



Katowice, 06/04/2021

OCENA

dorobku naukowego na stopień doktora habilitowanego nauk medycznych dr Grzegorza Niewińskiego

Dane biograficzne

Dr Grzegorz Niewiński jest absolwentem Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie Warszawski Uniwersytet Medyczny) - dyplom lekarza uzyskał w 1996 roku. W 1997 roku rozpoczął pracę w II Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii na stanowisku młodszego asystenta. W placówce tej pracuje do dnia dzisiejszego, obecnie na stanowisku adiunkta. Od 20 lat dr Grzegorz Niewiński jest członkiem zespołu transplantacji wątroby w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, gdzie jest zaangażowany w procesy kwalifikacji do zabiegów transplantacyjnych, znieczulenia oraz opiekę okołoperacyjną. Umiejętności i wiedza zawodowa dr G. Niewińskiego została doceniona w całym kraju, bowiem był zapraszany do współpracy przez Gdański Uniwersytet Medyczny, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy oraz Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Aninie w celu pomocy w organizacji nowych ośrodków transplantacyjnych i szkolenia kadr lekarskich. W ostatnim z wymienionych ośrodków Kandydat uczestniczył w projekcie jednoczasowej, złożonej transplantacji serca i wątroby. Od 2018 roku dr Grzegorz Niewiński jest Dyrektorem ds. Medycznych Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM, a w latach 2017-2019 pełnił obowiązki kierownika II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii WUM. Stopień doktora nauk medycznych Kandydat uzyskał w 2010 r. na podstawie obrony pracy pt. "Ocena wiarygodności i przydatności nowych skal prognozujących śmiertelność na oddziale intensywnej terapii: APACHE IV, SAPS III, MPMIII".

Dorobek naukowy

Przedmiotem ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest 5 prac opublikowanych w czasopiśmie listy filadelfijskiej o IF wartości od 0.959 do 2.259. Sumaryczna punktacja IF tych prac wynosi 9,288 (325 punktów MNiSzW). Dr Grzegorz Niewiński jest pierwszym autorem wszystkich publikacji i mają one wszystkie charakter prac oryginalnych.

Pierwsza publikacja pt. „*A comparison of intrathecal and intravenous morphine for analgesia after hepatectomy; a randomized controlled trial*” jest klinicznym badaniem randomizowanym porównującym nasilenie pooperacyjnego bólu mierzonego wg skali numerycznej u 36 chorych onkologicznych poddanych zabiegom resekcyjnym wątroby po przedoperacyjnym zastosowaniu morfiny podpajęczynówkowo lub we wlewie dożylnym (jako dodatek do standardowego znieczulenia). Stosowanie morfiny podpajęczynówkowo miało wpływ na skrócenie czasu hospitalizacji, jednak nie przekładało się na mniejsze nasilenie bólu (obserwacja 3-dniowa) ani czas do uruchomienia pacjenta i rozpoczęcia odżywiania doustnego.

W drugiej publikacji pt. „*Renaissance of modified Charlson comorbidity index in prediction of short – and long-term survival after liver transplantation*” analizowano wpływ schorzeń dodatkowych

u 248 biorców wątroby na ich krótko- (3 miesiące) i długoterminową (5 lat) przeżywalność. Narzędziem oceniającym obciążenie chorobami współwystępującymi z marskością wątroby był indeks Charlsona z własną modyfikacją. Wiek chorych oraz cukrzyca były najbardziej obciążającymi czynnikami dla krótkoterminowego przeżycia, podczas gdy choroba niedokrwienna serca w największym stopniu decydowała o umieralności po 5 latach od transplantacji wątroby.

Trzecia publikacja pt. "*Risk factors of prolonged ICU stay in liver transplant recipients in a single-center experience*" jest badaniem, w którym autorzy podjęli się określenia przyczyn przedłużonych hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii u 150 kolejnych pacjentów poddanych transplantacji wątroby. Analiza wieloczynnikowa wykazała, że parametrem, który najlepiej przewidywał umiarkowane (>6 dni) i znaczne (>8 dni) przedłużenie czasu hospitalizacji była punktacja w skali MELD z pomiarem stężenia sodu (MELD-Na) obliczana podczas transplantacji. Autorzy wskazują, że skala odzwierciedlająca stan czynnościowy wątroby przewiduje także okołooperacyjną niestabilność hemodynamiczną i niewydolność oddechową. Sugerują oni potrzebę korekty hiponatremii przed transplantacją wątroby.

Czwarta publikacja pt. "*Acute-on-chronic liver failure: the role of prognostic scores in a single-center experience*" jest oceną pacjentów z ostrą niewydolnością wątroby nakładającą się na przewlekłą chorobę wątroby (*acute-on-chronic liver failure* - ACLF) w aspekcie kwalifikacji do leczenia transplantacyjnego. Leczenie to jest jedyną opcją terapeutyczną mającą decydujący wpływ na przedłużenie życia pacjentów z ciężką postacią ACLF, jednak kwalifikacja do transplantacji wątroby musi brać pod uwagę bieżący stan wydolności poszczególnych narządów oraz dynamikę choroby. Kryteria kwalifikacyjne do transplantacji nie są znane, podobnie jak nieznana jest przydatność w tym procesie skal oceny ciężkości stanu klinicznego. Badaniem objęto 55 pacjentów z ostrą dekompensacją wątroby (44 spełniało kryteria ACLF). Jedenastu chorych wstępnie zdyskwalifikowano z transplantacji wątroby z powodu aktywnego alkoholizmu lub rozległej zakrzepicy żyły wrotnej, a 22 poddano transplantacji wątroby. (3 zmarło w ciągu 30 dni po operacji). Celem badania była analiza porównawcza skal rokowniczych (MELD, SOFA, CLIF-SOFA, CLIF-C ACLF) w przewidywaniu 90-dniowej przeżywalności chorych z ACLF. Moją pierwszym spostrzeżeniem po zapoznaniu się z metodyką pracy jest to, że badania u chorych z ACLF, u których priorytetem jest przeżycie, są niezwykle trudne, bowiem wykluczają ustanowienie precyzyjnych kryteriów włączenia i wykluczających z badania, a wyniki są zależne od przeprowadzenia transplantacji wątroby, do której kwalifikacja jest obciążona czynnikami subiektywnymi. Niemniej za najwartościowsze uważam wyniki przedstawione w tabeli 3, w której porównano wartość prognostyczną skal u chorych z ACLF zakwalifikowanych do transplantacji, dzieląc ich na tych, którzy zostali poddani przeszczepieniu i tych, którzy zmarli w oczekiwaniu na graft. W mojej opinii ten podział najtrafniej odzwierciedlał ciężkość ACLF. Wyniki tego zestawienia jasno wskazują, że skalami najlepiej przewidującymi 90-dniową umieralność była SOFA i CLIF-SOFA. Autor zwraca jednak uwagę, że są to narzędzia skomplikowane, praco- i czasochłonne, co jest czynnikiem ograniczającym decyzyjność u chorych z ACLF. Istnieje więc pilna potrzeba tworzenia nowych i prostszych w stosowaniu narzędzi prognostycznych w ACLF.

Inne wyniki potwierdzają fakt, iż skale oceniające wyłącznie czynność wątroby (np. MELD) są mało przydatne u chorych z ACLF. Mam zastrzeżenia do kwalifikacji pacjentów do grupy z „ostrą dekompensacją wątroby” nie spełniających kryteriów ACLF. W charakterystyce klinicznej

tej grupy średnia wartość MELD wynosiła 12,9, co raczej wskazuje na stabilny stan kliniczny chorych.

Piąta publikacja pt. *„Intermittent high-flux albumin dialysis with continuous venovenous hemodialysis for acute-on-chronic liver failure and acute kidney injury”* jest badaniem retrospektywnym poświęconym roli dializy albuminowej pojedynczego przejścia (SPAD) przy użyciu dodatkowego systemu usuwania cytokin u chorych z ACLF, głównie w przebiegu alkoholowego zapalenia wątroby. SPAD jest obecnie najpopularniejszą formą pozaustrojowej terapii wątrobowo-zastępczej, jednak na uwagę zasługuje fakt, iż Kandydat po raz pierwszy zastosował połączenie dwóch metod dializacyjnych u chorych z ACLF. Na jednego chorego przypadało średnio 37 takich procedur. Trzynastu spośród 16 chorych z ACLF objętych badaniem spełniało wstępne kryteria ostrego uszkodzenia nerek. W badaniu porównywano parametry kliniczne, laboratoryjne i wartości skal prognostycznych przed włączeniem i po zakończeniu leczenia SPAD z hemofiltracją żylną-żylną. Średnia przeżywalność chorych leczonych tą metodą wynosiła 56.2% (53.8% w grupie chorych z ostrym uszkodzeniem nerek). Szacunkowe przeżycie 28 dni poprawiło się z 44,8% do 54,7%, a 3-miesięczne z 30,5% do 40,8%. Badanie to wskazuje, że terapia SPAD poza poprawą parametrów laboratoryjnych i klinicznych może poprawiać też przeżywalność w ACLF. Wyniki tego badania należy uznać za zachęcające, jednak zaledwie wstępne, wymagające potwierdzenia na większej grupie pacjentów z ACLF i ostrym uszkodzeniem nerek z koniecznością udowodnienia, że podwójne leczenie dializacyjne jest skutecznym pomostem do leczenia transplantacyjnego.

Poza 5 wyżej omówionymi publikacjami dr Grzegorz Niewiński jest autorem lub współautorem 28 prac i 2 listów do redakcji oraz 5 rozdziałów w monografiach naukowych. Całość dorobku naukowego dr Grzegorza Niewińskiego wygenerowała IF o wartości 24,302 (808punkty MNiSzW, indeks Hirscha 7 wg Scopus). Prace były cytowane 148 razy.

Inne obszary działalności

Od 1999 roku Dr Grzegorz Niewiński jest opiekunem Anestezjologicznego Koła Naukowego ANKONA, które wykazało się dużą aktywnością, zwłaszcza w sferze edukacyjnej. Dr Grzegorz Niewiński ma wieloletnie doświadczenie dydaktyczne, zajmując się od 23 lat nauczaniem studentów wszystkich Wydziałów WUM. Kandydat prowadzi też wykłady na temat etyki lekarskiej w aspekcie podejmowania trudnych decyzji terapeutycznych na OIT.

Dr Grzegorz Niewiński był kierownikiem specjalizacji 10 lekarzy i był zaangażowany w wiele programów szkolenia podyplomowego. Jest laureatem nagrody dydaktycznej II stopnia (2013 r) oraz nagrody za specjalne osiągnięcia (2020 r) przyznanej przez JM Rektora WUM, a także zdobywcą zespołowej nagrody dydaktycznej przyznanej przez Ministra Zdrowia (2014 r). W 2019 roku zespół, którego uczestnikiem był dr G. Niewiński zajął III miejsce w konkursie na nagrodę „Złoty Skalpel” za wykonanie pierwszego w Polsce zabiegu jednoczasowego przeszczepienia serca i wątroby.

Podsumowanie

W podsumowaniu należy stwierdzić, że cykl 5 publikacji stanowi spójny materiał dotyczący badań w dziedzinie intensywnej terapii i prognozowania wyników leczenia i przeżycia u pacjentów kwalifikowanych do zabiegów resekcyjnych lub transplantacyjnych wątroby. Dr

Grzegorz Niewiński prezentuje rzadką w Polsce umiejętność opieki anestezjologicznej nad pacjentem z niewydolnością wątroby. Na szczególną wyróżnienie zasługują prace dotyczące chorych z ACLF. Zespół ten jest od niedawna rozpoznawaną jednostką chorobową, która charakteryzuje się szybko narastającymi objawami dekompensacyjnymi odpowiadającymi w obrazie klinicznym ostrej niewydolności wątroby. W diagnostyce priorytetem jest odróżnienie ACLF od ostrej dekompensacji marskości wątroby (bez SIRS) oraz wczesne rozpoznanie infekcji bakteryjnej, rzadziej grzybiczej, łatwo przeistaczającej się w warunkach endogennej immunosupresji w posocznicę. W chorobie tej jednomiesięczna śmiertelność wynosi 30-50%, a „okno transplantacyjne” jest bardzo wąskie. Na podstawie opublikowanych badań można stwierdzić, że dr Grzegorz Niewiński opanował te trudne zadania diagnostyczne i z powodzeniem doprowadzał chorych do transplantacji wątroby, wskazując jednocześnie na najlepsze narzędzia prognozujące przebieg transplantacji i przeżywalność pooperacyjną. Dr G. Niewiński zaproponował też nowe metody leczenia chorych z ACLF z jednoczesnym ostrym uszkodzeniem nerek.

Na podstawie przeprowadzonej oceny stwierdzam, że dorobek naukowy dr Grzegorza Niewińskiego w pełni spełnia ustawowe i zwyczajowe wymagania stawiane samodzielnym pracownikom nauki i w związku z tym przedkładam wniosek o prowadzenie dalszych etapów postępowania habilitacyjnego.

KIEROWNIK
Marek Hartleb
Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

prof. dr hab. n. med. Marek Hartleb