



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Lek. med. Alexander Zdebik
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Asklepios Nordseelinik Westerland/Sylt

Rozprawa doktorska:

Stratyfikacja ryzyka u pacjenta po przebytym zawale serca STEMI w odniesieniu do przewidywanej długości hospitalizacji po przezskórnej interwencji wieńcowej

Promotor:

Prof. dr. hab. med. Jerzy Lewczuk

Recenzenci:

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Rafał Poręba

Prof. dr hab. n. med. Lech Poloński

Wrocław 2018

Życiorys

Alexander Zdebik
ur. 29.07.1985 w Rüsselsheim nad Menem, Niemcy

Wykształcenie:

2006-2012 Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Wydział Medyczny, Tytuł Lekarz medycyny
10/2010 – 03/2011 Charité Universitätsmedizin w Berlinie
07/2010 University of Virginia Medical School in Norfolk, Virginia, USA
08/2011-09/2011 Maimonides Medical Center in Brooklyn, New York, USA

Przebieg pracy zawodowej:

01/2013-12/2013 Młodszy asystent Main-Taunus Kliniken, Wydział Innere Medizin I –
Kardiologie, Bad Soden, Niemcy
03/2014 – 02/2017 Młodszy asystent Universitätsklinikum des Saarlandes, Klinik für
Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Homburg/Saar, Niemcy
09/2017 – 03/2019 Młodszy asystent Asklepios Nordseeklinik, Klinik für Dermatologie und
Allergologie, Sylt/Westerland, Niemcy
03/2019 – dziś Młodszy asystent Haut- und Lasermedizin Praxis Dres. Salzer und Arnold,
Heilbronn, Niemcy

Dorobek naukowy:

5 opublikowanych prac, punkty MNiSW 75, sumaryczny IF 5,637

Wybrane publikacje:

1. Hormone replacement therapy regimens in chemotherapy-induced premature ovarian failure and the subsequent correction of hormone levels.
Stangel-Wojcikiewicz K, Zdebik A, Jach R, Huras H, Wadowska-Jaszczynska K, Radon-Pokracka M, Kempisty-Zdebik E, Ludwin A, Ludwin I.
Department of Gynecology and Oncology, Collegium Medium Jagiellonian University of Kraków, Poland. ksw@cm-uj.krakow.pl
Neuroendocrinology Letters, 2012;33(7):697-702. IF 0,932 MNiSW 15
2. The Importance of Testosterone in the Treatment of Metabolic Syndrome in Men –
Kempisty-Zdebik E, Zdebik A.
Poradnia Zdrowia Mezczyzn, Frankfurt nad Menem. ewa@zdebik-arzt.de
Przegląd Lekarski 2012;69(1):29-33 MNiSW: 5
3. Low serum 25-hydroxyvitamin d concentrations are associated with increased risk for melanoma and unfavourable prognosis. Bade B, Zdebik A, Wagenpfeil S, Gräber S, Geisel J, Vogt T, Reichrath J. PLoS One. 2014 Dec 1;9(12) IF: 3.234 MNiSW: 40
4. Ichthyosiformer Morphenwandel einer erythrodermen Mycosis fungoides unter extrakorporaler Photopherese-Therapie
Müller CSL, Zdebik A, Pföhler C, Vogt T

5. Ocular manifestations of dermal paraneoplastic syndromes
Zdebik A, Lantzsch H, Buhles N, Lewczuk N, Advances in Dermatology and Allergology IF 1,471 MNiSW 15

Przynależność do towarzystw naukowych:

Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Deutsche Dermatologische Akademie
Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie
Berufsverband der Phlebologen e.V.
Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.
Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie e.V.
Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Infektiologie und Tropendermatologie e.V.
Arbeitsgemeinschaft Ästhetische Dermatologie und Kosmetologie e.V. (ADK)
Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Botulinumtoxintherapie e.V.
International Peeling Society

Streszczenie pracy doktorskiej

Wprowadzenie:

Ostry zespół wieńcowy pozostaje nadal jeden z głównych powodów zgonów z przyczyn sercowo naczyniowych, a zawał serca jest obciążoną najpoważniejszym rokowaniem, które w dużym stopniu poprawiło się od czasu zastosowanie przezskórnej interwencji wieńcowej, stosowanej obecnie u 75 % chorych. Dotychczas nie ustalono wytycznych odnośnie zalecanego optymalnego czasu hospitalizacji dla pacjenta. Średni czas pobytu w szpitalu po zawale STEMI wynosi aktualnie powyżej 7 dni, co wiąże się z dużymi nakładami na opiekę zdrowotną i nasuwa potrzebę opracowania systemu weryfikacji czy istnieje grupa chorych, u których wcześniejsze zakończenie hospitalizacji może być korzystne, nie tylko z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, ale również pacjenta, z uwagi na ryzyko rozwinięcia się powikłań związanych z przedłużoną hospitalizacją (kolonizacja szczepami lekoopornymi, szpitalne zapalenie płuc) oraz kwestią jak najszybszego powrotu chorego do codziennego funkcjonowania.

Cel pracy:

Zaproponowanie własnego Heart Infarct Risk Score, opartego na kardiologicznych czynnikach ryzyka wystąpienia niepożądanego zdarzenia sercowo-naczyniowego po przeprowadzeniu przezskórnej interwencji wieńcowej w przebiegu STEMI, a następnie po obliczeniu uzyskanych przez chorego punktów, zakwalifikowaniu go do jednej z trzech grup ryzyka (niskie, średnie, wysokie) i określenia optymalnego czasu pobytu w szpitalu.

Materiał i metody: Spodziewane wyniki i ich przewidywane wykorzystanie:

Pracę oparto na materiale 76 chorych (średnia wieku 61,37 lat) po przebytym STEMI, leczonych PCI, u których zbadano parametry, mogące mieć związek z wystąpieniem niepożądanego zdarzenia sercowo-naczyniowego w ciągu 30 dni od przeprowadzenia procedury. Zaliczono do nich: 1. wiek pacjentów przy przyjęciu oraz płeć 2. klasyfikacja Killipa-Kimballa, 3. stopień upośledzenia przepływu przez naczynia wieńcowe mierzony w skali TIMI. 4. ogólna liczba zajętych chorobą naczyń wieńcowych w angiografii wieńcowej. 5. stopień niedrożności przepływu przez naczynie dozawałowe stwierdzony w czasie koronarografii. 6. końcoworozkurczowe ciśnienie lewokomorowe (LVEDP) mierzone w badaniu hemodynamicznym. 7. frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) mierzona w badaniu echokardiograficznym po PCI 8. czas niedokrwienia (Door-to-Baloon-Time) na podstawie wywiadu 9. PCI z implantacją stentu lub bez stentu (plastyka balonowa). Zastosowanie lub niestosowanie Tirofibanu. 10. echokardiograficzna lokalizacji zawału w mięśniu sercowym 11. Liczba odprowadzeń w 12 kanałowym EKG z uniesieniem odcinka ST przed interwencją 12. Redukcja uniesienia odcinka ST w elektrokardiogramie po wykonaniu PCI. Wyniki pracy powinny przyczynić się do optymalizacji postępowania terapeutycznego i czasu trwania hospitalizacji oraz poprawić zarządzanie zasobami szpitalnymi, a w konsekwencji wpłynąć na ogólne zmniejszenia kosztów leczenia szpitalnego w tej grupie chorych.

Wyniki:

Wyniki pracy wykazały, że spośród 29 zmiennych 12 ocenianych parametrów, największą wartość punktową (4-5 pkt) w określeniu ryzyka wystąpienia AE w czasie 30 dniowej obserwacji w badanym materiale chorych i w rezultacie największy wpływ na system punktowy w Heart Infarct Score miały: klasa Killippa-Kimballa II-IV, Skala TIMI 0-2 i LVEDP > 25 mmHg, mniejszą zaś (3 pkt) takie zmienne jak wiek: 60 - 75 lat, LVEF < 35 % i 35-50 % oraz 25-50 % redukcja i brak redukcji uniesionego ST po przezskórnej interwencji. Pozostałe zmienne badanych parametrów, w tym niespodziewanie wiek > 75 lat, nie okazały się istotnymi czynnikami w stratyfikacji ryzyka. Grupom ryzyka w Heart Infarct Score przypisano optymalną na podstawie doświadczenia klinicznego długość hospitalizacji. Dla ułatwienia obliczenia punktacji Heart Infarct Score i na tej podstawie ustalenia optymalnego czasu trwania hospitalizacji zaprogramowano aplikację mobilną w postaci programu na wspólne systemy operacyjne iOS® dla iPhone® firmy Apple lub Android® oraz dla innych producentów urządzeń mobilnych. Wyniki tej retrospektywnej pracy powinny zostać zwalidowane w badaniu prospektywnym na dużej grupie chorych ze STEMI poddanych PCI, najlepiej w badaniu wieloośrodkowym.