



Warszawa, dn. 10.07.2026 roku

**OCENA OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO
ORAZ DOROBKU NAUKOWEGO I DYDAKTYCZNEGO**

dr n. med. Krzysztofa Mądrego

**stanowiącego podstawę do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki medyczne.**

Życiorys i przebieg pracy zawodowej

Dr n. med. Krzysztof Mądry ukończył studia na Akademii Medycznej w Warszawie (I Wydział Lekarski, 1997 rok, (tytuł lekarza) a w 2002 roku uzyskał licencjat na Wydziale Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego- tytuł pracy: „Bóg w filozofii Simone Weil”, promotor: prof. dr hab. Jacek Migasiński.

W 2005 roku uzyskał specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych (Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi), a w 2010 roku specjalizację w dziedzinie hematologii.

W 2013 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych, (I Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny).

Tytuł pracy doktorskiej:

„Angiogeneza w szpiku kostnym u chorych na zespoły mielodysplastyczne”

Promotor: prof. dr hab. n. med. Jadwiga Dwilewicz-Trojaczek

Recenzenci: prof. dr hab. n. med. Bożena Mariańska i prof. dr hab. n. med. Kazimierz Sułek

Przebieg pracy zawodowej

- 1997 Staż podyplomowy - Oddział Kardiologii Szpital Sióstr Elżbietanek
- Od 1998 asystent w Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego (obecnie Klinice Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego)
- W latach 2007-2012 asystent w Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Warszawski
- Od 2013 adiunkt w Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych (obecnie Klinice Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

Ocena osiągnięcia naukowego będącego podstawą ubiegania się o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki medyczne

Jest to cykl powiązanych tematycznie publikacji pt.:

„Analiza aspektów kliniczno- epidemiologicznych u chorych na zespoły mielodysplastyczne oraz czynników prognostycznych u chorych na zespoły mielodysplastyczne leczonych azacytydyną”

Osiągnięcie naukowe Habilitanta jest cyklem pięciu oryginalnych prac opublikowanych w latach 2015-2024 (stanowiących cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych, zgodnie z art. 219 ust.1.pkt 2b Ustawy) w wydawnictwach z listy Filadelfijskiej o łącznej wartości wskaźnika Impact Factor 14.23, MEiN 265 punktów. We wszystkich pracach cyklu dr n. med. Krzysztof Mądry jest pierwszym autorem, a wkład własny Habilitanta polegał na: opracowaniu koncepcji badania, zbudowaniu ankiety i bazy danych, prowadzeniu klinicznym części chorych, zbieraniu danych i koordynacji zbierania danych, współuczestnictwie w analizie statystycznej, interpretacji wyników, doborze i analizie piśmiennictwa, napisaniu i submisji manuskryptu oraz prowadzeniu korespondencji z redakcją.

Cykl powiązanych tematycznie publikacji stanowią:

1. Mądry K [aut. koresp.], Machowicz R, Waszczuk-Gajda A, Drozd-Sokołowska J, Stella-Hołowiecka B, Wiater E, Mital A, Obara A, Szmigielska-Kapłon A, Kołkowska-Leśniak A, Sikorska A, Subocz E, Mendrek W, Szczepańska M, Biedroń M, Jachalska A, Wasilewska E, Wojciechowska M, Guzicka-Kazimierzczak R, Kopacz A, Katinas K, Kruger W, Dawidowska A, Salamanczuk Z, Zawirska D, Świdorska A, Jędrzejczak W, Dwilewicz-Trojaczek J. Demographic, Hematologic, and Clinical Features of Myelodysplastic Syndrome Patients: Results from the First Polish Myelodysplastic Syndrome Registry. *Acta Haematologica*. 2015;134(2):125-134.
2. Mądry K [aut. koresp.], Lis K, Fenaux P, Bowen D, Symeonidis A, Mittelman M, Stauder R, Čermák J, Sanz G, Hellström-Lindberg E, Langemeijer S, Malcovati L, Germing U, Holm M, Guerçi-Bresler A, Culligan D, Sanhes L, Kotsianidis I, van Marrewijk C, Crouch S, de Witte T, Smith A; EUMDS Registry Participants. Cause of death and excess mortality in patients with lower-risk myelodysplastic syndromes (MDS): A report from the European MDS registry. *British Journal of Haematology*. 2022;1-11 (ahead-of-print).
3. Mądry K [aut. koresp.], Lis K, Tukiendorf A, Szwedek P, Kapelko-Słowik K, Subocz E, Gołos A, Makowska W, Masternak A, Kopińska A, Czemerska M, Zawadzka-Leska

- S, Rusicka P, Drozd-Sokołowska J, Wiater E, Hołojda J, Pogłódek B, Centkowski P, Waszczuk-Gajda A, Machowicz R, Hałka J, Czerw T, Basak G, Dwilewicz-Trojaczek J. Low serum albumin level deteriorates prognosis in azacitidine-treated myelodysplastic syndromes patients - results of the PALG study 'PolAZA'. Hematology. 2021;26(1):556-564.
4. Mądry K, Lis K, Biecek P, Młynarczyk M, Rytel J, Górka M, Kacprzyk P, Dutka M, Rodzaj M, Bołkun Ł, Krochmalczyk D, Łątka E, Drozd-Sokołowska J, Waszczuk-Gajda A, Knopińska-Posłuszny W, Kopińska A, Subocz E, Masternak A, Guzicka-Kazimierzczak R, Gil L, Machowicz R, Biliński J, Giebel S, Czerw T, Dwilewicz-Trojaczek J. Predictive Model for Infection Risk in Myelodysplastic Syndromes, Acute Myeloid Leukemia, and Chronic Myelomonocytic Leukemia Patients Treated With Azacitidine; Azacitidine Infection Risk Model: The Polish Adult Leukemia Group Study. Clinical Lymphoma Myeloma & Leukemia. 2019;19(5):264-274.
 5. Mądry K, Lis K, Sienkiewicz E, Drozd-Sokołowska J, Biecek P, Sośnia O, Gołos A, Olszewska-Szopa M, Obara A, Walkowiak Z, Ściesińska J, Subocz E, Butrym A, Machowicz R, Budziszewska K, Basak G. No advantage of antimicrobial prophylaxis in AML/MDS/CMML patients treated with azacitidine-a prospective multicenter study by the Polish Adult Leukemia Group. Front Oncol. 2024;14:1404322. doi: 10.3389/fonc.2024.1404322.

Zespoły mielodysplastyczne (*myelodysplastic syndromes*- MDS) to nowotwory wywodzące się z komórki macierzystej układu krwiotwórczego. Mają zróżnicowany przebieg kliniczny. Mediana wieku zachorowania wynosi 70-75 lat. Cechą charakterystyczną MDS jest nieefektywna hematopoeza objawiająca się zmianami dysplastycznymi komórek szpiku i krwi obwodowej, cytopenią we krwi obwodowej i zwiększonym ryzykiem transformacji do ostrej białaczki szpikowej (OBSz). Jest to stosunkowo rzadka choroba i szacuje się, że liczba nowych zachorowań wynosi 4,5/100 000/rok. Niewiele jest danych dotyczących epidemiologii zespołów mielodysplastycznych w Europie Środkowo- Wschodniej i do czasu wymienionej w omawianym cyklu publikacji nie opublikowano pracy, która dotyczyłaby charakterystyki demograficznej i klinicznej chorych na zespoły mielodysplastyczne w Polsce.

Tematyka ta stała się przedmiotem publikacji numer 1. W pracy przedstawiono po raz pierwszy dane dotyczące epidemiologii zespołów mielodysplastycznych w Polsce. Celem pracy było przedstawienie charakterystyk:

epidemiologicznej: danych demograficznych, narażenia na substancje toksyczne, wykonywanego zawodu

oraz kliniczno-laboratoryjnej dużej grupy chorych z polskich ośrodków hematologicznych. Do analizy włączono 966 chorych z 24 oddziałów/klinik hematologicznych w ramach zaprojektowanego i koordynowanego przez Habilitanta Ogólnopolskiego Rejestru MDS Sekcji ds. MDS Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych (PALG). Mediana wieku zachorowania wyniosła 70 lat, chorych > 80 r.ż. było 16%. U palaczy papierosów, którzy stanowili 26,1% chorych stwierdzano niższe stężenie hemoglobiny i liczbę płytek krwi oraz bardziej zaawansowane podtypy MDS wg klasyfikacji WHO 2001 w porównaniu z osobami nie palącymi. Badanie cytogenetyczne, które jest jednym z podstawowych badań w diagnostyce MDS wykonano u 28,6% chorych. Ważnymi wnioskami z omawianej pracy było zobrazowanie, iż diagnostyka chorych na MDS w Polsce nie jest wystarczająca- odsetek chorych na MDS, u których wykonuje się badanie cytogenetyczne w krajach Europy Zachodniej i Południowej jest znacząco wyższy niż w Polsce (70% vs 26,1%). Ponadto niski odsetek chorych > 80 r.ż. w Polsce (16% vs 26-37% w krajach zachodnich) pośrednio wskazuje, że wielu starszych chorych z niedokrwistością, neutropenią czy małopłytkowością nie ma prawidłowo postawionego rozpoznania MDS.

Rokowanie u chorych na MDS jest oceniane na podstawie indeksów prognostycznych: Międzynarodowego Indeksu Prognostycznego (*International Prognostic Scoring System- IPSS*) oraz zrewidowanego Międzynarodowego Indeksu Prognostycznego (*Revised International Prognostic Scoring System- IPSS-R*). Indeksy IPSS i IPSS R dzielą chorych na MDS w zależności od odsetka blastów w szpiku, wyniku badania cytogenetycznego oraz liczby cytopenii we krwi obwodowej. Podział na grupy ryzyka wg IPSS i IPSS- R koreluje z czasem całkowitego przeżycia i czasem transformacji do ostrej białaczki szpikowej. W przypadku chorych na MDS niższego ryzyka wg IPSS mediana przeżycia wynosi 3,5-5,7 lat, a w grupie chorych wyższego ryzyka 0,5-1,2 roku. Biorąc pod uwagę podeszły wiek chorych oraz wynikające z tego faktu często liczne choroby współistniejące, a także względnie powolny przebieg choroby, z ryzykiem transformacji do ostrej białaczki szpikowej sięgającym 13-30% u chorych na MDS niższego ryzyka, nie było do tej pory wyjaśnione czy MDS sam w sobie istotnie skraca przeżycie w tej grupie chorych. Powyższe zagadnienie stało się m.in. przedmiotem badania opisanego w publikacji nr 2.

W opublikowanej pracy przedstawiono wyniki prospektywnego badania do którego włączono 2396 chorych na zespoły mielodysplastyczne niższego ryzyka ze 142 ośrodków, z 16 krajów Europy i Izraela. Podstawowymi celami badania były analiza przyczyn zgonów

oraz ocena w jakim stopniu MDS przyczynia się do czasu przeżycia w tej grupie chorych. W tym celu zastosowano technikę oceny względnego przeżycia (*Relative Survival- RS*). Względne przeżycie jest wyliczane na podstawie stosunku obserwowanych przeżyć chorych w badaniu do przeżyć oczekiwanych w ogólnej populacji dobranej według wieku, płci i kraju pochodzenia do pacjentów z badania. Najczęstszymi przyczynami zgonów u chorych na MDS niższego ryzyka były transformacja do ostrej białaczki szpikowej/progresja MDS- 20,1%, infekcje- 17,8%, choroby sercowo-naczyniowe- 9,8% i choroby układu oddechowego- 4,8%. Całkowite przeżycie 5- letnie obserwowano u 47,3% chorych, a względne przeżycie 5- letnie u 59,6% chorych co wskazuje, że MDS odgrywa kluczową rolę jako przyczyna zgonu również w tej grupie chorych (nie tylko w grupie z MDS wyższego ryzyka).

Podstawową metodą leczenia chorych na MDS wyższego ryzyka oprócz transplantacji komórek krwiotwórczych jest stosowanie leku hypometylującego- azacytydyny. Analiza czynników mających wpływ na uzyskanie odpowiedzi na leczenie azacytydyną, a także czynników wpływających na długość przeżycia była przedmiotem publikacji nr 3. Przedstawiono w niej wyniki wieloośrodkowego, retrospektywnego badania oceniającego efekt kliniczny stosowania azacytydyny u chorych na zespoły mielodysplastyczne wyższego ryzyka (210 chorych), ostrą białaczkę szpikową (*acute myeloid leukemia- AML*) z odsetkiem blastów w szpiku 20-30% (66 chorych) i przewlekłą białaczkę mielomonocytową (*chronic myelomonocytic leukemia- CMML*) (39 chorych). Celem pracy była ocena predykcyjna (wpływ na odpowiedź hematologiczną) i ocena prognostyczna (wpływ na czas całkowitego przeżycia) szeregu czynników zależnych od chorego, takich jak: wiek, płeć, stan wydolności ogólnej ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) i wybranych parametrów biochemicznych; czynników zależnych od choroby: morfologia krwi obwodowej, odsetek blastów w szpiku, cytogenetyka komórek szpiku i zależność od przetoczeń koncentratów krwinek czerwonych (KKCz), a także czynników związanych z przebiegiem leczenia: liczba zastosowanych cykli leczenia azacytydyną i występowanie infekcji III/IV stopnia w trakcie terapii. Odpowiedź na leczenie pod postacią całkowitej remisji (CR) uzyskało 20%, a częściowej remisji (PR) 12% chorych. Jakąkolwiek odpowiedź na leczenie CR, PR i/lub HI (odpowiedź hematologiczną pod postacią poprawy liczby neutrofili, płytek krwi lub stężenia hemoglobiny) uzyskało 55% chorych. Mediana czasu całkowitego przeżycia wyniosła 15 miesięcy. Żaden z analizowanych czynników nie miał znamionnego statystycznie wpływu na odpowiedź na leczenie- CR, PR, HI. Na podstawie analizy wieloczynnikowej stwierdzono, że zastosowanie mniej niż 4 cykli azacytydyny, wystąpienie infekcji III/IV stopnia, a także niższe stężenie albuminy było związane z krótszym czasem całkowitego przeżycia. Najważniejszymi wnioskami

analizowanego badania są: konieczność ścisłego monitorowania chorych w pierwszych miesiącach leczenia w celu zapobieżenia rozwojowi ciężkich infekcji (do których dochodzi najczęściej w ciągu trzech pierwszych cykli podawania azacytydyny), nie przerywanie leczenia przed czwartym cyklem (o ile stan chorego na to pozwoli) a także odpowiednia kwalifikacja pacjentów do leczenia.

Infekcje są jedną z najczęstszych (12-38%) przyczyn zgonów u chorych na zespoły mielodysplastyczne. Szczególnie narażeni na ciężkie infekcje są chorzy na zespoły mielodysplastyczne wyższego ryzyka wg indeksu IPSS, zwłaszcza w pierwszych trzech miesiącach (cyklach) leczenia azacytydyną. Według danych z literatury, infekcje te występują u ok 40-50% chorych. Dane dotyczące oceny ryzyka wystąpienia infekcji u chorych na MDS leczonych azacytydyną są ograniczone. Nie opracowano jednoznacznych wytycznych co do leczenia profilaktycznego u chorych na MDS wyższego ryzyka. W tym kontekście szczególnie cenne jest określenie grupy chorych o wysokim ryzyku infekcji, co mogłoby mieć wpływ na specjalne podejście do tej grupy pacjentów (odpowiednia profilaktyka przeciw drobnoustrojowa, ściślejsze monitorowanie i niezwłoczna interwencja przy pierwszych objawach infekcji). Powyższego zadania podjęto się w badaniu opisanym w publikacji nr 4. Sprawdzenie w badaniu prospektywnym modelu ryzyka wystąpienia infekcji w trakcie trzech pierwszych cykli azacytydyny (AIR model) opracowanego w publikacji 4 było przedmiotem badania opisanego w publikacji 5. W pracy tej badano również czy zastosowanie leczenia profilaktycznego przeciwdrobnoustrojowego ma wpływ na ryzyko wystąpienia infekcji.

W publikacji nr 4 będącej efektem współpracy wieloośrodkowej poddano analizie chorych otrzymujących azacytydynę w trakcie pierwszych trzech cykli leczenia pod kątem częstości, charakterystyki i ryzyka wystąpienia infekcji III/IV stopnia. Do badania włączono 186 chorych na MDS, 76 na AML i 36- CMML. Aby miarodajnie ocenić występowanie infekcji wyłączono z badania chorych, którzy nie ukończyli trzech cykli azacytydyny i u których nie wystąpiła infekcja- 66 pacjentów. U 41% chorych doszło do rozwoju infekcji w ciągu trzech cykli leczenia, częstość infekcji obniżała się wraz z każdym kolejnym cyklem azacytydyny (21,5% w pierwszym cyklu, 16,1% w drugim, 12,3% w trzecim). Zidentyfikowano szereg czynników mających istotny statystycznie wpływ na ryzyko wystąpienia infekcji: liczba neutrofili, limfocytów i płytek we krwi obwodowej, odsetek blastów w szpiku, stężenie ferrytyny i albuminy we krwi obwodowej a także zależność od przetoczeń KKCz, rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej, stan wydolności ogólnej ECOG i indeksy IPSS, IPSS R i WPSS (*WHO classification-based Prognostic Scoring System*). W kolejnym etapie opracowano model predykcyjny wystąpienia infekcji- *Azacitidine Infection Risk* (AIR) model w oparciu o wybór

5 czynników, których kombinacja pozwoliła uzyskać najwyższą czułość - 62 i swoistość - 86 modelu. Następujące czynniki zostały uwzględnione w ww. modelu: zależność od przetoczeń KKCz, liczba neutrofili $< 0,8$ G/l, liczba płytek krwi < 50 G/l, stężenie albuminy $< 3,5$ g/dl i stan wydolności ogólnej ECOG ≥ 2 . Ryzyko infekcji u chorych z obecnością 0-2 ww. czynników wyniosło 25%(niskie ryzyko), a u chorych, u których odnotowano obecność 3-5 czynników 75% (wysokie ryzyko). Grupy niskiego i wysokiego ryzyka różniły się również znacząco jeśli chodzi o czas całkowitego przeżycia- mediany przeżycia wyniosły odpowiednio 29 i 8 miesięcy. Powyższe wyniki badań mogą być implementowane w codziennej praktyce hematologicznej poprzez wdrożenie wzmożonego monitoringu, stosowanie profilaktyki przeciwdrobnoustrojowej, i ewentualnie modyfikacji dawkowania azacytydyny u chorych z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia infekcji.

Publikacja nr 5 jest w pewnym sensie kontynuacją analizy zagadnień poruszanych w publikacji 4 tym razem ze szczególnym naciskiem na rolę leczenia profilaktycznego u chorych otrzymujących azacytydynę w trakcie pierwszych trzech cykli leczenia. Do badania prospektywnego, nie interwencyjnego włączono 307 pacjentów, leczonych azacytydyną z powodu: AML (37.8%), MDS (55.0%), and CMML (7.1%). W oparciu o model predykcyjny wystąpienia infekcji- *Azacitidine Infection Risk* (AIR) opracowany i omówiony w publikacji nr 4- 200 (65%) pacjentów sklasyfikowano do grupy wyższego ryzyka wystąpienia infekcji. Profilaktykę przeciwbakteryjną, przeciwgrzybiczą i przeciwwirusową stosowano odpowiednio u 66.0%, 29.3%, and 25.7% chorych. O wyborze leczenia profilaktycznego lub jego braku decydował lekarz opiekujący się danym pacjentem zgodnie ze standardem obowiązującym w danym ośrodku. U 118 (38.4%) chorych odnotowano infekcję III/IV stopnia. W analizie wieloczynnikowej: status ECOG, uzależnienie od KKCz, indeks IPSS-R i stężenie CRP miały statystycznie znamienne wpływy na wystąpienie infekcji. Zakażenie w ciągu trzech pierwszych cykli azacytydyny stwierdzano znamienne częściej w grupie podwyższonego ryzyka wg AIR- 47.0% w porównaniu z grupą niższego ryzyka 22.4%. Niestety zastosowanie profilaktyki przeciwdrobnoustrojowej nie miało istotnego statystycznie wpływu na ryzyko wystąpienia infekcji.

Podsumowując, podkreślić należy, iż zaliczane do osiągnięcia publikacje są pionierskie w zakresie oceny epidemiologicznej zespołów mielodysplastycznych w Polsce oraz bardzo wartościowe z punktu widzenia lekarza klinicysty na co dzień zajmującego się leczeniem pacjentów z MDS. Mogą być implementowane w codziennej praktyce hematologicznej poprzez wdrożenie wzmożonego monitoringu, stosowanie profilaktyki przeciwdrobnoustrojowej

i ewentualnie modyfikacji dawkowania azacytydyny u chorych na MDS z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia infekcji.

Ujęte w osiągnięciu prace są ze sobą powiązane i stanowią dowód konsekwentnego cyklu badań.

Publikacje nie powielają wyników badań innych autorów, ale wykazane w nich zależności są zgodne z ogólnie przyjętą wiedzą.

Ocena pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych.

Na dorobek naukowy Habilitanta składają się:

- ✓ 45 pełnotekstowe prace oryginalne, w tym 40 z IF (39 z IF po doktoracie) i 7 jako pierwszy autor lub korespondencyjny
- ✓ 10 prac poglądowych (4 przed, 6 po doktoracie)
- ✓ 5 opisów przypadków (wszystkie po doktoracie)
- ✓ 2 książki po doktoracie
- ✓ 26 rozdziałów książkowych w podręcznikach (25 po doktoracie)
- ✓ 1 list do redakcji (po doktoracie)
- ✓ 1 praca zakwalifikowana jako uczestnik badań wieloośrodkowych w analizie bibliometrycznej wymieniony w *Acknowledgements* (po doktoracie)
- ✓ 1 publikacja pełnotekstowa w suplemencie po doktoracie

Sumaryczny Impact Factor wszystkich publikacji (ocena z dnia 20.01.2026r): 175,691

Sumaryczna punktacja MNiSW wszystkich publikacji (ocena z dnia 20.01.2026r): 2976

Liczba cytowań z bazy Scopus z dnia 20.01.2026r (bez autocytowań) 1142

Index Hirscha z bazy Scopus (ocena z dnia 20.01.2026r): 18

Indeks cytowań z bazy Web of Science (ocena z dnia 20.01.2026r): bez autocytowań 984

Indeks Hirscha z bazy Web of Science (ocena z dnia 20.01.2026r): 16

**DOROBK NAUKOWY HABILITANTA
PRZED I PO OBRONIE ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**

	PRZED DOKTORATEM		PO DOKTORACJI	
	IF	MNISW	IF	MNISW
PRACE ORYGINALNE	1,292	15	170,681	2580
PRACE POGLĄDOWE	0,094	25	-	325
OPISY PRZYPADKÓW	-	-	5,010	71
SUMA	1,386	40	175,691	2976

INFORMACJE DODATKOWE

PUBLIKACJE PEŁNOTEKSTOWE W SUPLEMENTACH	-	-	-	100
LISTY DO REDAKCJI	-	-	2,040	25
PUBLIKACJE Z UDZIAŁEM W BAD. WIELOOŚRODKOWYCH	-	-	12,897	200
SUMA	-	-	14,937	325

ŹRÓDŁO DANYCH	LICZBA CYTOWAŃ		INDEKS HIRSCHJA
	Z AUTOCYTOWANIAM	BEZ AUTOCYTOWAŃ	
SCOPUS	1191	1142	18
WEB OF SCIENCE	1015	984	16

Tematyka prac, stanowiących dorobek naukowy dr n. med. Krzysztofa Mądrego, poza przedstawionym cyklem pięciu publikacji, stanowiących podstawę do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki medyczne obejmuje następujące zagadnienia i współpracę z ośrodkami w kraju i za granicą

1. Współpraca z PALG w ramach sekcji ds. zespołów mielodysplastycznych
 - a. oryginalne, wieloośrodkowe prace dotyczyły epidemiologii zespołów mielodysplastycznych, postępowania po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych u chorych na zespoły mielodysplastyczne i ostrą białaczkę szpikową, a także diagnostyki i leczenia rzadkiej choroby należącej do grupy

- chorób mielodysplastyczno- mieloproliferacyjnych- atypowej przewlekłej białaczki szpikowej.
- b. opracowanie ogólnopolskich rekomendacji w zakresie diagnostyki i leczenia chorych na zespoły mielodysplastyczne.
 - c. Współpraca z PALG w ramach sekcji ds. ostrych białaczek szpikowych. Prace poświęcone były efektom leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową w podeszłym wieku
2. Współpraca z EUMDS (*European MDS Registry*) Prace poświęcone aspektom klinicznym chorych na zespoły mielodysplastyczne niższego ryzyka: diagnostyki, rokowania i leczenia.
 3. Współpraca z wieloma ośrodkami europejskimi w ramach projektu MDS RIGHT (*Providing the right care to the right patient with MyeloDysplastic Syndrome at the right time*) Praca dotyczyła wykładników oceny przebiegu klinicznego u chorych na zespoły mielodysplastyczne.
 4. Współuczestnictwo w opracowaniu Europejskich wytycznych ds. MDS (*European MDS Guideliness*) 2020; <https://europe-mds.com>
 5. ELN (*European Leukemia Net*) Współpraca w ramach podgrupy ds. zespołów mielodysplastycznych Europejskiej Sieci ds. Białaczek zrzeszającej kilkadziesiąt akademickich ośrodków z Europy. Praca poświęcona analizie jakości życia u chorych na zespoły mielodysplastyczne niskiego ryzyka
 6. Klinika Hematologii Uniwersytet Jagielloński Kraków
 - a. współpraca wieloośrodkowa nad wybranymi aspektami klinicznymi u chorych na szpiczaka plazmocytoowego (analiza chorych z białkiem białkowym, z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego, w młodszy wieku i z białaczką plazmatycznokomórkową) koordynowana przez prof. dr hab. n.med. Artura Jurczyszyna z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.
 7. Polska Grupa Szpiczakowa
 - a. prace poświęcone wybranym aspektom klinicznym (w tym autotransplantacji komórek krwiotwórczych) u chorych na szpiczaka plazmocytoowego.

Podsumowując, dorobek naukowy dr n. med. Krzysztofa Madrego jest znaczący, w większości nowatorski, obejmujący współpracę interdyscyplinarną wykraczającą poza tematykę osiągnięcia będącego podstawą ubiegania się o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki medyczne. W okresie po obronie rozprawy doktorskiej Habilitant zwiększył swój dorobek

w czasopismach posiadających IF. Piśmiennictwo to stanowi spójną całość, przedłużając jego zainteresowania naukowe i prace badawcze rozpoczęte w poprzednich latach.

Ocena osiągnięć dydaktycznych i organizacyjnych

Osiągnięcia dydaktyczne i organizacyjne Habilitanta obejmują:

1. Działalność organizacyjna
 - a. Wspólnie z prof. Jadwigą Dwilewicz- Trojaczek od 2020r jest członkiem naukowego komitetu organizacyjnego ogólnopolskiej konferencji: „Ogólnopolskie Warsztaty MDS i AML”
2. Członkostwo w Towarzystwach Naukowych
 - a. Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów
 - b. Polska Grupa ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych
 - c. *European LeukemiaNet*
 - d. EMSCO (*European Myelodysplastic Neoplasms Cooperative Group*)
 - e. Harmony Alliance (*Healthcare Alliance for Resourceful Medicine Offensive against Neoplasms in Hematology*)
3. wygłaszał wykłady na następujących konferencjach
 - a. PTHiT (Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów)- konferencje ogólnopolskie i oddziału mazowieckiego,
 - b. PALG (Polska Grupa ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych)
 - c. Ogólnopolska konferencja „Praktyka Hematologiczna” w latach 2019-2022
 - d. Ogólnopolska Konferencja PZWL „Hematologia” w latach 2020-2022
 - e. Ogólnopolska konferencja „Choroby Rzadkie w Hematologii” w 2021r
 - f. lokalne konferencje naukowe organizowane przez m.in. Uniwersytety
 - g. Medyczne w Łodzi, Szczecinie, Gdańsku, Białymstoku, Wrocławiu, Krakowie, Rzeszowie, Lublinie, Katowicach

Recenzent prac w czasopismach indeksowanych w JCR w tym:

- a. *Acta Haematologica* (Karger)
- b. *Acta Haematologica Polonica*
- c. *Annals of Hematology*
- d. *Hematology in Clinical Practice*
- e. *Journal of the American Society of Nephrology*
- f. *Frontiers in Oncology*

4. Uczestnictwo w Międzynarodowym Komitecie ds. Europejskiego Egzaminu z Hematologii
5. Nagrody i wyróżnienia
 - a. zespołowa nagroda Ministra Zdrowia za cykl 9 publikacji dotyczących oceny skuteczności i toksyczności nowych metod leczenia niektórych nowotworów układu krwiotwórczego 1.08.2005
 - b. 21-sze miejsce w rankingu osiągnięć naukowych WUM (na 809 Pracowników klasyfikowanych w Naukach Medycznych Klinicznych Niezabiegowych) w 2022 roku (za lata 2018-2021)

Działalność dydaktyczna wśród lekarzy

- a. Stałe szkolenie lekarzy odbywających staże z hematologii w ramach specjalizacji z chorób wewnętrznych i hematologii
- b. Stałe szkolenie i koordynacja pracy lekarzy rezydentów w trakcie specjalizacji do hematologii na oddziale ogólnohematologicznym
- c. Kierownik specjalizacji z chorób wewnętrznych (dwa szkolenia zakończone pomyślnie zdaniem egzaminem specjalizacyjnym)
- d. Kierownik specjalizacji z hematologii (dwa szkolenia zakończone pomyślnie zdaniem egzaminem specjalizacyjnym, dwa szkolenia w toku)
- e. Wykłady w ramach kursu „Wprowadzenie do specjalizacji z chorób wewnętrznych” w latach 2011-2022
- f. Wykłady w ramach kursu „Wprowadzenie do specjalizacji z hematologii” w latach 2009-2022
- g. Wykład w ramach konferencji „ Postępy w Chorobach Wewnętrznych. Interna 2021”

Działalność dydaktyczna wśród studentów

- a. Prowadzi seminaria i zajęcia praktyczne ze studentami kierunku lekarskiego z hematologii w latach 2007-2023 (Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny)
- b. Prowadzi seminaria i zajęcia praktyczne ze studentami kierunku lekarskiego English Division z hematologii w latach 2013-2023 (Warszawski Uniwersytet Medyczny)
- c. Prowadzi seminaria i zajęcia praktyczne ze studentami kierunku lekarskiego z chorób wewnętrznych w latach 2007-2023 (Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny)

- d. Prowadzi seminaria i zajęcia praktyczne ze studentami kierunku lekarskiego z onkologii w latach 2013-2020 (Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny)
- e. Współpraca w kilku projektach naukowych ze studentami ze Studenckiego Koła Naukowego
- f. Jest recenzentem prac na Konferencji: I Konferencji Hematologicznej – „Hematologiczny Punkt Widzenia”

Podsumowując, aktywność dr n. med. Krzysztofa Mądrego świadczy o jego znaczącym zaangażowaniu zarówno w działalność dydaktyczno-organizacyjną jak i naukową.

Wniosek końcowy

Biorąc pod uwagę osiągnięcie naukowe pt.:

„Analiza aspektów kliniczno- epidemiologicznych u chorych na zespoły mielodysplastyczne oraz czynników prognostycznych u chorych na zespoły mielodysplastyczne leczonych azacytydyną”

stanowiące podstawę do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki medyczne oraz pozostały dorobek naukowy, jak również inne elementy działalności naukowej, dydaktycznej i organizacyjnej Habilitanta uważam, że osoba dr n. med. Krzysztofa Mądrego spełnia w zupełności kryteria określone w art. 219, Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 r. (z późn. zm.). Osiągnięcie naukowe Kandydata ma istotne nowatorskie implikacje praktyczne, a dorobek naukowy świadczy o ugruntowanym i spójnym warsztacie naukowym z konsekwentnie realizowaną ścieżką badawczą.

Wobec powyższego wnioskuję do Wysokiej Rady o nadanie dr n. med. Krzysztofowi Mądreemu stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki medyczne.



Signed by / Podpisano przez:

Piotr Karol Rzepecki

Date / Data: 2026-07-11 18:33