



Klinika Kardiologii Inwazyjnej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA

*ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel.: (22) 508 11 00, fax: (22) 508-11-77
e-mail: kardiologia.inwazyjna @ cskmswia. pl*

Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Warszawa dn. 06.02.2013

OCENA

**w sprawie nadania lub odmowy nadania stopnia doktora habilitowanego dr n. med.
Arturowi Dziewierzowi, starszemu asystentowi w Oddziale Klinicznym II Kliniki
Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie**

Opinię niniejszą opracowano w oparciu o:

1. Oceny osiągnięć naukowych dr n. med. Artura Dziewierza opracowane przez:
 - prof. dr hab. med. Stefana Grajka
 - prof. dr hab. med. Lecha Polońskiego
 - prof. dr hab. med. Ryszarda Korbuta
2. Autoreferat dr n. med. Artura Dziewierza
3. Wykaz opublikowanych przez Habilitanta prac naukowych.
4. Informację o osiągnięciach dydaktycznych.
5. Informację o współpracy z instytucjami, organizacjami i towarzystwami naukowymi.
6. Udział kandydata w międzynarodowych projektach badawczych.
7. Protokół z głosowania Komisji Habilitacyjnej, w skład której wchodził dodatkowo:
 - prof. dr hab. med. Sławomir Dobrzycki
 - prof. dr hab. med. Piotr Odrowąż-Pieniążek

Przebieg pracy zawodowej

Dr n. med. Artur Dziewierz dyplom lekarza medycyny uzyskał na Uniwersytecie Jagiellońskim na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum w 2001 roku. Studia ukończył z wynikiem bardzo dobrym mając Indywidualny Tok Studiów w latach 1998-2001. Od grudnia

2002 roku był asystentem w Oddziale Klinicznym II Kliniki Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, a od lutego 2011 roku starszym asystentem w tym oddziale. W latach 2002-2005 Kandydat był słuchaczem studiów doktoranckich na Wydziale Lekarskim UJ Collegium Medicum w Krakowie.

W 2010 roku uzyskał specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych. Od roku 2011 rozpoczął specjalizację z zakresu kardiologii.

W 2008 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych w oparciu o pracę „Oporność na leczenie kłopidogrelem u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca”. Promotorem był prof. dr hab. Jacek Dubiel, a Doktorant został wyróżniony.

Działalność organizacyjna

Dr Artur Dziewierz jest członkiem komitetu organizacyjnego corocznej konferencji New Frontiers in Interventional Cardiology (NAFIC) w Krakowie. Ponadto jest jednym z organizatorów i wykonawców Małopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych. Od pewnego czasu współpracuje z Cardiovascular Research Foundation w USA w zakresie realizacji i subanaliz badania HORIZONS AMI. Ponadto jest recenzentem prestiżowych czasopism naukowych, takich jak. American Journal of Cardiology oraz Catheterization and Cardiovascular Interventions.

Członkostwo w międzynarodowych lub krajowych towarzystwach naukowych

Dr Artur Dziewierz jest członkiem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) oraz European Society of Cardiology (ESC), a z racji swoich zainteresowań szczegółowych również Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK, oraz European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI).

Działalność dydaktyczna

Od 2002 roku dr Artur Dziewierz prowadzi zajęcia dydaktyczne z propedeutyki chorób wewnętrznych, kardiologii oraz nauczania zintegrowanego ze studentami Wydziału Lekarskiego UJ CM. Bierze udział jako wykładowca w kursach i wykładach z kardiologii dla lekarzy specjalizujących się w kardiologii. Wielokrotnie prowadził wykłady i szkolenia w ramach konferencji i kursów międzynarodowych. Jest współautorem rozdziałów w dwóch podręcznikach, w tym jednym o zasięgu międzynarodowym. Ponadto jest członkiem rady redakcyjnej portalu edukacyjnego Cardio.pl.

Udział w realizacji projektów badawczych

Dr Artur Dziewierz był wykonawcą grantu KBN (nr 2 P05B 026 29) „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”. Ponadto był wykonawcą trzech prac statutowych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Dwa z nich dotyczyły leczenia ostrych zespołów wieńcowych, a trzeci oceny wpływu udrażniania przewlekle zamkniętych naczyń na funkcję lewej komory oraz rokowanie tych chorych.

Nagrody i wyróżnienia

Dr Artur Dziewierz korzystał z Indywidualnego Toku Studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w latach 1998-2001, a samą Uczelnię ukończył z wynikiem bardzo dobrym. Kandydat otrzymał w 2003 roku nagrodę wdrożeniową Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego za publikację w Am J Cardiol. W 2009 roku otrzymał nagrodę naukową Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk za cykl prac dotyczących inwazyjnego leczenia zawału mięśnia sercowego. W 2010 roku został wyróżniony Zespołową Nagrodą Królewskiego Miasta Krakowa w dziedzinie nauka i technika.

Osiągnięcia naukowo-badawcze

Dorobek naukowy dr Artura Dziewierza obejmuje 52 oryginalne prace pełnotekstowe. Dwadzieścia osiem z nich zostało opublikowanych w czasopismach z Impact Factor (IF), natomiast 24 w czasopismach bez IF. Łączna punktacja za te prace wynosi 68,258 pkt IF oraz 671 pkt MNiSW. Uzupełnieniem tego interesującego i bogatego dorobku naukowego są prace poświęcone opisom przypadków z których 5 dr Artur Dziewierz opublikował w czasopismach z IF uzyskując dodatkowo 27,776 pkt IF, a trzy w czasopismach bez IF. Łączna liczba punktów KBN/MNiSW za opisy przypadków wynosi 127 pkt. Ponadto Kandydat jest autorem bądź współautorem 10 prac poglądowych w tym trzech opublikowanych w czasopismach z IF (łączna punktacja 5,187 pkt. IF). Łączna punktacja MNiSW za te prace wynosi 60 pkt. Łączna punktacja całego dorobku dr Artura Dziewierza wynosi 101,221 pkt IF oraz 858 pkt MNiSW, a liczba cytowań 230. Natomiast index Hirscha wynosi 8.

Dr Artur Dziewierz w ośmiu pracach oryginalnych jest pierwszym autorem, w pięciu drugim, w dziewięciu kolejnych, trzecim autorem. Analizując spis Jego publikacji można zauważyć, że w miarę nabywania doświadczenia klinicznego oraz doskonalenia warsztatu

naukowego stopniowo przejmował inicjatywę badawczą oraz angażował się w coraz bardziej ambitne plany naukowe. Wyrazem tego są coraz częściej w ostatnim okresie pierwsze miejsca na liście autorów prac oraz coraz bardziej prestiżowe miejsca ich publikacji.

Jak zauważa Prof. L. Poloński: *W pracach wskazanych jako osiągnięcie naukowe dr A. Dziewierz poddawał analizie związki pomiędzy przebiegiem leczenia zachowawczego u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, a czynnikami wpływającymi na rokowanie. W pozostałych pracach skoncentrował się na ocenie czynników rokowniczych oraz ocenie różnych modeli postępowania u chorych z zawałem serca leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową. Najciekawsze prace, publikowane w czasopismach o wysokim współczynniku oddziaływania /Atherosclerosis 2012; Int J Cardiol 2010/ dotyczą leczenia przeciwplatekowego u tych chorych. Należy podkreślić, iż to doświadczenie Kandydata w tym zakresie zostało dostrzeżone przez środowisko kardiologów polskich i dlatego został On w 2011 roku zaproszony do grupy ekspertów która przygotowała stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego ws. zastosowania leków przeciwplatekowych u chorych z zawałem mięśnia sercowego (Kardiol Pol. 2011;69(9):986-994, Kardiol Pol. 2012;70(3):317-320). Poza tym dr Artur Dziewierz był także współautorem rekomendacji dotyczących kwalifikacji chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi do leczenia inwazyjnego (Kardiol Pol. 2010;68(5):618-624).*

Osiągnięcie Naukowe wskazane przez dr n. med. Artura Dziewierza jako podstawa nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego.

Osiągnięcie wskazane przez Kandydata jako podstawę uzyskania stopnia naukowego dr habilitowanego stanowi cykl sześciu prac dotyczących czynników rokowniczych u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi leczonych zachowawczo. We wszystkich tych pracach dr Artur Dziewierz jest pierwszym autorem. Współautorzy złożyli pisemne oświadczenia w których wyrażają zgodę na uznanie, że prace przedłożone przez dr Artura Dziewierza jako część rozprawy habilitacyjnej stanowią jego indywidualny wkład w rozwój medycyny. Łączny wskaźnik oddziaływania (IF) tych prac wynosi 9,688.

Prace zostały opublikowane w następujących czasopismach: Coron Artery Dis 2007; Am J Cardiol 2009; Clin Res Cardiol 2010; Kardiol Pol 2009; Kardiol Pol 2010; Cardiol J 2010).

Ogólnym celem przedstawionego do oceny cyklu 6-ciu w/w prac, tj. Osiągnięcia Naukowego było określenie wpływu wybranych czynników modyfikowalnych i niemodyfikowalnych na przebieg hospitalizacji i rokowanie chorych z ostrym zespołem wieńcowym. Wszystkie trzy recenzje osiągnięć naukowych habilitanta były wysoce

pozytywne. **I tak Prof. L. Poloński pisze:** *Oryginalność opracowania wynika przede wszystkim z faktu, że Kandydat poddał analizie chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi którzy byli leczeni zachowawczo. Ta grupa chorych z jakiś powodów nie interesowała dotąd badaczy i dlatego nasza wiedza o rokowaniu, powikłaniach i czynnikach obciążających jest nader skromna. Lukę tą próbuje, uważam, że z powodzeniem zappełnić dr Artur Dziewierz.. A dalej: Cykl 6 prac wskazanych przez dr Artura Dziewierza jako Osiągnięcie Naukowe stanowi istotny wkład Kandydata w rozwój medycyny, a dokładniej kardiologii. Prezentowane prace uzupełniły naszą wiedzę o czynnikach prognostycznych u chorych przyjmowanych z powodu ostrych zespołów wieńcowych do oddziałów nie dysponujących pracownią hemodynamiki. Zaproponowany przez Kandydata i zweryfikowany przez innych autorów „wskaźnik farmakoterapii” jest prostym testem pozwalającym na określenie zgodności postępowania z wytycznymi a zarazem, co udowodnił Kandydat, określającym rokowanie chorych. Przydatność tego wskaźnika wydaje się szczególnie duża u chorych w podeszłym wieku. Natomiast Prof. R. Korbut uważa, że: Powyższy cykl prac, pomimo kilku deklarowanych przez samego Habilitanta ograniczeń, wynikających choćby z faktu, że użyte dane pochodzą z rejestru, pozwolił na szczegółową identyfikację wielu ważnych czynników prognostycznych u pacjentów przyjmowanych do szpitala z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego. Między innymi, po raz pierwszy wykazano niekorzystny wpływ hiperglikemii (przy przyjęciu) u pacjentów bez rozpoznanej cukrzycy, bez uniesienia odcinka ST leczonych zachowawczo. W jednej ze swoich prac badawczych Habilitant po raz pierwszy zaproponował użycie wskaźnika oceniającego intensywność leczenia farmakologicznego jako nadzwyczaj przydatne w prognozowaniu śmiertelności wewnątrzszpitalnej u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia ST. Jako jeden z pierwszych Habilitant wykazał, że ryzyko powikłań wewnątrzszpitalnych, w tym przede wszystkim zaburzenia rytmu, mogą być jedną z przyczyn zwiększonej śmiertelności pacjentów z zawałem mięśnia sercowego i hiperglikemią (przy przyjęciu). Habilitant jako pierwszy zauważył niekorzystny wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na wewnątrzszpitalne rokowanie pacjentów z zawałem mięśnia sercowego. Wcześniejsze badania dowiodły tego tylko u pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową leczonych zabiegami inwazyjnymi. Interesujące, że Habilitantowi w przedstawionej serii badań po raz pierwszy udało się także wskazać korzystny wpływ podawania statyn na redukcję ryzyka wystąpienia powikłań niedokrwiennych u pacjentów ze świeżym epizodem migotania przedsionków.*

Nieco bardziej krytyczny był Prof. S. Grajek, który dzięki niezwykle wnikliwej analizie piśmiennictwa międzynarodowego poddał w wątpliwość czy badanie w opisanie w pracy „Impact of admission glucose level and presence of diabetes on mortality in

patients with non-ST –segment elevation acute coronary syndrome treated conservatively” (Am J Cardiol. 2009;103 : 954), „ było pierwszym pokazującym wpływ glikemii na śmiertelność w specyficznej grupie – chorych leczonych zachowawczo w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST ”. I twierdzi dalej, iż: Osobiście mogę się mylić ale wydaje mi się, że takie spostrzeżenia były zawarte w innych badaniach jak np. w „klasycznym ” już rejestrze brytyjskim dotyczącym chorych z NSTEMI – PRAIS UK (Int J Cardiol. 2005; 100: 79). Co prawda 10% miało do 6 miesiąca od hospitalizacji wykonane PCI – ale każdy przyzna że jest to znikomy odsetek. Podobne wnioski można wyciągnąć z wyników prezentowanych w badaniu SYMPHONY. To, prawda że chorzy reprezentowali zarówno STEMI jak NSTEMI (sądząc po kryteriach kwalifikacji), ale nie ma mowy o leczeniu interwencyjnym zaś populacja wynosiła ponad 15 tys. chorych. (Am Heart J 2004; 147: 246). I kontynuuje dalej: Co ciekawe obu cytowanych badań– tak ważnych dla badanej problematyki - nie znalazłem w piśmiennictwie prac stanowiących podstawę do uzyskania stopnia doktora habilitowanego. Zaraz jednak zaznacza, iż: Przytaczam te uwagi z racji obowiązku recenzenta aby nieco ostudzić u młodego badacza skłonność do przypisywania sobie zbyt pochopnie „pierwszeństwa odkryć”. Raz jeszcze potwierdzam, że uzyskane wyniki i spostrzeżenia kliniczne uważam za bardzo wartościowe. Podobny problem prof. S. Grajek zauważa w pracy pt.: „ Admission glucose level and in-hospital outcomes in diabetic patients with acute myocardial infarction ” Clin Res Cardiol 2010;99:715, w której zauważa, iż: Hiperglikemia przy przyjęciu była związana z większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń rytmu, zaburzeń przewodnictwa i/lub obrzęku płuc. Zgoda są to wartościowe obserwacje i jeżeli chodzi o zaburzenia rytmu to ma ono znamiona oryginalności ale pozostałe spostrzeżenia mieszczą się we wnioskach wielu innych prac Podam tylko dwie np. Bartnik et al. Eur Heart J 2004,25:1990 czy Naber Ch. et al. Am J Cardiol 2009;103:583. Oczywiście są niewielkie różnice w badanych populacjach (zawsze jednak spory odsetek nie leczonych interwencyjnie) ale trudno zaakceptować jednoznacznie stwierdzenie (z Autoreferatu) „ jedna z pierwszych prac , która wskazała że zwiększone ryzyko powikłań wewnątrzszpitalnych może być jedną z przyczyn zwiększonej śmiertelności u pacjentów z hiperglikemią przy przyjęciu”. Nie spostrzegłem tych prac w piśmiennictwie omawianej publikacji co dowodzi, że Autor nie uwzględnił ich dyskusji. Zauważyłem również, że w przeciwieństwie do poprzedniej pracy w której były cztery kategorie glikemii (<5,0 mmol/l, 5,0-6,9mmol/l, 7,0-7,9mmol/l, 9,0-10,9mmol/l) w obecnej przyjął trzy – wyżej wymienione. Zastanawiam się jakimi kryteriami statystycznymi posłużył się Autor – przyjmując jak domyślam się - raz analizę kwartyłową a raz analizę tercyłową? Tak się składa , że przyjęte w omawianej pracy trzy kategorie wartości glikemii są identyczne jak w niemal „kultowej” pracy dotyczącej tego zagadnienia, a której również nie znalazłem w cytowaniach żadnej z prac dotyczących glikemii w ostrym zespole wieńcowym (Ishihara M et al. Eur Heart Journal 2006; 27:2413). **Jednak prof. dr hab. med. S. Grajek podsumowuje swoją ocenę w/w pracy stwierdzając, iż: Omawiana praca stanowi dopełnienie do poprzednich i raz jeszcze chce podkreślić – stanowi konsekwentną analizą kliniczną danych rejestru, wnosząc wiele wartościowych spostrzeżeń. Co więcej w końcowej części swojej opinii prof. dr hab. S. Grajek pisze: Lista tych dokonań , (tj. dr A.D) kto zaledwie dziesięć lat temu ukończył studia medyczne jest – raz jeszcze powtórzę – imponująca. Podsumowując bardzo pozytywnie oceniam naukową działalność dr med. Artura Dziewierza i nie mam wątpliwości, że w pełni zasługuje na tytuł doktora habilitowanego z zakresu kardiologii.**

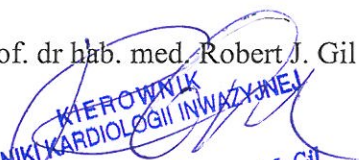
Podsumowanie

Na podstawie analizy przesłanych mi dokumentów, analizy treści recenzji oraz jednomyślnie pozytywnego dla Habilitanta wyniku głosowania członków Komisji Habilitacyjnej mogę stwierdzić że dorobek naukowy dr n. med. Artura Dziewierzka w pełni spełnia kryteria określone w art. 16 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2003r., nr 65, poz. 595; Dz.U. z 2005 r., nr 164, poz. 1365; Dz.U. z 2011 r., nr 84, poz. 455). Wobec powyższego przedkładam Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie wniosek o nadanie dr .med. Arturowi Dziewierzowi stopnia doktora habilitowanego.

Prof. dr hab. med. Robert J. Gil

Przewodniczący Komisji Habilitacyjnej

dr prof. dr hab. n. med. A. Dziewierzka


KIEROWNIK
KLINIKI KARDIOLOGII INWAZYJNEJ
Robert J. Gil