



Recenzja dorobku naukowego

Dr n. med. Piotra Łodzińskiego w postępowaniu

**o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne**

Dr Piotr Łodziński ukończył studia medyczne na I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie w 2002r. W latach 2003 – 2007 odbył studia doktoranckie w I Katedrze i Klinice Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Od 2003 roku do chwili obecnej jest zatrudniony w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego kolejno na stanowiskach młodszego i starszego asystenta a obecnie adiunkta. Po odbyciu odpowiednich staży i zdaniu egzaminu w 2011 r. dr Łodziński uzyskał tytuł specjalisty chorób wewnętrznych a w 2015 specjalisty kardiologa.

Po obronie rozprawy doktorskiej „Skuteczność profilaktyki antyarytmicznej u pacjentów po zabiegu ablacji z powodu migotania przedsionków”, pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Grzegorza Opolskiego, w 2012 roku uzyskał tytuł doktora nauk medycznych.

Przedstawiony do recenzji cykl czterech publikacji pod wspólnym tytułem „Migotanie przedsionków: czynniki ryzyka, prewencja powikłań zakrzepowo-zatorowych, rokowanie odległe” posiada łączny Impact Factor 13,298 i 410 punktów MEiN. Habilitant jest pierwszym autorem dwóch prac oryginalnych, pierwszym autorem równorzędnym z dr hab. n. med. Pawłem Balsam w jednej pracy oraz drugim autorem w jednej z prac.

W pracy „Trends in antithrombotic management of patients with atrial fibrillation” przeanalizowano dane pochodzące z 25 polskich ośrodków uczestniczących w polskiej części rejestru EORP-AF (rejestr mający na celu dostarczenie informacji o losach europejskiej populacji chorych z migotaniem przedsionków). Przeanalizowano dane 701 chorych z migotaniem przedsionków (AF) w momencie włączenia do badania i po upływie roku. Leczenie przeciwkrzepliwe / przeciwplatekcyjne otrzymywało 94% chorych. Leczenie antagonistami witaminy K (VKA) otrzymywało 53%, doustnymi antykoagulantami nie będącymi antagonistami witaminy K (non-VKA) 36% a lekami przeciwplatekowymi (APT) 4,8% chorych. W grupie wysokiego ryzyka wystąpienia krwawienia (wg skali HAS-BLED)

znajdowała się 1/5 chorych otrzymujących leczenie przeciwkrzepliwe zgodnie ze wskazaniami i 1/4 chorych, którzy mimo wskazań nie otrzymywali żadnego leczenia. Oceniając dane z rejestru krajowego stwierdzono: 1/ nadużywanie leczenia przeciwzakrzepowego u znacznego odsetka chorych z niskim ryzykiem udaru lub zatorowości systemowej, 2/ dokonywana przez lekarzy kliniczna ocena ryzyka wystąpienia udaru mózgu i późniejszy wybór właściwego postępowania w AF wydają się uwzględniać również czynniki inne niż te zawarte w skali CHA₂DS₂-VASc, 3/ nie ma związku między rodzajem odpowiedniego postępowania przeciwzakrzepowego doustnymi antagonistami witaminy K lub doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi nie będącymi antagonistami witaminy K (NOAC) a odległym wystąpieniem zdarzeń zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z AF; obserwuje się natomiast większą śmiertelność wśród pacjentów leczonych wyłącznie APT lub tych, u których nie zastosowano leczenia przeciwzakrzepowego.

Celem pracy „Vascular disease in patients with atrial fibrillation. A raport from Polish participants in EORP-AF General Long-Term Registry” było określenie częstości występowania choroby naczyniowej (choroby wieńcowej – CAD i choroby tętnic obwodowych – PAD) i związanych z nią czynników ryzyka oraz określenie wpływu powiązanej z nią terapii na zdarzenia niepożądane u pacjentów z AF w polskiej części rejestru EORP-AF General Long-Term Registry. Analizą objęto 701 chorych z polskiej części rejestru. Analizie poddano wystąpienie poważnych zdarzeń niepożądanych (MAE - Major Adverse Events) – śmiertelność z dowolnej przyczyny, powikłania zakrzepowo-zatorowe, zawał serca. W analizie wieloczynnikowej wykazano, że na wystąpienie choroby naczyń mają wpływ wiek powyżej 75 r.ż., niewydolnością serca. Pacjenci z chorobą naczyń charakteryzowali się niższą frakcją wyrzutową, powiększeniem jam serca oraz przerostem lewej komory. Wyższe ryzyko wystąpienia MAE w całej populacji związane było z niewydolnością serca i przewlekłą niewydolnością nerek w całej populacji, wiekiem (powyżej 75 r.ż.) i niewydolnością serca w grupie pacjentów z chorobą naczyniową oraz przewlekłą obturacyjną chorobą płuc u pacjentów bez choroby naczyniowej. W grupie 186 chorych z chorobą naczyniową i migotaniem przedsionków oceniono ryzyko wystąpienia MAE w zależności od leczenia przeciwkrzepliwego. Stwierdzono istotnie wyższe ryzyko wystąpienia MAE i zgonów u pacjentów przyjmujących VKA w porównaniu do pacjentów otrzymujących NOAC, u pacjentów otrzymujących potrójne leczenie przeciwkrzepliwe (podwójne terapia

przeciwpłytkowa + OAC) w porównaniu do leczenia jednym lekiem przeciwpłytkowym i OAC. W całej analizowanej populacji wśród 40 pacjentów otrzymujących podwójne leczenie (lek przeciwpłytkowy + OAC) u 38 chorych (95%) postępowanie było nieprawidłowe – stosowano podwójne leczenie po upływie dwunastu miesięcy od zawału serca lub angioplastyce wieńcowej lub chorzy otrzymywali takie leczenie mimo braku przebytego zawału serca lub angioplastyki wieńcowej. Wśród 168 chorych leczonych wyłącznie OAC 62 chorych (34%) w okresie ostatnich 12 miesięcy przebyło zawał mięśnia serca lub angioplastykę wieńcową. W oparciu o badanie stwierdzono, że choroba naczyniowa występowała u ponad 40% pacjentów z AF. W tej grupie leczenie VKA w porównaniu do NOAC oraz potrójna terapia w stosunku do podwójnej terapii związane było z większym ryzykiem wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych w obserwacji rocznej.

Celem pracy „Antithrombotic Management and Long-Term Outcomes of Patients with Atrial Fibrillation. Insights from CRAFT Trial” było porównanie wyników odległych różnych strategii leczenia przeciwrzepliwego w populacji polskich pacjentów włączonych do rejestru CRAFT oraz ocena wartości predykcyjnej różnych skal ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych i krwawienia. Wśród pacjentów przeważały kobiety i osoby starsze z wywiadem przebytych zdarzeń zakrzepowo-zatorowych i krwotocznych. Dostępne skale ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych (CHA2DS2 -VASs, ATRIA, R2CHADS2) i krwawienia (HAS-BLED, ATRIA, ORBIT) wykazały słabą wartość predykcyjną. Pomimo braku różnicy w częstości zdarzeń zakrzepowo-zatorowych u pacjentów leczonych doustnymi antykoagulantami i inhibitorem czynnika X (rywaroksaban) leczenie to wiązało się z istotnym zwiększeniem ryzyka wystąpienia zdarzeń krwotocznych. Autorzy podkreślają istotne znaczenie przepisywania doustnych leków przeciwrzepliwych w zmniejszonej dawce we wskazanych grupach pacjentów.

Celem pracy „District versus academic hospital - clinical outcomes of patients with atrial fibrillation” była weryfikacja tezy, że leczenie pacjentów z AF w referencyjnych ośrodkach akademickich jest bardziej zgodne z aktualnymi wytycznymi w stosunku do ośrodków pozaklinicznych. W celu weryfikacji tej tezy przeprowadzono analizę wyników obserwacji odległej pacjentów leczonych w szpitalu akademickim i powiatowym. Grupę poddaną analizie stanowiło 3528 pacjentów włączonych do rejestru CRAFT (MultiCenter experience in AFib patients Treated with oral anticoagulation. NCT02987062). Po ponad czterech latach

obserwacji dostępne były dane na temat 3307 pacjentów, spośród których 2983 miało stałe wskazania do leczenia przeciwkrzepliwego wg obowiązujących wytycznych. Riwaroksaban, dabigatran i VKA stosowano odpowiednio u 576 (25%), 285 (13%) i 1410 (62%) pacjentów szpitala akademickiego oraz 315 (44%), 121 (17%) i 276 (39%) pacjentów szpitala powiatowego. W obu typach szpitali najwyższa śmiertelność z dowolnej przyczyny była obserwowana wśród pacjentów przyjmujących VKA. W oparciu o przeprowadzoną analizę, autorzy stwierdzili gorsze rokowanie odległe pacjentów leczonych w szpitalu powiatowym.

Migotanie przedsionków jest najczęściej występującym zaburzeniem rytmu spotykanym w praktyce klinicznej wiążącym się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia ciężkich powikłań udaru mózgu i zatorowości systemowej ze zgonem włącznie głównie. Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznanie migotania przedsionków i jak najszybsze wdrożenie właściwego leczenia. Zapobieganie zatorowości za pomocą doustnej antykoagulacji (OAC) jest zalecane u pacjentów z migotaniem przedsionków z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka według skali CHA₂DS₂-VASc (skala do oceny ryzyka wystąpienia udaru niedokrwinnego mózgu u chorych z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową). Niestety dostępność danych na temat leczenia przeciwwkrzepliwego pacjentów z migotaniem przedsionków w Polsce są ograniczone. Dlatego tak duże znaczenie dla losów chorych z migotaniem przedsionków mają wyniki analiz przeprowadzonych w przedstawionych do recenzji cyklu czterech prac. Niestety wyniki analiz leczenia przeciwkrzepliwego i przeciwplatekowego chorych z migotaniem przedsionków w Polsce nie napawają optymizmem. Z przeprowadzonych analiz wynika, że zbyt duża grupa tych chorych leczona jest niewłaściwie. Wyniki prac powinny być sygnałem do intensyfikacji edukacji środowiska lekarskiego, szczególnie lekarzy rodzinnych, w zakresie stosowania adekwatnej terapii przeciwkrzepliwnej i przeciwplatekowej u pacjentów z migotaniem przedsionków z towarzyszącymi chorobami naczyniowymi.

Dorobek habilitanta poza cyklem habilitacyjnym obejmuje 72 prace: 30 prac oryginalnych, 10 prac przeglądowych oraz 31 opisów przypadków. Łączna punktacja IF: 85,151 w tym po doktoracie 80,021, punktacja MEiN 2459 (po doktoracie 2307), liczba cytowani 2020, Indeks Hirscha 10 (wg bazy Scopus z dnia 25.02.2022r.).

Jest autorem recenzji w punktowanych czasopismach, rozdziałów w książkach i repetytorium z kardiologii: koszyki pytań do egzaminu specjalizacyjnego.

W ramach współpracy wielośrodkowej dr Łodziński brał udział w trzech międzynarodowych projektach badawczych: Międzynarodowym Rejestrze Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego EORP-AF, Międzynarodowym projekcie TeleCheck-AF i Międzynarodowym rejestrze European Heart Rhythm Association.

W 2021r, otrzymał Nagrodę zespołową Rektora WUM za redakcję i współautorstwo monografii „Ograniczenia kardiologiczne w sporcie amatorskim”.

Dr Piotr Łodziński od 2003 roku prowadzi zajęcia ze studentami Wydziału Lekarskiego, Farmaceutycznego i Elektroradiologii Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, sprawuje opiekę nad Studenckim Kołem Naukowym przy I Katedrze i Klinice Kardiologii UM w Warszawie, a powstałe prace studenckie były prezentowane i nagradzane na licznych konferencjach krajowych i zagranicznych.

Dr Łodziński był wykładowcą i moderatorem sesji na konferencjach dotyczących kardiologii, a przede wszystkim elektrofizjologii i prewencji powikłań zatorowo-zakrzepowych, prowadził wykłady i warsztaty podczas kursów specjalizacyjnych z kardiologii organizowanych przez zespół I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Od lipca 2013 r. jest wykładowcą oraz kierownikiem szkolenia AFib Learning Journey organizowanego przez European Surgical Institute Norderstedt/Hamburg (obecnie Johnson & Johnson Institute). W ramach projektu adepci elektrofizjologii z państw europejskich oraz Rosji, Turcji, Arabii Saudyjskiej uczestniczą w szkoleniu teoretycznym i praktycznym w zakresie zabiegowego leczenia migotania przedsionków. Jest wykładowcą Szkoły Elektrofizjologii Klinicznej Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Dr Piotr Łodziński jest członkiem krajowych oraz międzynarodowych kardiologicznych towarzystw naukowych: Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) – posiada tytuł Fellow of European Society of Cardiology – FESC; jestem członkiem sekcji European Heart Rhythm Association (EHRA), Council on Stroke, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), w tym: Sekcji Rytmu Serca, Sekcji Kardiologii Dziecięcej, Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej.

Na podstawie artykułu 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce (Dz.U. z 2021 r.) po dokładnym i szczegółowym zapoznaniu się z dorobkiem naukowo-badawczym i osiągnięciami w zakresie szkolenia kadry lekarskiej i działalności

dydaktyczno-organizacyjnej uważam za uzasadnione wystąpienie o nadanie dr n. med. Piotrowi Łodzińskiemu stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne.

Lublin, 25.11.2022

Prof. dr hab. n. med. i n. ozd. Janusz Stążka