



AUTOREFERAT

Dr n.med. Ewa Wojtaszek

Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych

Warszawski Uniwersytet Medyczny

1. IMIĘ I NAZWISKO: Ewa Izabela Wojtaszek

2. POSIADANE DYPLOMY, STOPNIE NAUKOWE LUB ARTYSTYCZNE Z PODANIEM PODMIOTU NADAJĄCEGO STOPIEŃ, ROKU ICH UZYSKANIA ORAZ TYTUŁU ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

- 1994 **tytuł lekarza** Wydział Lekarski, Akademia Medyczna w Lublinie
- 2000 **I-szy stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych**, kierownik specjalizacji: prof. nadzw. dr hab. n. med. Kazimierz Ostrowski
- 2003 **stopień naukowy doktora nauk medycznych**, I Wydział Lekarski, Akademia Medyczna w Warszawie (obecnie Warszawski Uniwersytet Medyczny)
Tytuł rozprawy doktorskiej: „*Wpływ leczenia erytropoetyną na wydajność hemodializy*”
Promotor: dr hab. n. med. Ryszard Gellert, prof. nadzw. AM
Recenzenci: prof. dr hab. n. med. Marek Luciak
prof. dr hab. n. med. Jacek Manitius
- 2008 **specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych**, Centrum Egzaminów Medycznych, Łódź, kierownik specjalizacji: prof. dr hab. n. med. Joanna Matuszkiewicz - Rowińska

3. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH LUB ARTYSTYCZNYCH

- 1996-1998 wolontariat w Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie;
etat lekarza w SP ZOZ Warszawa - Śródmieście
- 1998-2002 studia doktoranckie w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie
- 2003-2005 etat wykładowcy w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- 2005-2009 Asystent w Katedrze i Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- 2009- Adiunkt w Katedrze i Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

4. OMÓWIENIE OSIĄGNIĘĆ, O KTÓRYCH MOWA W ART. 219 UST. 1 PKT. 2 USTAWY

a) tytuł osiągnięcia naukowego:

„Dializa otrzewnowa w zintegrowanym leczeniu nerkozastępczym pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek”

b) publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego

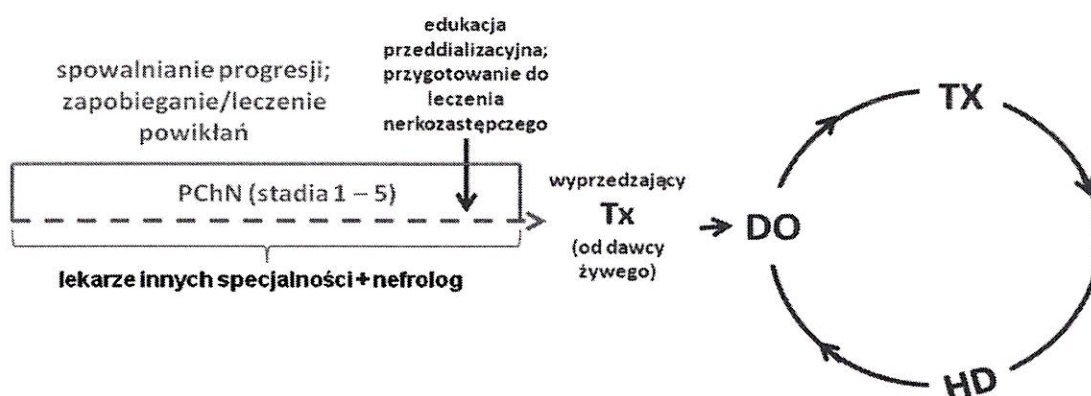
1. **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz - Rowińska J, Żebrowski P, Głogowski T, Małyszko J. *Influence of formalized Predialysis Education Program (fPEP) on the chosen and definitive renal replacement therapy option.*
Advances in Clinical and Experimental Medicine 2022, 1 - 10; doi 10.17219/acem/147106
IF 1.727, MEiN 70 pkt
2. **Wojtaszek E**, Grzejszczak A, Grygiel K, Małyszko J, Matuszkiewicz - Rowińska J.
Urgent-start peritoneal dialysis as a bridge to definitive chronic renal replacement therapy: short- and long-term outcomes.
Frontiers in Physiology 2019; 9: 1 -10; doi: 10.3389/fphys.2018.01830
IF 3.367, MEiN 100 pkt
3. **Wojtaszek E**, Małyszko J, Matuszkiewicz - Rowińska J.
Peritoneal ultrafiltration in end-stage congestive heart failure.
Cardiology Journal (d. Folia Cardiologica) 2014; 21(2): 115 - 120
IF 1.062, MEiN 40
4. **Wojtaszek E**, Grzejszczak A, Niemczyk S, Małyszko J, Matuszkiewicz - Rowińska J.
Peritoneal ultrafiltration in the long-term treatment of chronic heart failure refractory to pharmacological therapy.
Frontiers in Physiology 2019; 10: 1 - 7; doi: 10.3389/fphys.2019.00310
IF 3.367, MEiN 100 pkt

Łącznie z cyklu:

IF 9.523, MEiN 310 pkt

c) omówienie celu naukowego i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania:

Od lat na całym świecie lawinowo rośnie liczba pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN), z których około 6 - 8% rocznie wymaga rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego. Pomimo niewątpliwych postępów w leczeniu zachowawczym i nerkozastępczym, śmiertelność w tej grupie pacjentów jest wciąż około 20 - krotnie wyższa niż w populacji ogólnej. Próba odwrócenia tych niekorzystnych trendów i poprawy rokowania pacjentów należy w ostatnich latach do głównych wyzwań środowiska nefrologicznego. Jedną ze strategii postępowania jest szersze wprowadzenie koncepcji zintegrowanej opieki nefrologicznej, której ostatnim etapem jest zintegrowane leczenie nerkozastępcze.



Ryc 1. Zintegrowana opieka nefrologiczna

Koncepcja zintegrowanego leczenia nerkozastępczego zakłada komplementarność wszystkich 3 metod: przeszczepienia nerki (Tx), hemodializy (HD) i dializy otrzewnowej (DO). Oznacza to, że każdy pacjent ze schyłkową niewydolnością nerek (SNN), jeśli tylko nie ma przeciwwskazań, może i powinien skorzystać z możliwości leczenia wszystkimi metodami. Podstawową zasadą jest zastosowanie optymalnej metody terapii w danym okresie choroby, tak aby wykorzystać maksymalnie jej zalety, unikając, na ile to możliwe, wad czy niedogodności poprzez zmianę sposobu leczenia w odpowiednim czasie (np. zanim wystąpią powikłania).

Nie ulega wątpliwości, że przeszczepienie nerki stanowi optymalną metodę leczenia nerkozastępczego, zapewniającą istotnie lepsze, w porównaniu z dializoterapią przeżycie i jakość życia. Dodatkowo, już w drugim roku po Tx koszty leczenia są o połowę niższe niż koszty dializoterapii. Im krótszy czas dializoterapii, tym lepsze wyniki przeszczepienia i lepsze przeżycie pacjentów, a optymalne wydaje się Tx nerki jeszcze przed jej rozpoczęciem (tzw. wyprzedzające), preferencyjnie od dawcy żywego. Niestety, w Polsce zarówno przeszczepianie w okresie wyprzedzającym dializy, jak i od dawców żywych dotyczy w populacji dorosłej tylko kilku procent

pacjentów. Przyczyny tego są wielorakie, ale niewątpliwie jedną z nich jest niewystarczająca wiedza pacjentów co do istnienia takiej możliwości.

Jedną z kluczowych zasad realizacji koncepcji zintegrowanego leczenia nerkozastępczego jest rozpoczynanie leczenia od DO (PD-first). Pozwala to na w miarę płynne przejście z leczenia zachowawczego do nerkozastępczego. Po pierwsze DO jest dializą domową z szerokimi możliwościami indywidualizacji dawki i przepisu dializy. Zapewnia stopniową adaptację do procesu leczenia, większą autonomię chorego, zadowalającą rehabilitację psycho-społeczną i jakość życia. Z medycznego punktu widzenia najistotniejszą zaletą rozpoczynania dializoterapii od DO jest dłuższe zachowanie czynności resztkowej nerek, udowodnionego czynnika poprawiającego przeżycie chorych z niewydolnością nerek. Dłuższe zachowanie czynności resztkowej nerek pozwala na dłuższe zachowanie ich funkcji endokrynej i metabolicznej oraz usuwanie niektórych toksyn mocznicowych (np średnich cząstek). Przekłada się to na zadowalającą kontrolę stanu odżywienia i nawodnienia, kontrolę ciśnienia tętniczego, gospodarki mineralnej i niedokrwistości bez konieczności stosowania preparatów stymulujących erytropoezę. Ciągły charakter procesu dializy sprawia też, że jest ona dobrze tolerowana nawet przez osoby starsze czy z zaawansowaną niewydolnością serca, bez ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, wynikających z gwałtownych wahań wolemii lub stężeń elektrolitów.

Niewątpliwą zaletą rozpoczynania terapii nerkozastępczej od DO jest opóźnienie konieczności wytworzenia dostępu naczyniowego i oszczędzanie naczyń wykorzystywanych do wytworzenia przetoki tętniczo - żyłnej. Jeśli w czasie leczenia DO chory otrzyma przeszczep nerki, to wytworzenie dostępu naczyniowego może zostać odroczone nawet na wiele lat. W tym kontekście istotna jest możliwość rozpoczęcia leczenia od DO także u pacjentów późno zgłoszonych, wymagających pilnego rozpoczęcia dializoterapii, bez konieczności implantacji cewników do HD obarczonej dużym ryzykiem infekcji (jednej z najczęstszych przyczyn chorobowości i śmiertelności w pierwszych miesiącach dializoterapii) czy nieodwracalnego zwężenia naczyń.

Badania z ostatnich lat oceniające wpływ metody dializoterapii na przeżycie chorych ze SNN wskazują, że obie techniki są porównywalne, a w pierwszych latach dializoterapii leczenie DO może być nawet korzystniejsze przy niższych kosztach terapii.

Pomimo dość powszechnej akceptacji środowiska nefrologicznego dla domowych metod leczenia, liczba pacjentów leczonych DO nie wzrasta, a w niektórych regionach świata ulega wręcz systematycznemu zmniejszeniu. W Polsce aktualnie tylko 5% pacjentów ze SNN jest leczonych dializą otrzewnową. Przyczyny tego są dość zróżnicowane, między innymi sposób opieki nefrologicznej w okresie przeddializacyjnym. Rzeczywistość jest taka, że większość pacjentów, nawet pomimo wieloletniej opieki w poradni nefrologicznej, ma bardzo ograniczoną wiedzę o

swojej chorobie i możliwościach terapeutycznych, a nawet 50% z nich rozpoczyna dializoterapię nieplanowo na HD. Wiąże się to z wysokim ryzykiem przedłużonych hospitalizacji i zgonu nie tylko w pierwszych miesiącach ale też kolejnych latach po rozpoczęciu dializoterapii. Tacy chorzy rzadko zmieniają metodę leczenia z HD na DO i są z opóźnieniem zgłaszani do przeszczepienia nerki. Oznacza to, że zmiana jakości opieki w okresie przeddializacyjnym oraz w momencie przechodzenia z leczenia zachowawczego do nerkozastępczego może wpływać na bardziej zrównoważony udział wszystkich trzech opcji leczenia (Tx, DO i HD) oraz zwiększać szansę na planowe jego rozpoczęcie, co prawdopodobnie przekładałoby się na krótko- i długoterminowe wyniki leczenia i jego koszty.

W cyklu publikacji przedstawiono opracowane i wdrożone strategie mające na celu realizację koncepcji zintegrowanego leczenia nerkozastępczego, w tym w szczególności zwiększenia udziału DO w leczeniu nerkozastępczym. Badania zostały zrealizowane w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM kierowanej przez Panią Profesor Joannę Matuszkiewicz - Rowińską, a obecnie Panią Profesor Jolantę Małyszko.

Ad. 1.

Influence of formalized Predialysis Education Program (fPEP) on the chosen and definitive renal replacement therapy option.

Advances in Clinical and Experimental Medicine 2022, 1 - 10; doi 10.17219/acem/147106

Przyjmując, że jedną z istotnych barier w szerszym zastosowaniu zintegrowanego leczenia nerkozastępczego jest ograniczona wiedza pacjentów odnośnie samej choroby nerek jak i jej leczenia, w 2005 roku wprowadzono w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Program Edukacji Przeddializacyjnej (PEP). Podstawą jego konstruowania było przyjęcie filozofii jak najbardziej świadomego udziału pacjenta na wszystkich etapach leczenia PChN, zwłaszcza przy wyborze opcji leczenia nerkozastępczego, oraz jak największe jego sformalizowanie. Zasadniczym elementem w realizacji PEP jest przekazanie pacjentowi i jego rodzinie zbalansowanej informacji na temat wszystkich opcji leczenia nerkozastępczego będące podstawą do podjęcia świadomej decyzji o wyborze metody leczenia i ustalenia planu dalszego leczenia. Jest to pierwszy w Polsce sformalizowany program edukacji pacjentów w zaawansowanych stadiach PChN, z jednoznacznie określonym celem głównym i celami pośrednimi, sposobami ich realizacji oraz weryfikacji efektywności.

W opublikowanej pracy przedstawiono wpływ sformalizowanego Programu Edukacji Przeddializacyjnej (fPEP) na wybraną przez pacjenta i docelową metodę leczenia nerkozastępczego. Po pierwsze wykazano, że udział w fPEP zasadniczo zmienił wiedzę pacjentów na temat metod

leczenia nerkozastępczego. Po odbyciu szkolenia 89% chorych miało wiedzę na temat HD, 75% - DO, 57% - Tx i 55% o wszystkich metodach vs odpowiednio 57%, 8%, 24% i 7% przed fPEP. Uzyskana w trakcie fPEP wiedza okazała się czynnikiem decydującym o wyborze przez chorego preferowanej przez niego metody leczenia i większość z nich (86%) była w stanie podjąć na tym etapie świadomą decyzję. Spośród nich 32% wybrało DO, 40% HD i 18% Tx. W trakcie trwania badania 94% pacjentów rozpoczęło leczenie dializami - 70% HD i 30% DO. Wpływ na docelową metodę dializoterapii miała wiedza i możliwość podjęcia świadomej decyzji o jej wyborze. Spośród tych pacjentów, którzy wskazali Tx jako preferowaną metodę 2,7% otrzymało wyprzedzający przeszczep nerki, a 47% było zgłoszonych do transplantacji w chwili rozpoczynania dializoterapii.

Najistotniejszym wnioskiem z badania jest wykazanie, że wdrożenie fPEP jako rozszerzenie standardowej opieki nefrologicznej w okresie przeddializacyjnym przynosi korzyść w postaci zwiększenia liczby pacjentów leczonych DO i bardziej zrównoważonego udziału obu metod dializoterapii w leczeniu nerkozastępczym. Przeprowadzona w odpowiednim momencie edukacja może też poprawić dostęp do przeszczepienia nerki i zwiększyć liczbę transplantacji w okresie wyprzedzającym dializy.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na opracowaniu koncepcji i założeń badania, zbieraniu i ujednolicaniu danych, analizie statystycznej i interpretacji wyników, analizie piśmiennictwa, przygotowaniu tabel, rycin i napisaniu całości manuskryptu.

Jestem autorką sformalizowanego Programu Edukacji Przeddializacyjnej - określenia jego celów, ustaleniu działań operacyjnych niezbędnych do jego realizacji, przygotowaniu dokumentacji i organizacji programu. Osobiście brałam udział i nadzorowałam przebieg edukacji większości pacjentów i byłam odpowiedzialna za podsumowanie szkolenia i ustalenie dalszego planu leczenia.

Publikacja powyższej pracy była poprzedzona prezentacją wyników podczas krajowych i międzynarodowych konferencji naukowych.

- Wojtaszek E, Niemczyk S, Matuszkiewicz – Rowińska J: Wpływ edukacji przeddializacyjnej na wybór metody dializoterapii i planowe rozpoczęcie leczenia. XVII Konferencja Naukowo – Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, 5 – 7. 06.2008, Poznań
- Wojtaszek E, Kacprzak M, Lange J, Matuszkiewicz – Rowińska J; The short- and long-term effects of predialysis education on patient outcomes: Polish perspective.
12-th ISPD Congress Istambuł, Turcja
- Wojtaszek E, Matuszkiewicz – Rowińska J, Szamotulska K, Niemczyk S, Dębowska M, Włodarczyk D; Dialysis modality choice in predicting outcome in diabetic patients. 12-th

ISPD Congress Istambuł, Turcja

- Wojtaszek E, Kacprzak M, Lange J, Żebrowski P, Rojek – Trębicka J, Majewska A, Golc A, Kucharska K, Graczyk M, Niemczyk S, Matuszkiewicz – Rowińska J. Bezpośrednie i odległe wyniki sformalizowanego programu edukacji przeddializacyjnej (sfPEP) jako dodatku do standardowej opieki nefrologicznej u chorych z przewlekłą chorobą nerek. XVIII Konferencja Naukowo – Szkoleniowa PTN, 4 – 6. 06.2009, Warszawa (III Nagroda za najlepszą prezentację)
- Wojtaszek E, Kacprzak M, Lange J, Żebrowski P, Rojek – Trębicka J, Majewska A, Golc A, Kucharska K, Graczyk M, Niemczyk S, Matuszkiewicz – Rowińska J. The short- and long-term impact of formalized Predialysis Education Program (fPEP) in addition to standard nephrology care (SNC) on patient outcomes: Polish single center experience. Renal Week 2009, 27.10 – 01.11.2009, San Diego, USA

Wyniki zaproponowanego przez nas sformalizowanego Programu Edukacji Przeddializacyjnej, jako rozszerzenie standardowej opieki nefrologicznej nad pacjentami z PChN były uwzględnione w wydanym Stanowisku Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii Pana Profesora Bolesława Rutkowskiego w 2009 roku.

Rutkowski B, Bidas K, Bogdanowicz G, Ciechanowski K, Czekalski S, Dębska-Ślizień A, Durlik M, Forfa J, Grenda R, Klinger M, Manitius J, Myśliwiec M, Nowicki M, Oko A, Rydzewski A, Sułowicz W, Wańkowicz Z, Więcek A, Załuska w, Zwolińska D, Król E, Białobrzaska B, **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz-Rowińska J, Lange J. *Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii w sprawie edukacji pacjentów nefrologicznych*. Nefrologia Dializoterapia Polska 2009; 13(3): 116 - 118; MEiN 6

Wybrane wyniki były opublikowane po 5-ciu latach funkcjonowania fPEP.

Wojtaszek E, Matuszkiewicz-Rowińska J. *Sformalizowany program edukacji przeddializacyjnej - osiągnięcia ośrodka warszawskiego*. Forum Nefrologiczne 2011; 4(1): 51 - 57; MEiN 4

Wykazano, że rozszerzenie standardowej opieki nefrologicznej o sformalizowaną edukację zwiększa szansę na planowe rozpoczęcie dializoterapii (98% chorych) w porównaniu z leczeniem tylko w poradni nefrologicznej (42% chorych), zwiększa szansę na rozpoczęcie leczenia od DO - 67% vs 26%, a chorzy rozpoczynający przewlekły program dializ byli w lepszym stanie klinicznym. W okresie obserwacji (mediana 20 miesięcy) przeżycie tych pacjentów było istotnie lepsze.

Program edukacji przeddializacyjnej i koncepcja zintegrowanego leczenia nerkozastępczego były prezentowane w serii artykułów poglądowych.

- **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz-Rowińska J. Edukacja predializacyjna. *Wiadomości Lekarskie*. 2014; 67(3): 432 - 433 MEiN 6
- **Wojtaszek E**, Żebrowski P. Koncepcja zintegrowanego leczenia nerkozastępczego. *Wiadomości Lekarskie* 2014; 67(3): 429 - 431 MEiN 6
- Lange J, **Wojtaszek E**. Program edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Forum Nefrologiczne* 2011; 4(1): 47 - 50 MEiN 4
- Matuszkiewicz-Rowińska J, **Wojtaszek E**. Miejsce dializy otrzewnowej we współczesnym leczeniu nerkozastępczym u osób dorosłych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2010; 14(2): 86 - 89 MEiN 6
- **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz-Rowińska J. Program edukacji przeddializacyjnej. *Terapia* 2008; 16(11): 38 - 40 MEiN 6
- **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz-Rowińska J. Zintegrowana opieka nad pacjentem ze schyłkową niewydolnością nerek - rola dializy otrzewnowej. *Terapia* 2008; 16(11): 32 - 37 MEiN 6

Ad.2

Urgent-start peritoneal dialysis as a bridge to definitive chronic renal replacement therapy: short- and long-term outcomes.

Frontiers in Physiology 2019; 9: 1 - 10; doi: 10.3389/fphys.2018.01830

Okolo 50% pacjentów ze SNN rozpoczyna dializoterapię w trybie pilnym, bez docelowego dostępu do dializy (przetoki tętniczo-żylny do HD lub cewnika Tenckhoffa do DO). Powszechna praktyka jest taka, że tacy pacjenci rozpoczynają leczenie od HD przy użyciu cewnika. Jest to źródłem powikłań (zakażenia, zwężenie naczyń), które wpływają na krótko- i długoterminowe wyniki leczenia. Chorzy ci rzadko mają też możliwość wyboru metody dializoterapii i bardzo rzadko zmieniają metodę na DO, co stanowi barierę w zwiększaniu udziału DO w leczeniu nerkozastępczym. W 2004 roku w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM stworzono program "ostrego startu DO" dla pacjentów ze SNN wymagających pilnego rozpoczęcia dializoterapii, którzy nie mają przeciwwskazań do DO i wyrazili świadomą zgodę na leczenie tą metodą. Założono, że korzyści (zmniejszenie ryzyka powikłań związanych z cewnikiem do HD, dłuższe zachowanie czynności resztkowej nerek, zwiększenie liczby pacjentów korzystających z DO) będą przeważać nad potencjalnym ryzykiem powikłań DO wynikających z użycia cewnika

Tenckhoffa przed upływem rekomendowanego czasu jego gojenia po implantacji (2 tyg). Stworzono szczegółowe procedury dotyczące implantacji cewnika Tenckhoffa, prowadzenia i nadzorowania dializy w sytuacji "ostrego startu" oraz rozpoznawania i leczenia powikłań. Realizacja tego programu była możliwa dzięki stworzeniu zespołu odpowiedzialnego za jego prowadzenie - chirurga (Pani dr n med Katarzyna Grygiel z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM, kierowanej przez Pana Profesora Jacka Szmidta, a obecnie Pana Profesora Sławomira Nazarewskiego) oraz pielęgniarek i lekarzy z Kliniki Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM.

W przedstawionej pracy wykazano, że rozpoczynanie leczenia DO w trybie pilnym może być bezpieczną i skuteczną alternatywą do HD dla pacjentów ze SNN nie przygotowanych do rozpoczęcia przewlekłego programu dializ. Średni czas od wszczęcia cewnika do rozpoczęcia DO w grupie "ostrego startu" wyniósł 3.5 ± 2.3 dni, ale 51% chorych rozpoczęło leczenie w ciągu 48 godz po implantacji cewnika. W tej grupie obserwowano wprawdzie więcej wczesnych powikłań mechanicznych dializy (np przecieku dializatu), ale u żadnego chorego nie było konieczności czasowej czy docelowej zmiany metody na HD. Wystąpienie wczesnych powikłań nie miało wpływu na ryzyko wystąpienia późnych powikłań mechanicznych ani na odległe przeżycie techniki i pacjenta.

Częstość powikłań infekcyjnych DO była taka sama w obu grupach chorych zarówno we wczesnym jak i odległym czasie od wszczęcia cewnika.

W ciągu pierwszych 90 dni dializoterapii przeżycie chorych w grupie "ostrego startu" było istotnie gorsze niż w grupie "planowego startu" (86 vs 99%, $p < 0.0001$), ale jedynym istotnym predyktorem wczesnego zgonu okazała się współchorobowość (mierzona wskaźnikiem współchorobowości Charlson).

Przeżycie techniki po 90 dniach, po roku i na zakończenie obserwacji w grupach "ostrego" i "planowego" startu było takie samo. Najczęstszą przyczyną zakończenia leczenia DO w grupie "ostrego" i "planowego" startu było przeszczepienie nerki - 34% chorych (odpowiednio 29% i 34 %), zgon - 23% (odpowiednio 37% i 17%) i przeniesienie na HD - 23% (odpowiednio 17% i 25%).

Najistotniejszym wnioskiem z badania jest wykazanie, że zastosowanie "pierwszej DO" u pacjentów rozpoczynających dializoterapię w trybie pilnym jest bezpieczną procedurą, bez wpływu na przeżycie pacjenta, techniki czy dostęp do przeszczepienia nerki i sprzyja zwiększeniu liczby pacjentów korzystających z tej metody dializoterapii.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na opracowaniu koncepcji i założeń badania (rola wiodąca, współautorka koncepcji), zebraniu wszystkich danych klinicznych, bezpośredniej opiece nad chorymi na każdym etapie badania, zebraniu danych, analizie statystycznej i interpretacji

wyników, analizie piśmiennictwa, przygotowaniu tabel, rycin, napisaniu manuskryptu i korespondencji z redakcją.

Publikacja powyższej pracy była poprzedzona prezentacją wyników podczas krajowych i międzynarodowych konferencji naukowych.

- Wojtaszek E, Grzejszczak A, Niemczyk S, Ostrowski G, Matuszkiewicz – Rowińska J; Urgent peritoneal dialysis start for late referred end-stage renal disease patients – single center experience. Kidney Week 2011, 8 – 13.11.2011; Filadelfia.
- Wojtaszek E, Grzejszczak A, Niemczyk S, Ostrowski G, Matuszkiewicz-Rowińska J: Bezpośrednie i odległe wyniki pilnego rozpoczęcia leczenia dializą otrzewnową u późno zgłoszonych pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. XX Konferencja Naukowo – Szkoleniowa PTN, Ryn 14 – 16.06.2012

Ad.3

Peritoneal ultrafiltration in end-stage congestive heart failure.

Cardiology Journal (d. Folia Cardiologica) 2014; 21(2): 115 - 120

Narastająca liczba pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca staje się obecnie nowym problemem medycznym. Około 5% z nich osiąga fazę schyłkową choroby, z postępującą niewydolnością innych narządów (między innymi nerek w przebiegu zespołu sercowo - nerkowego typu 2) i narastającą opornością na leczenie, co skutkuje częstymi hospitalizacjami i wysoką śmiertelnością (< 50% przeżywa 6 miesięcy). Zwykle, z powodu wieku czy chorób współistniejących nie kwalifikują się oni do transplantacji serca ani innych inwazyjnych procedur. U części tych chorych, z masywnym przewodnieniem i istotną opornością na diuretyki jedynym skutecznym sposobem na usunięcie nadmiaru płynów i poprawę stanu hemodynamicznego może być zastosowanie ultrafiltracji z wykorzystaniem technik dializacyjnych zewnątrzustrojowych lub dializy otrzewnowej.

W tej dołączonej do cyklu pracy poglądowej obejmującej szczegółową analizę piśmiennictwa przedstawiono patofizjologię rozwoju zespołu sercowo - nerkowego w przebiegu niewydolności serca oraz podstawy teoretyczne i efekty zastosowania ultrafiltracji u pacjentów z tym zespołem. Przeanalizowano też dostępne w literaturze dane dotyczące wyników zastosowania technik zewnątrzustrojowych i dializy otrzewnowej u chorych z przewlekłą niewydolnością serca.

Najważniejszym wnioskiem z dokonanego przeglądu było wykazanie, że DO dzięki ciągłemu charakterowi oraz dużej elastyczności w dawce i przepisie dializy może być z powodzeniem wykorzystana do leczenia chorych z zespołem sercowo - nerkowym i różnym

stopniem zaawansowania choroby nerek. O ile u pacjentów z zespołem sercowo - nerkowym i SNN DO jest niezbędna do usuwania wody i cząstek mocznicowych, to u tych ze względnie dobrze zachowaną czynnością nerek (bez wskazań do rozpoczęcia dializoterapii), DO może być wykorzystana niemal wyłącznie do systematycznego odwadniania.

Praca została dołączona do cyklu ponieważ była podstawą do zaplanowania i stanowi spójną całość z pracą oryginalną dotyczącą zastosowania ultrafiltracji otrzewnowej przy pomocy małej dawki DO u pacjentów z niewydolnością serca bez SNN.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na koncepcji pracy, zebraniu piśmiennictwa, analizie danych, przygotowaniu tabel i napisaniu manuskryptu.

Ad.4

Peritoneal ultrafiltration in the long-term treatment of chronic heart failure refractory to pharmacological therapy.

Frontiers in Physiology 2019; 10; 1-7; doi: 10.3389/fphys.2019.00310

W pracy przedstawiono wyniki zastosowania ultrafiltracji otrzewnowej (PUF) z wykorzystaniem małej dawki dializy otrzewnowej (jedna 12-godzinna wymiana z płynem z polimerem glukozy - icodextryną). Do badania włączono chorych z ciężką niewydolnością serca, z opornością na leczenie, przeciwwskazaniami do transplantacji serca i wywiadem co najmniej 3 hospitalizacji z powodu niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

W przeciągu pierwszych 6 miesięcy po rozpoczęciu PUF uzyskano poprawę stanu klinicznego chorych (w tym funkcjonalnej klasy NYHA), poprawę funkcji nerek, zwiększenie diurezy, zwiększenie reaktywności na diuretyki z możliwością zmniejszenia ich dawek a także innych modyfikacji leczenia farmakologicznego (ponownego włączenia lub zwiększenia dawek ACEi/ARB i antagonistów receptora mineralokortykoidowego). Najważniejszym efektem rozpoczęcia PUF była spektakularna, ponad 80% redukcja częstości hospitalizacji z powodu niewydolności serca (zarówno liczby jak i czasu pobytu w szpitalu). Po roku leczenia, u większości pacjentów obserwowano stopniowe pogorszenie czynności nerek, co wiązało się z koniecznością stopniowych modyfikacji przepisu dializy i zwiększenia jej dawki tak aby zapewnić odpowiednią ultrafiltrację i klirens cząstek. Częstość powikłań dializy (infekcyjnych i nieinfekcyjnych) w tej grupie chorych była podobna jak w typowej sytuacji leczenia DO pacjentów ze SNN.

Najważniejszym wnioskiem z pracy jest wykazanie, że dializa otrzewnowa w formie PUF może być racjonalną strategią postępowania jako "terapia ratunkowa" u pacjentów z ciężką

niewydolnością serca przynoszącą korzyść kliniczną w postaci istotnego zmniejszenia częstości hospitalizacji i poprawie jakości życia tych chorych. Jednocześnie wykorzystanie takiego wskazania sprzyja zwiększeniu liczby pacjentów leczonych DO, ponieważ wraz z pogarszaniem się czynności nerek chorzy wymagają zastosowania typowej dawki i przepisu DO.

Mój udział w powstaniu publikacji polegał na opracowaniu koncepcji i założeń badania (rola wiodąca, współautorka koncepcji), zebraniu wszystkich danych klinicznych, bezpośredniej opiece nad chorymi na każdym etapie badania, zebraniu danych, analizie statystycznej i interpretacji wyników, analizie piśmiennictwa, przygotowaniu tabel, rycin i napisaniu manuskryptu.

Publikacja powyższej pracy była poprzedzona prezentacją wyników podczas krajowych i międzynarodowych konferencji naukowych.

- Wojtaszek E. Dializa otrzewnowa w leczeniu niewydolności serca. XVI Konferencja Naukowo – Szkoleniowa „Postępy w leczeniu dializą otrzewnową” 09 – 10.05.2011, Mrągowo
- Wojtaszek E. Ultrafiltracja otrzewnowa (PUF) – doświadczenia ośrodka warszawskiego. X Krakowskie Dni Dializoterapii 06 – 08.09.2012
- Wojtaszek E, Matuszkiewicz-Rowińska J, Grzejszczak A, Niemczyk S. Peritoneal ultrafiltration in the long-term treatment of heart failure refractory to pharmacological therapy. 13-th ISPD Congress Meksyk 23 - 26.07.2010

Potencjalne wykorzystanie wyników prac

Narastająca liczba pacjentów z PChN wymagających leczenia nerkozastępczego staje się globalnym problemem medycznym, społecznym i ekonomicznym. Przeżycie i jakość życia tych chorych pozostają niezmiennie złe, a jednocześnie koszty leczenia są coraz większe. Odwrócenie tych niekorzystnych trendów wymaga zmiany postępowania począwszy od wczesnego wykrywania chorób nerek, terapii na każdym etapie leczenia zachowawczego niewydolności nerek oraz leczenia nerkozastępczego. Na tym ostatnim etapie oznacza to także bardziej racjonalne wykorzystanie wszystkich 3 metod, a przede wszystkim zwiększenia liczby pacjentów poddawanych przeszczepieniu nerki i leczonych DO.

Wspólnym mianownikiem publikacji zaliczonych do cyklu jest opracowanie i zweryfikowanie różnych strategii postępowania zmierzających do szerszego wykorzystania dializy otrzewnowej w leczeniu pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Szczególne znaczenie miałyby tu obligatoryjne i refundowane wdrożenie sformalizowanej edukacji przeddializacyjnej dla pacjentów w 4-tym stadium PChN. Stanowiłoby to podstawę do podjęcia przez nich w pełni

świadomej decyzji o metodzie leczenia nerkozastępczego i odpowiednio wczesnego przygotowania do planowego rozpoczęcia leczenia. Wpłynęłoby to na zmniejszenie liczby nieplanowych startów dializy, z poprawą krótko- i długoterminowych wyników leczenia oraz obniżenia kosztów leczenia. Jednocześnie, weryfikacja na tym etapie możliwości przeszczepienia nerki przede wszystkim od dawcy żywego w okresie wyprzedzającym dializy sprzyjałaby zwiększeniu liczby transplantacji co przekładałoby się na poprawę przeżycia tych chorych a jednocześnie racjonalizację kosztów ponoszonych na leczenie nerkozastępcze. Uzupełnieniem tej zasadniczej strategii jest, adresowana do pacjentów z przewlekłą chorobą nerek rozpoznaną dopiero na etapie wskazań do leczenia dializami, możliwość alternatywnego do HD zastosowania DO w momencie rozpoczynania dializoterapii. Wymagałoby to na tym etapie przekazania choremu informacji nie tylko o HD ale także DO oraz ewentualnie możliwość przekazania chorego do innego ośrodka, jeśli ośrodek nefrologiczny nie prowadzi leczenia DO lub nie dysponuje zapleczem i doświadczeniem w rozpoczynaniu dializoterapii otrzewnowej w trybie pilnym. Kolejnym sposobem na zwiększenie wykorzystania DO jest rozszerzenie wskazań do jej zastosowania np u pacjentów z niewydolnością serca bez SNN. Jest to tym bardziej racjonalne, że wraz z postępowaniem choroby nerek u tych chorych nabywają oni typowych wskazań do dializy. Jednocześnie zastosowanie DO u pacjentów z niewydolnością serca stanowiłoby rodzaj leczenia paliatywnego w warunkach domowych, a co za tym idzie zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca i redukcją związanych z tym kosztów. Pozostają tu do opracowania ściśle kryteria kwalifikacji pacjentów z niewydolnością serca do leczenia DO i przeprowadzenie analizy kosztowo-efektywności.

Przełożenie powyższych strategii na praktykę kliniczną wymaga dalszej edukacji środowiska medycznego odnośnie korzyści ze zintegrowanego leczenia nerkozastępczego, ale przede wszystkim zmian systemowych w organizacji opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek i preferencji refundacyjnej dla dializy otrzewnowej.

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

1. Dializa otrzewnowa

Głównym obszarem mojego zainteresowania są różne zagadnienia związane z dializą otrzewnową.

W związku z moją zasadniczą działalnością badawczą dotyczącą zwiększenia udziału DO w leczeniu nerkozastępczym, od 2019 roku jestem członkiem specjalnie powołanej międzynarodowej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Dializy Otrzewnowej - EuroPD Leadership Initiative zajmującej się opracowaniem i wdrożeniem strategii stymulujących rozwój domowych metod dializy (dializy otrzewnowej i hemodializy domowej).

Efektom dotychczasowej współpracy są 2 publikacje.

1. Hahn Lundstrom U, Abrahams AC, Allen J, Altabas K, Bechade C, Burkhalter F, Clause AL, Corbett, RW, Eden G, Franscois K, de Laforcade L, Lambie M, Martin H, Pajek J, Panuccio V, Ros-Riuz S, Steubl D, Vega A, **Wojtaszek E**, Zaloszyc A, Davies S, Van Biesen W, Gudmundsdottir H. *Barriers and opportunities to increase PD incidence and prevalence: lessons from a european survey*. Peritoneal Dialysis International 2021; 41(6): 542 - 551

IF 1.756; MEiN 70

2. van Eck van der Sluijs A, van Jaarsveld BC, Allen J, Altabas K, Bechade C, Bonenkamp AA, Burkhalter F, Clause AL, Corbett, RW, Dekker FW, Eden G, Franscois K, Gudmundsdottir H, Hahn Lundstrom U, de Laforcade L, Lambie M, Martin H, Pajek J, Panuccio V, Ros-Riuz S, Steubl D, Vega A, **Wojtaszek E**, Davies S, Van Biesen W, Abrahams AC. *Assisted peritoneal dialysis across Europe: practice variation and factors associated with availability*. Peritoneal Dialysis International 2021; 41(6): 533 - 541 **IF 1.756; MEiN 70**

1.1 Powikłania dializy otrzewnowej

1. Lichodziejewska-Niemierko M, Chmielewski M, **Wojtaszek E**, Suchowierska E, Gołembiewska E, Grajewska M, Matuszkiewicz - Rowińska M, Naumnik B, Sulikowska B, Niemczyk S, Kłak R, Mosakowska M, Jagodziński P, Marcykiewicz B, Kalita K, Krawczyk R, Cieszyński K, Adamski M, Bronk M. *Current epidemiology and practice patterns in prevention and treatment of PD-related infections in Poland*. International Urology and Nephrology 2019;

Praca jest związana ze współpracą międzyośrodkową w ramach Grupy Roboczej Dializy Otrzewnowej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

2. **Wojtaszek E**, Ostrowski G, Niemczyk S, Lange J, Grzejszczak A, Matuszkiewicz-Rowińska J. *Grzybicze zapalenie otrzewnej u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych dializą otrzewnową*. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2006; 116(1): 678 - 682 **MEiN 5**

3. Jakimowicz T, **Wojtaszek E**, Augustine T, Grzejszczak A, Matuszkiewicz-Rowińska J. *Encapsulating peritoneal sclerosis*. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2013; 123(3): 125 - 126 **IF 2.052; MEiN 70**

4. Jakimowicz T, **Wojtaszek E**, Augustine T, Grzejszczak A, Matuszkiewicz-Rowińska J. *Tamoxifen as the possible cause of severe thromboembolic complications in a patient with a history of renal transplantation and encapsulating peritoneal sclerosis: authors' reply*. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2013; 123(5): 259 - 261 **IF 2.052; MEiN 70**

5. **Wojtaszek E**, Małyszko J, Matuszkiewicz-Rowińska J. *Otorbiające stwardnienie otrzewnej - stanowisko ISPD, aktualizacja z 2017 roku*. Forum Nefrologiczne 2019; 12(2): 79 - 86 **MEiN 5**

Publikacje dotyczące rzadkiego powikłania DO - otorbiającego stwardnienia otrzewnej (encapsulating peritoneal sclerosis EPS). W Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych WUM, we współpracy z Kliniką Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej (Pan Prof Tomasz Jakimowicz) stworzono ośrodek referencyjny leczenia zachowawczego i chirurgicznego tego rzadkiego powikłania dializy otrzewnowej dla pacjentów z całej Polski.

2. Przewlekła choroba nerek

Publikacje związane z różnorodnymi zaburzeniami metabolicznymi i powikłaniami przewlekłej choroby nerek.

2.1. gospodarka żelazowa w PChN

1. **Wojtaszek E**, Głogowski T, Małyszko J. *Iron and chronic kidney disease: still a challenge*. Frontiers in Medicine 2020; 7: 1 - 11 **IF 5.093; MEiN 70**

2. Głogowski T, **Wojtaszek E**, Małyszko J. *Biomarkers of iron metabolism in chronic kidney disease*. International Urology and Nephrology 2021; 53(5): 935 - 944 **IF 2.37; MEiN 70**

2.2. toksyny mocznicowe, stres oksydacyjny w PChN

1. **Wojtaszek E**, Ołdakowska-Jedynak U, Kwiatkowska M, Głogowski T, Małyszko J. *Uremic toxins, oxidative stress, atherosclerosis in chronic kidney disease, and kidney transplantation.*

Oxidative Medicine and Cellular Longevity 2021; 2021: 1 - 15 **IF 6.543; MEiN 100**

2. Kwiatkowska M, Ołdakowska-Jedynak U, **Wojtaszek E**, Głogowski T, Małyszko J. *Potential effects of immunosuppression on oxidative stress and atherosclerosis in kidney transplant recipients.* Oxidative Medicine and Cellular Longevity 2021; 2021:

1 - 12 **IF 6.543; MEiN 100**

2.3. zaburzenia gospodarki mineralnej w PChN

1. Przedlacki J, Buczyńska-Chyl J, Koźmiński P, Niemczyk E, **Wojtaszek E**, Gieglis E, Żebrowski P, Podgórzak A, Wściślak J, Wieliczko M, Grochowski J, Kędzierska M, Kaczanowska B, Wyszyńska A, Sitkowska-Kurzec Z, Klatko W, Gellert R, Daniewska D, Osuch D, Stryjewski D, Świtalski M, Piotrowski A, Kędzierski P, Rydzewski A, Fiderkiewicz B, Wypych-Birecka M, Śliwicka D, Durlik M, Grzeszczyk M, Sokalski A, Papliński M, Hartman J, Imiela J, Małecki R, Bolesta A, Niemczyk S, Klimm W, Wierzbicki P, Gorczyńska J, Piórecki M, Gołębiowski S, Horbacz R, Małyszko J, Matuszkiewicz - Rowińska J. *FRAX prognostic and intervention thresholds in the management of major bone fractures in hemodialysis patients: A two year prospective multicenter cohort study.* Bone 2020; 133: 1 - 9 **IF 4.398; MEiN 100**

2. Przedlacki J, Buczyńska-Chyl J, Koźmiński P, Niemczyk E, **Wojtaszek E**, Gieglis E, Żebrowski P, Podgórzak A, Wściślak J, Wieliczko M, Matuszkiewicz - Rowińska J. *The utility of FRAX in predicting bone fractures in patients with chronic kidney disease on hemodialysis: a two year prospective multicenter cohort study.*

Osteoporosis International. 2018; 29(5): 1105 - 1115 **IF 3.83; MEiN 35**

3. Przedlacki J, Buczyńska-Chyl J, Koźmiński P, Stopiński M, Niemczyk E, Gieglis E, Żebrowski P, **Wojtaszek E**, Mieczkowski M, Gawron R, Podgórzak A, Wściślak J, Wieliczko M, Grochowski J, Kędzierska M, Kaczanowska B, Wyszyńska A, Sitkowska-Kurzec Z, Klatko W, Gellert R, Daniewska D, Osuch D, Stryjewski D, Świtalski M,

Piotrowski A, Kędzierski P, Rydzewski A, Fiderkiewicz B, Wypych-Birecka M, Śliwicka D, Durlik M, Grzeszczyk M, Sokalski A, Papliński M, Hartman J, Imiela J, Małecki R, Bolesta A, Niemczyk S, Klimm W, Wierzbicki P, Górczyńska J, Piórecki M, Gołębiowski S, Horbacz R, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Ocena ryzyka złamań kości u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych dializami - prospektywne badanie obserwacyjne.*

Nefrologia i Dializoterapia Polska. 2015; 19(3): 116 - 121 **MEiN 5**

4. Mieczkowski M, Żebrowski P, **Wojtaszek E**, Stompór T, Przedlacki J, Bartoszewicz Z, Sierdziński J, Wańkiewicz Z, Niemczyk S, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Long-term Cholecalciferol Administration in Hemodialysis Patients: a Single-Center Randomized Pilot Study.* Medical Science Monitor 2014; 20: 2228 - 2234 **IF 1.433; MEiN 20**

5. Staszów M, **Wojtaszek E**, Żebrowski P, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Massive soft tissue calcifications in severe hyperparathyroidism secondary to end-stage renal disease.*

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. 2013; 123(4): 191 - 192 **IF 2.052; MEiN 70**

6. Staszów M, **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Kalcymimetyki w leczeniu zaburzeń mineralnych i kostnych w przewlekłej chorobie nerek.* Nefrologia i Dializoterapia Polska 2013; 17(3): 122 - 126 **MEiN 4**

7. **Wojtaszek E**, Lewandowska L, Niemczyk S, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Pamidronian sodu jako leczenie ratunkowe w kalcyfilaksji.* Nefrologia i Dializoterapia Polska 2008; 12(1): 62 - 64 **MEiN 6**

8. Sowa M, Przedlacki J, Łączyńska A, Giers K, Kosiński P, Dobrowolski P, Pycka E, Wcześniak A, Kędziorek D, Jędras M, Ostrowski G, Kohmann A, **Wojtaszek E**, Rowiński O, Matuszkiewicz - Rowińska J.

Ocena występowania zwapnień w aorcie brzusznej przy użyciu aparatu densytometrycznego Discovery A i analiza przydatności tej metody w przewidywaniu ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych za pomocą dializ. Nefrologia i Dializoterapia Polska 2008; 12: 166 - 170 **MEiN 6**

9. Przedlacki J, Gellert R, Daniewska D, Niemczyk S, Stopiński M, Świtalski M, Imiela J, Papliński M, Sokalski A, Podgórzak A, Puka J, Kaczanowska B, Grochowski J, Zakrzewska T, **Wojtaszek E**, Dylewska M, Grzeszczyk M, Ostrowski K. *Złamania*

kości, mieszkańców Mazowsza z przewlekłą chorobą nerek w okresie przeddializacyjnym - badanie retrospektywne.

Nefrologia i Dializoterapia Polska 2008; 12(2): 91 - 94 **MEiN 6**

2.4. PChN - zagadnienia różne

Seria artykułów poglądowych dotyczących różnych zagadnień związanych z leczeniem pacjentów z przewlekłą chorobą nerek.

1. **Wojtaszek E.** *Inhibitory angiotensyny-neprylisyny w PChN: czy przynoszą podwójną korzyść?* Wiadomości Lekarskie 2019; 72(11 cz 2): 2228 - 2231 **MEiN 20**
2. **Wojtaszek E, Jaguś D.** *Oporne nadciśnienie tętnicze.* Wiadomości Lekarskie 2017; 70(6 cz2): 1209 - 1214 **MEiN 11**
3. Jaguś D, **Wojtaszek E.** *Szczepienia w przewlekłej chorobie nerek - zalecenia i dowody.* Wiadomości Lekarskie 2017; 70(6 cz 2): 1179 - 1184 **MEiN 11**
4. **Wojtaszek E, Głogowski T.** *Leczenie nadciśnienia tętniczego u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek - implikacje z badania SPRINT.* Wiadomości Lekarskie 2016; 69(5): 742 - 744 **MEiN 11**
5. Głogowski T, **Wojtaszek E.** *Obecne możliwości leczenia hiperpotasemii.* Wiadomości Lekarskie 2016; 69(5): 745 - 748 **MEiN 11**
6. Matuszkiewicz - Rowińska J, **Wojtaszek E.** *Zasady postępowania w przewlekłej chorobie nerek.* Wiadomości Lekarskie 2014; 67(3): 397 - 398 **MEiN 6**
7. **Wojtaszek E, Matuszkiewicz - Rowińska J.** *Depresja u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek - praktyczne wskazówki dotyczące leczenia.* Forum Nefrologiczne 2013; 6(3): 155 - 160 **MEiN 4**

3. Przeszczepienie nerki

1. **Wojtaszek E**, Małyszko J, Grzejszczak A, Matuszkiewicz-Rowińska J, Maciąg R, Rowiński O. *A chance to live to a ripe old age with a transplanted kidney*. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2019; 129(7-8): 551 - 553 **IF 3.007; MEiN 140**
2. Małyszko J, Grochowicki T, Macech M, Ołdakowska-Jedynak U, **Wojtaszek E**, Nazarewski S. *High-resolution computed tomography over chest radiography: how pandemic changed our evaluation policy of potential kidney transplant recipients*. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2021; 131(3): 302 - 305 **IF 3.277; MEiN 140**
3. Pyrza M, Głogowski T, Wieliczko M, Żebrowski P, **Wojtaszek E**, Semeniuk-Wojtaś A, Stec R, Nazarewski S, Małyszko J. *Malignancy Prevalence in the Dialyzed Population and in Waitlisted Potential Kidney transplant recipients*. *Transplantation Proceedings* 2022; 1 - 4 **IF 1.066; MEiN 40**
4. **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Żywy dawca nerki - Polska i świat*. *Wiadomości Lekarskie* 2014; 67(3): 434 - 439 **MEiN 6**

4. Varia

1. Przedlacki J, **Wojtaszek E**, Żebrowski P, Mieczkowski M, Głogowski T, Pyrza M, Ołdakowska-Jedynak U. *Patients' and healthcare personnel expectations for SARS-Cov-2 screening in dialysis unit during the Covid-19 pandemic*. *Journal of Nephrology* 2020; 33(5): 879 - 881 **IF 3.902; MEiN 100**
2. **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Telemedycyna w nefrologii*. *Terapia* 2019; 27(2): 40 -45 **MEiN 5**
3. **Wojtaszek E**, Kacprzak M, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Szkolenie pacjentów i opiekunów w dializoterapii otrzewnowej - rekomendacje i nowe możliwości*. *Forum Nefrologiczne* 2017; 10(1): 34 - 38 **MEiN 5**
4. Głogowski T, **Wojtaszek E**. *Choroby nerek w kardiologii*. *Wiadomości Lekarskie* 2015; 68(4 cz 2): 619 - 622 **MEiN 11**
5. **Wojtaszek E**, Głogowski T. *Ostre uszkodzenie nerek po zabiegach kardiochirurgicznych*.

Wiadomości Lekarskie 2015; 69(4 cz 2): 668 - 670 **MEiN 11**

6. **Wojtaszek E**, Głogowski T. *Patogeneza zakażeń układu moczowego.*
Terapia 2014; 22(12 cz 1): 34 - 36 **MEiN 5**
7. **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Hipopotasemia.*
Wiadomości Lekarskie 2013; 66(4): 290 - 293 **MEiN 6**
8. Matuszkiewicz - Rowińska J, **Wojtaszek E.** *Hiperpotasemia.*
Wiadomości Lekarskie 2013; 66(4): 294 - 298 **MEiN 6**
9. Matuszkiewicz - Rowińska J, **Wojtaszek E.** Homeostaza potasu.
Wiadomości Lekarskie 2013; 66(4): 286 - 289 **MEiN 6**
12. Przedlacki J, Serafińska B, Żebrowski P, Wojtaszek E, Mieczkowski M, Staszaków M, Kościelska M, Grzejszczak A, Dylewska M, Sawicka M, Sierdziński J, Bobilewicz D.
Assessment of clinical utility of the whole parathyroid hormone assay (1-84PTH) in patients with end-stage renal disease on maintenance dialysis. Diagnostyka Laboratoryjna 2013; 49(9): 62 - 64 **MEiN 3**
10. Matuszkiewicz - Rowińska J, Małyszko J, **Wojtaszek E**, Kulicki P.
Dosing of antibiotics in critically ill patients: are we left to wander in the dark?
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2012; 122(12): 630 - 640 **IF 1.833; MEiN 10**
11. **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz - Rowińska J. *Rola pielęgniarki w multidyscyplinarnym zespole terapeutycznym w leczeniu pacjentów z przewlekłą chorobą nerek.* Nefrologia i Dializoterapia Polska. 2008; 12(1): 44 - 46 **MEiN 6**
11. **Wojtaszek E**, Staszaków M, Niemczyk S, Matuszkiewicz - Rowińska J.
Mykofenolan mofetilu w leczeniu opornego zespołu nerczycowego w przebiegu segmentalnego szkiwiejącego kłębuszkowego zapalenia nerek.
Nefrologia i Dializoterapia Polska 2006; 10(2): 91 - 92 **MEiN 3**
12. Przedlacki J, Serafińska B, Żebrowski P, **Wojtaszek E**, Mieczkowski M, Staszaków M, Kościelska M, Grzejszczak A, Dylewska M, Sawicka M, Sierdziński J, Bobilewicz D.

Assessment of clinical utility of the whole parathyroid hormone assay (1-84PTH) in patients with end-stage renal disease on maintenance dialysis. Diagnostyka Laboratoryjna 2013; 49(9): 62 - 64 MEiN 3

Analiza naukometryczna:

Łączna punktacja IF: 62.277, w tym po doktoracie: 62.277

Oryginalne pełnotekstowe prace naukowe IF 31.722

Prace poglądowe IF 23.444

Opisy przypadków IF 7.111

Łączna punktacja MEiN: 1708 pkt, w tym po doktoracie: 1708 pkt

Liczba cytowań:

Scopus: 114 (113 bez autocytowań); Web of Science 89 (w tym bez autocytowań 88)

Indeks Hirscha: 6

Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę. (-)

Udział w międzynarodowych i krajowych niekomercyjnych projektach badawczych.

(-)

Nagrody za działalność naukową i dydaktyczną (-)

Działalność dydaktyczna

Dydaktyka stanowi istotną część mojej pracy zawodowej. Prowadzę zajęcia ze studentami Wydziału Lekarskiego.

Opieka naukowa nad studentami

Opiekun prac magisterskich studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu:

1. Duda M. Wpływ planowego i nagłego rozpoczęcia dializoterapii na jakość życia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych dializą otrzewnową i hemodializą.
2. Adamiak A. Analiza wiedzy pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych za pomocą powtarzanych hemodializ na temat pielęgnacji przetoki tętniczo - żylniej.

Opiekun prac licencjackich studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu:

1. Bartosiewicz M. Rola pielęgniarki w zapobieganiu ostrym i przewlekłym powikłaniom hemodializy.
2. Kuć B. Rola pielęgniarki w zmniejszaniu ryzyka powikłań sercowo – naczyniowych u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek.
3. Kacperska A: Rola pielęgniarki w zapobieganiu powikłaniom infekcyjnym i nie infekcyjnym u chorych leczonych metodą dializy otrzewnowej.

Ważną częścią mojej aktywności jest prowadzenie edukacji w dializie otrzewnowej dla lekarzy i pielęgniarek.

- Dializa otrzewnowa w ramach Kursu "Dializoterapia" dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie nefrologii (organizowany przez CMKP) w latach 2006 - 2010
- Dostęp do dializy otrzewnowej w ramach Kursu "Dostęp naczyniowe do dializy" dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii naczyniowej w latach 2013 - 2018
- Akademia Dializy Otrzewnowej; kursy dla lekarzy i pielęgniarek prowadzących leczenie dializą otrzewnową. Edycje w latach 2013 - 2020
- Kurs Dializa Otrzewnowa dla pielęgniarek specjalizujących się w pielęgniarstwie nefrologicznym w latach 2013 - 2019

Wykłady i wystąpienia

Swoje prace prezentowałam na kongresach międzynarodowych i krajowych (wybrane prace, których jestem pierwszy autorem).

- **Wojtaszek E**, Niemczyk S, Matuszkiewicz – Rowińska J: Wpływ edukacji przeddializacyjnej na wybór metody dializoterapii i planowe rozpoczęcie leczenia. XVII Konferencja Naukowo – Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, 5 – 7. 06.2008, Poznań
- **Wojtaszek E**, Kacprzak M, Lange J, Matuszkiewicz – Rowińska J; The short- and long-term effects of predialysis education on patient outcomes: Polish perspective. 12-th ISPD Congress Istambuł, Turcja
- **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz – Rowińska J, Szamotulska K, Niemczyk S, Dębowska M, Włodarczyk D; Dialysis modality choice in predicting outcome in diabetic patients. 12-th ISPD Congress Istambuł, Turcja
- **Wojtaszek E**, Kacprzak M, Lange J, Żebrowski P, Rojek – Trębicka J, Majewska A, Golc

- A, Kucharska K, Graczyk M, Niemczyk S, Matuszkiewicz – Rowińska J. Bezpośrednie i odległe wyniki sformalizowanego programu edukacji przeddializacyjnej (sfPEP) jako dodatku do standardowej opieki nefrologicznej u chorych z przewlekłą chorobą nerek. XVIII Konferencja Naukowo – Szkoleniowa PTN, 4 – 6. 06.2009, Warszawa (III Nagroda za najlepszą prezentację)
- **Wojtaszek E**, Kacprzak M, Lange J, Żebrowski P, Rojek – Trębicka J, Majewska A, Golc A, Kucharska K, Graczyk M, Niemczyk S, Matuszkiewicz – Rowińska J. The short- and long-term impact of formalized Predialysis Education Program (fPEP) in addition to standard nephrology care (SNC) on patient outcomes: Polish single center experience. Renal Week 2009, 27.10 – 01.11.2009, San Diego, USA
 - **Wojtaszek E**, Grzejszczak A, Niemczyk S, Ostrowski G, Matuszkiewicz – Rowińska J; Urgent peritoneal dialysis start for late referred end-stage renal disease patients – single center experience. Kidney Week 2011, 8 – 13.11.2011; Filadelfia.
 - **Wojtaszek E**, Grzejszczak A, Niemczyk S, Ostrowski G, Matuszkiewicz-Rowińska J: Bezpośrednie i odległe wyniki pilnego rozpoczęcia leczenia dializą otrzewnową u późno zgłoszonych pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. XX Konferencja Naukowo – Szkoleniowa PTN, Ryn 14 – 16.06.2012
 - **Wojtaszek E**, Dializa otrzewnowa w leczeniu niewydolności serca. XVI Konferencja Naukowo – Szkoleniowa „Postępy w leczeniu dializą otrzewnową” 09 – 10.05.2011, Mrągowo
 - **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz-Rowińska J, Grzejszczak A, Niemczyk S. Peritoneal ultrafiltration in the long-term treatment of heart failure refractory to pharmacological therapy. 13-th ISPD Congress Meksyk 23 - 26.07.2010
 - **Wojtaszek E**, Gellert R: Reticulocyte hemoglobin content In the evaluation of iron status In hemodialysis patients. XLI Congress of the European Renal Association, European Dialysis and Transplant Association, May 15 – 18, 2004, Lisbon, Portugal
 - **Wojtaszek E**, Matuszkiewicz – Rowińska E, Niemczyk S, Szamotulska K, Dębowska M, Włodarczyk D. Wskaźnik współchorobowości Charlson w przewidywaniu zdarzeń klinicznych u chorych przewlekłe dializowanych. IX Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, 21 – 24.05.2007, Wisła
 - **Wojtaszek E**, Lewandowska L, Niemczyk S, Matuszkiewicz – Rowińska J. Pamidronian sodu jako leczenie ratunkowe w kalcyfilaksji. XVII Konferencja Naukowo – Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, 5 – 7. 06.2008, Poznań

- **Wojtaszek E**, Żebrowski P, Ostrowski G, Ahmed A, Filipowicz E, Graczyk M, Latoszyńska J, Niemczyk S, Przedlacki J, Matuszkiewicz – Rowińska J: Otorbiające stwardnienie otrzewnej – doświadczenia własne. XVIII Konferencja Naukowo – Szkoleniowa PTN, 4 – 6. 06.2009, Warszawa

Abstrakty publikowane w indeksowanych czasopismach (wybrane publikacje, w których jestem pierwszym autorem):

- Wojtaszek E, Kacprzak M, Lange J, Matuszkiewicz – Rowińska J; The short- and long-term effects of predialysis education on patient outcomes: Polish perspective. 12-th ISPD Congress Istambuł, Turcja Peritoneal Dialysis International, 2008, 28 Suppl 4, 96
- Wojtaszek E, Matuszkiewicz – Rowińska J, Szamotulska K, Niemczyk S, Dębowska M, Włodarczyk D; Dialysis modality choice in predicting outcome in diabetic patients. Peritoneal Dialysis International, 2008, 28 Suppl 4, 96
- Wojtaszek E, Matuszkiewicz-Rowińska J, Grzejszczak A, Niemczyk S. Peritoneal ultrafiltration in the long-term treatment of heart failure refractory to pharmacological therapy. Peritoneal Dialysis International 2010; 30: 39

Wykłady na zaproszenie wygłoszone na krajowych konferencjach (wybrane):

- **Wojtaszek E**. Miejsce telemedycyny w czasie i po pandemii SARS Cov2. 21 Katowickie Seminarium "Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym" 25 - 27.11.2021
- **Wojtaszek E**. Zwężenie tętnicy przeszczepu nerkowego po 25 latach. XV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego 14 - 16.10 2021
- **Wojtaszek E**. Jak realizować ideę PD-first? XIV Krakowskie Dni Dializoterapii 02 - 04.09.2021
- **Wojtaszek E**. Programy edukacyjne w nefrologii. XVII Warszawskie Spotkania Nefrologiczne 07.11.2020
- **Wojtaszek E**. Dializa otrzewnowa w niewydolności serca. Pro - . XXIII Postępy w Dializoterapii Otrzewnowej, 27 - 28.09.2018
- **Wojtaszek E**. Jak szkolić w okresie przeddializacyjnym aby PD-first było rutyną? XIII Krakowskie Dni Dializoterapii 06 - 08.09.2018
- **Wojtaszek E**. Powikłania infekcyjne - zalecenia ISPD 2016. XXII Postępy w Dializoterapii Otrzewnowej 07 - 08.04.2017, Kołobrzeg

- **Wojtaszek E.** Hiperpotasemia. XXII Konferencja Naukowo - Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego 18 - 20.06.2015, Kołobrzeg
- **Wojtaszek E.** Encapsulating peritoneal sclerosis - how much should we be afraid of? XVIII Postępy w Dializoterapii Otrzewnowej 10 - 12.09.2013, Gdańsk
- **Wojtaszek E.** Dializa otrzewnowa w niewydolności serca; prezentacja przypadków. XI Zjazd Polskiego towarzystwa Nefrologicznego 20 - 22.06.2013 Wrocław
- **Wojtaszek E.** Ultrafiltracja otrzewnowa (PUF) – doświadczenia ośrodka warszawskiego. X Krakowskie Dni Dializoterapii 06 – 08.09.2012
- **Wojtaszek E.** Leki przeciwdepresyjne i przeciwłukowe. X Krakowskie Dni Dializoterapii 06 – 08.09.2012
- **Wojtaszek E.** Dializa otrzewnowa czy hemodializa? Konferencja Naukowo-Szkoleniowa PTN- Oddział Warszawsko - Łódzki 17.11.2012, Radom
- **Wojtaszek E.** Dializa otrzewnowa w stanach zagrożenia życia. VII Zjazd PTPAiO 22 - 24.09.2011, Mikołajki
- **Wojtaszek E.** Zasady edukacji w różnych etapach przewlekłej choroby nerek. VII Konferencja Zimowa Mazowieckiej Akademickiej Szkoły Interny: Postępy Nefrologii, 05.XII.2007, Warszawa
- **Wojtaszek E.** Współczesne zasady leczenia kłębuszkowych zapaleń nerek. V Konferencja Zimowa Mazowieckiej Akademickiej Szkoły Interny: Postępy Nefrologii, 15.XII.2005, Warszawa
- **Wojtaszek E.** Infekcyjne powikłania dializy otrzewnowej. VI Krakowskie Dni Dializoterapii, 2 – 4 września 2004, Kraków
- **Wojtaszek E.** Hiperpotasemia w przebiegu leczenia inhibitorami ACE. Posiedzenie Towarzystwa Internistów Polskich, 22. VI. 2004, Warszawa

Członkostwo w towarzystwach naukowych

Jestem członkiem towarzystw naukowych polskich i międzynarodowych w dziedzinie nefrologii, w szczególności dializy otrzewnowej.

Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (PTN), w tym:

- Grupa Robocza Dializy Otrzewnowej
- Grupa Robocza ADPKD

Europejskiego Towarzystwa Dializy Otrzewnowej (EuroPD), w tym

- EuroPD Leadership Initiative

Międzynarodowego Towarzystwa Dializy Otrzewnowej

(International Society for Peritoneal Dialysis, ISPD)

Amerykańskiego Towarzystwa Nefrologicznego

(American Society of Nephrology, ASN)

Recenzje w punktowanych czasopismach, w tym:

- Clinical Kidney Journal
- International Urology and Nephrology
- Therapeutic Apheresis and Dialysis
- Frontiers in Medicine
- Kardiologia Polska
- Wiadomości Lekarskie
- Terapia

Rozdział w podręczniku lub monografii:

1. **Wojtaszek E.** Hemofiltracja i inne rodzaje leczenia nerkozastępczego w ostrych stanach kardiologicznych. W Repetytorium z kardiologii: koszyki pytań do egzaminu specjalizacyjnego. T2.VM Media sp oo VM Group ps.k (grupa ViaMedica) 2013, . 553 - 558
2. **Wojtaszek E.** Dializa otrzewnowa w ostrym uszkodzeniu nerek. W: Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki - wybrane aspekty postępowania. Wydawnictwo Bernardinum 2012 s. 180 - 182

Ewa Wojtaszek