

Dr hab. med. Piotr Waciński
Kierownik Pracowni Hemodynamiki SPSK4
Katedra i Klinika Kardiologii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
e-mail; piotr.wacinski@umlub.pl

Ocena dorobku zawodowego i naukowego oraz pracy habilitacyjnej

dr n. med. Piotra Küblera

Dr medycyny Piotr Kübler urodził się w 1975 roku. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. W latach 2000-2001 odbywa staż podyplomowy w PSK 1 we Wrocławiu. Od 2001 roku i do chwili obecnej pracuje w Ośrodku Chorób Serca 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu - od 2013 roku na stanowisku adiunkta. W latach 2007-2008 odbył staż w Oddziale Kardiologii Interwencyjnej Herz-Zentrum w Bad Krozingen w Niemczech. W roku 2008 uzyskuje stopień naukowy doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy doktorskiej pod tytułem „Przydatność oznaczania stężenia mózgowego peptydu natriuretycznego w kompleksowej ocenie chorych z niewydolnością serca" na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Promotor: Prof. dr hab. Piotr Ponikowski). W latach 2000-2009 otrzymuje tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych pod kierunkiem dr n. med. Mirosława Pieroga, a w 2014 roku tytuł specjalisty kardiologa pod kierunkiem Prof. dr hab. Piotra Ponikowskiego.

W dorobku naukowym Habilitanta przedstawionym w analizie bibliometrycznej znajduje się 40 artykułów pełnotekstowych i 1 rozdziału w podręczniku (w 19 jako pierwszy autor). Łączny IF wynosi 49.883 oraz 653 punkty MNiSW/KBN. Liczba cytowań

bez autocytowań według bazy Web. Od 2011 roku koordynator europejskiego rejestru Transcatheter Valve Treatment Pilot Registry oraz ogólnopolskiego Rejestru Przewodnikowych Implantacji Zastawek Aortalnych w Ośrodku Chorób Serca 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Od 2016 roku wykonawca grantu uczelnianego nr ST.E.190.16.066 pod tytułem „Ocena wpływu aktywacji płytek krwi oraz uszkodzenia śródbłonna naczyniowego podczas zabiegów rotablacji tętnic wieńcowych na zdarzenia niepożądane w obserwacji szpitalnej i odległej”. Od 2018 roku wykonawca i opiekun naukowy grantu badawczego dla Młodych Naukowców i Uczestników Studiów Doktoranckich, które otrzymał doktorant Kliniki Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod tytułem; „Optymalizacja zabiegu rotablacji zwapniałych blaszek miażdżycowych za pomocą obrazowania wewnątrznaczyniowego”.

Hablitant jest członkiem niżej wymienionych towarzystw;

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Asocjacja Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Sekcji Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Resuscytacji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Europejskiej Asocjacji Przewodnikowych Interwencji Sercowo-Naczyniowych. Od 2008 roku jest członkiem Klubu-30 Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego będącego forum integracji młodych polskich kardiologów. Członek komitetu naukowo-organizacyjnego III Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego, Wrocław 25.04.2015 oraz III Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego, Wrocław 23.04.2016. Członek komitetu organizacyjnego międzynarodowej konferencji 5th Coronary Rotablation Meetnig / 1 st Scientific Meeting of Euroclub, Wrocław 15.01.2016. Członek komitetu organizacyjnego międzynarodowej konferencji 6th Wrocław Rotablation Meeting / 2nd

Wrocław Meeting of Euroclub, Wrocław 13.01.2018. W latach 2013-2015 przewodniczący Komisji Rewizyjnej Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Celem prezentowanego osiągnięcia naukowego Habilitanta cyklu 5 prac była aktualna ocena klinicznych i proceduralnych aspektów zabiegu aterektomii rotacyjnej. Habilitant wziął pod uwagę obserwowaną zmianę charakterystyki populacji oraz potrzebę wykonywania tego zabiegu bezpiecznie i skutecznie w coraz bardziej obciążonej oraz coraz liczniejszej grupie chorych. Analizie poddano zabiegi wykonane w Ośrodku Chorób Serca 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w latach 2008-2015, a opiekunem naukowym cyklu był Pan Prof. dr hab. Krzysztof Reczuch.

Celem pracy nr 1 w przedstawionym cyklu było szczegółowe scharakteryzowanie populacji pacjentów poddawanych aterektomii rotacyjnej pod kątem klinicznym proceduralnym oraz poszukiwanie nowych czynników wpływających na rokowanie w tej grupie w obserwacji 1-roczej. W niniejszej pracy zaproponowano uwzględnienie w stratyfikacji ryzyka czynników anatomicznych oraz aspektów technicznych, bezpośrednio związanych z procedurą aterektomii. Analizie poddano wszystkich kolejnych 207 pacjentów leczonych w latach 2008-2015 w Ośrodku Chorób Serca. Pierwszorzędowymi punktami końcowymi badania była śmiertelność całkowita oraz częstość występowania poważnych zdarzeń sercowo- naczyniowych w rocznej obserwacji. Drugorzędowymi punktami końcowymi była skuteczność zabiegu oraz częstość powikłań wewnątrzszpitalnych. Badaną populację była populacja wysokiego ryzyka sercowo- naczyniowego. Stanowili ją pacjenci ze średnią wieku 71.2 ± 9.5 lat, 66% z nich to mężczyźni, a liczne schorzenia współistniejące obejmowały ostry zespół wieńcowy u 21%, nadciśnienie tętnicze u 82%, cukrzyca u 43%, miażdżyca obwodowa u 31 %, niewydolność nerek u 20%, a przebyte zabiegi wieńcowe u 73% pacjentów.

Powyższa praca wskazała na 2 nowe czynniki predykcyjne. Poza udokumentowaną wcześniej obecnością niewydolności serca i wpływające na rokowanie po zabiegach aterektomii rotacyjnej. Są to; obecność zmian miażdżycowych, na które nie udaje się wprowadzić balonu, pogorsząca rokowanie oraz wskaźnik rezydualnej złożoności morfologii zwężeń w tętnicach wieńcowych wiążący się z lepszym rokowaniem. Powyższe predyktory wskazuje Habilitant jako pomocne w stratyfikacji ryzyka u pacjentów poddawanych złożonym zabiegom angioplastyki wieńcowej z użyciem aterektomii.

W kolejnej pracy cyklu, analizowano populację 207 pacjentów poddanych aterektomii rotacyjnej w Ośrodku Chorób Serca we Wrocławiu. Wykazano, że 21% z nich stanowili pacjenci z ostrym zespołem wieńcowym. Stosowanie rotablacji u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym jest uznawane za przeciwwskazanie ze względu na obecność niestabilnych blaszek miażdżycowych i związaną z nimi zwiększoną aktywację płytek krwi oraz większe ryzyko wystąpienia procesów prozakrzepowych. Jednoczenie jej zastosowanie, dla optymalnego wykonania angioplastyki wieńcowej, może być niezbędne według szacunków u 17-32% chorych z tej grupy. Celem pracy nr 2 była ocena bezpieczeństwa i skuteczności aterektomii rotacyjnej w grupie chorych z ostrym zespołem wieńcowym, w porównaniu do zabiegów wykonanych u pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwieną serca. W dostępnej literaturze dostępne było tylko jedno badanie dotyczące tego zagadnienia. Pierwszorzędowymi punktami końcowymi badania były wewnątrzszpitalna i 1-rocza śmiertelność całkowita oraz 1-rocza częstość wystąpienia poważnych incydentów sercowo-naczyniowych (łącznie zgony, ponowne zawały serca i udary mózgu). Drugorzędowymi punktami końcowymi były skuteczność zabiegu i powikłania wewnątrzszpitalne. Stwierdzono wyższą śmiertelność i częstość powikłań pozabiegowych w obserwacji wewnątrzszpitalnej u pacjentów z

ostrym zespołem wieńcowym poddanym aterektomii rotacyjnej, nie wykazano zaś istotnych różnic w obserwacji rocznej w porównaniu do pacjentów stabilnych.

W pracy nr 3 tego cyklu oceniono bezpieczeństwo i skuteczność zabiegów aterektomii rotacyjnej wykonywanych z zastosowaniem dostępu przez tętnicę promieniową, w porównaniu do zastosowania dostępu przez tętnicę udową. Dostęp udowy tradycyjnie uznawany był za skuteczniejszy niż dostęp promieniowy przy wykonywaniu złożonych zabiegów angioplastyki wieńcowej, w których ilość, jak i średnica zastosowanych cewników oraz dodatkowego sprzętu (w tym wiertel do aterektomii) oraz ich stabilizacja w aorcie jest większa. Do badania włączono kolejnych 177 pacjentów, u których wykonano zabiegi aterektomii rotacyjnej w latach 2010-2015. W tym czasie zarówno dostęp udowy, jak i promieniowy były rutynowo stosowane przez operatorów w Ośrodku Chorób Serca, a wybór dostępu pozostawiano do decyzji operatora. Pierwszorzędowymi punktami końcowymi badania były skuteczność zabiegu, śmiertelność oraz częstość poważnych incydentów sercowo-naczyniowych w obserwacji wewnątrzszpitalnej. Drugorzędowym punktem końcowym była śmiertelność i łączna częstość incydentów sercowo-naczyniowych (zgon, zawał serca, udar mózgu) w obserwacji 1-roczej.

W pracy wykazano, że dostęp przez tętnicę promieniową, mimo że jest trudniejszy technicznie i bardziej wymagający dla operatora, pozwala uzyskać jednakową skuteczność zabiegu aterektomii rotacyjnej oraz wynik w obserwacji długoterminowej, co dostęp przez tętnicę udową. Jednocześnie jego zastosowanie istotnie redukuje częstość poważnych krwawień miejscowych, zmniejsza ilość potrzebnego środka kontrastowego i skraca pobyt szpitalny, a co za tym idzie obniża koszty leczenia. Na podstawie powyższych wyników uznano, że dostęp promieniowy do wykonywania aterektomii rotacyjnej powinien być powszechnie zalecany.

W kolejnej pracy w przedstawionym cyklu była ocena wyników leczenia przy pomocy aterektomii rotacyjnej powyżej wyodrębnionej grupy chorych najwyższego ryzyka, w porównaniu do grupy pozostałych pacjentów, charakteryzującej się niższym ryzykiem. Pierwszorzędowymi punktami końcowymi badania były śmiertelność oraz częstość poważnych incydentów sercowo-naczyniowych (zgon, zawał serca, udar mózgu) w obserwacji 1-roczej. Drugorzędowym punktem końcowym była ocena wyników leczenia w obserwacji wewnątrzszpitalnej. Oceniono, że za pomocą aterektomii rotacyjnej można z dobrym efektem leczyć nawet najbardziej obciążonych chorych, u których mimo poważnego rokowania jest to jedyna metoda gwarantująca skuteczne leczenie. Ma to ważne praktyczne implikacje, ponieważ daje podstawy to bardziej agresywnego inwazyjnego leczenia najtrudniejszych chorych z zaawansowaną chorobą niedokrwienną serca, także tych zdyskwalifikowanych z operacji kardiochirurgicznej, a ośrodki o niższej referencji powinny być zachęcane do współpracy z wieloprofilowymi centrami dysponującymi odpowiednim doświadczeniem i sprzętem.

Ostatnia praca przedstawionego cyklu jest komentarzem redakcyjnym, dotyczącym artykułu, omawiającego częstość występowania zawału około proceduralnego serca u pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, u których wykonano aterektomię rotacyjną. Do rozpoznania zawału zastosowano nie tylko ocenę kliniczną i laboratoryjną ale przede wszystkim bardzo czułą metodę obrazową - rezonans magnetyczny serca. Stwierdzono, że zawał około proceduralny nie jest rzadkim powikłaniem po aterektomii rotacyjnej oraz że pozawałowe uszkodzenie mięśnia sercowego wycofuje się u większości pacjentów w ciągu 6 miesięcy, łącznie z ustąpieniem objawów niedokrwienia serca.

Reasumując, w powyższych pracach cyklu poruszono w niej aktualny i ważny temat powikłań związanych z zabiegiem aterektomii rotacyjnej, ze szczególnym

uwzględnieniem trudnych i złożonych zmian w naczyniach wieńcowych. Cykl ten oparto w dużej części o własne doświadczenia, co daje podstawy do dalszych badań naukowych. Przedstawiony cykl publikacji stanowi poszerzenie aktualnej wiedzy i próbę współczesnego podejścia do tradycyjnych aspektów związanych z zabiegami angioplastyki wieńcowej w populacji wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, zarówno pod kątem charakterystyki klinicznej jak i około proceduralnej u chorych z nasilonymi zwapnieniami w tętnicach wieńcowych z wykorzystaniem aterektomii rotacyjnej. Należy zwrócić uwagę na praktyczny wymiar przedstawionych wyników, co powinno mieć bezpośredni wpływ na technikę wykonywania tej metody, większą dostępność i szersze jej stosowanie w codziennej praktyce klinicznej. Modyfikacja prowadzonego leczenia powinna przełożyć się na poprawę wyników długoterminowych. Według wiedzy autora jest to pierwszy w Polsce oparty na materiale jednego ośrodka cykl publikacji poświęcony wykorzystaniu aterektomii rotacyjnej. Najważniejsze wnioski z cyklu są przedstawione zwięźle i są podstawą do prowadzenia dalszych badań w tym zakresie. Zwróciłbym jedynie uwagę Habilitanta na komplementarne do rotablacji metody aterektomii, wśród nich aterektomię laserową. Jest ona dostępna w naszym kraju od 3 lat i podobnie jak rotablacja uległa ona na przestrzeni ostatnich lat modyfikacji technicznej i proceduralnej. Może być również może być brana pod uwagę w opisywanej przez Habilitanta grupie chorych wysokiego ryzyka w celu modyfikacji zmian miażdżycowych. Obecnie takie urządzenia posiadają już 3 ośrodki w Polsce, a w Niemczech ilość ośrodków wykonujących aterektomię laserową przekroczyła 60.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że dorobek i osiągnięcia naukowe Dr n. med. Piotra Kublera ma nowatorski charakter. Praca została zaplanowana w sposób rzeczowy i metodycznie sprawny. Potwierdza to zdolność Habilitanta do samodzielnego

wykonywania prac badawczych związanych z ważnym problemem klinicznym. Dodatkowo, Habilitant posiada rzetelne wykształcenie medyczne, bogate doświadczenie zawodowe w jednym z referencyjnych, polskich ośrodków kardiologii uzupełnione o staż w referencyjnym ośrodku niemieckim w Herz-Zentrum w Bad Krozingen.

W oparciu o powyższe fakty pragnę zwrócić się do Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu o dopuszczenie Habilitanta do dalszych etapów uzyskania tytułu naukowego w zakresie medycyny. Pozostaję jednocześnie w nadziei, iż w przyszłości Habilitant będzie dalej rozwijał swoje zainteresowania naukowe w oparciu o bardzo wysoki poziom obecnego miejsca pracy oraz we współpracy z innymi ośrodkami w Polsce i za granicą.



SPSK NR 4 W LUBLINIE
KLINIKA KARDIOLOGII
KIEROWNIK PRACOWNI HEMODYNAMIKI
Dr hab. med. Piotr J. Waciński

Dr hab. med. Piotr Waciński
Kierownik Pracowni Hemodynamiki SPSK4
Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie

Lublin 8.02.2019