę jakości leczenia tej grupy chorych, ACEI stosowane były w 68% przypadków, a beta blokery u 22% osób, przy czym codzienna praktyka lekarska nadal wyraźnie różniła się od wytycznych. Praca ta pomimo swoich ograniczeń, wynikających z przyjętych kryteriów diagnostycznych opartych jedynie na wpisach w dokumentacji medycznej, bez obiektywnej weryfikacji rozpoznania, stanowiła punkt wyjścia do ustalenia dalszych działań zmierzających do poprawy jakości opieki nad tą grupą chorych (Int J Cardiol. 2004; 95(2/3): 177-184, Folia Cardiol. 2004; 11(10): 707-718). Poza cytowaniami w pracach oryginalnych i poglądowych (11 cytowań) wyniki prac zostały wykorzystane w trakcie przygotowywania praktycznych zaleceń odnośnie farmakoterapii w niewydolności serca (Eur J Heart Fail 2005; 7: 710-721).

W dalszym etapie badań oceniałem populację szpitalną. W tym przypadku analizowałem pacjentów przyjmowanych zarówno do oddziałów internistycznych jak i kardiologicznych, u których rozpoznanie niewydolności serca było weryfikowane w sposób obiektywny. Uzyskane wyniki wskazywały na skuteczność działań edukacyjnych wśród lekarzy wykazując wzrost częstości stosowania zalecanej farmakoterapii. ACEI były stosowane w ponad 80% przypadków, a leki beta adrenolityczne u ponad 30%. Niemniej jednak pomimo pewnej poprawy, nadal dawkowanie leków przedłużających przeżycie było na bardzo niskim poziomie (Folia Cardiol Exc. 2008; 3(6-7): 323-334).

Kontynuacją projektów ukierunkowanych na poprawę jakości opieki nad chorymi z niewydolnością serca i poprawę współpracy chorych, było przygotowanie projektu edukacyjnego dla chorych z niewydolnością serca, w ramach programu POLKARD. Był to unikalny program w Polsce, w którym po raz pierwszy zdecydowano się na interwencję edukacyjną w populacji chorych z niewydolnością serca. Po raz pierwszy po roku 2000, po uaktualnieniu zaleceń obejmujących nowoczesne zasady farmakoterapii, ocenie poddano populację ogólnopolską. Do badania włączono grupę ponad 800 chorych ambulatoryjnych, u których rozpoznanie niewydolności serca było weryfikowane w sposób obiektywny lub w oparciu o dane kliniczne i nieprawidłowe wyniki innych badań. Częściowe dane dotyczące charakterystyki tej populacji przedstawiłem w publikacji (Kardiologia Pol. 2011;69(1): 24-

31). Wyniki tej publikacji zostały wykorzystane podczas przygotowywania stanowiska grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Kardiologia Polska 2012;70:1081-1094).

Ostatnią publikacją (Pol Arch Med Wewn. pii: AOP_13_059 Published online: October 25, 2013) dotyczącą zagadnienia epidemiologii niewydolności serca była praca dostarczająca najnowszych danych o trendach przeżywalności chorych z niewydolnością serca w Polsce w okresie ostatnich 30 lat obserwacji. Praca, ta biorąc pod uwagę długi okres obserwacji dostarcza unikalnych danych o zagrożeniach związanych ze wzrastającą częstością występowania niewydolności serca w populacji ogólnej. Jak wynika z uzyskanych informacji, na podstawie kart zgonów, po początkowym okresie spadku zgonów spowodowanych niewydolnością serca, od co najmniej kilku lat nastąpiło odwrócenie trendów i niewydolność serca jest coraz częściej podawana jako przyczyna zgonów. Zwłaszcza niepokojącym faktem jest wzrastający współczynnik zgonów z powodu niewydolności serca w młodszych grupach wieku.

Dalszym etapem oceny populacji chorych z niewydolnością serca była praca dotycząca pacjentów skierowanych do ośrodków referencyjnych w celu kwalifikacji do transplantacji serca (Cardiol J. 2012;19(1): 36-44). Na podstawie uzyskanych danych zostały wytypowane parametry predykcyjne rokowania w tej populacji, do których należały zaawansowanie choroby (klasa IV wg. NYHA), HFFSS, a także stężenia NT-proBNP. Również i ta praca była pierwszym doniesieniem charakteryzującym polską populację chorych z niewydolnością serca w najbardziej zaawansowanych stadiach choroby i dostarczająca informacji o rokowaniu w tej grupie pacjentów.

Uzupełnieniem powyższej pracy była publikacja dotycząca oceny parametrów wpływających na rokowanie chorych kwalifikowanych do transplantacji serca. Wykazaliśmy, że rokowanie chorych jest najgorsze w grupie pacjentów z najwyższą częstością rytmu serca, niezależnie od typu rytmu (migotanie lub rytm zatokowy) (Ann Transplant. 2010; 15(1): 25-31).

W innym doniesieniu analizowaliśmy zmiany w homeostazie jonów żelaza w grupie pacjentów z niewydolnością serca. W analizowanych próbkach zarejestrowaliśmy obniżenie stężenia żelaza w surowicy krwi, niemniej jednak na

podstawie uzyskanych danych stwierdziliśmy, że stężenie żelaza w surowicy nie jest jednoznaczne ze stężeniem żelaza w mięśniu sercowym. Dodatkowo zaobserwowano, że w grupie osób z obniżonym stężeniem żelaza zmniejszone było również stężenie ferrytyny w mięśniu sercowym (Int J Cardiol. 2012; 159(1):47-52)

b. Staże krajowe i zagraniczne

- 01.1990-12.1990 Samodzielna Pracownia Hemodynamiki Instytutu Kardiologii
- 03.1995-03.1998 Laboratory of Cardiovascular Sciences of Gerontology Research Center, National Institutes of Health

Udział w kursach i szkoleniach poszerzających wiedzę naukową:

- 03.1992 Seminarium poświęcone niewydolności serca, Cambridge,
- 05.1993 Kurs statystyczny : Eksperymenty Kliniczne , 05/1993, organizowany przez Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawie i University of North Carolina,
- 09.1994 Kurs z epidemiologii: 27th International Society and Federation of Cardiology Ten Day Teaching Seminar on Cardiovascular Epidemiology and Prevention, 08-09/1994, La Coruna, Hiszpania
- 10.1994 - Kurs zaawansowany z biostatystyki i podstaw epidemiologii organizowany przez Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawie i University of North Carolina and National Heart, Lung and Blood Institute, Warszawa,
- 05.1999 - New trends in Cardiovascular Physiology- European Heart House, Sophia Antipolis- kurs organizowany przez ESC, Sophia Antipolis
- 05.2000 -Letnia Szkoła Edukatorów Nadciśnienia Tętniczego, organizowana przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Majorka
- 10.2001 - Advanced Vascular Biology- European Heart House, Sophia Antipolis- kurs organizowany przez ESC

c. Członkostwo w Towarzystwach Naukowych /Recenzent w czasopismach naukowych

Członkostwo w towarzystwach naukowych:

- Klubu „30” Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
- Sekcja Niewydolności Serca PTK (w latach 2011-2013 sekretarz sekcji)
- Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC)
- Sekcja Niewydolności Serca ESC

Recenzent:

- International Journal of Cardiology
- Kardiologia Polska
- Polski Przegląd Kardiologiczny
- Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej

d. Nagrody i wyróżnienia

- Najlepszy program statutowy w 1997 roku - Laboratory of Cardiovascular Science, NIA, NIH- Can endurance exercise training improve endothelial function in older men ?
- Wyróżnienie nadane przez Radę Naukową Instytutu Kardiologii za obronę pracy doktorskiej 2000 rok

e. Udział w projektach i grantach badawczych

Granty KBN i MZiOS:

1. Wpływ wydolności fizycznej na funkcje śródbłonna – kierownik grantu (grant promotorski) 1998
2. Układ adrenergiczny w przeciążeniu objętościowym lewej komory serca – wykonawca, 2000

3. Zmiany ekspresji genów kodujących białka wpływające na metabolizm wapnia w mięśniu serca w przeciążeniu objętościowym oraz upośledzeniu napełniania lewej komory serca – wykonawca, 2002
4. Ocena morfologii oraz przebudowy zmian miażdżycowych odpowiedzialnych za wystąpienie ostrego incydentu wieńcowego w porównaniu z innymi blaszkami miażdżycowymi u tych samych chorych z ostrym incydemem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST-T. Badanie z użyciem echa wewnątrz naczyniowego- wykonawca - wykonawca
5. Zintegrowany program opieki ambulatoryjnej nad chorymi z niewydolnością serca-POLKARD- program Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. 2003-2005 - kierownik projektu
6. - Ocena odległa skuteczności edukacji pacjentów z niewydolnością serca i ich rodzin na zachowania prozdrowotne i rokowanie tej grupy chorych, wraz z oceną epidemiologiczną tej populacji, w ramach "Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006-2008 - POLKARD" – kierownik projektu

Prace statutowe:

1. Ocena stopnia rozwoju zmian w naczyniach wieńcowych oraz w naczyniach obwodowych u pacjentów po ortotopowym przeszczepie serca 2003– wykonawca
2. Prospektywna ocena przyczyn, charakteru i odwracalności uszkodzenia wątroby u chorych z zaawansowaną niewydolnością serca 2004 – wykonawca.
3. Analiza zmian ekspresji genów kodujących białka kluczowe dla metabolizmu żelaza w procesie niewydolności serca 2004- wykonawca
4. Ogólnopolski rejestr chorych zakwalifikowanych do przeszczepu i po przeszczepie serca z oceną pilności zabiegu i rokowania – diagnostyka molekularna 2005 - wykonawca
5. Czynniki genetyczne a odległa ocena ryzyka po przeskrónych zabiegach rewaskularyzacji 2007- kierownik

6. Algorytmy prognostyczne w niewydolności serca w oparciu o biomarkery biochemiczne i neurohormonalne, profil sercowo-naczyniowy oraz parametry nerkowe 2011- kierownik
7. Zmiany ekspresji peptydów natriuretycznych oraz ekspresji i funkcji ich receptorów w zaawansowanej niewydolności serca 2011 – wykonawca
8. Rejestr niewydolności serca 2012 – kierownik

Inne projekty badawcze:

1. European Heart Survey- Heart Failure – główny wykonawca projektu, 2000 ,
2. European Heart Survey - Acute Coronary Syndrome – współwykonawca projektu, 2001

Prace własne Instytutu Kardiologii:

1. Ultrasonograficzne rozpoznanie, ocena i monitorowanie leczenia powikłań kaniulacji tętnicy udowej – wykonawca, 2000

f. Inne formy działalności dydaktycznej

SZKOLENIA:

- prowadzenie wykładów i szkoleń z niewydolności serca dla lekarzy POZ w ramach inicjatywy IMPROVEMENT
- prowadzenie wykładów z niewydolności serca w ramach kursów organizowanych przez Instytut Kardiologii oraz CMKP
- Organizacja i aktywne uczestnictwo (wykład) w polsko-amerykańskim sympozjum poświęconym niewydolności serca

WYKŁADY:

- Salutary effect of exercise training on endothelial function in older adults. GRC, NIH, Baltimore, USA 12.97
- Endothelial function in older individuals. Polish -Chinese Symposium, National Institute of Cardiology, Warszawa 03.2001.
- Posiedzenie Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Elblągu - Postępy w leczeniu niewydolności serca. Elbląg 03.2003
- Posiedzenie Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Stalowej Woli - Wyniki Badania Europa, Stalowa Wola 09.2003
- Od nadciśnienia do niewydolności serca- Konferencja Ogólnopolska Lekarzy Rodzinnych, Rajgród 05.2004
- Niewydolność serca w praktyce lekarza POZ oraz w lecznictwie szpitalnym w Polsce. I Konferencja Pisma folia Cardiologica- Diagnostyka i leczenie niewydolności serca. Sesja pt.: Niewydolność serca wyzwanie dla lekarza praktyka. Warszawa 12. 2004
- Co powinniśmy wiedzieć i o co chcemy zapytać? - XIII Sympozjum Naukowo-szkoleniowe Instytutu Kardiologii w Warszawie –11.2006.
- Rola edukacji chorych i rodzin V Konferencja "Kardiologia Wieku Podeszłego" , Kraków 03.2007
- Epidemiologia niewydolności serca. Sesja: Niewydolność serca. V Konferencja Kardiologia i Praktyka, Warszawa 03.2009
- Biomarkery w diagnostyce niewydolności serca, XVI Sympozjum Instytutu Kardiologii - Biomarkery w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Sesja: Biomarkery w niewydolności serca, Warszawa, 11.2009
- Jak uzyskać kompensację krążenia w warunkach ambulatoryjnych - algorytm postępowania w trudnych sytuacjach codziennej praktyki (niskie ciśnienie tętnicze, wolny rytm serca, podwyższone stężenie kreatyniny, potasu, itp). XVIII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna i XII Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej. Zabrze 06.2011
- Praktyczne spojrzenie na problemy terapii chorych z niewydolnością

serca. Chory z niewydolnością serca- praktyczne problemy kliniczne,
Posiedzenie oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa
Kardiologicznego, Warszawa, 10.2011r

- Oporna niewydolność serca - Chory wymagający przeszczepu serca.
Symposium naukowe Instytutu Kardiologii – 11.2012
- The limits of effective heart failure pharmacotherapy – what next ? XX
Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna, Zabrze 06.2013
- Zmiana trybu życia i farmakoterapia. XX Międzynarodowa Konferencja
Kardiologiczna, Zabrze 06.2013
- Leczenie HFPEF – czy są jakieś perspektywy ? Konferencja sekcji
niewydolności serca , Kraków 06.2013

Prowadzenie sesji na kongresach oraz członkostwo w komitetach naukowych konferencji

- Prowadzenie sesji naukowych na kongresach PTK
- Członkostwo komitetów naukowych sesji Sekcji Niewydolności Serca PTK oraz Symposium Instytutu Kardiologii

Doniesienia na międzynarodowych i krajowych konferencjach tematycznych:

- Autor lub współautor ponad 70 doniesień zjazdowych na konferencjach krajowych i zagranicznych

Tomasz Ryuch

Załącznik nr 1. Życiorys naukowy

W latach 1983-1989 studiowałem na II Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie Warszawski Uniwersytet Medyczny). W trakcie studiów zorganizowałem studenckie koło naukowe przy Instytucie Kardiologii, którego opiekunem wówczas była Pani Dr med. Janina Stępińska. Jednocześnie uczestniczyłem w pracach Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej w ramach ¼ etatu jako pielęgniarz. W ramach praktyk wakacyjnych w roku 1986 pracowałem w St. Mary's Hospital w Londynie, a w roku 1988 w The Middlesex Hospital Medical School, także w Londynie. Dodatkowo w latach 1986 i 1987 uczestniczyłem w działalności naukowej Departamentu Statystyki Medycznej i Epidemiologii w London School of Hygiene and Tropical Medicine pod kierownictwem Prof. Geoffrey'a Rose. W trakcie stażu w tym ośrodku uczestniczyłem w opracowanie statystyczne prowadzonym tam projektów. Po ukończeniu studiów, rozpocząłem staż podyplomowy w Klinice Wad Serca Instytutu Kardiologii oraz w szpitalach warszawskich.

Po zakończeniu stażu podyplomowego rozpocząłem pracę w Instytucie Kardiologii w Klinice Wad Serca Instytutu Kardiologii pod kierownictwem Doc. Dr hab. med. Jerzego Korewickiego. W pierwszym roku zostałem oddelegowany na staż do Samodzielnej Pracowni Hemodynamiki Instytutu Kardiologii kierowanej przez Pana Dr Zbigniewa Purzyckiego. W trakcie szkolenia w pracowni wykonałem kilkaset badań diagnostycznych (koronarografii oraz cewnikowań krążenia płucnego) chorych z chorobami układu krążenia.

W 1993 roku zdałem część kliniczną egzaminu nostryfikacyjnego ECFMG i w tym samym roku w listopadzie uzyskałem tytuł specjalisty chorób wewnętrznych I stopnia, a w następnych miesiącach stanowisko asystenta Instytutu Kardiologii. W ramach dalszych szkoleń uczestniczyłem w kursach statystycznych organizowanych przez Instytut Kardiologii i University of North Carolina (Clinical Experiments – 1993 oraz w Intermediate Biostatistics and Basic in Epidemiology – 1994), a także w kursie z epidemiologii - 27th International Society and Federation of Cardiology Ten Day Teaching Seminar on Cardiovascular Epidemiology and Prevention, 09.1994.

W 1994 roku wystąpiłem do Gerontology Research Center w Baltimore,

działającego w ramach National Institutes of Health, o stypendium szkoleniowe, które uzyskałem w 1995 roku. W ramach uzyskanego stypendium (stypendium Fogarty'ego z NIH) w latach 1995-1998 pracowałem w Laboratory of Cardiovascular Sciences (LCS) of Gerontology Research Center, National Institutes of Health kierowanym przez Dr. E. Lakattę. Moim opiekunem w trakcie stażu był Dr J. Fleg. Zarówno Dr Lakatta jak i Dr Fleg byli ekspertami w dziedzinie zmian zachodzących z wiekiem w układzie sercowo-naczyniowym. W trakcie pracy w tym ośrodku prowadziłem badania oceniające zmiany zachodzące w układzie krążenia związane z wiekiem w ramach badania populacyjnego Baltimore Longitudinal Study of Aging. Byłem odpowiedzialny za wykonywanie testów oceniających przebudowę naczyniową (tzw. augmentataion index oraz pulse wave velocity), a także zmiany w wydolności fizycznej w badaniach ergospirometrycznych i tradycyjnych testach wysiłkowych. Dane uzyskane w trakcie realizacji tego projektu posłużyły do przygotowania doniesień zjazdowych, a także publikacji naukowych dotyczących przebudowy naczyniowej wraz z wiekiem. Ponadto opracowania danych pozwoliły na opublikowanie w Circulation dwóch nowatorskich prac zwracających uwagę na istotność prognostyczną zmian elektrokardiograficznych w populacji chorych asymptomatycznych. W związku z zainteresowaniem się tematyką naczyniową w zainicjowałem w LCS oznaczanie funkcji śródbłonka metodą przekrwienia biernego wg. metodyki zaproponowanej przez Dr Davida Celermajera z Australii. W ramach tej aktywności prowadziłem projekt oceniający funkcję śródbłonka u wytrenowanych osób w podeszłym wieku, które regularnie brały udział w maratonach. Wyniki uzyskane dla tej populacji były porównywane ze standardową populacją ogólną. Wstępne dane posłużyły do uzyskania grantu promotorskiego KBN "Wpływ wydolności fizycznej na funkcję śródbłonka", który zakończony został obroną doktoratu w grudniu 1999 roku.

Po zakończeniu stypendium aktywnie uczestniczyłem w działalności naukowej i dydaktycznej kliniki. W związku ze zmianą profilu kliniki, z II Kliniki Wad Serca na Klinikę Niewydolności Serca włączyłem się aktywnie do działalności dydaktycznej i naukowej. W ramach współpracy z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym w latach 1999-2000 prowadziłem w Warszawie EuroHeart Survey-Heart Failure, a w latach 2000-2001 byłem współprowadzącym EuroHeart Survey – Acute Coronary

Syndrome.

W roku 2001 zdałem egzamin specjalizacyjny z interny II stopnia, a kilka miesięcy później uzyskałem stanowisko adiunkta Instytutu Kardiologii. W tym samym roku uczestniczyłem w przygotowywaniu multimedialnego kursu edukacyjnego dla lekarzy „Niewydolność Serca” w ramach projektu IMPROVEMENT, którego celem była poprawa jakości leczenia tej grupy pacjentów.

W roku 2004 w ramach współpracy polsko-amerykańskiej uczestniczyłem w przygotowaniu i prowadzeniu sympozjum poświęconego niewydolności serca. W ramach tej inicjatywy przeprowadzono interaktywną sesję edukacyjną z udziałem ekspertów amerykańskich i polskich, która była transmitowana do wybranych ośrodków w Polsce.

W kolejnych latach zgłosiłem projekty badawcze na konkurs Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w ramach Programu Polkard na lata 2003-2005 oraz lata 2006-2008. Oba projekty zyskały akceptację i pozwoliły na prowadzenie wieloośrodkowego programu autorskiego oceniającego ambulatoryjną populację chorych z niewydolnością serca oraz skuteczność działań edukacyjnych w tej grupie. Był to nowatorski projekt, dzięki któremu po raz pierwszy po roku 2000 zebrano informacje o populacji ambulatoryjnej pacjentów z niewydolnością serca w Polsce. Również po raz pierwszy zebrano informacje na temat jakości życia i wsparcia społecznego tej populacji chorych. Wyniki z tych programów zostały opublikowane w formie monografii załączonej do wniosku.

W roku 2009 w ramach rozwoju zawodowego zdałem egzamin specjalizacyjny z kardiologii. W kolejnym latach nadal aktywnie uczestniczyłem w działalności naukowej kliniki, prowadząc również samodzielnie projekty naukowe.

Tomasa Rybczy

