

Autoreferat

1. Imię i Nazwisko: Artur Dziewierz

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe / artystyczne – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

- 2001 rok – lekarz medycyny (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Kraków) – dyplom ukończenia studiów z wynikiem bardzo dobrym
- 2008 rok – doktor nauk medycznych (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Kraków) – rozprawa pt. „Oporność na leczenie klopidogrelem u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca.” – promotor: Prof. dr hab. med. Jacek S. Dubiel
- 2010 rok – specjalista chorób wewnętrznych (Centrum Egzaminów Medycznych, Łódź)
- Od 2011 roku – w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/ artystycznych.

- 2002-2005 rok – studia doktoranckie na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie
- Od grudnia 2002 roku – asystent w Oddziale Klinicznym II Kliniki Kardiologii, Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
- Od lutego 2011 roku – starszy asystent w Oddziale Klinicznym II Kliniki Kardiologii, Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

4. Wskazanie osiągnięcia* wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o 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 stanowi cykl sześciu publikacji dotyczących czynników rokowniczych u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym leczonym zachowawczo. Ich sumaryczny *impact factor* (IF) wynosi 9,688.

1. Dziewierz A, Siudak Z, Rakowski T, Mielecki W, Giszterowicz D, Dubiel JS, Dudek D. More aggressive pharmacological treatment may improve clinical outcome in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes treated conservatively. Coron Artery Dis. 2007;18(4):299-303. **(IF=1,556)**
2. Dziewierz A, Giszterowicz D, Siudak Z, Rakowski T, Mielecki W, Suska M, Dubiel JS, Dudek D. Impact of admission glucose level and presence of diabetes mellitus on mortality in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome treated conservatively. Am J Cardiol. 2009;103(7):954-8. **(IF=3,575)**
3. Dziewierz A, Giszterowicz D, Siudak Z, Rakowski T, Dubiel JS, Dudek D. Admission glucose level and in-hospital outcomes in diabetic and non-diabetic patients with acute myocardial infarction. Clin Res Cardiol. 2010;99(11):715-21. **(IF=3,466)**
4. Dziewierz A, Siudak Z, Dykła D, Rakowski T, Mielecki W, Dubiel JS, Dudek D. Management and mortality in patients with non-ST-segment elevation vs. ST-segment elevation myocardial infarction. Data from the Malopolska Registry of Acute Coronary Syndromes. Kardiologia Pol. 2009;67(2):115-120. **(IF=0,568)**
5. Dziewierz A, Siudak Z, Rakowski T, Brzeziński M, Zdzienicka J, Mielecki W, Dubiel JS, Dudek D. Relationship between chronic obstructive pulmonary disease and in-hospital management and outcomes in patients with acute myocardial infarction. Kardiologia Pol. 2010;68(3):294-301. **(IF=0,523)**
6. Dziewierz A, Siudak Z, Rakowski T, Jakała J, Dubiel JS, Dudek D. Prognostic significance of new onset atrial fibrillation in acute coronary syndrome patients treated conservatively. Cardiol J. 2010;17(1):57-64.

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

Celem przedstawionej pracy habilitacyjnej było określenie wpływu wybranych czynników modyfikowalnych (rodzaj stosowanej farmakoterapii, poziom glikemii przy przyjęciu) i niemodyfikowalnych (obecność współistniejącej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, obecność uniesień odcinka ST w elektrokardiogramie, wystąpienie migotania przedsionków) na przebieg hospitalizacji i rokowanie pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. W tym celu wykorzystano dane 1414 kolejnych pacjentów z 29 szpitali biorących udział w Małopolskim Rejestrze Ostrych Zespołów Wieńcowych w okresie od lutego do marca 2005 roku, oraz od grudnia 2005 do stycznia 2006 roku. Pierwotnym celem rejestru była ocena częstości wdrażania diagnostyki i leczenia inwazyjnego, rodzaju stosowanej farmakoterapii oraz osiąganych wyników leczenia w Małopolsce.

Celem pracy pod tytułem: “More aggressive pharmacological treatment may improve clinical outcome in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes treated conservatively” było określenie wpływu bardziej agresywnej farmakoterapii oraz jej zgodności z zaleceniami postępowania na rokowanie pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST leczonym zachowawczo. W grupie 1414 chorych zidentyfikowano 979 pacjentów z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST. Spośród nich 172 chorych było transferowanych celem diagnostyki i leczenia inwazyjnego. Ostatecznie grupę badaną stanowiło 807 chorych leczonych zachowawczo. Dla każdego pacjenta na podstawie rodzaju stosowanego leczenia farmakologicznego w trakcie hospitalizacji określono autorski „wskaźnik farmakoterapii”. Każdy z pacjentów otrzymywał po jednym punkcie za każdy z stosowanych u niego rekomendowanych przez wytyczne leków: kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel, dożylny inhibitor receptora płytkowego GPIIb-IIIa, heparynę drobnocząsteczkową, beta-bloker, inhibitor konwertazy angiotensyny / bloker receptora angiotensynowego, oraz statynę (zakres punktów od 0 do 7). Średnia wartość wskaźnika farmakoterapii wynosiła $4,3 \pm 1,1$ punktów. Większość pacjentów (43,7%) otrzymała 5 punktów, przy czym żaden z pacjentów nie uzyskał wartości maksymalnej 7 punktów (0 punktów – 0,6%, 1 punkt – 1,4%, 2 punkty – 5,7%, 3 punkty – 13,1%, 4 punkty – 29%, 5 punktów – 43,7%, 6 punktów – 6,5%, 7 punktów – 0%). Wyższe wartości wskaźnika stwierdzono wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym oraz udokumentowaną chorobą

niedokrwinną serca. Pacjenci z wysokimi wartościami wskaźnika farmakoterapii rzadziej byli we wstrząsie kardiogenym, mieli przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i cukrzycę niż chorzy z niskimi wartościami wskaźnika. Śmiertelność wewnątrzszpitalna w badanej populacji wynosiła 5,3%. Zaobserwowano spadek śmiertelności wraz ze wzrostem wartości wskaźnika farmakoterapii (0 punktów – śmiertelność 80%, 1 punkt – 36,4%, 2 punkty – 17,4%, 3 punkty – 7,6%, 4 punkty – 5,6%, 5 punktów – 1,7%, 6 punktów – 0%; $p < 0,0001$). Zależność pomiędzy wartościami wskaźnika farmakoterapii a śmiertelnością wewnątrzszpitalną została potwierdzona również dla podgrupy chorych bez wstrząsu kardiogenego. W analizie wieloczynnikowej metodą regresji Coxa niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia zgonu były wstrząs kardiogeny, ryzyko określone wg skali TIMI Risk score, niewydolność nerek i wskaźnik farmakoterapii. W powyższym badaniu wykazałem obecność korzyści z intensyfikacji leczenia farmakologicznego u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym leczonym zachowawczo. Wyniki pracy potwierdziły ponadto wnioski z wcześniejszych analiz dotyczących zależności pomiędzy zgodnością leczenia z wytycznymi a rokowaniem pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. Z drugiej strony było to pierwsze badanie pokazujące przydatność prostego wskaźnika oceniającego stosowane leczenie farmakologiczne w prognozowaniu śmiertelności wewnątrzszpitalnej u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST leczonym zachowawczo. W pracy Dziewierz A i wsp. „In-hospital management and mortality in elderly patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes treated in centers without on-site invasive facilities.” *Cardiol J.* 2008;15(5):451-459 wskaźnik ten był przydatny do wykazania niedostatecznej intensyfikacji leczenia farmakologicznego u pacjentów w wieku podeszłym, czyli pacjentów o wysokim ryzyku powikłań sercowo-naczyniowych w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego. Wskaźnik ten został wykorzystany również w pracy autorstwa Hae Chang Jeong i wsp. *Circ J* 2008;72:1403-1409 oceniającej wyniki leczenia zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST w koreańskim rejestrze ostrych zespołów wieńcowych (KAMIR). Powyższe opracowanie wchodziło w skład cyklu prac będących podstawą do uzyskania Zespołowej Nagrody Stołecznego Królewskiego Miasta Krakowa w dziedzinie nauka i technika w roku 2010.

Celem pracy pod tytułem: “Impact of admission glucose level and presence of diabetes mellitus on mortality in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome treated conservatively” było określenie wpływu poziomu glikemii przy przyjęciu do szpitala

na rokowanie pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST leczonym zachowawczo. Wykorzystano dane 807 chorych z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST leczonym zachowawczo (z grupy 1414 chorych włączonych do Małopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego). Grupę badaną stanowił 763 pacjentów, u których przy przyjęciu oznaczono poziom glikemii w surowicy krwi. Dla celów analizy pacjenci zostali podzieleni na podstawie glikemii przy przyjęciu do szpitala na pięć grup (<5; 5-6,9; 7-8,9; 9-10,9; oraz ≥ 11 mmol/l). Średni poziom glikemii przy przyjęciu wynosił $6,1 \pm 2,8$ mmol/l. Odpowiednio 185 (24,2%) pacjentów miało poziom glikemii <5; 386 (50,6%) poziom 5-6,9; 83 (10,9%) poziom 7-8,9; 51 (6,7%) poziom 9-10,9 i 58 (7,6%) poziom ≥ 11 mmol/l. Pacjenci z wyższymi wartościami glikemii przy przyjęciu byli pacjentami o wyższym ryzyku i częściej stwierdzano u nich bardziej zaawansowany wiek, cukrzycę, objawy niewydolności serca w wywiadzie, wstrząs kardiogeny, oraz podwyższony poziom wskaźników martwicy mięśnia sercowego. Śmiertelność wewnątrzszpitalna w badanej grupie wyniosła 4,7% i była wyższa u pacjentów z wyższymi wartościami glikemii przy przyjęciu - odpowiednio dla poszczególnych przedziałów glikemii 0,5%; 2,6%; 7,2%; 9,8% oraz 24,1%; $p < 0,0001$. Obserwowana różnica w śmiertelności została potwierdzona dla podgrup pacjentów z i bez cukrzycy, oraz z i bez wstrząsu kardiogenego przy przyjęciu. W analizie wieloczynnikowej metodą regresji Coxa niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia zgonu były wiek, wstrząs kardiogeny, glikemia przy przyjęciu, przewlekła obturacyjna choroba płuc oraz niewydolność nerek. Zależność pomiędzy glikemią przy przyjęciu a rokowaniem w ostrym zespole wieńcowym była raportowana wcześniej, natomiast powyższe badanie było pierwszym pokazującym wpływ glikemii na śmiertelność w specyficznej grupie chorych – chorych leczonych zachowawczo w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST. Wykazano ponadto, że niekorzystny wpływ hiperglikemii przy przyjęciu (glikemia > 7 mmol/l) może być bardziej wyrażony wśród pacjentów bez rozpoznanej cukrzycy, niż z uprzednio rozpoznaną i leczoną cukrzycą. Natomiast rokowanie pacjentów z cukrzycą było mniej zależne od poziomu glikemii przy przyjęciu i ulegało istotnemu pogorszeniu w przypadku pacjentów z glikemią ≥ 11 mmol/l.

Celem pracy pod tytułem: “Admission glucose level and in-hospital outcomes in diabetic and non-diabetic patients with acute myocardial infarction” było określenie wpływu poziomu glikemii przy przyjęciu do szpitala na śmiertelność i wystąpienie innego rodzaju powikłań wewnątrzszpitalnych u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego leczonym

zachowawczo. Wśród 1414 kolejnych pacjentów z 29 szpitali biorących udział w Małopolskim Rejestrze Ostrego Zespołu Wieńcowego zidentyfikowano 714 pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (z uniesieniem lub bez uniesienia odcinka ST). Spośród nich 607 pacjentów miało dostępne dane dotyczące glikemii przy przyjęciu i stanowili oni grupę badaną. Pacjenci zostali podzieleni na podstawie glikemii przy przyjęciu do szpitala na trzy grupy ($<7,8$; $7,8-11,0$ oraz $\geq 11,1$ mmol/l). Średni poziom glikemii przy przyjęciu wynosił $7,2 \pm 3,9$ mmol/l. Odpowiednio 434 (71,5%) pacjentów miało poziom glikemii $<7,8$; 107 (17,6%) poziom $7,8-11,0$ i 66 (10,9%) poziom $\geq 11,1$ mmol/l. Podobnie jak w poprzedniej pracy, pacjenci z wyższymi wartościami glikemii przy przyjęciu byli pacjentami o wyższym ryzyku i częściej stwierdzano u nich bardziej zaawansowany wiek, cukrzycę, wstrząs kardiogeny, oraz uniesienie odcinka ST w zapisie elektrokardiogramu. Poziom glikemii przy przyjęciu nie miał wpływu na podjęcie decyzji o przekazaniu pacjenta celem diagnostyki i leczenia inwazyjnego. W podgrupie 457 chorych leczonych zachowawczo śmiertelność wewnątrzszpitalna wyniosła 14,2%. Obserwowana śmiertelność była wyższa u pacjentów z wyższymi wartościami glikemii przy przyjęciu - odpowiednio dla poszczególnych przedziałów glikemii 8%, 25% oraz 39,1%; $p < 0,001$. W analizie wieloczynnikowej metodą regresji Coxa niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia zgonu były wiek, wstrząs kardiogeny, glikemia przy przyjęciu, przewlekła obturacyjna choroba płuc, oraz obecność uniesienia odcinka ST w zapisie elektrokardiogramu. Hiperglikemia przy przyjęciu była związana ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń rytmu, zaburzeń przewodzenia i/lub obrzęku płuc w trakcie hospitalizacji. W przeciwieństwie do tego nie wykazano zależności pomiędzy hiperglikemią przy przyjęciu a zwiększonym ryzykiem udaru niedokrwienego mózgu, czy też powikłań krwotocznych. Była to jedna z pierwszych prac, która wskazała, że zwiększone ryzyko powikłań wewnątrzszpitalnych, w tym groźnych dla życia zaburzeń rytmu może być jedną z przyczyn zwiększonej śmiertelności u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego i hiperglikemią przy przyjęciu.

Celem pracy pod tytułem: "Management and mortality in patients with non-ST-segment elevation vs. ST-segment elevation myocardial infarction. Data from the Malopolska Registry of Acute Coronary Syndromes" było określenie różnic w postępowaniu wewnątrzszpitalnym i rokowaniu pacjentów z zawałem mięśnia sercowego przebiegającym z uniesieniem i bez uniesienia odcinka ST. Wśród 1414 kolejnych pacjentów z 29 szpitali biorących udział w Małopolskim Rejestrze Ostrego Zespołu Wieńcowego zidentyfikowano

380 pacjentów z zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST i 334 pacjentów z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST. Pacjenci z zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST byli starsi, częściej mieli stwierdzone nadciśnienie tętnicze i zaburzenia gospodarki lipidowej, częściej mieli wywiad choroby niedokrwiennej serca, przebytego zawału serca, oraz niewydolności krążenia niż pacjenci z uniesieniem odcinka ST. Pacjenci z zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST byli rzadziej przekazywani celem diagnostyki i leczenia inwazyjnego niż pacjenci z uniesieniem odcinka ST (w grupie wszystkich pacjentów: 23,9% vs. 41,9%; $p < 0,001$; w grupie pacjentów < 12 godzin od początku objawów: 28,2% vs. 56,1%; $p < 0,001$). Pacjenci z uniesieniem odcinka ST byli leczeni bardziej agresywnie lekami przeciwplatekowymi, w tym dożylnymi inhibitorami receptora płytkowego GPIIb-IIIa. Z drugiej strony rzadziej stosowano u nich statyny, beta-blokery i inhibitory konwertazy angiotensyny niż u pacjentów bez uniesienia odcinka ST. Wśród pacjentów leczonych zachowawczo obserwowana śmiertelność wewnątrzszpitalna była wyższa w grupie chorych z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem niż bez uniesienia odcinka ST (22,7% vs. 12,1%; $p = 0,003$). W analizie wieloczynnikowej metodą regresji Coxa niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia zgonu wśród pacjentów z zawałem mięśnia sercowego leczonym zachowawczo były wiek, wstrząs kardiogeny, przewlekła obturacyjna choroba płuc, oraz obecność uniesienia odcinka ST w zapisie elektrokardiogramu. Powyższa praca wskazała, że pomimo zaleceń towarzystw kardiologicznych pacjenci z zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST byli przekazywani celem diagnostyki i leczenia inwazyjnego rzadziej niż pacjenci z uniesieniem odcinka ST, oraz otrzymywali mniej agresywne leczenie przeciwplatekowe. Pomimo lepszego rokowania wewnątrzszpitalnego w tej grupie chorych, śmiertelność wśród pacjentów z zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST leczonych zachowawczo pozostawała nadal bardzo wysoka.

Celem pracy pod tytułem: "Relationship between chronic obstructive pulmonary disease and in-hospital management and outcomes in patients with acute myocardial infarction" było określenie wpływu współistniejącej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na postępowanie wewnątrzszpitalne i rokowanie pacjentów z zawałem mięśnia sercowego. Wśród 1414 pacjentów włączonych do Małopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych zidentyfikowano 714 pacjentów z zawałem mięśnia sercowego. Pacjenci zostali podzieleni na podgrupy pacjentów z (81 chorych) i bez (633 chorych) przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Jako pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

klasyfikowano pacjentów z wcześniejszym rozpoznaniem tej choroby w wywiadzie leczonych w trakcie hospitalizacji lekami rozszerzającymi oskrzela i/lub sterydami. Pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc byli starsi, częściej z wywiadem choroby niedokrwiennej serca, niewydolności krążenia i udaru mózgu. Ponadto, byli oni rzadziej przekazywani celem diagnostyki i leczenia inwazyjnego w trakcie indeksowej hospitalizacji (12,3% vs. 34,9%; $p < 0,0001$), oraz rzadziej otrzymywali leczenie przeciwpłytkowe (kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel). Współistnienie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc zwiększało istotnie śmiertelność wewnątrzszpitalną wśród pacjentów z zawałem mięśnia sercowego leczonym zachowawczo (29,6% vs. 14,1%; $p = 0,002$). Ten niekorzystny wpływ był niezależny od wieku, wystąpienia wstrząsu kardiogenego, czy też obecności uniesienia odcinka ST w zapisie elektrokardiogramu, co potwierdzono w testach oddziaływania i analizie wieloczynnikowej metodą regresji Coxa. Powyższe badanie było pierwszym doniesieniem dotyczącym niekorzystnego wpływu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na rokowanie wewnątrzszpitalne pacjentów z zawałem mięśnia sercowego. Wcześniejsze dane z prac naukowych wskazujące na istnienie takiej zależności były ograniczone do pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową leczonych zabiegami przezskórnej interwencji wieńcowej lub pomostowania aortalno-wieńcowego. Obserwowane różnice w postępowaniu i rokowaniu mogły być związane częściowo z wyższym profilem ryzyka pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Z drugiej strony sama przewlekła obturacyjna choroba płuc, jako przewlekła choroba zapalna może przyspieszać rozwój miażdżycy i wystąpienia jej powikłań.

Celem pracy pod tytułem: “Prognostic significance of new onset atrial fibrillation in acute coronary syndrome patients treated conservatively” była ocena związku między świeżo wykrytym epizodem migotania przedsionków a leczeniem szpitalnym i śmiertelnością u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym przyjętych do ośrodków pozbawionych bezpośredniego dostępu do pracowni hemodynamicznej. Wśród 1414 pacjentów włączonych do Małopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego zidentyfikowano 1313 pacjentów z ostatecznym rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego (zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST, zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST, niestabilna dławica piersiowa). Spośród nich, 312 chorych było transferowanych celem diagnostyki i leczenia inwazyjnego. Ostatecznie grupę badaną stanowiło 1001 chorych leczonych zachowawczo. Świeży epizod migotania przedsionków w trakcie hospitalizacji wystąpił u 24 (2,4%) chorych. Pacjenci z tym powikłaniem byli starsi, częściej z cukrzycą, przewlekłą

obturacyjną chorobą płuc, dolegliwościami bólowymi w klatce piersiowej w momencie przyjęcia, oraz z krótszym czasem od wystąpienia objawów niedokrwienia serca do momentu przyjęcia. Cukrzyca oraz obecność bólu w klatce piersiowej przy przyjęciu do szpitala, jak również częstość rytmu serca i wartość skurczowego ciśnienia tętniczego krwi przy przyjęciu były niezależnymi czynnikami predykcyjnymi wystąpienia świeżo wykrytego migotania przedsionków. Pacjenci leczeni statynami znajdowali się w grupie niższego ryzyka wystąpienia migotania przedsionków niż chorzy, którzy ich nie otrzymywali (1,9% vs. 5,2%; $p=0,021$). Śmiertelność wewnątrzszpitalna była wyższa u pacjentów ze świeżo wykrytym miotaniem przedsionków, niż bez migotania przedsionków (8,1% vs. 33,3%; $p=0,001$). W testach oddziaływania i analizie wieloczynnikowej metodą regresji Coxa potwierdzono, że świeżo wykryte migotanie przedsionków niezależnie wiązało się ze wzrostem śmiertelności wewnątrzszpitalnej u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym leczonym zachowawczo. Wpływ świeżo wykrytego migotania przedsionków na śmiertelność wewnątrzszpitalną był szczególnie widoczny u osób z grupy niskiego ryzyka (bez wstrząsu kardiogenego, z niestabilną chorobą wieńcową). U pacjentów ze świeżo wykrytym migotaniem przedsionków obserwowano w czasie hospitalizacji tendencję w kierunku wyższego ryzyka występowania udaru niedokrwienego, ale nie udaru krwotocznego. Badanie potwierdziło wyniki wcześniejszych doniesień potwierdzających zależność pomiędzy epizodem świeżego migotania przedsionków a pogorszeniem rokowania pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. Z drugiej strony było to pierwsze badanie potwierdzające taką zależność dla podgrupy pacjentów leczonych zachowawczo. Ponadto, po raz pierwszy potwierdzono prawdopodobny korzystny wpływ leczenia statyną na redukcję ryzyka wystąpienia tego powikłania. Artykuł został reprodukowany w języku polskim w polskiej edycji pisma - *Folia Cardiologica Excerpta* 2010;5(4):153-161.

Powyższy cykl prac pozwolił na identyfikację ważnych czynników prognostycznych u pacjentów przyjmowanych z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego do szpitali niedysponujących możliwością diagnostyki i leczenia inwazyjnego na miejscu. Głównym ograniczeniem powyższych prac było wykorzystanie danych pochodzących z rejestru. Z drugiej strony dane rejestrowe są najpełniejszym źródłem informacji dotyczących codziennego postępowania leczniczego. Dodatkowym ograniczeniem pozostawał brak danych dotyczących obserwacji odległej pacjentów włączonych do rejestru, oraz ograniczenie obserwacji do pacjentów pozostających w szpitalu celem leczenia zachowawczego.

5. *Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych (artystycznych).*

Aktualnie w swojej pracy naukowej koncentruję się na ocenie czynników rokowniczych oraz stosowanych modeli terapeutycznych u pacjentów leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową w świeżym zawale serca. Do najważniejszych publikacji zaliczam:

1. Dziewierz A, Mielecki W, Siudak Z, Rakowski R, Janzon M, Birkemeyer R, Zasada W, Dubiel JS, Dudek D. Early abciximab administration before primary percutaneous coronary intervention improves clinical outcome in diabetic patients with ST-segment elevation myocardial infarction (EUROTRANSFER registry). Atherosclerosis 2012 May 15 (IF=4,086)
2. Dziewierz A, Siudak Z, Rakowski T, Dubiel JS, Dudek D. Age-related differences in treatment strategies and clinical outcomes in unselected cohort of patients with ST-segment elevation myocardial infarction transferred for primary angioplasty. J Thromb Thrombolysis. 2012 Mar 29 (IF=1,539)
3. Dziewierz A, Siudak Z, Rakowski T, Birkemeyer R, Mielecki W, Ransoz P, Dubiel JS, Dudek D. Drug-eluting versus bare-metal stents in ST-segment elevation myocardial infarction: a mortality analysis from the EUROTRANSFER Registry. Clin Res Cardiol. 2011;100(2):139-45. (IF=3,466)
4. Dziewierz A, Siudak Z, Rakowski T, Zasada W, Dubiel JS, Dudek D. Impact of Multivessel Coronary Artery Disease and Noninfarct-Related Artery Revascularization on Outcome of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction Transferred for Primary Percutaneous Coronary Intervention (from the EUROTRANSFER Registry). Am J Cardiol. 2010;106(3):342-347. (IF=3,680)
5. Dziewierz A, Siudak Z, Rakowski T, Chyrchel M, Mielecki W, Janzon M, Birkemeyer R, Tierała I, Wojdyła RM, Dubiel JS, Dudek D. Early abciximab administration before primary percutaneous coronary intervention improves clinical outcome in elderly patients transferred with ST-elevation myocardial infarction Data from the EUROTRANSFER registry. Int J Cardiol. 2010 Aug 20;143(2):147-53. (IF=6,802)

W 2011 roku wchodziłem w skład grupy ekspertów przygotowujących stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące zastosowania nowych leków przeciwplatek u

pacjentów z zawałem mięśnia sercowego w Polsce [Kardiologia Pol. 2011;69(9):986-994, Kardiologia Pol. 2012;70(3):317-320]. Podobnie w 2009 roku byłem współautorem rekomendacji zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia i Nadzór Krajowy w Kardiologii, a dotyczących kwalifikacji pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi do leczenia inwazyjnego [Kardiologia Pol. 2010;68(5):618-624].

Ponadto interesuję się zagadnieniem indywidualizacji stosowanego leczenia przeciwplatekowego i przeciwzakrzepowego u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym i wysokim ryzykiem krwawień, w tym osób w wieku podeszłym. W 2010 roku zostałem zaproszony do wygłoszenia wykładu w trakcie sesji dydaktycznej Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Poznaniu dotyczącego powyższego zagadnienia, opublikowanego w rozszerzonej formie, jako artykuł przeglądowy w Kardiologii po Dyplomie [Kardiologia po Dyplomie 2011;10(4):73-81].

Jestem również współautorem (drugi autor) jednego z pierwszych doniesień dotyczących możliwości zastosowania stentów pokrytych siatką zmniejszającą ryzyko obwodowej embolizacji u pacjentów leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową w świeżym zawałe mięśnia sercowego [EuroIntervention. 2010;6(5):582-9]. Publikacja ta zaowocowała zaproszeniem do przygotowania dwóch artykułów przeglądowych w międzynarodowych czasopiśmie recenzowanych [Minerva Cardioangiol. 2012;60(1):33-40, Interventional Cardiology 2011;3(3):291-7].

Moja dalsza działalność naukowa w najbliższym okresie będzie się nadal skupiać na ocenie rokowania pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, ze szczególnym uwzględnieniem oceny skuteczności i bezpieczeństwa nowych modeli terapii farmakologicznej i zabiegowej.

6. Pozostałe informacje

Podsumowanie dorobku naukowego

Publikacje w czasopismach

- łącznie 77 publikacji z IF=106,775; jako pierwszy autor 26 publikacji z IF=42,865
 - prace oryginalne - łącznie 52 publikacji z IF=68,258; jako pierwszy autor 14 publikacji z IF=29,261
 - artykuły przeglądowe, komentarze - łącznie 15 publikacji z IF=10,199; jako pierwszy autor 7 publikacji z IF=0
 - opisy przypadków - łącznie 8 publikacji z IF=27,776; jako pierwszy autor 4 publikacje z IF=13,604
 - listy do redakcji i inne - łącznie 2 publikacje z IF=0,523; jako pierwszy autor 1 publikacja z IF=0
- liczba cytowań: 230; indeks Hirsha: 8 (ISI Web of Science 1945-2012 z dnia 21.05.2012)
- liczba cytowań: 291; indeks Hirsha: 10 (Scopus z dnia 28.05.2012)
- prace przyjęte do druku - łącznie 3 publikacje ze spodziewanym IF=1,046

Publikacje książkowe

- autor 3 rozdziałów

Streszczenia konferencyjne

- łącznie 83 doniesienia zjazdowe opublikowane między innymi w: Circulation, Journal of the American College of Cardiology, European Heart Journal, American Journal of Cardiology, European Radiology

Udział w projektach badawczych

Projekty badawcze finansowane przez KBN

Wykonawca:

- zadanie nr 2 P05B 026 29 (lata 2005-2008) „Wpływ abciximabu na reperfuzję miokardium u pacjentów ze świeżym zawałem serca leczonych wysoką nasycającą dawką kłopidogrelu przed zabiegami pierwotnej angioplastyki wieńcowej PCI. Ogólnopolskie, randomizowane badanie kliniczne”, kierownik zadania – Dr hab. n. med. Dariusz Dudek

Granty statutowe Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Wykonawca:

- zadanie nr 501/NKL/17/L (lata 2004-2006) „Ocena skuteczności leczenia pacjentów z ostrymi incydentami wieńcowymi bez uniesienia odcinka ST, poddawanych przezskórnej interwencji wieńcowej wspomaganą dożylnym blokerem receptora płytkowego IIb/IIIa”, kierownik zadania – Dr hab. n. med. Dariusz Dudek
- zadanie nr 501/NKL/227/L później K/ZDS/000368 (lata 2007-2008) „Optymalizacja leczenia przeciwplatekowego przed zabiegiem angioplastyki wieńcowej u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST troponino-dodatnich”, kierownik zadania – Dr hab. n. med. Dariusz Dudek
- zadanie nr K/ZDS/001056 (lata 2009-2010) „Wpływ udrożnienia przewlekle zamkniętych naczyń wieńcowych na funkcję lewej komory serca oraz na przebieg kliniczny pacjentów z chorobą niedokrwinną serca”, kierownik zadania – Prof. UJ, Dr hab. n. med. Dariusz Dudek

Recenzowanie publikacji w czasopismach międzynarodowych lub krajowych

Recenzent:

- American Journal of Cardiology
- Catheterization and Cardiovascular Interventions

Udział w międzynarodowych lub krajowych konferencjach naukowych

- Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, 2001-2005; 2007; 2008; 2010
- European Society of Cardiology Annual Congress, 2002-2006; 2008
- New Frontiers in Interventional Cardiology, 2002-2012
- European Interventional Cardiology Fellows Course at New Frontiers in Interventional Cardiology, 2007-2012

- EuroPCR, 2004; 2006; 2009; 2010
- Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej w Warszawie, 2002-2005; 2012
- American Heart Association Scientific Sessions, 2006; 2007; 2008
- American College of Cardiology Annual Scientific Sessions, 2008
- Transcatheter Cardiovascular Therapeutics, 2008; 2009

Dodatkowe szkolenia z zakresu prowadzenia badań naukowych

- Presenting Medical Data at Scientific Meetings and Medical Writing, organizator: Proper Medical Writing, Kraków (Polska) 2010

Członkostwo w międzynarodowych lub krajowych towarzystwach naukowych

- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
- Asocjacja Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK
- Klub 30 PTK
- European Society of Cardiology
- European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI)

Działalność dydaktyczna

- Zajęcia z zakresu kardiologii, propedeutyki chorób wewnętrznych, oraz nauczania zintegrowanego ze studentami Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (od 2002 roku)
- Wykłady w ramach kursów specjalizacyjnych dla osób specjalizujących się w dziedzinie kardiologii
- Wykłady i prezentacje w trakcie konferencji międzynarodowych, szkoleń i kursów
- Rozdziały w podręcznikach
 - Dudek D, Di Mario C, De Luca G, Dziewierz A, Rakowski T. Interventions for ST-segment elevation acute myocardial infarction. [w:] Percutaneous interventional cardiovascular medicine, red. Eeckhout, Serruys, Wijns, Vahanian, Van Sambeek, De Palma, wyd. PCR publishing, Toulouse, Francja, 2012.
 - Dziewierz A, Sorysz D, Dubiel JS. Powikłania mechaniczne zawału mięśnia sercowego, [w:] Wielka interna, Kardiologia tom I, red. Antczak, Myśliwiec, Pruszczyk, wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa, 2009, 579-584.

- Członek rady redakcyjnej portalu edukacyjnego Cardio.pl

Współpraca międzynarodowa

- Współpraca z Cardiovascular Research Foundation, Nowy Jork, USA w zakresie realizacji i przygotowania subanaliz badania HORIZONS AMI

Działalność organizacyjna

- Członek komitetu organizacyjnego konferencji New Frontiers in Interventional Cardiology, Kraków

Nagrody i wyróżnienia

- Indywidualny Tok Studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w latach 1998-2001
- Dyplom ukończenia Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego z wynikiem bardzo dobrym
- Nagroda wdrożeniowa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego za rok 2003 – współautor publikacji: Dudek D, Żmudka K, Kaluża GL, Kuta M, Pieniążek P, Przewłocki T, Zorkun C, Legutko J, Gajos G, Bartuś S, Bryniarski L, Dziewierz A, Pasowicz M, Dubiel JS. Facilitated percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction transferred from remote hospitals. Am J Cardiol. 2003 Jan 15;91(2):227-9
- Rozprawa doktorska z wyróżnieniem (Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, 2008)
- Nominacja do Klubu 30 Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w roku 2008
- Zespołowa nagroda naukowa Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk w roku 2009 za cykl prac dotyczących inwazyjnego leczenia zawału mięśnia sercowego w celu zmniejszenia śmiertelności poprzez tworzenie sieci współpracujących szpitali w Małopolsce
- Zespołowa Nagroda Stołecznego Królewskiego Miasta Krakowa w dziedzinie nauka i technika w roku 2010

12.06.2012

Ahiv Dzewicz