

AUTOREFERAT DO PRZEWODU HABILITACYJNEGO

1. Imię i nazwisko.

Wojciech Błoński

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

2000- lekarz, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław

2007- doktor nauk medycznych, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław

Tytuł rozprawy doktorskiej: „Wzory i czas pojawiania się refluksu kwaśnego i niekwaśnego u pacjentów z objawami choroby refluksowej przełyku oceniane przez połączoną wielokanałową śródprzełykową impedancję i pH”.

Promotor: Prof. dr hab. Leszek Paradowski

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/ artystycznych.

2001-2006: doktorant w Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Hepatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu.

- 1.03. 2004- 15.12.2004. Stypendium Fundacji Kosciuszki. Division of Gastroenterology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Stany Zjednoczone.

Opiekun: Prof. David Metz.

- 15.05.2005-15.08.2005. Stypendium Funduszu im. Niedźwirskiego. Division of Gastroenterology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Stany Zjednoczone.

Opiekun: Prof. Gary Lichtenstein.

-20.09.2005-31.10. 2006. Stypendium Donald and June Castell. Division of Gastroenterology, Medical University of South Carolina, Charleston, Stany Zjednoczone.

Opiekun: Prof. Donald Castell.

2007- Research Scholar, Division of Gastroenterology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Stany Zjednoczone.

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późniejszymi zmianami).

a) Autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa)

Blonski W, Vela M, Hila A, Castell DO. Normal values for manometry performed with swallows of viscous test material. Scand J Gastroenterol. 2008;43(2):155-60.

IF: 1,980

Blonski W, Hila A, Jain V, Freeman J, Vela M, Castell DO. Impedance manometry with viscous test solution increases detection of esophageal function defects compared to liquid swallows. Scand.J.Gastroenetro. 2007 Vol.42 no.8; s.917-922

IF: 1.758

Blonski W, Vela M, Safder A, Hila A, Castell DO. Revised criterion for diagnosis of ineffective esophageal motility is associated with more frequent dysphagia and greater bolus transit abnormalities. Am J Gastroenterol. 2008 Mar;103(3):699-704.

IF: 6,444

Blonski W, Hila A, Vela M, Castell DO. An analysis of distal esophageal impedance in individuals with and without esophageal motility abnormalities. J Clin Gastroenterol. 2008 Aug;42(7):776-81.

IF: 2,775

Blonski W, Vela MF, Freeman J, Sharma N, Castell DO. The effect of oral buspirone, pyridostigmine, and bethanechol on esophageal function evaluated with combined multichannel esophageal impedance-manometry in healthy volunteers J Clin Gastroenterol. 2009 Mar;43(3):253-60. IF: 2,207

Sumaryczny IF: 15, 164

b) omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Celem wyżej wymienionego cyklu prac była ocena zastosowania połączonej wielokanałowej śródprzełykowej impedancji i manometrii przy ocenie fizjologii czynności motorycznej przełyku a także patofizjologii zaburzeń czynności motorycznej przełyku. Połączona wielokanałowa śródprzełykowa impedancja i manometria pozwala na jednoczesną ocenę tranzytu bolusa i zmian ciśnienia w przełyku. Wielokanałowa śródprzełykowa impedancja wykrywa poruszający się bolus w przełyku i określa kierunek poruszania się bolusa (perystaltyczny lub antyperystaltyczny) w oparciu o różnice w oporności do prądu zmiennego występujące pomiędzy powietrzem, śluzówką przełyku i płynnym bolusem znajdującym się wewnątrz przełyku. Zastosowanie impedancji umożliwia więc uwidocznienie przemieszczającego się bolusa w przełyku bez konieczności stosowania technik radiologicznych. Impedancja wyrażona w omach jest odwrotnie proporcjonalna do przewodności elektrycznej. Bolus płynny charakteryzuje się więc niską impedancją a z kolei bolus powietrzny czy też śluzówka przełyku cechują się wysoką impedancją.

Ocena czynności przełyku przy zastosowaniu połączonej impedancji i manometrii była wykonywana przy użyciu 10 przełknięć 5 ml soli fizjologicznej a następnie 10 przełknięć 5 ml płynnej substancji lepkiej o konsystencji zbliżonej do sosu jabłkowego (substancja dostarczana przez Sandhill Scientific Inc). Przełknięcia podawanych substancji odbywały się co 20-30 sekund. Tutuian i wsp. ustalili w 2003 roku, że uzyskanie 80% zupełnych przełknięć soli fizjologicznej i 70% zupełnych przełknięć substancji lepkiej oznacza prawidłowy tranzyt bolusa. W 2004 roku Tutuian i Castell zaproponowali podział zaburzeń funkcji przełyku na umiarkowany (nieprawidłowy tranzyt bolusa dla soli fizjologicznej lub substancji lepkiej) i ciężki (nieprawidłowy tranzyt bolusa dla soli fizjologicznej i substancji lepkiej) przez co udokumentowali, że zastosowanie obu substancji jest bardzo istotne przy ocenie funkcji przełyku.

Ocenę funkcji przełyku przeprowadzano przy użyciu cewnika Sandhill EFT wyprodukowanego przez firmę Sandhill Scientific Inc. (Highlands Ranch, Colorado, Stany Zjednoczone). Ten cewnik o średnicy 4,5 mm posiada dwa obwodowe półprzewodnikowe czujniki ciśnienia znajdujące się w odległości 5 i 10 cm od końcówki cewnika i trzy jednokierunkowe półprzewodnikowe czujniki ciśnienia znajdujące się odpowiednio 15, 20 i 25 cm od końcówki cewnika. Segmenty pomiarowe impedancji składają się z dwóch metalowych pierścieni umieszczonych 2 cm od siebie, skoncentrowanych w odległości 10, 15, 20 i 25 cm od końca cewnika i czterech bliższych międzystrefowych przetworników. Cewnik EFT umieszczany jest przez nos w przełyku aż do głębokości 60 cm. Najbardziej dystalny czujnik zostaje umieszczony w strefie wysokiego ciśnienia dolnego zwieracza przełyku, który został zidentyfikowany manometrycznie. Czujniki ciśnienia i segmenty pomiaru impedancji znajdowały się w punktach 5, 10, 15 i 20 cm powyżej dolnego zwieracza przełyku.

Przełknięcia z zastosowaniem soli fizjologicznej klasyfikowano manometrycznie jako prawidłowe gdy amplituda skurczu w dystalnej części przełyku (5 i 10 cm powyżej zwieracza przełyku) wynosiła w każdym z tych miejsc wynosiła co najmniej 30 mmHg a dystalna prędkość skurczu była nie większa niż 8 cm/s, nieefektywne gdy amplituda skurczu w dystalnej części przełyku wynosiła w którymś z dwóch punktów pomiarowych mniej niż 30 mmHg albo symultanicznie gdy amplituda skurczu w obu punktach pomiarowych w dystalnej części przełyku wynosiła co najmniej 30 mmHg ale dystalna prędkość skurczu była większa niż 8 cm/s. Przełknięcia były klasyfikowane przez impedancję jako posiadające całkowity tranzyt w przełyku jeśli początek bolusa znajdował się 20 cm powyżej zwieracza przełyku (spadek impedancji) a punkty zakończenia tranzytu bolusa były wykryte we wszystkich trzech dystalnych punktach pomiaru impedancji (wzrost impedancji) zlokalizowanych 15, 10 i 5 cm ponad dolnym zwieraczem przełyku a całkowity czas transportu bolusa przez przełyk był nie dłuższy niż 15 s. W przeciwnym wypadku przełknięcia były klasyfikowane jako nie posiadające całkowitego transportu przez przełyk.

Celem pracy pt. "Normal values for manometry performed with swallows of viscous test material" było ustalenie prawidłowych wartości umożliwiających interpretację badania manometrycznego przy użyciu substancji lepkiej. Dotychczas interpretacja manometrii przełyku opierała się wyłącznie o parametry uzyskane z przełknięć soli fizjologicznej. Przełknięcia substancji lepkiej były dotychczas wykorzystywane wyłącznie w ocenie tranzytu bolusa przez przełyk i nie były w ogóle używane w ocenie analizy manometrycznej z uwagi na brak wartości określających prawidłową manometrię przełyku z wykorzystaniem substancji lepkiej. To podkreśla wartość tej pracy, z uwagi na fakt, że dotychczas nie były publikowane wyniki badań określające prawidłowe wartości dla manometrii przełyku z wykorzystaniem substancji lepkiej.

Do analizy włączono wyniki połączonej impedancji z manometrią przełyku wykonane uprzednio u 80 zdrowych ochotników w tym 39 kobiet. Analizowano następujące parametry manometryczne: amplitudę i czas trwania skurczu przełyku 5 i 10 cm ponad dolnym zwieraczem przełyku, średnią amplitudę skurczu w dystalnej części przełyku, prędkość przemieszczania się skurczu przełyku między punktami zlokalizowanymi 10 i 5 cm od dolnego zwieracza przełyku oraz resztkowe ciśnienie dolnego zwieracza przełyku. U wszystkich badanych osób uzyskano prawidłowe wyniki manometrii przełyku przy użyciu soli fizjologicznej. W sumie przeanalizowano 1593 przełknięcia w tym 799 przełknięć soli fizjologicznej i 794 przełknięcia substancji lepkiej. Przełknięcia substancji lepkiej w porównaniu z przełknięciami soli fizjologicznej cechowały się niższą amplitudą skurczu w odległości 10 cm od dolnego zwieracza przełyku (80.0 vs. 85.1 mmHg, $p=0.004$), wolniejszą prędkością przemieszczania się skurczu przełyku w dystalnej części (3.2 vs. 3.6 cm/s, $p<0.0001$) i wyższymi wartościami ciśnienia resztkowego dolnego zwieracza przełyku (4.3 vs. 3.8 mmHg, $p=0.0036$). Natomiast czas trwania skurczów przełyku był zbliżony między tymi dwiema substancjami. Dla przełknięć substancji lepkiej górna granica normy wynosiła 204 mmHg dla amplitudy skurczów dolnej części przełyku (średnia wartość 102 mmHg + 2 odchylenia standardowe), 60% przełknięć nieefektywnych (95 percentyl), 10% skurczów jednoczesnych (95 percentyl), 7 cm/s dla prędkości przemieszczania się skurczu w dolnej części przełyku (95 percentyl) i 11.7 mmHg dla ciśnienia resztkowego dolnego zwieracza przełyku (95 percentyl). Należy zwrócić uwagę, że przy interpretacji manometrii przełyku z wykorzystaniem substancji lepkiej w przedstawianej pracy definicja przełknięcia nieefektywnego (amplitudy skurczu dystalnej części przełyku mniejsze od 30mmHg) użyto tej samej wartości co dla przełknięcia soli fizjologicznej. W 2003 roku Tutuian i Castell zauważyli, że to kryterium stosowane przy ocenie przełknięć z zastosowaniem substancji lepkiej posiadało czułość i swoistość w definiowaniu zupełnego tranzytu bolusa przez przełyk

taką samą jak w przypadku przełknięć z zastosowaniem soli fizjologicznej. Należy zwrócić uwagę, że we wcześniejszej pracy zatytułowanej „Impedance manometry with viscous test solution increases detection of esophageal function defects compared to liquid swallows” stwierdzono, że substancja lepka wykrywa znacznie więcej nieprawidłowości manometrycznych przełyku niż sól fizjologiczna (30.3% vs. 20%, $p=0.03$), jednakże wobec braku wartości normatywnych dla manometrii wykonywanej z udziałem substancji lepkiej przy jej ocenie użyto parametrów stosowanych dla soli fizjologicznej.

Wyniki omawianej pracy otwierają drogę do dalszych badań z wykorzystaniem wartości prawidłowych dla manometrii przełyku z użyciem soli fizjologicznej i substancji lepkiej, które mogą pomóc wyjaśnić jaką wartość rokowniczą ma manometryczne rozpoznanie zaburzenia czynności przełyku z wykorzystaniem substancji lepkiej a także czy manometria przełyku winna być wykonywana przy użyciu soli fizjologicznej i substancji lepkiej czy może wyłącznie substancji lepkiej.

W pracy zatytułowanej “Revised criterion for diagnosis of ineffective esophageal motility is associated with more frequent dysphagia and greater bolus transit abnormalities” porównywano stare i nowe kryterium rozpoznawania nieefektywnej motoryki przełyku (ineffective esophageal motility, IEM) z wykorzystaniem soli fizjologicznej. Według starego kryterium IEM rozpoznawano przy obecności co najmniej 30% nieefektywnych przełknięć (amplituda skurczu mniejsza niż 30mmHg w dystalnej części przełyku). Jednakże wyniki uzyskane przez Tutuiana i Castella z wykorzystaniem impedancji połączonej z manometrią przełyku wykazały, że pacjenci z obecnością co najmniej 50% nieefektywnych przełknięć soli fizjologicznej mieli częściej zaburzenia transportu bolusa w przełyku od tych z mniej niż 50% przełknięć nieefektywnych. Celem przedstawianej pracy była ocena związku pomiędzy liczbą nieefektywnych przełknięć, tranzytem bolusa przez przełyk i częstością występowania objawów typowych dla IEM takich jak zgaga, trudności w połykaniu, regurgitacje,

przewlekły kaszel albo ból lub ucisk w klatce piersiowej. Do analizy włączono wyniki impedancji z manometrią przełyku u 150 pacjentów z rozpoznaniem IEM w oparciu o stare kryterium. Spośród analizowanych chorych, 101 posiadało co najmniej 50% nieefektywnych przełknięć (grupa B) a 49 posiadało co najmniej 30% ale mniej niż 50% nieefektywnych przełknięć (grupa C). Porównanie tych dwóch grup wykazało, że chorzy z grupy B posiadali znacznie niższą średnią dystalną amplitudę skurczu przełyku niż chorzy z grupy C (41.4 mmHg vs. 60.1 mmHg, $p < 0.0001$). Ponadto prawie połowa chorych z grupy B (46.5%) miała nieprawidłowy tranzyt bolusa z zastosowaniem soli fizjologicznej i substancji lepkiej natomiast tylko 14.3% chorych z grupy C miało tego rodzaju zaburzenie ($p < 0.0001$). Z drugiej strony prawie połowa (44.9%) pacjentów z grupy C miała prawidłowy tranzyt bolusa z użyciem obu substancji testowych a tylko 18.8% pacjentów z grupy B miało prawidłowe wyniki dla tranzytu przełykowego obu substancji testowych ($p = 0.0007$). Ponadto pacjenci z grupy B wykazywali trend do częstszego występowania zgagi (25.7% vs. 10.2%, $p = 0.02$) i zaburzeń połykania (24.8% vs. 12.3%, $p = 0.08$) niż pacjenci z grupy C. Z drugiej zaś strony pacjenci z grupy C wykazywali trend do częstszego występowania przewlekłego kaszlu niż pacjenci z grupy B (18.4% vs. 7.9%, $p = 0.06$). Wyniki tej pracy wykazały, że stosowanie nowego kryterium IEM jest uzasadnione. Pacjenci z obecnością co najmniej 30% ale nie więcej niż 50% nieefektywnych przełknięć mają większe prawdopodobieństwo występowania normalnego tranzytu bolusa i mniejsze prawdopodobieństwo występowania zaburzeń połykania od chorych z co najmniej 50% liczbą przełknięć nieefektywnych.

Dalsze prace z zastosowaniem nowej definicji IEM mogą pomóc znaleźć odpowiedź na pytanie czy rozpoznanie IEM na podstawie nowego kryterium może przewidzieć sukces operacji antyrefluksowej (IEM jest schorzeniem związanym często z chorobą refluksową przełyku), ewentualne powikłania pooperacyjne czy nawet pomóc w wyborze rodzaju operacji.

Praca zatytułowana "An analysis of distal esophageal impedance in individuals with and without esophageal motility abnormalities" analizowała nowy parametr, dystalną impedancję przełykową u pacjentów z zaburzeniami motoryki przełyku i u osób bez zaburzeń motoryki przełyku. Była to pierwsza praca poświęcona temu parametrowi. Do badania włączono 130 osób w tym 110 pacjentów i 20 zdrowych ochotników. Wśród 110 pacjentów 20 osób miało prawidłową impedancję z manometrią, u 20 osób rozpoznano dystalny spazm przełyku, u 20 osób przełyk typu dziadka do orzechów, u 20 osób IEM, u 20 osób achalazję i u 10 osób sklerodermę przełyku. Dystalną impedancję przełyku podaną w omach określono jako średnią arytmetyczną impedancji mierzonych 5 i 10 cm powyżej dolnego zwieracza przełyku na 2-3 sekundy przed podaniem pierwszego przełknięcia soli fizjologicznej (dystalna impedancja początkowa, Distal Baseline Impedance-DBI), na 2-3 sekundy przed podaniem pierwszego przełknięcia substancji lepkiej (Distal Liquid Impedance-DLI) i 2-3 sekundy po podaniu 10 przełknięcia substancji lepkiej (Distal Viscous Impedance-DVI). Pacjenci z achalazją i sklerodermą przełyku mieli znacznie niższe wartości dystalnej impedancji przełyku (DBI, DLI i DVI) w porównaniu ze zdrowymi ochotnikami a także pacjentami z prawidłową manometrią przełyku, przełykiem typu dziadka do orzechów czy z dystalnym spazmem przełyku. Pacjenci z IEM mieli znacznie niższe wartości dystalnej impedancji przełyku (DBI, DLI i DVI) niż zdrowi ochotnicy i pacjenci z przełykiem typu dziadka do orzechów. Ponadto pacjenci z IEM mieli znacznie niższe wartości DLI i DVI niż chorzy z prawidłową manometrią przełyku i znacznie wyższe wartości DVI niż pacjenci z achalazją. Ponadto stwierdzono istotne ($p < 0.0001$) korelacje pomiędzy DLI i liczbą przełknięć z całkowitym tranzytem bolusa dla soli fizjologicznej ($r=0.7$), DVI i liczbą przełknięć z całkowitym tranzytem bolusa dla substancji lepkiej ($r=0.6$), DLI i dystalną amplitudą skurczu przełyku dla soli fizjologicznej ($r=0.5$) i DVI i dystalną amplitudą skurczu przełyku dla substancji lepkiej ($r=0.5$). Wyniki omawianej pracy sugerują, że pomiar i ocena dystalnej impedancji przełyku

może pomóc w rozpoznawaniu zaburzeń motoryki przełyku poprzez dostarczenie wstępnej informacji o transzycie bolusa i profilu ciśnień przełyku.

Omawiana praca otwiera drogę do dalszych badań, które mogą pomóc ocenić wartość diagnostyczną dystalnej impedancji przełyku a także jej związek z objawami ze strony przełyku u chorych z zaburzeniami motoryki przełyku.

Praca pt. „The effect of oral buspirone, pyridostigmine, and bethanechol on esophageal function evaluated with combined multichannel esophageal impedance-manometry in healthy volunteers” analizowała efekt pyridostygminy, buspironu i bethanecholu podawanych doustnie na funkcję przełyku ocenianej za pomocą połączonej impedancji z manometrią u 10 zdrowych ochotników. Do badania włączono 10 zdrowych ochotników bez objawów ze strony przełyku takich jak zgaga, zaburzenia połykania albo ból w klatce piersiowej. Było to randomizowane, podwójne ślepe badanie przeprowadzone w jednym ośrodków. Każdy z uczestników otrzymał w losowo wybranej kolejności pojedyncza dawke 60 mg pyridostygminy, 20 mg buspironu i 25 mg bethanecholu. Okres eliminacji z ustroju uprzednio stosowanego leku przed podaniem innego wynosił 3 dni. Każda osoba miała wykonane pomiary impedancji połączonej z manometrią przełyku przed podaniem leku a następnie 20, 40 i 60 min po podaniu leku (4 serie pomiarowe). Podczas każdej serii pomiarowej każda osoba wykonała 6 przełknięć 5ml soli fizjologicznej i 6 przełknięć 5ml substancji lepkiej. Interpretacja wyników impedancji połączonej z manometrią wykazała, że średnia dystalna amplituda skurczu przełyku dla soli fizjologicznej wzrosła w 60 min po podaniu pyridostygminy (87.6 vs. 118.0 mmHg, $p < 0.001$), buspironu (85.1 vs. 101.9mmHg, $p < 0.05$) i bethanecholu (87.6 vs. 118.8, $p < 0.01$) w stosunku do wartości przed podaniem leku. W porównaniu do wartości przed podaniem leku wyłącznie pyridostygmina spowodowała istotne zmniejszenie średniej prędkości skurczu w dystalnej części przełyku (3.4 vs. 2.3 cm/s, $p < 0.001$) a także wydłużenie całkowitego czasu tranzytu bolusa (7.9 vs. 9.3 s, $p < 0.05$) po 60

min od podania leku. Wszystkie 3 leki istotnie zwiększyły średnie resztkowe ciśnienie dolnego zwieracza przełyku po 20, 40 i 60 min. od podania leku.

Było to pierwsze badanie określające wpływ doustnej pyridostygminy bethanechołu i buspironu na czynność przełyku ocenianą za pomocą połączonej impedancji z manometrią. Jakkolwiek wszystkie 3 leki wzmacniały motorykę przełyku, pyridostygmina wykazała najbardziej wyraźny efekt spośród nich. Wszystkie analizowane leki posiadają znaczący efekt stymulujący motorykę dolnego odcinka przełyku i zwiększający ciśnienie resztkowe dolnego zwieracza przełyku. Zwiększenie dystalnej amplitudy skurczu w dolnej części przełyku sugeruje, że leki te mogłyby być stosowane u pacjentów z IEM. Wcześniejsze badania Tutuiana i Castella wykazały, że dysfunkcja perystaltyki w dolnej części przełyku (nieudana lub niskociśnieniowa perystaltyka) jest związana z upośledzeniem oczyszczania przełyku. Wyniki omawianej pracy otwierają drogę do dalszych badań u pacjentów z IEM, które będą mogły ocenić wpływ analizowanych leków na motorykę przełyku i objawy kliniczne u tych chorych.

Podsumowując cykl analizowanych artykułów z zastosowaniem impedancji połączonej z manometrią po raz pierwszy wprowadził dane prawidłowe umożliwiające ocenę manometryczną przełyku z wykorzystaniem substancji lepkiej, potwierdził zasadność stosowania nowej definicji IEM, wprowadził nowy parametr, dystalną impedancję przełyku oraz ocenił wpływ doustnej pyridostygminy, buspironu i betanechołu na funkcję przełyku u zdrowych ochotników.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych (artystycznych).

a) Tematyka prac badawczych:

-choroba refluksowa przełyku

-zaburzenia motoryki przełyku

-nieswoiste zapalenia jelit (profilaktyka raka jelita grubego, efektywność i powikłania terapii biologicznej)

b) Jestem autorem 13 prac oryginalnych (10 prac o sumarycznym Impact Factor 28,486),

4 prac kazuistycznych (2 prace o sumarycznym Impact Factor 3,516), 27 prac

poglądowych (6 prac o sumarycznym Impact Factor 21,314) i 3 listów do redakcji o

sumarycznym Impact Factor 10,33). Ogółem sumaryczny Impact Factor moich

wszystkich prac wynosi 63,646. Analiza publikacji na podstawie pakietu Web of Science

wykazała 157 cytowań bez autocytowań. Indeks Hirscha wynosi 7.

Ponadto jestem autorem 13 rozdziałów w podręcznikach anglojęzycznych.

c) Jestem recenzentem w następujących czasopismach naukowych: Scandinavian Journal of Gastroenterology, World Journal of Gastroenterology, Indian Journal of Cancer, British Journal of Cancer, Diseases of the Esophagus.

Jestem członkiem rady redakcyjnej World Journal of Gastroenterology, BMC

Gastroenterology i Gastroenterology and Hepatology (Canada). Jestem także redaktorem pomocniczym w BMC Gastroenterology.

Jestem członkiem Komitetu Redakcyjnego Gastroenterologii Polskiej.

d) Zostałem zaproszony do wygłoszenia następujących referatów na konferencjach międzynarodowych w Polsce i Stanach Zjednoczonych:

Błoński W, Kempieński R, Paradowski L, Waszczuk E.. (Marzec 2005). Patients with Inflammatory Bowel Disease- an analysis of 626 hospitalizations. /Pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit-analiza 626 hospitalizacji/. Rok Jana Mikulicza Radeckiego w Polsce. Wrocław.

Błoński W, Paradowski L, Castell DO. (Marzec 2007). Pomiar połączonej wielokanałowej śródprzełykowej impedancji i pH jako nowa metoda rozpoznawania choroby refluksowej przełyku. Postępy w leczeniu i rozpoznawaniu choroby refluksowej przełyku; Białystok.

Błoński W, Vela MF, Castell DO. (Wrzesień 2008). Persistent pyrosis on PPI therapy. /Uporczywa zgaga pomimo stosowania inhibitorów pompy protonowej./ Międzynarodowa Konferencja Grupy Motoryki Przewodu Pokarmowego. Żagań.

Błoński W., Osterman M.T., Brensinger C.M., Buchner A.M., Lichtenstein G.R.. (Maj 2011). An Update: Which Endoscopic or Clinical Factor is Most Predictive of Future Disease Course in Patients with Ulcerative Colitis?: Digestive Disease Week; Chicago, IL, Stany Zjednoczone.

Błoński W., Osterman M.T., Brensinger C.M., Buchner A.M., Lichtenstein G.R.. (Maj 2011). Is weight-based dosing of adalimumab or certolizumab pegol associated with higher efficacy in patients with Crohn's disease (CD)?..Digestive Disease Week; Chicago, IL, Stany Zjednoczone.

e) Uzyskałem następujące nagrody:

American College of Gastroenterology/ Centocor Inflammatory Bowel Disease Award, San Diego, CA, Stany Zjednoczone 2009.

Wyróżnienie plakatu na Digestive Disease Week 2009 (Chicago, IL, Stany Zjednoczone) i 2010 (New Orleans, LA, Stany Zjednoczone).

f) Członkostwo w organizacjach naukowych:

2001- Polskie Towarzystwo Gastroenterologii

2004-2007 American Gastroenterology Association

2004- American College of Gastroenterology

h) Udział w konferencjach naukowych:

-2002- X Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Lublin

-od 2004 roku Digestive Disease Week organizowany corocznie przez American Gastroenterology Association w Stanach Zjednoczonych

- od 2004 roku konferencja organizowana corocznie przez American College of Gastroenterology w Stanach Zjednoczonych.

- na wyżej wymienionych konferencjach prezentowałem w sumie 70 prac plakatowych

Andrzej Bielecki