

Państwowy Instytut Medyczny
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i
Administracji w Warszawie
ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
tel. 47 722 1020

za pośrednictwem:
Rady Doskonałości Naukowej
pl. Defilad 1
00-901 Warszawa
(Pałac Kultury i Nauki, p. XXIV, pok. 2401)

Konrad Lewandowski
Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych,
Państwowy Instytut Medyczny MSWiA
w Warszawie

Wniosek

z dnia 04 marca 2025 r.

o przeprowadzenie postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauki medyczne i nauki o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne.

Określenie osiągnięcia naukowego będącego podstawą ubiegania się o nadanie stopnia doktora habilitowanego: „Ocena częstości występowania i klinicznych następstw występowania manifestacji pozajelitowych i innych powikłań u pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit”.

Wnioskuje – na podstawie art. 221 ust. 10 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce – aby komisja habilitacyjna podejmowała uchwałę w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w głosowaniu ~~tajnym~~/jawnym¹

Zostałem poinformowany, że:

Administratorem w odniesieniu do danych osobowych pozyskanych w ramach postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego jest Przewodniczący Rady Doskonałości Naukowej z siedzibą w Warszawie (pl. Defilad 1, XXIV piętro, 00-901 Warszawa).

Kontakt za pośrednictwem e-mail: kancelaria@rdn.gov.pl, tel. 22 656 60 98 lub w siedzibie organu.

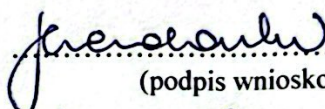
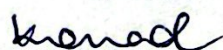
Dane osobowe będą przetwarzane w oparciu o przesłankę wskazaną w art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w związku z art. 220 - 221 oraz art. 232 – 240 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w celu przeprowadzenie postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego oraz realizacji praw i obowiązków oraz środków odwoławczych przewidzianych w tym postępowaniu.

Szczegółowa informacja na temat przetwarzania danych osobowych w postępowaniu dostępna jest na stronie www.rdn.gov.pl/klauzula-informacyjna-rodo.html

¹ * Niepotrzebne skreślić.

Załączniki:

1. Dane wnioskodawcy (załącznik 2).
2. Autoreferat (załącznik 3).
3. Wykaz osiągnięć naukowych (załącznik 4).
4. Analiza bibliometryczna przygotowana przez Bibliotekę Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie
5. Kopia dokumentu potwierdzającego posiadania stopnia doktora.
6. Oświadczenie współautorów o ich wkładzie w powstanie publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe.
7. Kopie publikacji składających się na osiągnięcie naukowe, będące podstawą ubiegania się o nadanie stopnia doktora habilitowanego.


.....
(podpis wnioskodawcy)




**Państwowy Instytut
Medyczny MSWiA**

AUTOREFERAT

w postępowaniu o nadanie stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych

Tytuł osiągnięcia naukowego:

**„Ocena częstości i klinicznych następstw występowania
manifestacji pozajelitowych i innych powikłań u pacjentów z
nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit”.**

dr n. med. i n. o zdr. Konrad Lewandowski, MBA

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych
Państwowy Instytut Medyczny
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
w Warszawie

Warszawa 2025

Spis treści

I.	Dane osobowe.....	4
II.	Wykaz posiadanych dyplomów i stopni naukowych oraz tytuł rozprawy doktorskiej – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.....	4
III.	Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych.....	5
IV.	Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).....	6
	1. Tytuł osiągnięcia naukowego.....	6
	2. Wykaz prac wchodzących w skład osiągnięcia naukowego.....	6
	3. Skrótowe omówienie celu naukowego wyżej wymienionych prac.....	7
	4. Analiza poszczególnych prac.....	10
	5. Wnioski z przeprowadzonych badań.....	16
	6. Możliwość wykorzystania wyników.....	17
V.	Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych.....	20
	1. Prace powiązane tematycznie, spoza cyklu prac, o którym mowa w punkcie 4.....	20
	2. Streszczenia ze zjazdów międzynarodowych.....	37
VI.	Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej, w szczególności zagranicznej.....	41
VII.	Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę.....	44

1. Opieka na studentami.....	44
2. Wykłady i wystąpienia.....	45
3. Członkostwo w Towarzystwach Naukowych.....	47
4. Funkcja recenzenta w czasopismach naukowych.....	47
5. Rozdziały w podręcznikach.....	47
6. Funkcja promotora pomocniczego.....	48
VIII. Inne informacje dot. kariery zawodowej.....	49
1. Przebieg kariery zawodowej.....	49
2. Udział w grantach naukowych.....	53
3. Kursy i szkolenia.....	54
4. Inne aspekty rozwoju naukowego.....	55
IX. Podsumowanie dorobku naukowego na podstawie analizy bibliometrycznej.....	56

I. Dane osobowe.

Imię i nazwisko: Konrad Lewandowski

Tytuł naukowy: doktor nauk medycznych i nauk o zdrowiu

Zajmowane stanowisko: Adiunkt, Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, ul. Wołoska 137, 02 – 507 Warszawa

ORCID: 0000 – 0003 – 3866 – 4905

II. Wykaz posiadanych dyplomów i stopni naukowych oraz tytuł rozprawy doktorskiej – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

- | | |
|------|--|
| 2023 | Specjalista w dziedzinie gastroenterologii – Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, kierownik specjalizacji: prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska – Wyszowska |
| 2022 | Stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu – Warszawski Uniwersytet Medyczny, z wyróżnieniem |
| 2022 | Dyplom studiów podyplomowych Master of Business Administration – Szkoła Główna Menadżerska, Zarządzanie w Ochronie Zdrowia z wynikiem bardzo dobrym |
| 2021 | Dyplom studiów podyplomowych – Szkoła Główna Handlowa, Zarządzanie Organizacjami Ochrony Zdrowia z wynikiem bardzo dobrym |
| 2016 | Dyplom lekarza – Uniwersytet Medyczny w Łodzi z wynikiem ponad dobrym. |

Stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu z wyróżnieniem został nadany przez Przewodniczącą Rady Dyscyplin Nauk Medycznych prof. dr hab. n. med. Hannę Szajewską. Tytuł dysertacji na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu: „Wpływ objawów brzusznych na przebieg kliniczny zakażenia wirusem SARS-CoV-2”, Warszawski Uniwersytet Medyczny w dniu 19 października 2022 roku.

Promotor: prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska – Wyszowska

Promotor pomocniczy: dr n. med. Mariusz Rosołowski

Recenzenci:

- prof. dr hab. n. med. Barbara Skrzydło – Radomańska
- prof. dr hab. n. med. Maria Kłopotcka
- prof. dr hab. n. med. Jarosław Daniluk.

III. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu i przebiegu pracy zawodowej.

07.2024 – obecnie Adiunkt, w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie

11.2023 – 07.2024 Starszy asystent, specjalista gastroenterologii, w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie

2018 – 11.2023 Młodszy asystent, w trakcie specjalizacji z gastroenterologii, Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie

10.2016 – 2018 Lekarz stażysta, młodszy asystent, w trakcie specjalizacji z gastroenterologii, Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie.

IV. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).

1. Tytuł osiągnięcia naukowego.

„Ocena częstości i klinicznych następstw występowania manifestacji pozajelitowych i innych powikłań u pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit”.

2. Wykaz prac wchodzących w skład osiągnięcia naukowego.

1. Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Szwarc P, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Walicka M, Franek E, Rydzewska G. Risk Factors for Osteoporosis among Patients with Inflammatory Bowel Disease-Do We Already Know Everything? Nutrients. 2023; 15(5): 1151. Praca oryginalna, IF: 4.8, MNiSW: 140 pkt.

2. Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Głuszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor α therapy in patients with inflammatory bowel disease (IBD): findings from a tertiary IBD center in Poland. Pol Arch Intern Med. 2024; 134(7-8):16789. Praca oryginalna, IF: 3.8, MNiSW: 200 pkt.

3. Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Głuszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Should the Dermatological Assessment of Patients with Inflammatory Bowel Disease Become Standard during Qualifications for Biological Treatment? A Retrospective, Single-Center Experience from a Tertiary Center. J Clin Med. 2024; 13(17): 5213. Praca oryginalna, IF: 3.0, MNiSW: 140 pkt.

4. Lewandowski K, Kaniewska M, Karłowicz K, et al. Ophthalmological manifestations in inflammatory bowel disease under the watchful eye of a gastroenterologist from

a tertiary centre. Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny. 2024; 19(4): 397-407. Praca oryginalna, IF: 1.7, MNiSW: 40 pkt.

5. Lewandowski K, Lukas M, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Karłowicz K, Bednarczuk K, Kolar M, Jirsa J, Lukas M, Rydzewska G. Risk factors for difficult endoscopic bowel dilatation of predominantly shorter and non – inflammatory strictures among patients with inflammatory bowel disease: Findings from a IBD tertiary centers in Poland and Czech Republic. Gastrointestinal Endoscopy. 2025: S0016-5107(25)00138-5. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2025.02.036>. Praca oryginalna, IF: 6.7, MNiSW: 140 pkt.

Osiągnięcie naukowe obejmuje pięć powiązanych tematycznie publikacji naukowych opublikowanych po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Sumaryczny współczynnik oddziaływania Impact Factor (IF) osiągnięcia naukowego: **20.0 IF**. Sumaryczna punktacja Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW) osiągnięcia naukowego: **660 pkt**.

3. Skrótowe omówienie celu naukowego wyżej wymienionych prac.

Nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ), obejmujące wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) oraz chorobę Leśniowskiego - Crohna (LC), stanowią grupę przewlekłych, autoimmunologicznych schorzeń przewodu pokarmowego o nieuleczalnym charakterze. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2020 roku liczba pacjentów z rozpoznaniem WZJG wynosiła 73 235, natomiast LC dotyczyła 23 574 osób. Szacowana częstość występowania tych jednostek chorobowych wynosiła odpowiednio 191,4 oraz 61,6 na 100 000 osób, a analiza trendów epidemiologicznych w latach 2012–2018 wskazuje na ich istotny wzrost, co czyni NChZJ poważnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny.

Patogeneza NChZJ jest wieloczynnikowa i obejmuje nakładające się mechanizmy, w tym zaburzenia mikrobioty jelitowej, dysregulację odpowiedzi immunologicznej oraz interakcje między czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. W ich przebiegu obserwuje się zarówno objawy ograniczone do przewodu pokarmowego, jak i manifestacje pozajelitowe (EIM), które mogą obejmować zmiany skórne, kostno -

stawowe, oczne oraz hepatologiczne. Ponadto, obecność zwężeń w obrębie przewodu pokarmowego istotnie zwiększa ryzyko powikłań, takich jak niedrożność przewodu pokarmowego czy konieczność interwencji chirurgicznej (mogącej zakończyć się zespołem krótkiego jelita). NChZJ znacząco wpływają na jakość życia pacjentów, zarówno poprzez bezpośrednie konsekwencje kliniczne, jak i pośrednie aspekty psychologiczne. Pacjenci często zmagają się z lękiem, depresją oraz izolacją społeczną wynikającą z przewlekłego charakteru choroby i jej powikłań. Dodatkowo, konieczność regularnych konsultacji specjalistycznych oraz nieprzewidywalność przebiegu choroby stanowią istotne źródło długotrwałego stresu. Właściwa diagnostyka oraz wielospecjalistyczne podejście terapeutyczne są kluczowe dla optymalizacji leczenia NChZJ oraz poprawy jakości życia pacjentów. Skuteczne postępowanie wymaga interdyscyplinarnej współpracy gastroenterologów, dermatologów, reumatologów, chirurgów oraz specjalistów zdrowia psychicznego, co umożliwi kompleksowe zarządzanie chorobą oraz jej powikłaniami.

W 2023 roku European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) wprowadziło nową klasyfikację EIM, dzieląc je na cztery grupy w zależności od patomechanizmu ich powstawania:

- § klasyczne – proces zapalny występujący poza jelitami,
- § związane – inne zaburzenia na podłożu immunologicznymi,
- § powikłania – wyraz powikłań procesu zapalnego w przebiegu NChZJ,
- § związane z leczeniem – działania niepożądane leków stosowanych w NChZJ.

EIM stanowią istotny problem terapeutyczny w przebiegu NChZJ, ponieważ mogą dotyczyć nawet 50% pacjentów, a u 26% z nich mogą pojawić się nawet na 25 miesięcy przed rozpoznaniem choroby. EIM mogą znacząco pogarszać jakość życia pacjentów, prowadząc do bólu, kalectwa, lęku, depresji, a w niektórych przypadkach nawet zgonu. Potencjalnie letalne konsekwencje EIM mogą wynikać bezpośrednio z ich wystąpienia, jak w przypadku powikłań zakrzepowo-zatorowych, lub mogą być związane ze zwiększonym ryzykiem onkologicznym, jak w przypadku pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych, które predysponuje do rozwoju raka dróg żółciowych.

Ze względu na istotne trudności diagnostyczne i terapeutyczne konieczne jest aktywne poszukiwanie i leczenie EIM, co wymaga interdyscyplinarnej współpracy specjalistów, w tym gastroenterologów, chirurgów, reumatologów, dermatologów i okulistów. Model opieki wielodyscyplinarnej, funkcjonujący w wielu krajach zachodnich na wzór konsyliów onkologicznych, może stanowić optymalne rozwiązanie w terapii EIM. W jego skład, oprócz lekarzy specjalistów, powinni wchodzić również pielęgniarki, psycholodzy i dietetycy.

Kolejnym istotnym problemem w przebiegu NChZJ jest obecność zwężeń przewodu pokarmowego, które w momencie rozpoznania LC występują u 30% pacjentów, a ich częstość wzrasta do 70% w ciągu kolejnych 10 lat trwania choroby. W przypadku WZJG zwężenia dotyczą 6–10% pacjentów. Zwężenia mogą przebiegać bezobjawowo lub prowadzić do niespecyficznych dolegliwości, takich jak ból brzucha i wzdęcia, a ich progresja może skutkować niedrożnością przewodu pokarmowego wymagającą interwencji chirurgicznej. Wobec braku specyficznych terapii antyfibrotycznych głównymi metodami leczenia zwężeń pozostają endoskopowe rozszerzanie balonem (EBD) oraz leczenie operacyjne.

Mechanizmy patogenetyczne zwężeń nie są jednoznacznie określone i mogą obejmować zaburzenia mikrobioty jelitowej, predyspozycje genetyczne oraz różne mechanizmy immunologiczne i nieimmunologiczne. Pacjenci ze zwężeniami są częściej hospitalizowani, wymagają intensywniejszego leczenia z wykorzystaniem między innymi leków biologicznych, zabiegów endoskopowych oraz interwencji chirurgicznych, co istotnie zwiększa koszty opieki zdrowotnej. Kluczowym elementem prewencji zwężeń jest skuteczna kontrola choroby, rozumiana jako uzyskanie wygojenia błony śluzowej w WZJG oraz wygojenia przezściennego w LC. Obecne opcje terapeutyczne są jednak niewystarczające do rozwiązania tego problemu. Istotnym aspektem postępowania jest określenie czy zwężenie ma podłoże włókniste, czy wynika z aktywnego stanu zapalnego. Mimo postępów w diagnostyce obrazowej, takich jak ultrasonografia jelitowa (IUS), tomografia komputerowa (CT) i rezonans magnetyczny (MR), eskalacja leczenia i czas trwania terapii pozostają kluczowymi czynnikami w określaniu charakteru zwężeń. Nowoczesne techniki endoskopowe, takie jak strikturotomia i zastosowanie samorozprężalnych stentów metalowych

(SEMS), stanowią obiecującą alternatywę dla leczenia operacyjnego, choć ich dostępność pozostaje ograniczona.

Współczesne leczenie NChZJ opiera się na strategii treat-to-target, zgodnie z wytycznymi konsensusu STRIDE II, który określa cele terapeutyczne obejmujące odpowiedź kliniczną, remisję kliniczną, normalizację biomarkerów zapalnych (białko C-reaktywne, kalprotektyna w kale) oraz uzyskanie wygojenia zmian zapalnych w badaniu endoskopowym. Nowe podejście w terapii NChZJ prezentuje konsensus SPIRIT, który kładzie nacisk na długoterminową optymalizację leczenia poprzez poprawę jakości życia, zmniejszenie ryzyka niepełnosprawności, redukcję powikłań (w tym EIM i zwężeń), ograniczenie ryzyka nowotworzenia oraz zmniejszenie śmiertelności. Implementacja tego konsensusu w praktyce klinicznej budzi jednak wątpliwości z uwagi na brak wysokiej jakości badań prospektywnych oceniających jego wpływ na modyfikację przebiegu choroby. W dobie medycyny opartej na dowodach naukowych uzasadnione jest dążenie do uzyskania dalszych danych potwierdzających skuteczność tego podejścia. Nowe cele terapeutyczne konsensusu SPIRIT obejmują wczesne rozpoznanie NChZJ, szybkie wdrożenie leczenia w celu zapobiegania zwężeniom, poprawę monitorowania odpowiedzi na terapię oraz optymalizację doboru leków, w tym terapii skojarzonych. Obserwowana jest rosnąca tendencja do oceny skuteczności leczenia nie tylko w zakresie remisji objawów jelitowych, ale także uzyskania remisji EIM. W ostatnich latach prowadzone są również badania nad zastosowaniem leków antyfibrotycznych w leczeniu zwężeń przewodu pokarmowego, takich jak pirfenidon i nintedanib, które początkowo były stosowane w leczeniu idiopatycznego włóknienia płuc, ale wykazują potencjał w hamowaniu progresji zwłóknienia w NChZJ poprzez redukcję aktywności fibroblastów i produkcji kolagenu.

Głównym celem niniejszego cyklu publikacji jest ocena częstości występowania EIM (metaboliczna choroba kości, zmiany skórne, nowotwory skóry oraz manifestacje oczne) oraz zwężeń przewodu pokarmowego u pacjentów z NChZJ, identyfikacja czynników ryzyka ich powstania, w tym związku ze stosowanymi lekami, oraz analiza ich wpływu na dotychczasowe postępowanie terapeutyczne.

4. Analiza poszczególnych prac:

Ad. Risk Factors for Osteoporosis among Patients with Inflammatory Bowel Disease-Do We Already Know Everything?

Celem tego badania była ocena częstości i czynników ryzyka występowania metabolicznej choroby kości pośród 232 pacjentów z NChZJ oraz ich porównanie z grupą 199 pacjentów bez NChZJ. Podczas tego jednośrodkowego, retrospektywnego badania u wszystkich uczestników wykonano ocenę aktywności NChZJ, dwufotonową densytometrię rentgenowską (DXA), badania laboratoryjne (uwzględniając markery obrotu kostnego) oraz kwestionariusz dotyczący aktywności fizycznej. Stwierdzono, że 7,3% pacjentów z NChZJ cierpiało na osteoporozę. Płeć męska, WZJG, rozległy zasięg zmian zapalnych u pacjentów z WZJG (pancolitis), zaostrzenie choroby, rzadkie realizowanie aktywności fizycznej, pozytywny wywiad w kierunku przebytych złamań, niższe poziomy osteokalcyny i wyższe poziomy C-końcowego telopeptydu kolagenu typu 1 były czynnikami ryzyka rozwoju osteoporozy. Aż 70,6% pacjentów z NChZJ i osteoporozą realizowało nieregularnie aktywność fizyczną. Podsumowując osteoporoza jest częstym problemem występującym u pacjentów z NChZJ. Czynniki ryzyka wystąpienia metabolicznej choroby kości istotnie różnią się pomiędzy populacją ogólną a pacjentami z NChZJ. Kluczowe z punktu widzenia interwencji samego pacjenta oraz lekarza jest poznanie i wpływ na modyfikowalne czynniki ryzyka osteoporozy. Kluczem do jej profilaktyki może być regularna aktywność fizyczna, która powinna być zalecana u wszystkich pacjentów w remisji klinicznej. Cenne może okazać się również wykorzystanie markerów obrotu kostnego w diagnostyce, co może umożliwić szybsze podjęcie decyzji terapeutycznych.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na nawiązaniu współpracy międzyośrodkowej, opracowaniu koncepcji, opracowaniu kwestionariusza dot. regularności i rodzaju realizowanej aktywności fizycznej, założeń badania/analiz, metodyki pracy, postawieniu hipotez badawczych, analizie piśmiennictwa, zbieraniu i ujednolicaniu danych, przeprowadzeniu analiz statystycznych, interpretacji wyników, przygotowaniu tabel i rycin, napisaniu całości manuskryptu, przygotowaniu pracy pod wymogi czasopisma, udzieleniu odpowiedzi na uwagi recenzentów. Rola wiodąca.

Ad. Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor α therapy in patients with inflammatory bowel disease (IBD): findings from a tertiary IBD center in Poland.

Manifestacje skórne to częsty problem pacjentów z NChZJ, ale ich charakterystyka oraz kliniczne następstwa nie są dobrze poznane. Celem badania była ocena częstości występowania, czynników ryzyka i następstw klinicznych zmian skórnych u pacjentów z NChZJ leczonych lekami z grupy inhibitorów czynnika martwicy nowotworów typu α (anty-TNF- α) oraz u pacjentów biologicznie – naiwnych (bez ekspozycji na te leki w wywiadzie). W tym retrospektywnym, jednoośrodkowym badaniu oceniono 541 pacjentów z NChZJ leczonych lekami anty-TNF- α i 688 osób z NChZJ bez historii leczenia anty-TNF- α . Wyższą częstość występowania zmian skórnych odnotowano u pacjentów leczonych anty-TNF- α w porównaniu z grupą pacjentów biologicznie - naiwnych (30,9% vs 16,4%; $P < 0,001$). Czynniki ryzyka rozwoju zmian skórnych obejmowały: wyższy wskaźnik masy ciała (BMI), chorobę Leśniowskiego - Crohna z lokalizacją zmian zapalnych w jelicie cienkim i dłuższy czas trwania terapii. Występowanie niektórych rodzajów zmian skórnych było skorelowane z terapią anty-TNF- α , obejmowały one reakcje na infuzję i reakcje w miejscu wstrzyknięcia, infekcje skórne, reakcje łuszczycowe i objawy toczniopodobne. Pomimo faktu, że prawie jedna trzecia pacjentów doznała zmian skórnych to zaledwie 5,9% pacjentów leczonych anty-TNF- α wymagało zmiany lub przerwania leczenia z ich powodu (łysienie, objawy toczniopodobne, czerniak i łuszczyca). We wnioskach należy wskazać, że zmiany skórne występują często u pacjentów z NChZJ, szczególnie w grupie, u której stosowano leki z grupy anty-TNF- α . Pomimo częstego występowania zmian skórnych, ich obecność rzadko wymagała zmiany lub przerwania leczenia, co najpewniej było związane z szybkim włączeniem leczenia miejscowego. Pacjenci z NChZJ powinni być poddawani regularnej ocenie dermatologicznej, która może poprawić wykrywalność zmian skórnych. Co więcej, terapia biologiczna u pacjentów z NChZJ wymaga ścisłej współpracy z doświadczonym dermatologiem.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na nawiązaniu współpracy międzyośrodkowej, opracowaniu koncepcji, założeń badania/analiz, metodyki pracy, postawieniu hipotez badawczych, analizie piśmiennictwa, zbieraniu i ujednolicaniu danych, przeprowadzeniu analiz statystycznych, interpretacji wyników, przygotowaniu

tabel i rycin, napisaniu całości manuskryptu, przygotowaniu pracy pod wymogi czasopisma, udzieleniu odpowiedzi na uwagi recenzentów. Rola wiodąca.

Ad. Should the Dermatological Assessment of Patients with Inflammatory Bowel Disease Become Standard during Qualifications for Biological Treatment? A Retrospective, Single-Center Experience from a Tertiary Center.

Niepokój onkologiczny związany z terapią biologiczną jest szczególnym wyzwaniem w grupie pacjentów z NChZJ, co podnosi pytanie o zasadność oceny dermatologicznej skóry przed rozpoczęciem takiego leczenia. Celem badania była ocena częstości zmian skórnych, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów złośliwych skóry u pacjentów z NChZJ. W tym retrospektywnym, jednośrodkowym badaniu oceniono 805 pacjentów biologicznie naiwnych (z negatywnym wywiadem w kierunku leczenia lekami biologicznymi), którzy byli kwalifikowani do leczenia biologicznego i symultanicznie zostali poddani ocenie dermatologicznej. Obecność zmian skórnych stwierdzono u 15,5% (125) pacjentów. Czynnikiem ryzyka ich wystąpienia był wyższy wskaźnik masy ciała (OR = 1,08, 95% CI [1,02; 1,14], P = 0,007). Co zaskakujące, nie potwierdzono wpływu tiopuryn między grupami z i bez zmian skórnych (90,4% vs. 84,6%, MD = 0,06, 95% CI [0,01; 0,12], P = 0,118). Nowotwory złośliwe skóry zdiagnozowano aż w 9 przypadkach (1,1%), z czego: 4 raki podstawnokomórkowe (BCC), 4 raki płaskonabłonkowe (SCC) i 1 czerniaka skór (MSC). Jedynie 13,4% pacjentów przestrzegało rygorystycznych zasad kontroli skóry co 6-8 miesięcy. Podsumowując zmiany skórne, w tym nowotwory złośliwe skóry, są powszechne u pacjentów z NChZJ, co sprawia, że monitorowanie skóry na początku leczenia biologicznego jest konieczne. Brak wpływu stosowanych leków (w tym tiopuryn) sugeruje, że monitorowanie skóry jest konieczne u wszystkich pacjentów z NChZJ. Niski compliance w zakresie monitorowania skóry u dermatologów wskazuje na potrzebę lepszej edukacji w zakresie monitorowania i zapobiegania nowotworom złośliwym skóry.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na nawiązaniu współpracy międzyośrodkowej, opracowaniu koncepcji, założeń badania/analiz, metodyki pracy, postawieniu hipotez badawczych, analizie piśmiennictwa, zbieraniu i ujednolicaniu danych, przeprowadzeniu analiz statystycznych, interpretacji wyników, przygotowaniu

tabel i rycin, napisaniu całości manuskryptu, przygotowaniu pracy pod wymogi czasopisma, udzieleniu odpowiedzi na uwagi recenzentów. Rola wiodąca.

Ad. Ophthalmological manifestations in inflammatory bowel disease under the watchful eye of a gastroenterologist from a tertiary centre.

Manifestacje okulistyczne należą do grupy najrzadszych i najslabiej zbadanych manifestacji pozajelitowych NChZJ, jednocześnie ich potencjalny związek z aktywnością choroby i stosowanymi lekami pozostaje niedoceniony. Celem tego ankietowego badania była ocena częstości występowania EIM, w tym również manifestacji ocznych pośród pacjentów z NChZJ. Do tego jednośrodkowego retrospektywnego badania włączono 436 pacjentów z NChZJ i 102 pacjentów bez NChZJ. Kwestionariusz składał się z pytań dotyczących częstości występowania manifestacji pozajelitowych, w tym potwierdzonych ocznych manifestacji oraz objawów okulistycznych, które nie zostały potwierdzone przez okulistę. Manifestacje pozajelitowe występowały w 48,6% przypadków NChZJ; natomiast manifestacje oczne zadeklarowało 8,9% (zapalenie błony naczyniowej oka 3,9% + zapalenie nadtwardówki 4,8% + zapalenie twardówki 0,2%). Około połowa (50,7%) z nich zgłosiła objawy okulistyczne w ciągu ostatnich 3 miesięcy, ale tylko 30,5% z nich zgłosiło się na konsultację okulistyczną w celu pogłębienia diagnostyki. Model wieloczynnikowej regresji logistycznej wykazał, że niektóre współistniejące manifestacja pozajelitowe (niedokrwistość i spondyloartropatia osiowa / obwodowa), stosowanie niektórych leków (glikokortykosteroidów, tiopuryn i metotreksatu), palenie tytoniu, jaskra w wywiadzie rodzinnym i spędzanie większej ilości czasu przed ekranem komputera są związane z występowaniem objawów okulistycznych wśród pacjentów z NChZJ. Manifestacje pozajelitowe, w tym oczne są częstym problemem w tej grupie chorych. Obecność objawów okulistycznych i brak pogłębionej ich diagnostyki u okulisty utrudniają prawidłowe oszacowanie rzeczywistej liczby pacjentów z NChZJ doświadczających manifestacji pozajelitowych. Dlatego też pacjenci z NChZJ powinni być rutynowo kierowani na badania okulistyczne.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na nawiązaniu współpracy międzyośrodkowej, opracowaniu koncepcji, przygotowanie kwestionariusza, założen badania/analiz, metodyki pracy, postawieniu hipotez badawczych, analizie

piśmiennictwa, zbieraniu i ujednolicaniu danych, przeprowadzeniu analiz statystycznych, interpretacji wyników, przygotowaniu tabel i rycin, napisaniu całości manuskryptu, przygotowaniu pracy pod wymogi czasopisma, udzieleniu odpowiedzi na uwagi recenzentów. Rola wiodąca.

Ad. Risk factors for difficult endoscopic bowel dilatation of predominantly shorter and non – inflammatory strictures among patients with inflammatory bowel disease: Findings from a IBD tertiary centers in Poland and Czech Republic.

Endoskopowe rozszerzanie balonem (EBD) jest szeroko stosowaną interwencją w przypadku zwężeń przewodu pokarmowego w NChZJ, jednak ich skuteczność i opłacalność pozostają niepewne. Celem niniejszego badania była ocena wyników, czynników ryzyka trudnej EBD oraz ekonomicznych aspektów takiej terapii. Przeprowadzono retrospektywne, wieloośrodkowe badanie dotyczące 861 pacjentów z NChZJ, którzy przeszli EBD, z medianą obserwacji wynoszącą 23 miesiące. Trudna EBD została zdefiniowana jako ≥ 3 procedury rocznie. Trudna EBD wystąpiła u 54,5% pacjentów, z wyższą częstością wśród palaczy (OR = 4,75, $P < 0,001$) oraz pacjentów z poszerzeniem prestenotycznym (OR = 2,79, $P = 0,013$). Terapia wedolizumabem (VDZ) oraz immunosupresyjna korelowały z łatwiejszą EBD, podczas gdy adalimumab (ADA) i ustekinumab (UST) były związane z trudniejszymi zabiegami. Analiza wieloczynnikowej regresji logistycznej wskazała na protekcyjny wpływ żywienia pozajelitowego (TPN) ($P < 0,001$). Długoterminowa skuteczność EBD (>12 miesięcy bez operacji) wynosiła 100% w przypadkach łatwych wobec 97,4% w przypadkach trudnych ($P = 0,004$). Operacja była konieczna u 17,3% pacjentów. Koszty EBD wykonywane podczas kolonoskopii były porównywalny z kosztem leczenia chirurgicznego, podczas gdy EBD podczas enteroskopii było związane ze znacząco wyższymi kosztami na pacjenta. We wnioskach podkreślono, że EBD jest skutecznym leczeniem zwężeń w NChZJ, ale aby zmniejszyć częstość występowania trudnej EBD, działania powinny koncentrować się głównie na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, w tym zaprzestaniu palenia i optymalizacji schematów leczenia. Terapia immunosupresyjna, VDZ i TPN mogą być korzystne, podczas gdy ADA i UST powinny być stosowane ostrożnie.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na nawiązaniu współpracy międzyośrodkowej (z ośrodkiem zagranicznym), opracowaniu koncepcji, założeń badania/analiz, metodyki pracy, postawieniu hipotez badawczych, analizie piśmiennictwa, zbieraniu i ujednolicaniu danych, przeprowadzeniu analiz statystycznych, interpretacji wyników, przygotowaniu tabel i rycin, napisaniu całości manuskryptu, przygotowaniu pracy pod wymogi czasopisma, udzieleniu odpowiedzi na uwagi recenzentów. Rola wiodąca.

5. Wnioski z przeprowadzonych badań.

Podsumowując, do najważniejszych wniosków płynących z przedstawionych prac składających się na cykl 5 publikacji, które mogą sprzyjać rozpowszechnieniu wiedzy na temat manifestacji pozajelitowych i zwężeń w NChZJ:

- manifestacje pozajelitowe oraz zwężenia stanowią istotny problem u pacjentów z NChZJ, wynikający z ich wysokiej częstości występowania, niejasnej etiologii oraz często podstępnego przebiegu klinicznego,
- aktywność manifestacji pozajelitowych oraz obecność zwężeń istotnie pogarszają jakość życia pacjentów z NChZJ,
- lekarze zajmujący się terapią NChZJ powinni aktywnie poszukiwać manifestacji pozajelitowych i zwężeń
- czynniki ryzyka rozwoju manifestacji pozajelitowych różnią się istotnie od czynników ryzyka tej samej choroby obecnej w populacji ogólnej (np. osteoporoza), a szczególną uwagę należy poświęcić modyfikowalnym czynnikom ryzyka, jako potencjalnym punktom prewencji,
- model opieki multidyscyplinarnej, zakładający, że opieka nad trudnymi pacjentami z NChZJ realizowana będzie w oparciu o zespół składający się z lekarzy różnych specjalności, co może pozwolić zoptymalizować terapię i poprawić wyniki leczenia pacjentów,
- niezbędne jest stosowanie leków, których działanie powoduje uzyskanie remisji klinicznej, endoskopowej (wygojenia zmian zapalnych błony śluzowej), przezściennnej oraz remisję manifestacji pozajelitowych,

- leczenie pacjentów z NChZJ powinno być holistyczne, ukierunkowane przede wszystkim na poprawę szeroko pojętej jakości życia, a nie tylko oparte o leczenie przewodu pokarmowego i uzyskanie wygojenia zmian zapalnych,
- poprawa edukacji pacjentów z NChZJ w kontekście wiedzy o manifestacjach pozajelitowych i metodach nadzoru onkologicznego jest kluczowa w kontekście zmniejszenia ich powikłań,
- endoskopowe rozszerzanie balonem (EBD) jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia zwężeń przewodu pokarmowego związanych z NChZJ
- trudniejsze EBD jest silnie związane z paleniem tytoniu oraz obecnością poszerzenia prestenotycznego, co powinno być brane pod uwagę podczas kwalifikacji pacjenta do takiego zabiegu,
- leczenie immunosupresyjne oraz wedolizumab mają korzystny wpływ na przebieg EBD, co sugeruje ich preferencyjne stosowanie u pacjentów z fenotypem zwężającym, podczas gdy adalimumab i ustekinumab mogą wiązać się z większym ryzykiem trudności podczas EBD, co wymaga dokładnego rozważenia ich stosowania,
- żywienie pozajelitowe (TPN) wykazuje protekcyjny efekt w kontekście trudniejszych EBD, co wskazuje na możliwe korzyści z jego stosowania u wybranych pacjentów z objawowymi zwężeniami, gdzie żywienie doustne jest przeciwwskazane,
- koszty EBD wykonywanych podczas kolonoskopii są porównywalne z kosztami leczenia chirurgicznego, ale EBD przeprowadzane podczas enteroskopii generują znacznie wyższe koszty, co może wpływać na decyzje dotyczące wyboru metod leczenia,
- aby zmniejszyć częstość występowania trudniejszych EBD, zaleca się skoncentrowanie działań na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, jak zaprzestanie palenia oraz optymalizacja leczenia, co może poprawić wyniki leczenia i obniżyć koszty opieki zdrowotnej.

6. Możliwość wykorzystania wyników badań.

Wyniki badań z wyżej wymienionych prac przedstawiają skomplikowaną istotę manifestacji pozajelitowych oraz zwężeń przewodu pokarmowego pośród pacjentów z

NChZJ i mogą być szeroko zastosowane w codziennej praktyce klinicznej. Pacjenci z NChZJ stanowią stale rosnącą populację pacjentów, wymagającą kompleksowej i regularnej kontroli w ramach systemu opieki zdrowotnej (obejmującej nie tylko kontrolę NChZJ, ale także manifestacji pozajelitowych). Biorąc pod uwagę, że przeprowadzone przeze mnie badania oceniły reprezentatywną kohortę pacjentów, obejmującą prawie 4000 pacjentów można uznać, że prezentowane wyniki stanowią pewną ocenę jakości opieki na pacjentem z NChZJ w ośrodkach referencyjnych. Do podstawowych obszarów wymagających usprawnień należą:

1. Poprawa standardów leczenia.

Wyniki badań mogą zostać wykorzystane do aktualizacji wytycznych i rekomendacji dotyczących diagnostyki i leczenia pacjentów z NChZJ, z uwzględnieniem modyfikowalnych czynników ryzyka oraz znaczenia wczesnego wykrywania manifestacji pozajelitowych i zwężeń.

2. Poprawa edukacji i szkolenie lekarzy.

Opracowane wnioski mogą służyć jako podstawa do stworzenia programów edukacyjnych dla lekarzy specjalizujących się w terapii NChZJ, dotyczących identyfikacji i zarządzania objawami pozajelitowymi oraz ryzykiem związanym z EBD. Poprawa edukacji i szkolenie lekarzy sprawujących opiekę nad pacjentami z NChZJ powinna zostać skupiona na aktywnym poszukiwaniu EIM tj. metabolicznej choroby kości, zmian skórnych (szczególnie znamion o potencjale nowotworowym), objawów ocznych oraz zwężeń przewodu pokarmowego, szczególnie, że ich przebieg może być niemy klinicznie. Kluczowy pozostaje również fakt, że wczesne rozpoznanie EIM i zwężeń oraz szybko włączone leczenie może zapobiec rozwojowi powikłań u pacjentów.

3. Zwiększenie świadomości pacjentów z NChZJ.

Wyniki mogą być wykorzystane do opracowania materiałów edukacyjnych dla pacjentów z NChZJ, które koncentrują się na znaczeniu monitorowania manifestacji pozajelitowych, stosowania odpowiednich terapii oraz konieczności zgłaszania zmian w samopoczuciu, których celem mogłoby stać się wczesne wykrycie powikłań choroby (EIM, zwężenia).

4. Implementacja modelu opieki multidyscyplinarnej.

Oparcie opieki na zespole specjalistów z różnych dziedzin może poprawić holistyczne podejście do pacjentów z NChZJ, co może prowadzić do lepszych wyników terapeutycznych oraz poprawy jakości życia. W każdej z przedstawionych prac podkreślano rolę modelu multidyscyplinarnego w terapii pacjentów z NChZJ, czego nadrzędnym celem jest wszechstronna opieka ukierunkowana na poprawę jakości życia oraz zapobieganie licznym powikłaniom. Wyniki moich badań mogą również zostać wykorzystane w staraniach się o wprowadzenie, na wzór innych krajów (np. Wielka Brytania), modelu opieki koordynowanej pacjentów z NChZJ. Jego głównym celem byłoby ujednolicenie zasad i poprawa jakości opieki w tej grupie chorych na przykład poprzez wprowadzenie wskaźników jakości organizacji opieki czy stosowanych algorytmów postępowania, w których można by potencjalnie uwzględnić uzyskanie remisji EIM oraz optymalizację leczenia zwężeń.

5. Optymalizacja terapii pacjentów z NChZJ.

Badania wskazujące na korzystny wpływ terapii immunosupresyjnej i wedolizumabu na EBD mogą przyczynić się do lepszego doboru terapii dla pacjentów z fenotypem zwężającym, co z kolei może ograniczyć ryzyko trudnej EBD. Ponadto należy również wskazać, że odzwierciedlenie częstości EIM, ich przebiegu klinicznego i wpływu na postępowanie terapeutyczne może przyczynić się do skuteczniejszego ich leczenia.

6. Polityka zdrowotna.

Uzyskane dane mogą wesprzeć decyzje dotyczące alokacji zasobów w opiece zdrowotnej, zwłaszcza w kontekście planowania interwencji prewencyjnych oraz wydatków na leczenie manifestacji pozajelitowych i zwężeń, co może pozytywnie wpłynąć na efektywność ekonomiczną kompleksowej opieki nad pacjentami z NChZJ.

7. Prewencja powikłań.

Możliwość wczesnej identyfikacji pacjentów z ryzykiem rozwoju trudnych zabiegów endoskopowych oraz manifestacji pozajelitowych może umożliwić wdrożenie działań prewencyjnych, co zmniejszy obciążenie dla pacjentów oraz systemu opieki zdrowotnej.

8. Badania przyszłe.

Wnioski z przeprowadzonych badań mogą stać się punktem wyjścia do dalszych badań dotyczących mechanizmów patofizjologicznych zwężeń oraz manifestacji pozajelitowych, co może prowadzić do odkrycia nowych terapeutycznych celów i strategii.

V. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych.

1. Prace powiązane tematycznie, spoza cyklu prac, o którym mowa w punkcie 4.

Poza publikacjami wchodzącymi w skład osiągnięcia wynikającego z art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.) jestem autorem lub współautorem 15 prac oryginalnych, 1 opisu przypadków, 20 prac poglądowych, 1 rekomendacji, 1 rozdziału w książce oraz 7 streszczeń na Zjazdach i Kongresach. Wyniki prowadzonych badań zostały przedstawione na kongresach krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych, w tym: Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, European Crohn's and Colitis Organisation, United European Gastroenterology Weekend oraz Digestive Disease Weekend.

Prace powiązane tematycznie, spoza cyklu prac wchodzących w skład osiągnięcia wynikającego z art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.)

1) praca związane z pandemią COVID – 19 i jej następstwami:

W związku z faktem, że w 2020 r. Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji został przekształcony w szpital jednoimienny, przeznaczony do walki z pandemią COVID-19 zrealizowałem we współpracy z innymi jednostkami kilka prac naukowych dotyczących symptomatologii zakażenia SARS-CoV-2 i jego wpływu na przebieg choroby.

Ciechanowicz P, **Lewandowski K**, Szymańska E, Kaniewska M, Rydzewska G, Walecka I. Skin and gastrointestinal symptoms in COVID-19. *Prz Gastroenterol.* 2020; 15(4): 301-308. **MNiSW: 40 pkt.**

W badaniu przedstawiono możliwość współwystępowania objawów brzusznych i skórnych u pacjentów z COVID-19. Możliwość ich jednoczesowej obecności mogła być potencjalnie związana z ciężkim przebiegiem infekcji, działaniem niepożądanym leków oraz zaburzenia mikrobioty jelitowej.

Lewandowski K, Rosołowski M, Kaniewska M, Kucha P, Meler A, Wierzba W, Rydzewska G. *Clostridioides difficile* infection in coronavirus disease 2019 (COVID-19): an underestimated problem? *Pol Arch Intern Med.* 2021; 131(2): 121-127. **IF: 5.218, MNiSW: 140 pkt.**

Badanie miało na celu ocenę częstości występowania zakażenia *Clostridioides difficile* (CDI) oraz czynników ryzyka tej infekcji wśród pacjentów z COVID-19. Analiza obejmowała 441 pacjentów z infekcją SARS-CoV-2 oraz 2961 pacjentów hospitalizowanych przed pandemią. Zauważono istotny wzrost częstości CDI podczas pandemii COVID-19 w porównaniu z okresem przed pandemią: 10,9% vs. 2,6%. Do czynników ryzyka CDI u pacjentów z COVID-19 należały: wiek, długość hospitalizacji, stosowanie niektórych antybiotyków oraz współistnienie niektórych innych chorób przewlekłych. To pierwsze na świecie badanie pokazujące potencjalny wpływ zastosowania antybiotyków oraz zaburzeń mikrobioty jelitowej na rozwój CDI u pacjentów z COVID-19. Praca była elementem dysertacji doktorskiej.

Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Tworek A, Rydzewska G. Gastrointestinal symptoms in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) - friend or foe? *Prz Gastroenterol.* 2022; 17(3): 219-226. **IF: 1.3, MNiSW: 40 pkt.**

Występowanie objawów brzusznych budziło wiele kontrowersji w kontekście ich wpływu na przebieg COVID-19. Przenalizowano związek czasu ich wystąpienia z ciężkością przebiegu choroby. Potwierdzono protekcyjny wpływ objawów brzusznych, które pojawiły się przed przyjęciem do szpitala na przebieg choroby. Pacjenci w tej grupie mieli krótszy czas hospitalizacji, niższe ryzyko konieczności pobytu w oddziale

intensywnej terapii oraz mniejsze ryzyko wentylacji mechanicznej. Natomiast pojawienie się objawów brzusznych podczas hospitalizacji korelowało z gorszym przebiegiem COVID-19 (dłuższy czas hospitalizacji, wyższe ryzyko pobytu w oddziale intensywnej terapii i wentylacji mechanicznej). Praca była elementem dysertacji doktorskiej.

Nazarewska A, **Lewandowski K**, Kaniewska M, Rosołowski M, Marlicz W, Rydzewska G. Irritable bowel syndrome following COVID-19: an underestimated consequence of SARS-CoV-2 infection. *Pol Arch Intern Med.* 2022; 132(11): 16323. **IF: 4.8, MNiSW: 140 pkt.** Autor korespondencyjny.

W tym badaniu oceniono obecność objawów typowych dla zespołu jelita nadwrażliwego (ból brzucha oraz zaburzenia rytmu wypróżnień) z uwzględnieniem i bez kryteriów czasowych ich rozpoznania u pacjentów po przebytych COVID-19. Objawy brzuszne i zaburzenia rytmu wypróżnień zgłosiło 10,6% pacjentów przy wypisie, 22,3% po 3 miesiącach i 26,9% po 6 miesiącach. Natomiast po uwzględnieniu kryteriów czasowych rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego spełniło o wiele mniej pacjentów, co sugeruje, że rygorystyczne kryteria rzymskie IV prowadzą do niedoszacowania istotnego problemu zaburzeń osi jelitowo – mózgowej u pacjentów po przebytych COVID-19.

Nazarewska A, **Lewandowski K**, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Więcek M, Szwarc P, Rosołowski M, Marlicz W, Rydzewska G. Long-lasting dyspeptic symptoms - another consequence of the COVID-19 pandemic? *Prz Gastroenterol.* 2023; 18(2): 175-182. **IF: 1.7, MNiSW: 40 pkt.** Autor korespondencyjny.

W kolejnym badaniu oceniono częstość występowania dyspepsji czynnościowej jako zespołu post – COVID. Kryteria Rzymskie IV dla dyspepsji czynnościowej spełniło 0,0% pacjentów przy wypisie, 4,8% po 3 miesiącach, 3,2% po 6 miesiącach i 3,2% po 9 miesiącach. Jednak obecność objawów sugerujących dyspepsję, które nie spełniały kryteriów czasowych występowały istotnie częściej, odpowiednio u 9,6%, 23,5%, 20,7% oraz 20,7% pacjentów. Badanie pokazuje limitacje kryteriów Rzymskich IV w aspekcie istniejących ram czasowych.

Karłowicz K, **Lewandowski K**, Tulewicz-Marti E, et al. SARS-CoV-2 vaccination in inflammatory bowel disease (IBD) patients – does treatment for IBD negatively affect SARS-CoV-2 antibodies? A single-centre, prospective study. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*. 2024; 19(2): 198-205. **IF: 1.700, MNiSW: 40 pkt.**

Z uwagi na przeciwstawne wyniki badań oceniających dotychczasową skuteczność szczepień u pacjentów z NChZJ przeprowadziliśmy badanie w naszym ośrodku. Wyniki badania podkreślały konieczność edukacji pacjentów w celu stosowania dawek przypominających szczepienia wobec stwierdzonej krótszej trwałości przeciwciał poszczepiennych.

Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Rydzewska G. Gastrointestinal symptoms in COVID-19. *Prz Gastroenterol*. 2023; 18(1): 61-66. **IF: 1.300, MNiSW: 100 pkt.**

Praca przeglądowa, która porusza temat licznych teorii dotyczących rozwoju objawów brzusznych u pacjentów z COVID-19 dokonując przeglądu badań na temat receptora angiotensyny 2, burzy cytokinowej i zaburzeń mikrobiomu jelitowego

Tworek A, Rydzewski A, Głuszek-Osuch M, **Lewandowski K**, Rydzewska G. COVID-19 humoral response. *Medical Studies/Studia Medyczne*. 2023; 39(3): 296-303. **IF: 0.4, MNiSW: 140 pkt.**

W artykule omówiono badania nad przeciwciałami przeciwko SARS-CoV-2, w tym przeciwciałami neutralizującymi (NAbs) i odpowiedzią po szczepieniu. Poruszono w nim problemy związane z pojawieniem się nowych wariantów wirusa, co stanowi wyzwanie dla terapii z użyciem przeciwciał.

Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Poinfekcyjny zespół jelita nadwrażliwego po COVID-19 - post-COVID-IBS – czy mamy do czynienia z kolejną pandemią? *Terapia*. 2024; 5(436): 76-87. **MNiSW: 5 pkt.**

Artykuł przeglądowy na temat narastającego problemu zespołu jelita nadwrażliwego post – COVID, w którym omówiono nowe możliwości diagnostyczne i opcje terapeutyczne oparte na dowodach naukowych.

2) Leczenie niedokrwistości i jej powikłań u pacjentów z NChZJ:

Niedokrwistość jest jedną z najczęściej występujących EIM. Definicje niedokrwistości według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) są również stosowane u pacjentów z NChZJ, a najczęściej obserwowanymi typami są niedokrwistość wynikająca z niedoboru żelaza oraz niedokrwistość związana z chorobą przewlekłą. Ze względu na wysoką częstość występowania i znaczący wpływ na jakość życia, pacjenci z NChZJ powinni być regularnie oceniani pod kątem niedokrwistości. Pomimo jasnych zapisów w rekomendacjach to diagnostyka i leczenie niedokrwistości nadal wymaga poprawy.

Tulewicz-Marti EM, **Lewandowski K**, Szczubelek M, Rydzewska G. Management of anaemia in patients with inflammatory bowel disease - results of a questionnaire among Polish healthcare professionals. *Prz Gastroenterol.* 2021; 16(1): 89-94. **MNiSW: 40 pkt.**

W tym ankietowym badaniu przeprowadzonym u lekarzy różnych specjalności, zajmujących się pacjentami z NChZJ sprawdzono znajomość aktualnych rekomendacji dot. leczenia żelazem. Wyniki wskazywały, że gastroenterolodzy z ośrodków referencyjny wykazywali się lepszą znajomością rekomendacji dot. leczenia niedokrwistości NChZJ.

Tulewicz-Marti EM, **Lewandowski K**, Rydzewska G. Bone Metabolism Alteration in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *J Clin Med.* 2022; 11(14): 4138. **IF: 3.900, MNiSW: 140 pkt.**

Zaburzenia gospodarki wapniowo – fosforanowej, pomimo, że uchodzą za częsty problem w populacji pacjentów z NChZJ nie należą do dobrze poznanych. Zbadano markery obrotu kostnego oraz gospodarki wapniowo – fosforanowej stwierdzając, że ten problem dotyka głównie pacjentów w trakcie leczenia systemowymi glikokortykosteroidami. Ponadto wyniki badania wykazały, że zmiany mineralne kości

były powszechne u pacjentów z NChZJ, głównie u pacjentów z ChLC, co może być związane z upośledzonym wchłanianiem.

Tulewicz-Marti E, Szwarc P, Więcek M, **Lewandowski K**, Korcz T, Cicha M, Rydzewska G. Effect of Intravenous Iron Administration on Bone Mineral and Iron Homeostasis in Patients with Inflammatory Bowel Disease-Results of a Prospective Single-Centre Study. J Pers Med. 2023; 13(3): 458. IF: 3.0, MNiSW: 70 pkt.

Parenteralne stosowanie preparatów żelaza pozostaje obecnie standardem leczenia niedokrwistości u pacjentów z NChZJ. Celem badania była ocena wpływu takiego leczenia na biomarkery metabolizmu mineralnego i kostnego. Stwierdzono, że stosowanie parenteralnego żelaza jest skuteczne i bezpieczne, a przejściowe zaburzenia metabolizmu fosforu nie stanowią przeciwwskazania do leczenia.

3) Dietoterapia jako kluczowy element w NChZJ:

Kilka kluczowych problemów związanych z dietoterapią w NChZJ popchnęło nas do przeprowadzenia badań:

1. Indywidualizacja diety: Pacjenci z NChZJ mają różne objawy i reakcje na pokarmy, co wymaga zindywidualizowanego podejścia do diety.
2. Niedobory żywieniowe: NChZJ mogą prowadzić do pogorszenia wchłaniania składników odżywczych, co z kolei może prowadzić do niedoborów witamin, minerałów i innych substancji odżywczych, jak np. żelaza, witaminy B12 czy kwasu foliowego.
3. Trudności w przestrzeganiu diety: Pacjenci często zmagają się z trudnościami w przestrzeganiu zaleceń dietetycznych z powodu objawów choroby (np. ból brzucha, biegunka), co może wpływać na ich jakość życia.
4. Brak jednoznacznych wytycznych: Istnieje wiele różnych poglądów na temat odpowiednich diet w NChZJ, a brak jednoznacznych i szeroko akceptowanych wytycznych utrudnia podejście w doborze diety.
5. Złożoność skutków dietetycznych: Wybory dietetyczne mogą wpływać na stan zapalny i objawy choroby, ale zależą od wielu czynników, takich jak mikrobiota jelitowa, co dodatkowo komplikuje proces podejmowania decyzji dietetycznych.

6. Psychiczne aspekty diety: Problemy związane z dietą mogą także wpływać na zdrowie psychiczne pacjentów, prowadząc do stresu, lęku i obniżonego samopoczucia związanego z jedzeniem i aktywnościami społecznymi.

7. Niewystarczająca edukacja: Wiele osób z NChZJ nie ma dostatecznej wiedzy na temat diety i jej wpływu na stan zdrowia, co może prowadzić do nieodpowiednich wyborów żywieniowych.

8. Reakcje na leki i suplementy: Niektóre pokarmy mogą wpływać na skuteczność leków lub powodować interakcje, co wymaga ostrożności w doborze diety.

Szczubełek M, Pomorska K, Korólczyk-Kowalczyk M, **Lewandowski K**, Kaniewska M, Rydzewska G. Effectiveness of Crohn's Disease Exclusion Diet for Induction of Remission in Crohn's Disease Adult Patients. *Nutrients*. 2021; 13(11): 4112. **IF: 6.706, MNiSW: 140 pkt.**

Dieta eliminacyjna w chorobie Leśniowskiego – Crohna (CDED) jest leczeniem z wyboru u dzieci, w celu uniknięcia powikłań glikokortykosteroidoterapii. To pierwsze na świecie badanie oceniające skuteczność tej diety w indukcji remisji u pacjentów dorosłych. Wykazano jej wysoką skuteczność w indukcji remisji klinicznej (po 12 tygodniach 82,1%) oraz spadku stężenie kalprotektyny ($P = 0,021$). Wyniki pracy zostały uwzględnione w rekomendacjach ECCO dot. postępowania w ChLC.

Szczubełek M, Pomorska K, Korólczyk-Kowalczyk M, **Lewandowski K**, Kaniewska M, Rydzewska G. Reply to van Lingen et al. Comment on "Szczubełek et al. Effectiveness of Crohn's Disease Exclusion Diet for Induction of Remission in Crohn's Disease Adult Patients. *Nutrients*. 2021, 13, 4112". *Nutrients*. 2022; 14(9): 1734. **IF: 5.9, MNiSW: 140 pkt.**

W tym komentarzu do poprzedniego badania z zastosowaniem diety CDED podkreśliliśmy jej liczne zalety i wysoki profil bezpieczeństwa.

Więcek M, Panufnik P, Kaniewska M, **Lewandowski K**, Rydzewska G. Low-FODMAP Diet for the Management of Irritable Bowel Syndrome in Remission of IBD. *Nutrients*. 2022; 14(21): 4562. **IF: 5.9, MNiSW: 140 pkt.**

Istotnym problemem diagnostyki i leczenia w NChZJ nadal pozostaje zespół nakładania zespołu jelita nadwrażliwego (IBS) na remisję NChZJ. Badanie oceniało skuteczność diety o małej zawartości fermentujących oligo-, di- i monosacharydów oraz polioli (low – FODMAP) wśród pacjentów z potwierdzoną remisją kliniczną, biochemiczną NChZJ, którzy spełniali kryteria diagnostyczne IBS. Wykazano wysoką skuteczność tej diety i ustąpienie objawów IBS u 66,1%.

Panufnik P, Więcek M, Kaniewska M, **Lewandowski K**, Szwarc P, Rydzewska G. Selected Aspects of Nutrition in the Prevention and Treatment of Inflammatory Bowel Disease. *Nutrients*. 2022; 14(23): 4965. **IF: 5.900, MNiSW: 140 pkt.**

Praca przeglądowa, w której dokonano opisu aktualnych trendów w żywieniu pacjentów z NChZJ.

Więcek M, Panufnik P, Pomorska K, **Lewandowski K**, Rydzewska G. Diet as therapeutic intervention in Crohn's disease. *Prz Gastroenterol*. 2022; 17(2): 96-102. **IF: 1.3, MNiSW: 40 pkt.**

Praca przeglądowa podsumowująca dostępne badania oceniające skuteczność poszczególnych diet w chorobie Leśniowskiego – Crohna.

4) Aspekty terapii farmakologicznej w NChZJ:

Terapia farmakologiczna pacjentów z NChZJ wymaga wielowymiarowego podejścia, które uwzględnia zarówno aspekty medyczne, jak i psychospołeczne, co jest kluczowe dla poprawy jakości życia i skuteczności terapii. Oto kilka kluczowych problemów terapii pacjentów z NChZJ:

1. Indywidualizacja leczenia: Pacjenci z NChZJ w różny sposób odpowiadają na terapię, co wymaga dostosowania leczenia do indywidualnych potrzeb i objawów choroby podstawowej.
2. Działania niepożądane: Leki stosowane w leczeniu NChZJ, takie jak glikokortykosteroidy, tiopuryny czy leki biologiczne lub małocząsteczkowe, mogą powodować istotne działania niepożądane, w tym infekcje oportunistyczne.

3. Słaba dostępność do terapii: Nie wszyscy pacjenci mają równy dostęp do nowoczesnych terapii, takich jak leki biologiczne, co może prowadzić do opóźnień w leczeniu.
4. Polipragmazja i interakcje leków: Pacjenci z NChZJ często przyjmują wiele leków, co zwiększa ryzyko interakcji leków oraz efektów ubocznych, a także komplikuje ich monitorowanie.
5. Problemy z compliance do leczenia: Złożoność schematów leczenia, skutki uboczne oraz zmienność objawów mogą wpływać na zmniejszone przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów.
6. Niedobory żywieniowe: NChZJ często prowadzą do zaburzeń wchłaniania składników odżywczych, co może prowadzić do niedoborów witamin i minerałów, a tym samym do konieczności dodatkowej suplementacji.
7. Wielokierunkowy charakter objawów: NChZJ mogą manifestować się nie tylko objawami jelitowymi, ale także pozajelitowymi (EIM), co wymaga współpracy multidyscyplinarnej w diagnostyce i leczeniu.
8. Złożoność diagnostyki: Brak złotego standardu w diagnostyce NChZJ sprawia, że proces diagnostyczny może być skomplikowany i wymaga wielu badań.
9. Powikłania NChZJ: Pacjenci z NChZJ są narażeni na szereg powikłań, takich jak zwężenia jelit, przetoki, ropnie czy nowotwory, co wymaga dodatkowego monitorowania i leczenia.
10. Psychologiczne aspekty choroby: Problemy psychiczne, takie jak depresja czy lęk, są powszechne wśród pacjentów z NChZJ i mogą wpływać na przestrzeganie terapii oraz jakość życia.

Kaniewska M, **Lewandowski K**, Rosołowski M, Rydzewska G. Skuteczność i bezpieczeństwo leków biologicznych biopodobnych w porównaniu z lekami referencyjnymi w terapii dorosłych pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. *Terapia*. 2018; 26(10): 71-74. **MNiSW: 5 pkt.**

Od 2013 roku stosuje się leki biosymilarnie, które mają podobną jakość, bezpieczeństwo i skuteczność do zatwierdzonych preparatów referencyjnych. Ze względu na znacznie niższe koszty leczenia biosymilarami leki te stanowią wartościową opcję terapeutyczną. Praca przeglądowa, w której dokonano przeglądu badań na powyższy temat.

Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Optymalizacji leczenia immunosupresyjnego azatiopryną w nieswoistych chorobach zapalnych jelit. *Terapia*. 2018; 26(10): 32-36. **MNiSW: 5 pkt.**

Azatiopryna to jeden z podstawowych leków w terapii NChZJ, w artykule dokonano przeglądu badań umożliwiających optymalizację terapii immunosupresyjnej tiopurynami.

Kaniewska M, Lewandowski K, Rydzewska G. Rola mesalazyny w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. *Medycyna Faktów*. 2021; 3(52): 260-266. **MNiSW: 5 pkt.**

Pochodne kwasu 5 – aminosalicylowego to leki pierwszego wyboru u pacjentów z WZJG. W artykule przedstawiono sposoby optymalizacji leczenia terapii tymi lekami.

Szwarc P, Łodyga M, Lewandowski K, Rydzewska G. Rola probiotyków w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. *Terapia*. 2020; 28(8): 52-57. **MNiSW: 5 pkt.**

Zaburzenia mikrobioty jelitowej mogą odgrywać kluczową rolę w patogenezie NChZJ. Uzyskanie eubiozy poprzez interwencje terapeutyczną może poprawić wyniki leczenia. Jedną z metod takiej modyfikacji jest stosowanie probiotyków, pomimo intensywnych badań ich zastosowanie nie przyniosło przełomu. Uwodniono jedynie korzystny wpływ mieszanki 8 szczepów znanej jako VSL-3 w leczeniu łagodnej postaci WZJG oraz zapalenia zbiornika jelitowego.

Kaniewska M, Lewandowski K, Krogulecki M, Filipiuk A, Gonciarz M, Pietrzak A, Janiak M, Adrych K, Klufczyńska A, Piotrowicz G, Kopertowska – Majchrzak M, Panasiuk A, Mahadea D, Eder P, Tarasiuk A, Rosołowski M, Talar – Wojnarowska R, Małecka – Wojcieszko E, Libert A, Kłopocka M, Walecka – Kapica E, Gąsiorowska A, Galińska B, Leśniakowski K, Zwolińska – Wcisło M, Naumowicz A, Daniluk J, Rydzewska G. Efficacy of Upadacitinib Induction Treatment in Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis Including Intestinal Ultrasound Assessment: A Multicenter, Real-

World Observational Study. Journal of Clinical Medicine. 2025; 14(5):1695. IF: 3.00; MNiSW: 140 pkt.

Upadacitinib (UPA) to nowy doustny selektywny inhibitor kinaz Janusowych (JAK), który wykazał wysoką skuteczność w leczeniu WZJG. Przedstawiono dane z wieloośrodkowego badania obserwacyjnego. Aby ocenić skuteczność UPA, przeprowadzono ocenę całkowitego wyniku Mayo (TMS), kalprotektyny (FC), endoskopię oraz ultrasonografię jelitową (IUS). W badanej populacji znalazło się 76 pacjentów. 26,3% pacjentów było naiwnych w stosunku do biologicznych leków i małych cząsteczek, podczas gdy 73,7% miało wcześniejsze ekspozycje na te leki. Po 8. tygodniach 93,4% pacjentów osiągnęło odpowiedź kliniczną (94,7% naiwni vs. 92,9% eksponowani), 72,4% osiągnęło poprawę endoskopową (78,9% vs. 71,4%), a 57,9% miało remisję kliniczną (78,9% vs. 51,8%). Remisję endoskopową osiągnięto u 31,6% pacjentów (35,0% vs. 30,4%), a remisję biochemiczną u 82,1% (53,3% vs. 68,3%). Wszystkie wyniki nie wykazały istotnych różnic, z wyjątkiem remisji klinicznej wolnej od glikokortykosteroidów — 36,8% (68% vs. 26,8%, $p = 0,002$) po 8 tygodniach obserwacji. IUS przeprowadzono u 33 pacjentów. Grubość ściany jelita (BWT), ocena okolicznej tkanki tłuszczowej (iFAT), sygnał Dopplera (CDS), utrata warstwowości ściany jelit (BWS) oraz Kryteria Ultrasonograficzne Mediolańskie (MUC) zmniejszyły się istotnie po 4. i 8. tygodniach ($p < 0,005$ dla wszystkich). Potwierdzono korelację między wynikami IUS a TMS, FC i remisją endoskopową w 8. tygodniu ($p < 0,001$). UPA był dobrze tolerowany, a w naszej grupie nie zarejestrowano nowych sygnałów bezpieczeństwa. W niniejszym badaniu potwierdzono, że UPA jest bezpieczny i wysoce skuteczny w indukcji remisji u pacjentów z UC zarówno w grupie naiwnej, jak i pacjentów eksponowanych na biologiczne terapie. Korelacja między wynikami IUS a TMS, FC i remisją endoskopową dostarcza cennych informacji dla klinicystów.

5) Inne problemy pacjentów z NChZJ:

Problemy pacjentów z NChZJ to nie tylko wyzwania wynikające z objawów choroby przewodu pokarmowego, ale również zaburzenia psychiczne, zdrowia seksualnego, powikłania wynikające z ryzyka onkologicznego.

Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Kucha P, Rydzewska G. The Use of Virtual Reality to Reduce Stress among Inflammatory Bowel Disease Patients Treated with Vedolizumab. J Clin Med. 2021; 10(12): 2709. **IF: 4,964, MNiSW: 140 pkt.**

Problem zwiększonego lęku, niepokoju i stresu pacjentów z NChZJ podczas procedur realizowanych w szpitalu istotnie pogarsza jakość życia w tej grupie pacjentów. W badaniu dokonano oceny gry odzwierciedlającej działanie wedolizumabu w wirtualnej rzeczywistości, co zmniejszyło istotnie poziom nieprzyjemnych emocji i pozytywnie wpłynęło na edukację pacjentów.

Tulewicz-Marti E, Stępień-Wrochna B, Maciejewska K, Łodyga M, Karłowicz K, **Lewandowski K**, Rydzewska G. Awareness and Compliance with the Recommendations of Primary and Secondary Prevention of Cancer in Patients with Inflammatory Bowel Disease. J Pers Med. 2023; 13(6): 913. **IF: 3.0, MNiSW: 70 pkt.**

Niepokój onkologiczny związany bezpośrednio z NChZJ jak i stosowanym leczeniem pozostaje przedmiotem badań, jak również niepokoju samych pacjentów. NChZJ nie jest tylko czynnikiem ryzyka samego raka jelita grubego, ale również ich nowotworów m. in.: skóry, jelita cienkiego oraz chłoniaków. Celem tego ankietowego badania była weryfikacja czynników ryzyka chorób nowotworowych oraz przestrzegania zaleceń dot. nadzoru onkologicznego. Przeprowadzono badanie ankietowe obejmujące 190 chorych z NChZJ. Pomimo, że w wielu obszarach pacjenci restrykcyjnie stosowali się do zaleceń, to niemal połowa z nich nie wykonała kolonoskopii w screeningu onkologicznym, badania skóry w celu oceny znamion oraz USG gruczołów piersiowych. We wnioskach podniesiono kwestii konieczności poprawy edukacji pacjentów ww obszarach.

Kaniewska M, **Lewandowski K**, Rydzewska G. Seksualność wśród populacji pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Gastroenterologia Praktyczna. 2021; 131(2): 121-127. **MNiSW: 5 pkt.**

Opieka nad pacjentami z NChZJ powinna uwzględniać również szeroko pojęte zdrowie seksualne, zatem kwestie dotyczące seksualności, płodności i antykoncepcji są kluczowe. W publikacji opisano najważniejsze kwestie dotyczące zdrowia seksualnego

i obrazu ciała u pacjentów z NChZJ. Przedstawiono wpływ samej choroby, stosowanych leków i zabiegów operacyjnych na płodność, jak również możliwości stosowania antykoncepcji u pacjentów z NChZJ. Przedstawiono również rekomendacje European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) co do prowadzenia ciąży, porodu i zalecenia co do stosowania leków w trakcie ciąży i laktacji u pacjentek z NChZJ.

6) Leczenie innych chorób przewodu pokarmowego:

Prowadzone przeze mnie badania nie skupiały się tylko na tematyce NChZJ, ale również podejmowałem tematy w zakresie: nowych terapii w zespole jelita nadwrażliwego, niektórych chorób onkologicznych, terapii wspomagających w chorobach gastroenterologicznych czy mikroskopowego zapalenia jelita grubego.

Lewandowski K, Kaniewska M, Karłowicz K, Rosołowski M, Rydzewska G. The effectiveness of microencapsulated sodium butyrate at reducing symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Prz Gastroenterol.* 2022; 17(1): 28-34. **IF: 1.3, MNiSW: 40 pkt.**

Mikrootoczkowany maślan sodu jest substancją, której pozytywny wpływ na mikrobiom jelitowy nadal pozostaje przedmiotem badań. W tym badaniu zbadano jego skuteczność na reprezentatywnej grupie pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego (IBS) obejmującej 3000 pacjentów. Dodatkowo to badanie pozostaje jak dotąd największym, które charakteryzuje polską populację z IBS. W zakresie badań nad powikłaniami NChZJ jakimi są zwężenia nawiązałem współpracę zagraniczną.

Lewandowski K, Szczubetek M, Kaniewska M, Kołos M, Kotarski P, Sklinda K, Nasierowska-Guttmejer A, Rydzewska G. Low-grade appendiceal mucinous neoplasm (LAMN)-case report. *Gastroenterology Medicine and Research.* 2020; 5(2): 407-412. **MNiSW: 5 pkt.**

Opis przypadku pacjenta z zaawansowanym nowotworem śluzotwórczym wyrostka robaczkowego o niskiej złośliwości przedstawiający trudności diagnostyczne, szczególnie w odniesieniu do badań obrazowych.

Lewandowski K, Szwarz P, Kaniewska M, Kucha P, Rydzewska G. Rola kwasu masłowego w chorobach przewodu pokarmowego. Terapia. 2020; 28(8): 52-57.

MNiSW: 5 pkt.

Kwas masłowy to krótkołańcuchowy kwas tłuszczowy (SCFA), który powstaje głównie w wyniku fermentacji błonnika w jelicie grubym i stanowi istotne źródło energii dla kolonocytów. Wykazuje silny efekt troficzny na nabłonek jelitowy oraz działanie przeciwzapalne i przeciwnowotworowe. Kwas masłowy odgrywa również ważną rolę w utrzymaniu prawidłowego pH i ochronie błony śluzowej jelita przed mikroorganizmami. Jego stosowanie promuje wzrost i dojrzewanie komórek nabłonkowych jelit, co prowadzi do rekonstrukcji uszkodzonej błony jelitowej i przywrócenia fizjologicznej bariery jelitowej. Przez wiele lat kwas masłowy podawano doodbytniczo, jednak obecnie ze względu na wyższą biodostępność i wygodę stosuje się go doustnie w postaci mikrocząsteczek sodu masłowego. Suplementacja jest wskazana w przypadku zapalnych chorób przewodu pokarmowego oraz zaburzeń osi jelitowo - mózgowej.

Lewandowski K, Rydzewska G, Ledwoń TK. Preparation for endoscopic examinations in patients with diabetes and hypoglycaemia. Prz Gastroenterol. 2021;16(4):297-305. MNiSW: 40 pkt.

Endoskopia jest procedurą diagnostyczną i terapeutyczną, która wymaga odpowiedniego przygotowania. Pacjenci z cukrzycą są szczególnie narażeni na niewłaściwe oczyszczenie jelit przed endoskopią z powodu spowolnionych ruchów jelit, ograniczeń dietetycznych oraz ryzyka hipoglikemii. Dotychczas nie opracowano kompleksowych wytycznych dotyczących przygotowania pacjentów z tymi zaburzeniami metabolicznymi do badań endoskopowych. Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów, którzy mogą być poddani kolonoskopii oraz potencjalne skutki suboptymalnego przygotowania, brak takich zaleceń wydaje się istotnym niedoborem w systemie opieki zdrowotnej. Artykuł przeglądowy będący zbiorem danych naukowych na powyższy temat.

Lewandowski K, Kaniewska M, Świątek A, Rydzewska G. Symetykon - możliwe zastosowania w praktyce klinicznej i samoleczeniu. Lekarz POZ. 2021; 3(7): 223-232. MNiSW: 5 pkt.

Symetykon jest substancją, która znalazła szerokie zastosowanie w objawowym leczeniu wzdęć. Jego mechanizm działania opiera się na zmniejszaniu napięcia powierzchniowego pęcherzyków gazów w przewodzie pokarmowym, co ułatwia ich usunięcie. Może być skutecznie stosowany w celu zmniejszenia nadmiaru gazu u pacjentów z zespołem jelita drażliwego, dyspepsią czynnościową, po zabiegach chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej i miednicy małej oraz przewlekłe stosujących niektóre leki, którą mogą wywoływać wzdęcia. Istnieją również dowody na jego korzystne działanie w przygotowaniu do badania ultrasonograficznego jamy brzusznej oraz niektórych badań endoskopowych, takich jak gastroscopia i kolonoskopia, polegające na poprawie widoczności. Wysoki profil bezpieczeństwa umożliwia jego stosowanie u niemowląt z koliką oraz w procesie samoleczenia. Szerokie możliwości zastosowania oraz nieujednolicone dawkowanie wymagają większej ilości badań, które mogą się przyczynić do zwiększenia efektywności leczenia.

Lewandowski K, Kaniewska M, Szczubelek M, Tulewicz-Marti E, Rydzewska G. Zastosowanie kliniczne probiotyku zawierającego szczep *Lactobacillus paracasei* CNCM I-1572. Lekarz POZ. 2022; 8(5). MNiSW: 5 pkt.

Probiotyk *Lactobacillus paracasei* CNCM I-1572 z uwagi na zdolność do wytwarzania unikalnego egzopolisacharydu (EPS) pełni wiele różnych funkcji, jest bardzo odporny na czynniki zewnętrzne i szczególnie zdolny do interakcji z układem odpornościowym. Jako probiotyk charakteryzuje się wysoką przeżywalnością w przewodzie pokarmowym – jego korzystny wpływ utrzymuje się mimo zakończenia przyjmowania. Inne właściwości szczepu potwierdzone badaniami to działanie przeciwzapalne, immunostymulujące, modulujące mikrobiotę jelit czy wpływ na zwiększanie wytwarzania kwasu masłowego. Zastosowaniami, które szczególnie zasługują na podkreślenie, są: zespół jelita nadwrażliwego, zespół rozrostu mikrobioty jelita cienkiego oraz choroba uchyłkowa jelita grubego. Niektóre jego działania wydają się również bardzo obiecujące, m.in. poprawa tolerancji leczenia podczas eradykacji *Helicobacter pylori* oraz zmniejszenie stanu zapalnego w błonie śluzowej pacjentów z

wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. W artykule dokonano przeglądu dostępnych badań dotyczących działania *Lactobacillus paracasei* CNCM I-1572.

Lewandowski K, Szczubełek M, Tulewicz-Marti E, Kaniewska M, Rydzewska G. Zastosowanie *Lactiplantibacillus plantarum* 299v w prewencji zakażenia *Clostridioides difficile*. *Lekarz POZ*. 2022; 8(4): 275-282. **MNiSW: 5 pkt.**

Narastający wzrost zachorowań oraz nawrotów infekcji *Clostridioides difficile* pozostaje palącym problemem współczesnej medycyny, nie tylko z uwagi na stale rosnące koszty związane z opieką medyczną, ale zwłaszcza na ich możliwy ciężki przebieg kliniczny. W dobie pandemii COVID-19 doszło do zwiększenia częstości tej infekcji, co jest związane głównie z zaburzeniem mikrobioty jelitowej, wywołanym powszechnym stosowaniem antybiotyków i przedłużającymi się hospitalizacjami. Modyfikacja mikrobioty jelitowej wydaje się szansą na profilaktykę zachorowań i nawrotów. Mimo obecności sprzecznych zaleceń różnych towarzystw dotyczących zastosowania interwencji probiotycznej w celu ograniczenia zakażeń *Clostridioides difficile* istnieją dowody potwierdzające jej skuteczność w ograniczeniu zakażeń. Jednym ze szczepów, które mają potwierdzoną skuteczność w zmniejszaniu częstości tego zakażenia, jest *Lactiplantibacillus plantarum* 299v (wcześniej *Lactobacillus plantarum* 299v). W poniższym artykule dokonano przeglądu badań potwierdzających jego antagonistyczny wpływ na *Clostridioides difficile*.

Lewandowski K, Kaniewska M, Nazarewska A, Rydzewska G. Poinfekcyjny zespół jelita nadwrażliwego. *Terapia*. 2022; 9(416): 12-17. **MNiSW: 5 pkt.**

Artykuł podsumowujący informację na temat poinfekcyjnego zespołu jelita nadwrażliwego w kontekście zespołu post – COVID.

Lewandowski K, Tulewicz-Marti E, Szczubełek M, Kaniewska M, Rydzewska G. Mikroskopowe zapalenie jelita grubego - jak rozpoznawać, jak leczyć? *Terapia*. 2022; 9(416): 18-23. **MNiSW: 5 pkt.**

Mikroskopowe zapalenie jelita grubego (MC) jest rodzajem choroby zapalnej jelit, które często występuje z innymi chorobami autoimmunologicznymi. Szczyt

zachorowań występuje w populacji osób w średnim wieku i starszych, głównie u kobiet. Patogeneza MC jest złożona i słabo poznana, a aktualne koncepcje dotyczą zaburzeń wrodzonej odporności oraz zmian w mikrobiomie jelitowym, co prowadzi do subtelnych zmian zapalnych w błonie śluzowej jelit. Choroba zazwyczaj przebiega bez istotnych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych, obrazowych i endoskopowych. Podstawą diagnozy jest badanie histologiczne próbek błony śluzowej jelita grubego, które pozwala wyróżnić dwa główne typy MC: zapalenie kolagenowe i zapalenie limfocytarne. Artykuł przedstawia wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia MC opublikowane w 2020 roku przez ekspertów z Europejskiej Grupy Mikroskopowego Zapalenia Jelita (EMCG) oraz United European Gastroenterology (UEG).

Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Specjalistyczny probiotyk *Lactaseibacillus paracasei* DG – kliniczne zastosowania w chorobach przewodu pokarmowego. *Terapia*. 2024; 5(436): 88-91. MNiSW: 5 pkt.

Lactaseibacillus paracasei DG (*L. casei* DG) to specjalistyczny probiotyk o wysokiej skuteczności w wielu chorobach przewodu pokarmowego, dzięki produkcji egzopolisacharydów (DG-EPS), które poprawiają przyleganie do komórek jelitowych i umożliwiają kolonizację przewodu pokarmowego. DG-EPS zapewnia również odporność na czynniki zewnętrzne oraz interakcję z układem odpornościowym. W artykule przeglądowym omówiono różne zastosowania *L. casei* DG, takie jak zespół jelita drażliwego (IBS), zespół przerostu mikrobioty jelitowej (SIBO) oraz poprawę tolerancji leków zastosowanych podczas eradykacji *Helicobacter pylori*. Szczególnie interesujące są działania tego probiotyku w kontekście SARS-CoV-2 oraz potencjalnego zespołu jelita drażliwego po COVID-19 (post-COVID IBS), gdzie *L. casei* DG stymuluje ekspresję genów związanych z odpornością przeciwwirusową i hamuje nadmierną ekspresję prozapalnych genów. Dodatkowo, bakteria ta może hamować SARS-CoV-2 przez zwiększenie aktywności immunologicznej laktoferyny, co może być istotne w przypadku pacjentów z post-COVID IBS, gdzie stan zapalny i zaburzenia mikrobioty jelitowej są uważane za przyczyny problemu.

Lewandowski K, Mastalerz-Migas A, Małecka-Wojcieszko E, Woron J, Skrzydło-Radomańska B, Rydzewska G. Diagnosis and treatment of abdominal pain – Polish experts' position. *Lekarz POZ*. 2025;11(1):9-19. MNiSW: 5 pkt.

Ból brzucha jest jednym z najczęstszych objawów zgłaszanych w gabinetach lekarskich, a jego występowanie w populacji sięga nawet 81%. Ze względu na złożoną etiologię może mieć podłoże zarówno organiczne, jak i czynnościowe, co stanowi prawdziwe wyzwanie. Diagnostyka bólu brzucha powinna obejmować dokładny wywiad lekarski, badanie przedmiotowe oraz badania laboratoryjne i obrazowe w celu różnicowania potencjalnych przyczyn. Na szczególną uwagę zasługuje ból brzucha o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, którego występowanie jest najczęstsze. Farmakoterapia takiego bólu brzucha stanowi kluczowy element leczenia i powinna być oparta przede wszystkim na zastosowaniu leków rozkurczowych, a w razie ich nieskuteczności – przeciwbólowych lub połączeniu obu. Ich dobry profil bezpieczeństwa umożliwia stosowanie w ramach samoleczenia, ale z pewnością wymaga poprawy edukacji pacjentów w kontekście obecności objawów alarmowych i konieczności zgłoszenia się do lekarza. Ponadto skuteczną opcją, szczególnie w przypadku przewlekłego bólu brzucha, mogą być leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny lub trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych. Celem artykułu jest opracowanie definicji i algorytmu postępowania diagnostyczno-leczniczego dla lekarzy oraz algorytmu samoleczenia dla pacjentów.

2. Streszczenia ze zjazdów międzynarodowych

M Kaniewska, M Krogulecki, **K Lewandowski**, A Filipiuk, M Gonciarz, G Rydzewska, P1031 Intestinal ultrasound for monitoring therapeutic response in patients with ulcerative colitis treated with upadacitinib, *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 18, Issue Supplement_1, January 2024, Page i1860.

Streszczenie badania oceniającego użyteczność ultrasonografii jelit (IUS) w porównaniu z endoskopią w ocenie skuteczności upadacytinibu (UPA) w indukcji remisji u pacjentów z WZJG. W badaniu uczestniczyło 27 pacjentów z zaostrzeniem WZJG, którzy byli leczeni UPA przez 8 tygodni. Po 4 tygodniach 34% pacjentów osiągnęło remisję kliniczną, a 40,6% remisję endoskopową; po 8 tygodniach wartości te wzrosły do 53,1% i 56,2%. Początkowo u 100% pacjentów stwierdzono zwiększoną grubość ściany jelita w odbytnicy i esicy, która znacząco zmniejszyła się po 4

tygodniach. Normalizacja grubości ściany jelita była silnie skorelowana z remisją endoskopową ($p < 0,001$). Wyniki sugerują, że IUS jest użyteczną, nieinwazyjną metodą monitorowania przebiegu choroby i oceny odpowiedzi na leczenie w WZJG. Artykuł w trakcie recenzji.

K Lewandowski, M Kaniewska, M Więcek, P Panufnik, E Tulewicz-Marti, M Głuszek-Osuch, P Ciechanowicz, I Walecka, G Rydzewska, P339 Dermatological evaluation of candidates with IBD for biological therapy - should it become part of the scheme during qualification? *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 18, Issue Supplement_1, January 2024, Page i732.

Omówiono powyżej przy artykule: Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, et al. Should the Dermatological Assessment of Patients with Inflammatory Bowel Disease Become Standard during Qualifications for Biological Treatment? A Retrospective, Single-Center Experience from a Tertiary Center. *J Clin Med*. 2024; 13(17): 5213.

K Karłowicz, **K Lewandowski**, E Tulewicz-Marti, D Domżał-Magrowska, R Talar-Wojnarowska, E Małecka – Wojcieszko, G Rydzewska, P876 Efficacy and safety of microencapsulated butyrate add-on therapy in induction of remission in patients with mild-to-moderate Ulcerative Colitis - results from multi-center, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical study, *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 18, Issue Supplement_1, January 2024, Page i1618.

W badaniu oceniano skuteczność i bezpieczeństwo mikrootoczkowanego maślanu sodu (MSB) jako leczenia wspomagającego w indukcji remisji u pacjentów z aktywnym WZJG. Ze 100 pacjentów z łagodnym do umiarkowanego WZJG, 96 ukończyło protokół badania. W grupie stosującej MSB wykazano wyższy odsetek poprawy klinicznej i endoskopowej ($p < 0,001$ i $p = 0,042$) oraz remisji klinicznej ($p < 0,001$). Po 8 tygodniach obserwacji, poprawa w obrazie endoskopowym wystąpiła u 55,3% pacjentów w grupie MSB w porównaniu do 32,7% w grupie kontrolnej ($p = 0,042$). Zmniejszenie poziomu kalprotektyny również potwierdziło skuteczność MSB. W grupie MSB stwierdzono znaczny wzrost stężenia MSB w stolcu, co było skorelowane z

poprawą kliniczną i endoskopową. Nie obserwowano żadnych działań niepożądanych, co wskazuje na wysoki profil bezpieczeństwa terapii MSB. Artykuł w trakcie recenzji.

E Tulewicz-Marti, M Łodyga, B Stępień-Wrochna, **K Lewandowski**, G Rydzewska, P164 Assessment of awareness and compliance with the recommendations of primary and secondary prevention of cancer in patients with Inflammatory Bowel Disease, *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 16, Issue Supplement_1, January 2022, Page i237.

Omówiono powyżej przy artykule: Tulewicz-Marti E, Stępień-Wrochna B, Maciejewska K, et al. Awareness and Compliance with the Recommendations of Primary and Secondary Prevention of Cancer in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *J Pers Med*. 2023; 13(6): 913.

Lewandowski K, Ciechanowicz P, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Więcek M, Panufnik P, Walecka I, Rydzewska G. PP0673 Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor therapy in patients with inflammatory bowel diseases: insights from an IBD tertiary center in Poland—a single-center, retrospective study. *United European Gastroenterology Week*, 2024.

Omówiono powyżej przy artykule: **Lewandowski K**, Kaniewska M, Więcek M, et al. Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor α therapy in patients with inflammatory bowel disease (IBD): findings from a tertiary IBD center in Poland. *Pol Arch Intern Med*. 2024; 134(7-8):16789.

Panufnik P, Więcek M, Szwarc P, Kaniewska M, **Lewandowski K**, Franek E, Rydzewska G. Effect of Butyrate on GI signs, SIBO, and Diabetes Control—Randomized, Placebo-Controlled Study in Patients with Type 2 Diabetes. *American Diabetes Association*, 2024.

W badaniu oceniono wpływ mikrootoczkowanego maślanu sodu (MSB) na objawy brzuszne, częstość występowania zespołu rozrostu mikrobioty jelita cienkiego (SIBO) oraz kontrolę cukrzycy u pacjentów z cukrzycą typu 2. 52 pacjentów, którzy stosowali dietę z niskim indeksem glikemicznym lub doustne leki antycukrzycowe (2 pacjentów

na insulinie), zostało losowo przydzielonych do grupy MSB (1,5 g/dzień, n=29) lub grupy placebo (n=23) na 12 tygodni. Po interwencji w grupie MSB większość pacjentów zgłosiła ustąpienie objawów brzusznych oraz zaobserwowano znaczący spadek częstości SIBO w porównaniu z grupą placebo. Ponadto stwierdzono niewielką, ale istotną poprawę wskaźnika masy ciała (BMI) i poziomu HbA1c w grupie MSB.

Lewandowski K, Ciechanowicz P, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Więcek M, Panufnik P, Walecka I, Rydzewska G. "Zmiany skórne związane z terapią czynnikami martwicy nowotworów u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit – jednoośrodkowe, retrospektywne badanie." XX Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, 2023.

Omówiono powyżej przy artykule: **Lewandowski K**, Kaniewska M, Więcek M, et al. Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor α therapy in patients with inflammatory bowel disease (IBD): findings from a tertiary IBD center in Poland. *Pol Arch Intern Med.* 2024; 134(7-8):16789.

Lewandowski K, Lukas M, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Karłowicz K, Bednarczuk A, Kolar M, Jirsa J, Lukas M, Rydzewska G. P0873 Risk factors for difficult endoscopic bowel dilatation of strictures among patients with inflammatory bowel disease (IBD): Findings from a IBD tertiary centers in Poland and Czech Republic, *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 19, Issue Supplement_1, January 2025, Page i1664.

Omówiono powyżej przy artykule: **Lewandowski K**, Lukas M, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Karłowicz K, Bednarczuk K, Kolar M, Jirsa J, Lukas M, Rydzewska G. Risk factors for difficult endoscopic bowel dilatation of predominantly shorter and non – inflammatory strictures among patients with inflammatory bowel disease: Findings from a IBD tertiary centers in Poland and Czech Republic. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2025. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2025.02.036>.

Tulewicz-Marti E, Lewandowski K, Karłowicz K, Maciejewska K, Sierakowska I, Szweda H, Rydzewska G. P0630 Are women with inflammatory bowel disease at risk

of abnormal cervix cytology? -results of retrospective study, Journal of Crohn's and Colitis, Volume 19, Issue Supplement_1, January 2025, Page i1241.

Badania dotyczące związku między śródnabłonkową neoplazją szyjki macicy (CIN) a nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit (NChZJ) są niejednoznaczne, jednak uważa się, że kobiety z NChZJ, zwłaszcza te z obniżoną odpornością, mogą być bardziej narażone na CIN. Celem tego badania była ocena częstości występowania nieprawidłowych wyników cytologii szyjki macicy u pacjentek z NChZJ. Dokonano retrospektywnej analizy danych 301 pacjentek z NChZJ, w tym 150 z LC oraz 151 z WZJG. Wyniki pokazują, że nieprawidłowe wyniki w ostatnim badaniu cytologicznym wystąpiły u 3,8% pacjentek z ChLC i 0,8% z WZJG. Łącznie, po uwzględnieniu wcześniejszych wyników, odchylenia od normy dotyczyły 10,3% pacjentek z LC i 7,7% z WZJG. Nie stwierdzono zwiększonego ryzyka dysplazji szyjki macicy w analizowanej grupie, co może wynikać z regularnych kontroli ginekologicznych. Wskazane są dalsze badania, szczególnie dotyczące zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego.

VI. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową, realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej, w szczególności zagranicznej.

W ramach realizacji przedsięwzięć naukowo - badawczych realizowałem współpracę z 25 jednostkami naukowymi na terenie całej Polski oraz z jednym zagranicznym. Poniżej lista najważniejszych ośrodków, z którymi realizowałem badania.

Rok współpracy	Tematyka współpracy	Jednostka, z którą realizowano współpracę	Wynik współpracy
----------------	---------------------	---	------------------

2019-2020	Objawy skórne i brzuszne u pacjentów z COVID-19	Klinika Dermatologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	Ciechanowicz P, Lewandowski K, Szymańska E, Kaniewska M, Rydzewska GM, Walecka I. Skin and gastrointestinal symptoms in COVID-19. Prz Gastroenterol. 2020;15(4):301-308.
2019-2023	Objawy brzuszne oraz zwiększona częstość infekcji Clostridioides difficile u pacjentów z COVID-19	Pracownia Bakteriologii i Wirusologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	Lewandowski K, Rosołowski M, Kaniewska M, Kucha P, Meler A, Wierzbę W, Rydzewska G. Clostridioides difficile infection in coronavirus disease 2019 (COVID-19): an underestimated problem? Pol Arch Intern Med. 2021;131(2):121-127.
		Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Tworek A, Rydzewska G. Gastrointestinal symptoms in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) - friend or foe? Prz Gastroenterol. 2022;17(3):219-226.
		Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Rydzewska G. Gastrointestinal symptoms in COVID-19. Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny. 2023;18(1):61-66.
2019-2022	Występowanie dyspepsji czynnościowej oraz zespołu jelita nadwrażliwego u pacjentów po przebytych COVID-19 (post - COVID - IBS)	Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	Nazarewska A, Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Marlicz W, Rydzewska G. Irritable bowel syndrome following COVID-19: an underestimated consequence of SARS-CoV-2 infection. Pol Arch Intern Med. 2022 Nov 25;132(11):16323.
		Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Nazarewska A, Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Więcek M, Szwarc P, Rosołowski M, Marlicz W, Rydzewska G. Long-lasting dyspeptic symptoms - another consequence of the COVID-19 pandemic? Prz Gastroenterol. 2023;18(2):175-182
		Klinika Gastroenterologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin	
2020-2021	Zastosowanie wirtualnej rzeczywistości w zmniejszaniu poziomu leku u pacjentów z NChZJ	Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Kucha P, Rydzewska G. The Use of Virtual Reality to Reduce Stress among Inflammatory Bowel Disease Patients Treated with Vedolizumab. J Clin Med. 2021;10(12):2709.
		Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	
2018-2024	Zmiany skórne u pacjentów z NChZJ	Klinika Dermatologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Głuszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor α therapy in patients with inflammatory bowel disease (IBD): findings from a tertiary IBD center in Poland. Pol Arch Intern Med. 2024;134(7-8):16789.
			Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Głuszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Should the Dermatological Assessment of Patients with Inflammatory Bowel Disease Become Standard during Qualifications for Biological Treatment? A Retrospective, Single-Center Experience from a Tertiary Center. J Clin Med. 2024;13(17):5213.
2019-2023	Częstość występowania metabolicznej choroby kości u pacjentów z NChZJ	Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii,	Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Szwarc P, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Walicka M, Franek E, Rydzewska G. Risk Factors for Osteoporosis among

		Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	Patients with Inflammatory Bowel Disease-Do We Already Know Everything? Nutrients. 2023;15(5):1151.
		Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego, Polska Akademia Nauk, Warszawa	
2020-2025	Zastosowanie mikrootoczkowanego maślanu sodu w leczeniu pacjentów z NChZJ	Zakład Biochemii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin	in press
		Klinika Gastroenterologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin	
2023-2025	Zwężenia w NChZJ i ich endoskopowe leczenie	Department of Surgery, 3 rd Faculty of Medicine, Charles University and Kralovske Vinohrady University Hospital, Prague, Czech Republic	Lewandowski K, Lukas M, Kaniewska M, et al. Risk factors for difficult endoscopic bowel dilatation of predominantly shorter and non – inflammatory strictures among patients with inflammatory bowel disease: Findings from a IBD tertiary centers in Poland and Czech Republic. Gastrointestinal Endoscopy. 2025. https://doi.org/10.1016/j.gie.2025.02.036 .
		IBD Clinical and Research Center, ISCARE a.s., Prague, Czech Republic	
2023-2025	Skuteczność upadacitinibu w leczeniu pacjentów z WZJG	Klinika Gastroenterologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa	Kaniewska M, Lewandowski K, Krogulecki M, et al. Efficacy of Upadacitinib Induction Treatment in Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis Including Intestinal Ultrasound Assessment: A Multicenter, Real-World Observational Study. Journal of Clinical Medicine. 2025; 14(5):1695. https://doi.org/10.3390/jcm14051695
		II Klinika Gastroenterologii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa;	
		Oddział Gastroenterologii, Szpital Bielański, Warszaw	
		Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk	
		Szpital Kliniczny MSWiA, Gdańsk	
		Oddział Chorób Wewnętrznych, Międzychód	
		Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku, Białystok	
		Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok	

		Klinika Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Szpital Uniwersytecki im. H. Świećickiego, Poznań Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Szpital Gromkowskiego, Wrocław Klinika Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz Klinika Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok	
2020 - do chwili obecnej	Terapia pacjentów z przewlekłą chorobą ziarniniakową sprzężoną z chromosomem X i NChZJ	Zakład Immunologii, Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa	w trakcie

VII. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę.

1. Opieka nad studentami.

Od początku mojej pracy w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych PIM MSWiA byłem zaangażowany w prowadzenie zajęć dla studentów:

- Wydziału lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, English Division - Propedeutika chorób wewnętrznych
- Wydziału lekarskiego, Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie - Gastroenterologia
- Wydziału lekarskiego, Uniwersytet Kardynała Wyszyńskiego – Choroby Wewnętrzne i Gastroenterologia.

2. Wykłady i wystąpienia.

Jako lekarz specjalizujący się w chorobach przewodu pokarmowego ze szczególnym uwzględnieniem w NChZJ oraz zaburzeniach osi jelitowo – mózgowej poprowadziłem na zaproszenie 32 wykładów na różnych konferencjach i kongresach: Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, Spotkania Mazowieckiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, Zakopiańskie Dni Jelitowej, Postępy w Gastroenterologii, Polski Klub Trzustkowy, Eksperti Ekspertom, Kongres Akademii po Dyplomie, Akademia Młodych Gastroenterologów, Gastroaktualności, Akademia Medycyny Praktycznej oraz towarzystw wspierających pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi skóry „Amicus” i NChZJ „J – elita”. Dodatkowo na zaproszenie prof. dr hab. n. med. Wojciecha Marlicza pełnię rolę wykładowcy na Kursie Psychogastroenterologii, który realizowany jest pod patronatem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego.

Rok	Nazwa konferencji	Tytuł wystąpienia
2018	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Zastosowanie maślanu w chorobach jelit - badania i oczekiwania”
2018	Postępy w Gastroenterologii	„Tofacytynib - nowe możliwości terapii wrzodziejącego zapalenia jelita grubego”
2019	Polski Klub Trzustkowy	„Rytuksymab w leczeniu autoimmunologicznego zapalenia trzustki”
2020	Postępy w Gastroenterologii	„Objawy brzuszne u pacjentów z infekcją SARS - CoV-2 - przegląd literatury oraz badania własne”
2021	XIX Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego	„Zwiększona częstość infekcji <i>Clostridioides difficile</i> u chorych na COVID-19 - niedoceniony problem”

2021	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Zastosowanie rzeczywistości wirtualnej w leczeniu chorych z IBD – badania własne”
2021	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Probiotykoterapia w SIBO i IBS – co nowego na rynku”
2021	Postępy w Gastroenterologii	„Kwas masłowy po raz kolejny – czyli doniesienia na temat stabilności mikrobioty jelitowej”
2022	Spotkanie Mazowieckiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego	„Zastosowanie maślanu sodu w chorobach przewodu pokarmowego”
2022	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Nowe aspekty leczenia zespołu jelita nadwrażliwego”
2022	Ekspersi Ekspertom	„Różne aspekty infekcji <i>Clostridioides difficile</i> ”
2022	Ekspersi Ekspertom	„Ustekinumab w badaniach RWE w chorobie Leśniowskiego – Crohna – ciąg dalszy”
2023	Spotkanie dla pacjentów organizacji J - elita	„Małe cząsteczki – rewolucja w IBD?”
2023	Gastroaktualności	„Czy czeka nas pandemia POST COVID IBS – od czego zacząć terapię - strategia szybkiego reagowania”
2024	Ekspersi Ekspertom	„Wyniki RWE leczenia upadacytynibem WZJG w Polsce”
2024	Ekspersi Ekspertom	„Nowości z AIBD”
2024	Spotkanie dla pacjentów z łuszczycą organizowane przez AMICUS	„Wielochorobowość w IBD”
2024	Interna 2024 - XVIII Kongres Akademii po Dyplomie	„Współczesne podejście do leczenia zaparć – Jak poprawić jakość życia pacjenta”
2024	Akademia Młodego Gastroenterologa	„Upadacytynib w indukcji remisji średnio ciężkiego i ciężkiego zapalenia jelita grubego - wielośrodkowe badanie w populacji polskiej”
2024	Akademia Młodego Gastroenterologa	„Innowacyjny probiotyk w chorobach przewodu pokarmowego”
2024	Takeda Gastro – Surgery Forum	„Manifestacje pozajelitowe NChZJ”
2024	Interdyscyplinarny wtorek z Akademią Medycyny Praktycznej	„Drotaweryna w zespole jelita nadwrażliwego”
2024	Geriatra 2024 - XIV Kongres Akademii po Dyplomie	„Zaparcia w podeszłym wieku”
2024	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Manifestacje pozajelitowe w NChZJ”
2024	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Nowe aspekty leczenia zespołu jelita nadwrażliwego”
2024	Postępy w Gastroenterologii	„Przypadki kliniczne leczenia filgotynibem – skuteczność i bezpieczeństwo”
2024	Wielu pacjentów - jeden cel, optymalizacja terapii immunologicznych - doświadczenia własne ekspertów	„Doświadczenia własne w gastroenterologii”

2025	Eksperti Ekspertom	"Ustekinumab w leczeniu WZJG - doświadczenia własne" i "Nowości z AIBD 2024"
2025	Amicus	„Leczenie biologiczne w specyficznych sytuacjach klinicznych w IBD: ciąża, choroby współistniejące - jak podejmować świadome decyzje?” i „Najczęstsze pytania pacjentów o leczenie biologiczne w IBD”

3. Członkostwo w krajowych i międzynarodowych organizacjach naukowych.

Jestem aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego (PTG-E), Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego (PTHepat), European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) oraz European Association for the Study of the Liver (EASL).

4. Funkcja recenzenta w czasopismach naukowych.

Jestem aktywnym recenzentem w krajowych i międzynarodowych czasopismach naukowych indeksowanych współczynnikiem wpływu Impact Factor, uwzględnionych w bazie Journal Citation Reports. Moja dotychczasowa aktywność recenzyjna zgodnie z danymi dostępnymi na portalu Web of Science potwierdza wykonanie recenzji dla następujących czasopism (liczba recenzji): Gastroenterology Review (7), Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej (3), Journal of Clinical Medicine (5) oraz Journal of Personalized Medicine (2).

5. Rozdziały w podręcznikach.

Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Schematy postępowania w wybranych chorobach gastroenterologicznych. Choroby dolnego odcinka pokarmowego. Małecka-Wojcieszko E (ed.). Medical Education, Warszawa 2025.

Oto główne punkty dotyczące NChZJ zawarte w rozdziale:

1. Symptomatologia: NChZJ objawiają się przewlekłym stanem zapalnym, który prowadzi do biegunki, bólu brzucha, gorączki oraz niezamierzonej utraty masy ciała, z okresami remisji i zaostrzeń.

2. Epidemiologia: Zachorowalność na NChZJ rośnie na całym świecie, szczególnie w krajach rozwiniętych. Obecnie szacuje się, że w Polsce jest około 100 000 pacjentów z tymi schorzeniami.

3. Etiopatogeneza: Patogeneza NChZJ jest związana z predyspozycją genetyczną, zaburzeniami mikrobioty jelitowej i układu immunologicznego oraz czynnikami środowiskowymi, takimi jak dieta i styl życia.

4. Diagnostyka: Rozpoznanie NChZJ opiera się na ocenie klinicznej, endoskopii oraz badaniach histopatologicznych, z koniecznością wykluczenia innych przyczyn (w tym infekcyjnych).

5. Definicje: Określenie terminów aktywnej choroby, remisji klinicznej i endoskopowej.

6. Cele terapii: Głównym celem leczenia jest osiągnięcie remisji klinicznej i endoskopowej oraz poprawa jakości życia pacjentów.

7. Manifestacje pozajelitowe: Pacjenci z NChZJ mogą doświadczać różnorodnych manifestacji pozajelitowych, na podstawie aktualnych rekomendacji określono algorytm postępowania diagnostyczno – lecznicze dla poszczególnych.

8. Leczenie: Leczenie NChZJ obejmuje szereg opcji terapeutycznych, w tym leki 5-ASA, glikokortykosteroidy, leki immunosupresyjne, małocząsteczkowe oraz leki biologiczne.

9. Leczenie w ciąży oraz u kobiet karmiących: W przypadku kobiet w ciąży z NChZJ kluczowe jest dostosowanie leczenia, aby zapewnić bezpieczeństwo matki i dziecka. Należy również monitorować chorobę i rozważać profil bezpieczeństwa stosowanych leków.

10. Prewencja infekcji i nadzór onkologiczny: Istotne jest zapobieganie zakażeniom oportunistycznym i nowotworom, w tym rakowi jelita grubego, poprzez regularne badania kontrolne.

11. Edukacja pacjentów: Podkreślono znaczenie zindywidualizowanego podejścia do leczenia, które powinno uwzględniać ryzyko nawrotu choroby oraz efekty uboczne stosowanych terapii.

6. Funkcja promotora pomocniczego.

Obecnie pełnię rolę promotora pomocniczego oraz współbadacza w przewodzie doktorskim „Mikrootoczkowany maślan sodu jako terapia dodana w leczeniu pacjentów z łagodną do umiarkowanej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego”

lek. Katarzyna Karłowicz, Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, PIM
MSWiA

VIII. Inne informacje dotyczące kariery zawodowej.

1. Przebieg kariery zawodowej.

Moją pracę naukowo – badawczą rozpocząłem na czwartym roku studiów w październiku 2014 roku w Klinice Gastroenterologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, którego byłem aktywnym członkiem przez ponad trzy lata. W tym czasie, pozostając pod skrzydłami opiekuna koła naukowego dr n. med. Marii Wiśniewskiej – Jarosińskiej oraz ówczesnego Kierownika Kliniki dr hab. n. med. Krystyny Stec – Michalskiej, prof. nadzw. UM współprowadziłem pierwsze badania naukowe. Wówczas miały miejsce moje pierwsze doświadczenia naukowo - badawcze m. in. w zakresie powikłań leczenia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit (NChZJ). Efektami tej pracy było otrzymanie wyróżnienia za wykład „A case report of a patient with sulfasalazine – induced bone marrow suppression in the course of inflammatory bowel disease (IBD) treatment” na studenckiej konferencji Juvenes Pro Medicina.

W 2016 roku ukończyłem Wydział Wojskowo – Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi uzyskując dyplom lekarza z wynikiem ponad dobrym. Tego samego roku we wrześniu rozpocząłem staż podyplomowy w Wojskowym Instytucie Medycznym (WIM), gdzie pierwsze kroki stawiałem w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych. Jednocześnie podejmowałem wtedy pierwsze aktywności związane z nabyciem wiedzy poprzez wyjazdy na konferencje gastroenterologiczne (XXI Wrocławska Wiosna Gastrologiczna, II Lubelskie Dni Gastroenterologii, Konferencja naukowo – szkoleniowa „Schyłkowa niewydolność wątroby marskiej – wielodyscyplinarne spojrzenie na problem”, 15 Andrzejkki Gastroenterologiczne, Spotkanie Polskiego Klubu Trzustkowego, IX Łódzki Weekend Gastroenterologiczny, XI Konferencja Postępy w Gastroenterologii czy XVI Krajowa Konferencja Szkoleniowa Towarzystwa Internistów Polskich „Postępy w chorobach wewnętrznych”), udział w kursie „Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej” w Roztoczańskiej Szkole Ultrasonografii oraz organizację i przeprowadzenie warsztatów „FAST – USG” podczas Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej „Medycyna dla Sąsiada”

zorganizowanej przez Studenckie Internistyczne Koło Naukowe Warszawa Międzyziesie. Jednocześnie w trakcie stażu podyplomowego ukończyłem kurs „Advanced Cardiovascular Life Support Course”. Efektem mojej pracy jako lekarza stażysty była również pierwsza publikacja przygotowana pod opieką ówczesnego Kierownika Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych WIM prof. dr hab. n. med. Jerzego Gila pt. „Pochodne kwasu 5 – aminosalicylowego w leczeniu NZJ” przygotowana do czasopisma wydawanego przez Towarzystwo J – elita, organizację wspierającą pacjentów z NChZJ.

Następnie, już jako młodszy asystent przystąpiłem do szkolenia specjalizacyjnego z gastroenterologii początkowo w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych WIM, w której pracowałem do marca 2018 roku. Moja ówczesna ścieżka edukacji w tematyce diagnostyki i leczenia NChZJ w lutym 2018 roku została zwieńczona pozytywnym wynikiem międzynarodowego egzaminu na kursie „16th IBD Intensive Advanced Course”, który odbył się podczas konferencji European Crohn's and Colitis Organization (ECCO), towarzystwa, którego członkiem pozostaję do chwili obecnej.

Następnie zmieniłem miejsce pracy i kontynuowałem szkolenie specjalizacyjne z gastroenterologii w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych w Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (PIM MSWiA) w Warszawie pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Grażyny Rydzewskiej – Wyszowskiej. W Klinice merytoryczna opieka Kierownika (jednocześnie pełniącego rolę Kierownika mojej specjalizacji) umożliwiła mi dalszy rozwój umiejętności badawczo – naukowych, którego zwieńczeniem były m. in.:

- popularyzacja nauki jako wykładowca na konferencjach
- prezentowanie wyników moich badań na prestiżowych międzynarodowych kongresach medycznych (m.in. European Crohn's and Colitis Organization, United European Gastroenterology Week, Digestive Disease Weekend)
- publikacje w recenzowanych czasopismach polskich i międzynarodowych
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych dla studentów (w tym zagranicznych)
- nawiązanie współpracy z ośrodkami naukowymi w kraju i w Czechach

- w październiku 2022 roku uzyskanie z wyróżnieniem tytułu doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu na podstawie dysertacji doktorskiej pt.: „Wpływ objawów brzusznych na przebieg kliniczny zakażenia wirusem SARS-CoV-2”
- w listopadzie 2023 roku uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie gastroenterologii z wynikiem ponad dobrym
- w maju 2024 roku rozpoczęcie specjalizacji z chorób wewnętrznych
- w lipcu 2024 roku uzyskanie stanowiska adiunkta.

Od początku mojej pracy w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych w PIM MSWiA głównym obiektem moich zainteresowań naukowo – badawczych były problemy etiopatogenezy, diagnostyki, leczenia i powikłań NChZJ. Jednakże, należy dodać, że w związku z pandemią COVID-19 szpital, w którym pracuję został przekształcony w jednoimienny. Owocem tego były prace naukowe poświęcone analizie przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 we współpracy z Kliniką Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku oraz powikłań pod postacią zaburzeń osi jelitowo – mózgowej, prowadzone wspólnie z powyższą Kliniką oraz z Kliniką Gastroenterologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Efektem tej współpracy było uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w oparciu o dysertację „Wpływ objawów brzusznych na przebieg kliniczny zakażenia wirusem SARS-CoV-2” w dniu 19 października 2022 roku. W skład pracy doktorskiej wchodziły dwa prace oryginalne i jedna przeglądowa.

W ostatnich latach moje naukowe zainteresowania skupiały się głównie wokół etiopatogenezy, leczenia i następstw klinicznych manifestacji pozajelitowej NChZJ, czego efektem jest prezentowane osiągnięcie naukowe. W jego skład wchodzi prace zrealizowane na reprezentatywnych grupach pacjentów, oceniające m. in.: częstość występowania, czynniki ryzyka i kliniczne następstwa obecności osteoporozy, zmian skórnych (w tym polekowych), objawów ocznych oraz nowotworów skóry u pacjentów z NChZJ. Ponadto moja praca naukowo – badawcza zaowocowała współpracą międzynarodową z jednym z prestiżowych ośrodków zajmujących się leczeniem NChZJ w Czechach, którą realizuję z prof. Milanem Lukasem i dr Martinem Lukasem.

W ramach pracy w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych PIM MSWiA jestem członkiem zespołu, zajmującego się kwalifikacją i prowadzeniem terapii w ramach programów lekowych dla pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz z chorobą Leśniowskiego – Crohna. Pełnię rolę lekarza nadzorującego proces kwalifikacji do leczenia biologicznego pacjentów z NChZJ. Mając na uwadze ilość leczonych pacjentów, jesteśmy wiodącym w Polsce ośrodkiem realizującym kompleksową diagnostykę i leczenie NChZJ uwzględniając ultrasonograficzną ocenę narządów jamy brzusznych (w tym USG jelit zgodnie z rekomendacjami International Bowel Ultrasound Group: IBUS), USG transrektalne, gastroduodenoskopię, kolonoskopię, enteroskopię dwubalonową jelita cienkiego, badania kapsułką endoskopową, endosonografię, cholangiopankreatografię dróg żółciowych i trzustkowych z opcją konfokalnej laserowej endomikroskopii, pH – metrie i manometrię.

Aktywna i różnorodna działalność kliniczna oraz naukowo – badawcza zaowocowała referatami zjazdowymi, publikacją przypadku klinicznego, pracami przeglądowymi oraz artykułami oryginalnymi w recenzowanych czasopismach krajowych i zagranicznych. Ponadto realizowałem szereg aktywności promujących naukę i popularyzujących wiedzę w zakresie diagnostyki i leczenia chorób przewodu pokarmowego. W związku z tym wielokrotnie byłem zapraszany w charakterze wykładowcy na rozpoznawalne konferencje i kongresy (m. in. Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, Postępy w Gastroenterologii, Zakopiańskie Dni Jelitowe, Spotkania Polskiego Klubu Trzustkowego, Konferencje Ekspertów, Gastroaktualności, Spotkania Mazowieckiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego oraz dla organizacji wspierających pacjentów takich jak: J – Elita czy Amicus). Miałem również zaszczyt pełnić funkcję recenzenta prac oryginalnych i poglądowych, zgłaszanych do renomowanych krajowych i międzynarodowych czasopism medycznych (m. in. Gastroenterology Review, Journal of Personalized Medicine, Journal of Clinical Medicine oraz Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej).

W zakresie dydaktycznym posiadam doświadczenie w prowadzeniu zajęć z propedeutyki chorób wewnętrznych dla studentów anglojęzycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz z chorób wewnętrznych i gastroenterologii dla

studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurski oraz Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego. Ponadto obecnie pełnię rolę promotora pomocniczego w dwóch dysertacjach doktorskich: „Mikrootoczkowy maślan sodu jako terapia dodana w leczeniu pacjentów z łagodną do umiarkowanej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego” lek. Katarzyny Karłowicz. Od lipca 2024 r. do chwili obecnej pełnię rolę adiunkta w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych PIM MSWiA.

2. Udział w grantach naukowych.

Pełnię funkcję współbadacza w europejskim projekcie badawczym INTERCEPT-CD, którego celem jest identyfikacja predyspozycji genetycznych oraz serologicznych do rozwoju choroby Leśniowskiego-Crohna u krewnych pierwszego stopnia pacjentów z rozpoznaną postacią tej choroby. Analiza opiera się na szczegółowym wywiadzie rodzinnym oraz ocenie biomarkerów genetycznych i serologicznych. Projekt realizowany jest w międzynarodowej współpracy z czołowymi badaczami z 21 krajów, w tym z prof. Geertem D'Haensem (Holandia), prof. Joaną Torres (Portugalia), prof. Iago Rodriguez-Lago (Hiszpania), prof. Mathurinem Fumerym (Francja), prof. Franco Scaldaferri (Włochy) oraz prof. Jonasem Halfvarsonem (Szwecja). Badanie jest finansowane w ramach grantu Unii Europejskiej (identyfikator European Commission: 101194780). Oficjalne rozpoczęcie projektu nastąpiło 1 stycznia 2025 roku, a jego całkowity budżet wynosi 38,05 miliona euro.

Kolejnym projektem, w którym biorę udział jako badacz, jest badanie porównawcze ustekinumabu, infliksymabu oraz terapii skojarzonej obydwu tych leków we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego [COMBO-UC], finansowane przez Agencję Badań Medycznych (identyfikator grantu: 2022/ABM/03/00013). Protokół badania został zatwierdzony przez Europejską Agencję Leków pod numerem EU CT 2023-506452-25-00 (identyfikator ClinicalTrials.gov: NCT06453317). Całkowita wartość projektu wynosi 19 868 246,28 zł, a data jego rozpoczęcia to 1 lipca 2023 r.

Uczestniczę również jako badacz w badaniu naukowym oceniającym skuteczność i bezpieczeństwo podwójnej terapii biologicznej oraz/lub małymi cząsteczkami u pacjentów z opornym na indukację wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

[RESPECT], finansowanym przez Agencję Badań Medycznych (identyfikator grantu: 2022/ABM/03/00005). Wartość projektu wynosi 30 407 694,72 zł, a data jego rozpoczęcia to 1 lipca 2023 r. Badanie to porównuje skuteczność i bezpieczeństwo monoterapii infliksymabem lub tofacytynibem względem leczenia skojarzonego wedolizumabem i infliksymabem lub wedolizumabem i tofacytynibem u pacjentów z WZJG.

Dodatkowo, jestem badaczem w projekcie oceniającym skuteczność i bezpieczeństwo podwójnej terapii biologicznej u pacjentów z LC [FLAMING]. Badanie to jest finansowane przez Agencję Badań Medycznych (identyfikator grantu: 2022/ABM/03/00004), a jego wartość wynosi 35 185 233,88 zł, data jego rozpoczęcia to 1 lipca 2024 r. Badanie porównuje skuteczność i bezpieczeństwo monoterapii infliksymabem lub ustekinumabem względem leczenia skojarzonego wedolizumabem i infliksymabem lub wedolizumabem i ustekinumabem u pacjentów z LC, którzy wcześniej nie uzyskali odpowiedzi na leczenie wedolizumabem.

Jednocześnie biorę udział jako badacz w badaniu oceniającym skuteczności diety CDED (Crohns Disease Exclusion Diet) w indukcji oraz podtrzymaniu remisji u dzieci i dorosłych z zaostrzeniem choroby Crohna - wieloośrodkowe badanie z randomizacją. Które jest finansowane przez Agencję Badań Medycznych (identyfikator grantu: 2022/ABM/03/00029), a jego wartość wynosi 4 607 477,10 zł, data jego rozpoczęcia to 1 czerwca 2023 r.

3. Kursy i szkolenia.

1. „Diagnostyka USG narządów jamy brzusznej” w Roztoczańskiej Szkole Ultrasonografii w 2016 roku
2. „Advanced Cardiovascular Life Support Course” WIM w 2017 roku
3. „16th IBD Intensive Advanced Course” egzamin z pozytywnym wynikiem w 2018 roku
4. „Gastroenterology Expert Masterclass” kurs leczenia małymi cząsteczkami w Berlinie w 2018 roku
5. „H-ECCO IBD Masterclass Histopathology in IBD” kursu interpretacji wyników histopatologicznych w NChZJ w marcu 2019 roku

6. „Medical Tutorial - Gastroenterology Clinical Experience Exchange Programme” w Leuven zorganizowanym przez prof. Severine Vermeire w 2022 roku
7. „IBD Xcelerator” zorganizowanym przez prof. Severine Vermeire i prof. Geert D’Haens w 2025 r., w którego celem jest poprawa edukacji i krzewienie współpracy międzynarodowej, pośród wybranych kandydatów z całego świata.

4. Inne aspekty rozwoju naukowego.

Dodatkowo w ostatnim czasie prowadzę leczenie pacjentów na terapii biologicznej z pierwotnym niedoborem odporności tj. przewlekłą chorobą ziarniniakową (CGD) sprzężoną z chromosomem X, co związane jest ze współpracą z dr n. med. Edytą Heropolitańską – Pliszką z Kliniki Immunologii z Instytutu Zdrowia Dziecka. Patomechanizm CGD związany jest z obecnością mutacji genów odpowiedzialnych za kodowanie oksydazy dinukleotydu nikotynoamidoadeninowego w formie zredukowanej 2'-fosforan (NADPH), co powoduje zaburzenia zdolności fagocytów do przetwarzania tlenu w formy reaktywne. Następstwem tego jest zwiększona podatności na ciężkie i nawracające zakażenia bakteryjne i grzybicze wraz z towarzyszącym rozwojem ziarniniaków. Spektrum kliniczne choroby obejmuje nie tylko infekcje (płuc, węzłów chłonnych, kości, wątroby i skóry), ale również szereg objawów z przewodu pokarmowego, którego najcięższym powikłaniem jest autoimmunologiczne zapalenie jelita grubego (Crohn’s like colitis).

Ponadto inne projekty w trakcie realizacji:

- Wieloośrodkowe, prospektywne badanie oceniające skuteczność endoskopowego rozszerzania zwojeń u pacjentów z chorobą zapalną jelit – realizowane w Polsce i zagranicą
- Wieloośrodkowe, prospektywne, obserwacyjne badanie porównujące częstość występowania zaburzeń czynności nerek u dorosłych pacjentów z chorobą zapalną jelit i w populacji ogólnej: The NEPHRO-IBD Study – realizowane w Polsce i zagranicą

- Wieloośrodkowe obserwacyjne badanie oceniające skuteczność różnych dawek mesalazyny w codziennej praktyce u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego – realizowane w Polsce
- Wieloośrodkowe, retrospektywne, badanie przekrojowe oceniające częstość występowania powikłań wątrobowych i dróg żółciowych w populacji dorosłych chorych na nieswoiste choroby zapalne jelit – realizowane w Polsce
- Ocena przydatności sztucznej inteligencji w badaniu dna oka i poszukiwaniu manifestacji ocznych w nieswoistych chorobach zapalnych jelit – realizowane w Polsce
- Ocena częstości retinopatii Purtschera w ostrym zapaleniu trzustki – badanie jednośrodkowe

IX. Podsumowanie dorobku naukowego na podstawie analizy bibliometrycznej.

A. Publikacje naukowe przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych

Lp.	Rodzaj publikacji	Liczba	IF	Punktacja MEiN/MNiSW
1.	Artykuły w czasopismach posiadających IF	8	26.388	780
2.	Komentarze w czasopismach posiadających IF	1	5.900	-
3.	Artykuły w czasopismach nieposiadających IF	15	-	180
Razem		24	32.288	960

Publikacje uzupełniające przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych

Lp.	Rodzaj publikacji	Liczba	IF czasopisma	Punktacja MEiN/MNiSW
4.	Doniesienia zjazdowe w czasopismach posiadających IF	1	8.000	-

B. Publikacje naukowe po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych

Lp.	Rodzaj publikacji	Liczba	IF	Punktacja MEiN/MNiSW
1.	Artykuły w czasopismach posiadających IF	14	49.400	1640
2.	Artykuły w czasopismach nieposiadających IF	3	-	15
Razem		17	49.400	1655

Publikacje uzupełniające po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych

Lp.	Rodzaj publikacji	Liczba	IF czasopisma	Punktacja MEiN/MNiSW
3.	Doniesienia zjazdowe w czasopismach posiadających IF	6	8.3	-
4.	Doniesienia zjazdowe w czasopismach nieposiadających IF	2	-	-

Dane bibliometryczne na dzień: 31 marca 2025 roku.

1. Baza Scopus

Liczba cytowań ogółem: 188

Liczba cytowań bez autocytowań: 176

Indeks Hirscha: 8

2. Baza Web of Science

Liczba cytowań ogółem: 162

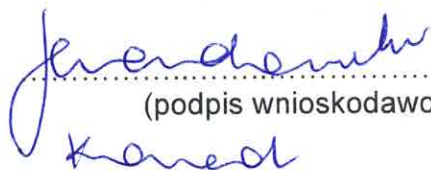
Liczba cytowań bez autocytowań: 149

Indeks Hirscha: 7

Ocena dorobku przed i po uzyskaniu tytułu doktora:

Impact Factor = 81.688

MNiSW = 2615 pkt.


(podpis wnioskodawcy)

Wykaz osiągnięć naukowych albo artystycznych, stanowiących znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny

Informacje zawarte w poszczególnych punktach tego dokumentu powinny uwzględniać podział na okres przed uzyskaniem stopnia doktora oraz po jego uzyskaniu.

I. WYKAZ OSIĄGNIĘĆ NAUKOWYCH ALBO ARTYSTYCZNYCH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 219 UST. 1. PKT 2 USTAWY

1. Monografie naukowe, zgodnie z art. 219 ust. 1. pkt 2a ustawy.
Nie posiadam.
2. Cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych, zgodnie z art. 219 ust. 1. pkt 2b ustawy.

1. Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Szwarc P, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Walicka M, Franek E, Rydzewska G. Risk Factors for Osteoporosis among Patients with Inflammatory Bowel Disease-Do We Already Know Everything? *Nutrients*. 2023; 15(5): 1151. Praca oryginalna, IF: 4.8, MNiSW: 140 pkt.

2. Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Głuszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor α therapy in patients with inflammatory bowel disease (IBD): findings from a tertiary IBD center in Poland. *Pol Arch Intern Med*. 2024; 134(7-8):16789. Praca oryginalna, IF: 3.8, MNiSW: 200 pkt.

3. Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Głuszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Should the Dermatological Assessment of Patients with Inflammatory Bowel Disease Become Standard during Qualifications for Biological Treatment? A Retrospective, Single-Center Experience from a Tertiary Center. *J Clin Med*. 2024; 13(17): 5213. Praca oryginalna, IF: 3.0, MNiSW: 140 pkt.

4. Lewandowski K, Kaniewska M, Karłowicz K, et al. Ophthalmological manifestations in inflammatory bowel disease under the watchful eye of a gastroenterologist from a tertiary centre. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*. 2024; 19(4): 397-407. Praca oryginalna, IF: 1.7, MNiSW: 40 pkt.

5. Lewandowski K, Lukas M, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Karłowicz K, Bednarczuk K, Kolar M, Jirsa J, Lukas M, Rydzewska G. Risk factors for difficult endoscopic bowel dilatation of predominantly shorter and non – inflammatory strictures among patients with inflammatory bowel disease: Findings from a IBD tertiary centers in Poland and Czech Republic. Gastrointestinal Endoscopy. 2025: S0016-5107(25)00138-5. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2025.02.036>. Praca oryginalna, IF: 6.7, MNiSW: 140 pkt.

Osiągnięcie naukowe obejmuje pięć powiązanych tematycznie publikacji naukowych opublikowanych po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Sumaryczny współczynnik oddziaływania Impact Factor (IF) osiągnięcia naukowego: 20.0 IF. Sumaryczna punktacja Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW) osiągnięcia naukowego: 660 pkt.

3. Zrealizowane oryginalne osiągnięcia projektowe, konstrukcyjne, technologiczne lub artystyczne, zgodnie z art. 219 ust. 1. pkt 2c ustawy.

Nie posiadam.

4. Inne, niż wymienione w pkt. I.1-3, osiągnięcia naukowe lub artystyczne.

Nie posiadam.

II. WYKAZ AKTYWNOŚCI NAUKOWEJ ALBO ARTYSTYCZNEJ

1. Wykaz członkostwa w redakcjach naukowych monografii.

Nie jestem członkiem w redakcjach naukowych monografii.

2. Wykaz wystąpień na krajowych lub międzynarodowych konferencjach naukowych lub artystycznych, z wyszczególnieniem przedstawionych wykładów na zaproszenie i wykładów plenarnych.

Jako lekarz specjalizujący się w chorobach przewodu pokarmowego ze szczególnym uwzględnieniem w NChZJ oraz zaburzeniach osi jelitowo – mózgowej poprowadziłem na zaproszenie 32 wykładów na różnych konferencjach i kongresach: Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, Spotkania Mazowieckiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, Zakopiańskie Dni Jelitowej, Postępy w Gastroenterologii, Polski Klub Trzustkowy, Eksperti Ekspertom, Kongres Akademii po

Dyplomie, Akademia Młodych Gastroenterologów, Gastroaktualności, Akademia Medycyny Praktycznej oraz towarzystw wspierających pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi skóry „Amicus” i NChZJ „J – elita”. Dodatkowo na zaproszenie prof. dr hab. n. med. Wojciecha Marlicza pełnię rolę wykładowcy na Kursie Psychogastroenterologii, który realizowany jest pod patronatem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego.

Rok	Nazwa konferencji	Tytuł wystąpienia
2018	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Zastosowanie maślanu w chorobach jelit - badania i oczekiwania"
2018	Postępy w Gastroenterologii	„Tofacytynib - nowe możliwości terapii wrzodziejącego zapalenia jelita grubego"
2019	Polski Klub Trzustkowy	„Rytuksymab w leczeniu autoimmunologicznego zapalenia trzustki"
2020	Postępy w Gastroenterologii	„Objawy brzuszne u pacjentów z infekcją SARS - CoV-2 - przegląd literatury oraz badania własne"
2021	XIX Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego	„Zwiększona częstość infekcji <i>Clostridioides difficile</i> u chorych na COVID-19 - niedoceniony problem"
2021	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Zastosowanie rzeczywistości wirtualnej w leczeniu chorych z IBD – badania własne"
2021	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Probiotyterapia w SIBO i IBS – co nowego na rynku"
2021	Postępy w Gastroenterologii	„Kwas masłowy po raz kolejny – czyli doniesienia na temat stabilności mikrobioty jelitowej"
2022	Spotkanie Mazowieckiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego	„Zastosowanie maślanu sodu w chorobach przewodu pokarmowego"
2022	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Nowe aspekty leczenia zespołu jelita nadwrażliwego"
2022	Eksperti Ekspertom	„Różne aspekty infekcji <i>Clostridioides difficile</i> "
2022	Eksperti Ekspertom	„Ustekinumab w badaniach RWE w chorobie Leśniowskiego – Crohna – ciąg dalszy"
2023	Spotkanie dla pacjentów organizacji J - elita	„Małe cząsteczki – rewolucja w IBD?"
2023	Gastroaktualności	„Czy czeka nas pandemia POST COVID IBS – od czego zacząć terapię - strategia szybkiego reagowania"
2024	Eksperti Ekspertom	„Wyniki RWE leczenia upadacytynibem WZJG w Polsce"
2024	Eksperti Ekspertom	„Nowości z AIBD"
2024	Spotkanie dla pacjentów z łuszczycą organizowany przez AMICUS	„Wielochorobowość w IBD"

2024	Interna 2024 - XVIII Kongres Akademii po Dyplomie	„Współczesne podejście do leczenia zaparć – Jak poprawić jakość życia pacjenta”
2024	Akademia Młodego Gastroenterologa	„Upadacynyb w indukcji remisji średnio ciężkiego i ciężkiego zapalenia jelita grubego - wielośrodkowe badanie w populacji polskiej”
2024	Akademia Młodego Gastroenterologa	„Innowacyjny probiotyk w chorobach przewodu pokarmowego”
2024	Takeda Gastro – Surgery Forum	„Manifestacje pozajelitowe NChZJ”
2024	Interdyscyplinarne wtorek z Akademią Medycyny Praktycznej	„Drotaweryna w zespole jelita nadwrażliwego”
2024	Geriatrya 2024 - XIV Kongres Akademii po Dyplomie	„Zaparcia w podeszłym wieku”
2024	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Manifestacje pozajelitowe w NChZJ”
2024	Zakopiańskie Dni Jelitowe	„Nowe aspekty leczenia zespołu jelita nadwrażliwego”
2024	Postępy w Gastroenterologii	„Przypadki kliniczne leczenia filgotynibem – skuteczność i bezpieczeństwo”
2024	Wielu pacjentów - jeden cel, optymalizacja terapii immunologicznych - doświadczenia własne ekspertów	"Doświadczenia własne w gastroenterologii"
2025	Eksperti Ekspertom	"Ustekinumab w leczeniu WZJG - doświadczenia własne" i "Nowości z AIBD 2024"
2025	Amicus	„Leczenie biologiczne w specyficznych sytuacjach klinicznych w IBD: ciąża, choroby współistniejące - jak podejmować świadome decyzje?” i „Najczęstsze pytania pacjentów o leczenie biologiczne w IBD”

3. Wykaz udziału w komitetach organizacyjnych i naukowych konferencji krajowych lub międzynarodowych, z podaniem pełnionej funkcji.

Jestem członkiem komitetu organizacyjnego na krajowej konferencji XXI Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, funkcja organizacyjna. Nie brałem udziałem w komitetach naukowych na konferencjach krajowych i międzynarodowych, jak również w komitetach organizacyjnych na konferencjach międzynarodowych.

4. Wykaz uczestnictwa w pracach zespołów badawczych realizujących projekty finansowane w drodze konkursów krajowych lub zagranicznych, z podziałem

na projekty zrealizowane i będące w toku realizacji, oraz z uwzględnieniem informacji o pełnionej funkcji w ramach prac zespołów.

Pełnię funkcję współbadacza w europejskim projekcie badawczym INTERCEPT-CD, którego celem jest identyfikacja predyspozycji genetycznych oraz serologicznych do rozwoju choroby Leśniowskiego-Crohna u krewnych pierwszego stopnia pacjentów z rozpoznaną postacią tej choroby. Analiza opiera się na szczegółowym wywiadzie rodzinnym oraz ocenie biomarkerów genetycznych i serologicznych. Projekt realizowany jest w międzynarodowej współpracy z czołowymi badaczami z 21 krajów, w tym z prof. Geertem D'Haensem (Holandia), prof. Joaną Torres (Portugalia), prof. Iago Rodriguez-Lago (Hiszpania), prof. Mathurinem Fumerym (Francja), prof. Franco Scaldaferri (Włochy) oraz prof. Jonasem Halfvarsonem (Szwecja). Badanie jest finansowane w ramach grantu Unii Europejskiej (identyfikator European Commission: 101194780). Oficjalne rozpoczęcie projektu nastąpiło 1 stycznia 2025 roku, a jego całkowity budżet wynosi 38,05 miliona euro.

Kolejnym projektem, w którym biorę udział jako badacz, jest badanie porównawcze ustekinumabu, infliksymabu oraz terapii skojarzonej obydwu tych leków we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego [COMBO-UC], finansowane przez Agencję Badań Medycznych (identyfikator grantu: 2022/ABM/03/00013). Protokół badania został zatwierdzony przez Europejską Agencję Leków pod numerem EU CT 2023-506452-25-00 (identyfikator ClinicalTrials.gov: NCT06453317). Całkowita wartość projektu wynosi 19 868 246,28 zł, a data jego rozpoczęcia to 1 lipca 2023 r.

Uczestniczę również jako badacz w badaniu naukowym oceniającym skuteczność i bezpieczeństwo podwójnej terapii biologicznej oraz/lub małymi cząsteczkami u pacjentów z opornym na indukcję wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego [RESPECT], finansowanym przez Agencję Badań Medycznych (identyfikator grantu: 2022/ABM/03/00005). Wartość projektu wynosi 30 407 694,72 zł, a data jego rozpoczęcia to 1 lipca 2023 r. Badanie to porównuje skuteczność i bezpieczeństwo monoterapii infliksymabem lub tofacytynibem względem leczenia skojarzonego wedolizumabem i infliksymabem lub wedolizumabem i tofacytynibem u pacjentów z WZJG.

Dodatkowo, jestem badaczem w projekcie oceniającym skuteczność i bezpieczeństwo podwójnej terapii biologicznej u pacjentów z LC [FLAMING]. Badanie to jest finansowane

przez Agencję Badań Medycznych (identyfikator grantu: 2022/ABM/03/00004), a jego wartość wynosi 35 185 233,88 zł, data jego rozpoczęcia to 1 lipca 2024 r. Badanie porównuje skuteczność i bezpieczeństwo monoterapii infliksymabem lub ustekinumabem względem leczenia skojarzonego wedolizumabem i infliksymabem lub wedolizumabem i ustekinumabem u pacjentów z LC, którzy wcześniej nie uzyskali odpowiedzi na leczenie wedolizumabem.

Jednocześnie biorę udział jako badacz w badaniu oceniającym skuteczności diety CDED (Crohns Disease Exclusion Diet) w indukcji oraz podtrzymaniu remisji u dzieci i dorosłych z zaostreniem choroby Crohna - wieloośrodkowe badanie z randomizacją. Które jest finansowane przez Agencję Badań Medycznych (identyfikator grantu: 2022/ABM/03/00029), a jego wartość wynosi 4 607 477,10 zł, data jego rozpoczęcia to 1 czerwca 2023 r.

5. Wykaz członkostwa w międzynarodowych lub krajowych organizacjach i towarzystwach naukowych wraz z informacją o pełnionych funkcjach.

Jestem aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego (PTG-E), Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego (PTHepat), European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) oraz European Association for the Study of the Liver (EASL).

6. Wykaz staży w instytucjach naukowych lub artystycznych, w tym zagranicznych, z podaniem miejsca, terminu, czasu trwania stażu i jego charakteru.

Nie realizowałem staży zagranicznych.

7. Wykaz członkostwa w komitetach redakcyjnych i radach naukowych czasopism wraz z informacją o pełnionych funkcjach (np. redaktora naczelnego, przewodniczącego rady naukowej, itp.).

Nie pełnię takiej funkcji.

8. Wykaz recenzowanych prac naukowych lub artystycznych, w szczególności publikowanych w czasopismach międzynarodowych.

W tabeli przedstawiono wykaz recenzowanych prac naukowych z uwzględnieniem czasopism międzynarodowych.

Lp.	Publikacja	IF	MEIN
1.	Kaniewska M, Lewandowski K, Rosołowski M, Rydzewska G. Skuteczność i bezpieczeństwo leków biologicznych biopodobnych w porównaniu z lekami referencyjnymi w terapii dorosłych pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Terapia. 2018;26(10):71-74.	-	5
2.	Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Optymalizacji leczenia immunosupresyjnego azatiopryną w nieswoistych chorobach zapalnych jelit. Terapia. 2018;26(10):32-36.	-	5
3.	Lewandowski K, Szwarz P, Kaniewska M, Kucha P, Rydzewska G. Rola kwasu masłowego w chorobach przewodu pokarmowego. Terapia. 2020;28(8):52-57.	-	5
4.	Ciechanowicz P, Lewandowski K, Szymańska E, Kaniewska M, Rydzewska GM, Walecka I. Skin and gastrointestinal symptoms in COVID-19. Prz Gastroenterol. 2020;15(4):301-308.	-	40
5.	Szwarc P, Łodyga M, Lewandowski K, Rydzewska G. Rola probiotyków w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Terapia. 2020;28(8):52-57.	-	5
6.	Lewandowski K, Szczubelek M, Kaniewska M, Kołos M, Kotarski P, Sklinda K, Nasierowska-Guttmejer A, Rydzewska G. Low-grade appendiceal mucinous neoplasm (LAMN)-case report. Gastroenterology Medicine%Research. 2020;5(2):407-412.	-	5
7.	Kaniewska M, Lewandowski K, Rydzewska G. Seksualność wśród populacji pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Gastroenterologia Praktyczna. 2021;131(2):121-127.	-	5
8.	Lewandowski K, Rosołowski M, Kaniewska M, Kucha P, Meler A, Wierzba W, Rydzewska G. Clostridioides difficile infection in coronavirus disease 2019 (COVID-19): an underestimated problem? Pol Arch Intern Med. 2021 Feb 26;131(2):121-127.	5,218	140
9.	Kaniewska M, Lewandowski K, Rydzewska G. Rola mesalazyny w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Medycyna Faktów. 2021;3(52):260-266.	-	5
10.	Kaniewska M, Lewandowski K, Rydzewska G. Seksualność wśród populacji pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Gastroenterologia Praktyczna. 2021; 131(2): 121-127.	-	5
11.	Lewandowski K, Kaniewska M, Świątek A, Rydzewska G. Symetykon - możliwe zastosowania w praktyce klinicznej i samoleczeniu. Lekarz POZ. 2021;3(7):223-232.	-	5
12.	Lewandowski K, Rydzewska G, Ledwoń TK. Preparation for endoscopic examinations in patients with diabetes and hypoglycaemia. Prz Gastroenterol. 2021;16(4):297-305.	-	40

13.	Tulewicz-Marti EM, Lewandowski K, Szczubielek M, Rydzewska G. Management of anaemia in patients with inflammatory bowel disease - results of a questionnaire among Polish healthcare professionals. Prz Gastroenterol. 2021;16(1):89-94.	-	40
14.	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Tworek A, Rydzewska G. Gastrointestinal symptoms in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) - friend or foe? Prz Gastroenterol. 2022;17(3):219-226.	1.300	40
15.	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Kucha P, Rydzewska G. The Use of Virtual Reality to Reduce Stress among Inflammatory Bowel Disease Patients Treated with Vedolizumab. J Clin Med. 2021 Jun 19;10(12):2709.	4.964	140
16.	Szczubielek M, Pomorska K, Korólczyk-Kowalczyk M, Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Effectiveness of Crohn's Disease Exclusion Diet for Induction of Remission in Crohn's Disease Adult Patients. Nutrients. 2021 Nov 17;13(11):4112.	6.706	140
17.	Lewandowski K, Kaniewska M, Karłowicz K, Rosołowski M, Rydzewska G. The effectiveness of microencapsulated sodium butyrate at reducing symptoms in patients with irritable bowel syndrome. Prz Gastroenterol. 2022;17(1):28-34.	1.300	40
18.	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Rydzewska G. Gastrointestinal symptoms in COVID-19. Prz Gastroenterol. 2023;18(1):61-66.	1.700	100
19.	Szczubielek M, Pomorska K, Korólczyk-Kowalczyk M, Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Reply to van Lingen et al. Comment on "Szczubielek et al. Effectiveness of Crohn's Disease Exclusion Diet for Induction of Remission in Crohn's Disease Adult Patients. Nutrients 2021, 13, 4112". Nutrients. 2022 Apr 22;14(9):1734.	5.900	-
19.	Więcek M, Panufnik P, Pomorska K, Lewandowski K, Rydzewska G. Diet as therapeutic intervention in Crohn's disease. Prz Gastroenterol. 2022;17(2):96-102.	1.300	40
20.	Tulewicz-Marti EM, Lewandowski K, Rydzewska G. Bone Metabolism Alteration in Patients with Inflammatory Bowel Disease. J Clin Med. 2022 Jul 16;11(14):4138.	3.900	140
21.	Lewandowski K, Kaniewska M, Nazarewska A, Rydzewska G. Poinfekcyjny zespół jelita nadwrażliwego. Terapia. 2022; 9(416): 12-17.	-	5
22.	Lewandowski K, Tulewicz-Marti E, Szczubielek M, Kaniewska M, Rydzewska G. Mikroskopowe zapalenie jelita grubego - jak rozpoznawać, jak leczyć? Terapia. 2022; 9 (416): 18-23.	-	5
23.	Lewandowski K, Kaniewska M, Szczubielek M, Tulewicz-Marti E, Rydzewska G. Zastosowanie kliniczne probiotyku zawierającego szczep Lactobacillus paracasei CNCM I-1572. Lekarz POZ. 2022;8(5).	-	5
24.	Lewandowski K, Szczubielek M, Tulewicz-Marti E, Kaniewska M, Rydzewska G. Zastosowanie Lactiplantibacillus plantarum 299v w prewencji zakażenia Clostridioides difficile. Lekarz POZ. 2022;8(4):275-282.	-	5
-	Doktorat 19.10.2022		
25.	Więcek M, Panufnik P, Kaniewska M, Lewandowski K, Rydzewska G. Low-FODMAP Diet for the Management of Irritable Bowel Syndrome in Remission of IBD. Nutrients. 2022 Oct 29;14(21):4562.	5.900	140
26.	Panufnik P, Więcek M, Kaniewska M, Lewandowski K, Szwarc P, Rydzewska G. Selected Aspects of Nutrition in the Prevention and Treatment of Inflammatory Bowel Disease. Nutrients. 2022 Nov 23;14(23):4965.	5.900	140
27.	Nazarewska A, Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Marlicz W, Rydzewska G. Irritable bowel syndrome following COVID-19: an underestimated consequence of SARS-CoV-2 infection. Pol Arch Intern Med. 2022 Nov 25;132(11):16323.	4.800	140
28.	Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Szwarc P, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Walicka M, Franek E, Rydzewska G. Risk Factors for Osteoporosis among Patients with Inflammatory Bowel Disease-Do We Already Know Everything? Nutrients. 2023 Feb 24;15(5):1151.	4.800	140
29.	Tulewicz-Marti E, Szwarc P, Więcek M, Lewandowski K, Korcz T, Cicha M, Rydzewska G. Effect of Intravenous Iron Administration on Bone Mineral and Iron Homeostasis in Patients with Inflammatory Bowel Disease-Results of a Prospective Single-Centre Study. J Pers Med. 2023 Feb 28;13(3):458.	3.00	70
30.	Nazarewska A, Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Więcek M, Szwarc P, Rosołowski M, Marlicz W, Rydzewska G. Long-lasting dyspeptic symptoms - another consequence of the COVID-19 pandemic? Prz Gastroenterol. 2023;18(2):175-182.	1.700	100

31.	Tulewicz-Marti E, Stępień-Wrochna B, Maciejewska K, Łodyga M, Karłowicz K, Lewandowski K, Rydzewska G. Awareness and Compliance with the Recommendations of Primary and Secondary Prevention of Cancer in Patients with Inflammatory Bowel Disease. J Pers Med. 2023 May 30;13(6):913.	3.000	70
32	Tworek A, Rydzewski A, Rydzewska G, Głuszek-Osuch M, Lewandowski K. COVID-19 humoral response. Medical Studies/Studia Medyczne. 2023;39(3):296-303.	0.4	140
33	Karłowicz K, Lewandowski K, Tulewicz-Marti E, Maciejewska K, Tworek A, Stępień-Wrochna B, Głuszek-Osuch M, Łodyga M, Rydzewska G. SARS-CoV-2 vaccination in inflammatory bowel disease (IBD) patients - does treatment for IBD negatively affect SARS-CoV-2 antibodies? A single-centre, prospective study. Prz Gastroenterol. 2024;19(2):198-205.	1.700	40
34	Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Głuszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor α therapy in patients with inflammatory bowel disease (IBD): findings from a tertiary IBD center in Poland. Pol Arch Intern Med. 2024 Aug 8;134(7-8):16789. doi: 10.20452/pamw.16789. Epub 2024 Jul 1. PMID: 38949562.	3.8.	200
35	Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Głuszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Should the Dermatological Assessment of Patients with Inflammatory Bowel Disease Become Standard during Qualifications for Biological Treatment? A Retrospective, Single-Center Experience from a Tertiary Center. J Clin Med. 2024 Sep 2;13(17):5213.	3.00	140
36	Lewandowski K, Kaniewska M, Karłowicz K, Więcek M, Tulewicz-Marti E, Celmer P, Frankowska M, Sempłńska-Szewczyk J, Rydzewska G. Ophthalmological manifestations in inflammatory bowel disease under the watchful eye of a gastroenterologist from a tertiary centre. Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny. 2024. https://doi.org/10.5114/pg.2024.144988	1.7.	40
37	Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Poinfekcyjny zespół jelita nadwrażliwego po COVID-19 - post-COVID-IBS – czy mamy do czynienia z kolejną pandemią? Terapia. 2024; 5 (436) : 76 - 87	-	5
38	Lewandowski K, Kaniewska M, Rydzewska G. Specjalistyczny probiotyk Lactaseibacillus paracasei DG – kliniczne zastosowania w chorobach przewodu pokarmowego. Terapia. 2024, 5 (436) : 88 - 91	-	5
39	Kaniewska M, Lewandowski K, Krogulecki M, et al. Efficacy of Upadacitinib Induction Treatment in Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis Including Intestinal Ultrasound Assessment: A Multicenter, Real-World Observational Study. Journal of Clinical Medicine. 2025; 14(5):1695. https://doi.org/10.3390/jcm14051695	3.00	140
40	Konrad Lewandowski, Martin Lukas, Magdalena Kaniewska, et al. Risk factors for difficult endoscopic bowel dilatation of predominantly shorter and non – inflammatory strictures among patients with inflammatory bowel disease: Findings from a IBD tertiary centers in Poland and Czech Republic., Gastrointestinal Endoscopy, 2025. https://doi.org/10.1016/j.gie.2025.02.036 .	6.7.	140
41	Lewandowski K, Mastalerz-Migas A, Małecka-Wojcieszko E, Woron J, Skrzydło-Radomańska B, Rydzewska G. Diagnosis and treatment of abdominal pain – Polish experts' position. Lekarz POZ. 2025;11(1):9-19.	-	5

Ocena dorobku przed i po uzyskaniu tytułu doktora:

Impact Factor = 81.688

MNiSW = 2615 pkt.

9. Wykaz uczestnictwa w programach europejskich lub innych programach międzynarodowych.

Pełnię funkcję współbadacza w europejskim projekcie badawczym INTERCEPT-CD, którego celem jest identyfikacja predyspozycji genetycznych oraz serologicznych do rozwoju choroby Leśniowskiego-Crohna u krewnych pierwszego stopnia pacjentów z rozpoznaną postacią tej choroby. Analiza opiera się na szczegółowym wywiadzie rodzinnym oraz ocenie biomarkerów genetycznych i serologicznych. Projekt realizowany jest w międzynarodowej współpracy z czołowymi badaczami z 21 krajów, w tym z prof. Geertem D'Haensem (Holandia), prof. Joaną Torres (Portugalia), prof. Iago Rodriguez-Lago (Hiszpania), prof. Mathurinem Fumerym (Francja), prof. Franco Scaldaferri (Włochy) oraz prof. Jonasem Halfvarsonem (Szwecja). Badanie jest finansowane w ramach grantu Unii Europejskiej (identyfikator European Commission: 101194780). Oficjalne rozpoczęcie projektu nastąpiło 1 stycznia 2025 roku, a jego całkowity budżet wynosi 38,05 miliona euro.

10. Wykaz udziału w zespołach badawczych, realizujących projekty inne niż określone w pkt. II.4.

W ramach realizacji przedsięwzięć naukowo - badawczych realizowałem współpracę z 25 jednostkami naukowymi na terenie całej Polski oraz z jednym zagranicznym. Poniżej lista najważniejszych ośrodków, z którymi realizowałem badania.

Rok współpracy	Tematyka współpracy	Jednostka, z którą realizowano współpracę	Wynik współpracy
2019-2020	Objawy skórne i brzuszne u pacjentów z COVID-19	Klinika Dermatologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	Ciechanowicz P, Lewandowski K, Szymańska E, Kaniewska M, Rydzewska GM, Walecka I. Skin and gastrointestinal symptoms in COVID-19. Prz Gastroenterol. 2020;15(4):301-308.
2019-2023	Objawy brzuszne oraz zwiększona częstość infekcji Clostridioides difficile u pacjentów z COVID-19	Pracownia Bakteriologii i Wirusologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	Lewandowski K, Rosołowski M, Kaniewska M, Kucha P, Meler A, Wierzbę W, Rydzewska G. Clostridioides difficile infection in coronavirus disease 2019 (COVID-19): an underestimated problem? Pol Arch Intern Med. 2021;131(2):121-127.
		Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Tworek A, Rydzewska G. Gastrointestinal symptoms in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) - friend or foe? Prz Gastroenterol. 2022;17(3):219-226.

		Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Rydzewska G. Gastrointestinal symptoms in COVID-19. Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny. 2023;18(1):61-66.
2019-2022	Występowanie dyspepsji czynnościowej oraz zespołu jelita nadwrażliwego u pacjentów po przebytym COVID-19 (post - COVID - IBS)	Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	Nazarewska A, Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Marlicz W, Rydzewska G. Irritable bowel syndrome following COVID-19: an underestimated consequence of SARS-CoV-2 infection. Pol Arch Intern Med. 2022 Nov 25;132(11):16323.
		Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Nazarewska A, Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Więcek M, Szwarc P, Rosołowski M, Marlicz W, Rydzewska G. Long-lasting dyspeptic symptoms - another consequence of the COVID-19 pandemic? Prz Gastroenterol. 2023;18(2):175-182
		Klinika Gastroenterologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin	
2020-2021	Zastosowanie wirtualnej rzeczywistości w zmniejszaniu poziomu leku u pacjentów z NChZJ	Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Lewandowski K, Kaniewska M, Rosołowski M, Kucha P, Rydzewska G. The Use of Virtual Reality to Reduce Stress among Inflammatory Bowel Disease Patients Treated with Vedolizumab. J Clin Med. 2021;10(12):2709.
		Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	
2018-2024	Zmiany skórne u pacjentów z NChZJ	Klinika Dermatologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Gluszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Dermal lesions associated with anti-tumor necrosis factor α therapy in patients with inflammatory bowel disease (IBD): findings from a tertiary IBD center in Poland. Pol Arch Intern Med. 2024;134(7-8):16789.
			Lewandowski K, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Gluszek-Osuch M, Ciechanowicz P, Walecka I, Rydzewska G. Should the Dermatological Assessment of Patients with Inflammatory Bowel Disease Become Standard during Qualifications for Biological Treatment? A Retrospective, Single-Center Experience from a Tertiary Center. J Clin Med. 2024;13(17):5213.
2019-2023	Częstość występowania metabolicznej choroby kości u pacjentów z NChZJ	Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	Lewandowski K, Kaniewska M, Więcek M, Szwarc P, Panufnik P, Tulewicz-Marti E, Walicka M, Franek E, Rydzewska G. Risk Factors for Osteoporosis among Patients with Inflammatory Bowel Disease- Do We Already Know Everything? Nutrients. 2023;15(5):1151.
		Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego, Polska Akademia Nauk, Warszawa	

2020-2024	Zastosowanie mikrootoczkowanego maślanu sodu w leczeniu pacjentów z NChZJ	Zakład Biochemii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin	in press
		Klinika Gastroenterologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin	
2023-2024	Zwężenia w NChZJ i ich endoskopowe leczenie	Department of Surgery, 3 rd Faculty of Medicine, Charles University and Kralovske Vinohrady University Hospital, Prague, Czech Republic	Lewandowski K, Lukas M, Kaniewska M, Tulewicz-Marti E, Karłowicz K, Bednarczuk A, Kolar M, Jirsa J, Lukas M, Rydzewska G. Risk factors for difficult endoscopic bowel dilatation of predominantly shorter and non - inflammatory strictures among patients with inflammatory bowel disease: Findings from a IBD tertiary centers in Poland and Czech Republic. Gastrointest Endosc. 2025 Mar 3:S0016-5107(25)00138-5. doi: 10.1016/j.gie.2025.02.036.
		IBD Clinical and Research Center, ISCARE a.s., Prague, Czech Republic	
2023-2024	Skuteczność upadacytynibu w leczeniu pacjentów z WZJG	Klinika Gastroenterologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa	in press
		II Klinika Gastroenterologii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa;	
		Oddział Gastroenterologii, Szpital Bielański, Warszaw	
		Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk	
		Szpital Kliniczny MSWiA, Gdańsk	
		Oddział Chorób Wewnętrznych, Międzychód	
		Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku, Białystok	
		Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok	
		Klinika Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Szpital	

		Uniwersytecki im. H. Świącickiego, Poznań	
		Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	
		Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	
		Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska	
		Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Szpital Gromkowskiego, Wrocław	
		Klinika Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz	
		Klinika Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź	
		Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków	
		Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok	
2020 - do chwili obecnej	Terapia pacjentów z przewlekłą chorobą ziarniniakową sprzężoną z chromosomem X i NChZJ	Zakład Immunologii, Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa	w trakcie

11. Wykaz uczestnictwa w zespołach oceniających wnioski o finansowanie badań, wnioski o przyznanie nagród naukowych, wnioski w innych konkursach mających charakter naukowy lub dydaktyczny.

Nie brałem udziału.

III. WSPÓŁPRA Z OTOCZENIEM SPOŁECZNYM I GOSPODARCZYM

1. Wykaz dorobku technologicznego.

Nie posiadam dorobku technologicznego.

2. Współpraca z sektorem gospodarczym.

Nie realizowałem współpracy z sektorem gospodarczym.

3. Wykaz uzyskanych praw własności przemysłowej, w tym uzyskanych patentów krajowych lub międzynarodowych.

Nie uzyskałem praw własności, patentów krajowych lub międzynarodowych.

4. Wykaz wdrożonych technologii.

Nie wdrożyłem technologii.

5. Wykaz wykonanych ekspertyz lub innych opracowań wykonanych na zamówienie instytucji publicznych lub przedsiębiorców.

Nie wykonywałem ekspertyz lub innych opracowań wykonywanych na zamówienie instytucji publicznych lub przedsiębiorców.

6. Wykaz udziału w zespołach eksperckich lub konkursowych.

Nie brałem udziału w zespołach eksperckich lub konkursowych.

7. Wykaz projektów artystycznych realizowanych ze środowiskami pozaartystycznymi.

Nie realizowałem projektów artystycznych realizowanych ze środowiskami pozaartystycznymi.

IV. DANE NAUKOMETRYCZNE

1. Impact Factor (w dziedzinach i dyscyplinach, w których parametr ten jest powszechnie używany jako wskaźnik naukometryczny).

dziedzina medycyna, dyscypliny: nauki medyczne i nauki o zdrowotne

Impact Factor = 81.688

2. Liczba cytowań publikacji wnioskodawcy, z oddzielnym uwzględnieniem autocytowań.

Baza Scopus

Liczba cytowań ogółem: 188

Liczba cytowań bez autocytowań: 176

Baza Web of Science

Liczba cytowań ogółem: 162

Liczba cytowań bez autocytowań: 149

3. Indeks Hirscha.

Baza Scopus

Indeks Hirscha: 8

Baza Web of Science

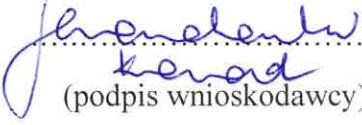
Indeks Hirscha: 7

Informacje zawarte w pkt. IV powinny wskazywać również na bazę danych, na podstawie której zostały podane.

Przy wyborze tej bazy należy zwracać uwagę na specyfikę dziedziny i dyscypliny naukowej, w której kandydat ubiega się o nadanie stopnia doktora habilitowanego.

Rada Doskonałości Naukowej informuje, że podawanie danych naukometrycznych – w opinii Rady Doskonałości Naukowej – jest wskazane i zalecane, wynika to także ze stosowanej powszechnie praktyki przez samych kandydatów ubiegających się o awans naukowy. Należy jednak podkreślić, że podane we wnioskach o wszczęcie postępowania awansowego dane naukometryczne nie mogą stanowić kryterium oceny dorobku naukowego Kandydata dla podmiotów doktoryzujących, habilitujących oraz samej Rady Doskonałości Naukowej, organów prowadzących postępowania w sprawie nadania stopnia lub tytułu. Zadaniem tych organów jest przede wszystkim ocena ekspercka dorobku naukowego Kandydata ubiegającego

się o awans naukowy, zaś decyzja o nadaniu stopnia lub tytułu nie powinna być uzależniona od podania tych danych.


(podpis wnioskodawcy)