

Załącznik nr 2 A

do wniosku o przeprowadzenie postępowania

habilitacyjnego dr n. med. Michał F. Kamińskiego

Autoreferat

Spis treści znajduje się na końcu dokumentu

1. Imię i nazwisko: Michał Filip Kamiński

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe:

- dyplom lekarza medycyny z wynikiem bardzo dobrym uzyskany w Akademii Medycznej w Warszawie 2005 r,
- lekarski egzamin państwowy z wyróżnieniem, 2006 r,
- stopień doktora nauk medycznych z wyróżnieniem za rozprawę pt.: „Czynniki ryzyka zaawansowanej neoplazji jako podstawa celowanej strategii przesiewowej w raku jelita grubego”, promotor: dr hab. N. med. Marcin Polkowski, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, 2012 r; praca doktorska została nagrodzona Nagrodą Prezesa Rady Ministrów w 2013 r,
- dyplom specjalisty chorób wewnętrznych, Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, 2013 r.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

- Od 2005 do 2006, Staż podyplomowy, Centralny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Warszawie,
- Od 2007 do chwili obecnej, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie, Warszawa (młodszy asystent, starszy asystent, następnie adiunkt w Klinice Gastroenterologii Onkologicznej oraz kierownik Zakładu Profilaktyki Nowotworów)
- Od 2012 do chwili obecnej, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP), Warszawa (asystent naukowo dydaktyczny, następnie adiunkt)

- Od 2014 do chwili obecnej, Department of Health Management and Health Economics, Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway (post-doc, następnie konsultant naukowy)

4. Osiągnięcia wynikające 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 65, poz. 595 ze zm.):

A. **Tytuł osiągnięcia naukowego:** cykl 4 prac zatytułowany: „Skuteczność, szkolenie i poprawa jakości kolonoskopii w badaniach przesiewowych raka jelita grubego” (łączny IF 39,659 MNiSW 180)

B. **Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego:**

1. Bretthauer M, **Kaminski MF**, Løberg M, Zauber AG, Regula J, Kuipers EJ, Hernán MA, McFadden E, Sunde A, Kalager M, Dekker E, Lansdorp-Vogelaar I, Garborg K, Rupinski M, Spaander MC, Bugajski M, Høie O, Stefansson T, Hoff G, Adami HO; Nordic-European Initiative on Colorectal Cancer (NordICC) Study Group. Population-Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2016 Jul 1;176(7):894-902. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.0960. (IF 14.0, MNiSW 45)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu badania, jego zorganizowaniu i przeprowadzeniu w Polsce, przeprowadzeniu analiz i interpretacji danych oraz istotnej rewizji manuskryptu. Jestem również głównym współ-badaczem i członkiem komitetu naukowego projektu NordICC. Mój udział procentowy był różny na różnych etapach: zaprojektowanie badania szacuję na 30%, zorganizowanie i przeprowadzenie w Polsce szacuję na 70%, analiza interpretacja i istotna rewizja manuskryptu szacuję na 50%.

2. **Kaminski MF**, Kraszewska E, Rupinski M, Laskowska M, Wieszczy P, Regula J. Design of the Polish Colonoscopy Screening Program: a randomized health services study. Endoscopy. 2015 Dec;47(12):1144-50. doi: 10.1055/s-0034-1392769. Epub 2015 Oct 30. (IF 5.634, MNiSW 40)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na jej zaprojektowaniu, wdrożeniu i koordynacji, analizie danych i napisaniu pierwszej wersji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 70%.

3. **Kaminski MF**, Anderson J, Valori R, Kraszewska E, Rupinski M, Pachlewski J, Wronska E, Bretthauer M, Thomas-Gibson S, Kuipers EJ, Regula J. Leadership training to improve adenoma detection rate in screening colonoscopy: a randomised trial. Gut. 2016 Apr;65(4):616-24. doi: 10.1136/gutjnl-2014-307503. Epub 2015 Feb 10. (IF 14.921, MNiSW 50)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu badania, opracowaniu planu szkolenia-interwencji, koordynacji projektu (byłem kierownikiem grantu przeznaczonego na realizację tego projektu), przeprowadzeniu szkoleń-interwencji, analizie danych i napisaniu pierwszej wersji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 70%.

4. **Kaminski MF**, Hassan C, Bisschops R, Pohl J, Pellisé M, Dekker E, Ignjatovic-Wilson A, Hoffman A, Longcroft-Wheaton G, Heresbach D, Dumonceau JM, East JE. Advanced imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2014 May;46(5):435-49. doi: 10.1055/s-0034-1365348. (IF 5.104, MNiSW 45)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zgenerowaniu kluczowych pytań wg metodologii PICO, analizie literatury, przygotowaniu części wytycznych, nadzorowaniu zespołu zajmującego się opracowaniem wytycznych, ocenie stopni dowodów, napisaniu pierwszej wersji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 60%.

C. Omówienie celu naukowego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Pod względem częstości zachorowań i umieralności na nowotwory złośliwe rak jelita grubego (RJG) zajmuje drugie miejsce w Polsce i w całej Europie (odpowiednio ponad 17 000 zachorowań i ponad 11 000 zgonów w Polsce w roku 2013 oraz 447 000 zachorowań i 215 000 zgonów w Europie w 2012 roku).^{1, 2} W odpowiedzi na te niekorzystne wskaźniki

epidemiologiczne w wielu krajach europejskich, w tym w Polsce, w ciągu ostatnich 15 lat wprowadzono populacyjne badania przesiewowe RJG.^{3, 4}

W programach przesiewowych RJG zaleca się stosowanie jednej z trzech metod: test na krew utajoną w kale co 2 lata, sigmoidoskopię lub kolonoskopię co 10 lat lub rzadziej.⁵ Meta-analizy badań z randomizacją wskazują, że badania przesiewowe prowadzą do zmniejszenia umieralności na RJG w populacji docelowej o około 15% w przypadku gwajakolowego testu na krew utajoną w kale i o około 25% w przypadku sigmoidoskopii.^{6, 7} Sigmoidoskopia przesiewowa, czyli badanie endoskopowe około połowy jelita grubego, dzięki możliwości wykrywania i usuwania zmian prekursorowych, prowadzi dodatkowo do zmniejszenia zachorowalności na RJG o około 20%.⁶ Kolonoskopia przesiewowa, czyli badanie endoskopowe całego jelita grubego, stanowi potencjalnie najbardziej skuteczną z tych metod i dlatego jest zalecana i powszechnie stosowana w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie oraz niektórych krajach europejskich, w tym w Niemczech, Austrii oraz Polsce.^{3, 8, 9} Kolonoskopia przesiewowa jest jednak badaniem inwazyjnym, drogim i obciążonym ryzykiem powikłań. Powszechne stosowanie kolonoskopii powinno być zatem poprzedzone najwyższej jakości badaniami precyzyjnie oceniającymi zgłaszalność, satysfakcję uczestników, działania niepożądane i skuteczność w populacji.

Wspólnie z Profesorem Jarosławem Regułą, zespołem Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie oraz współpracownikami z Norwegii, Szwecji, Holandii i Stanów Zjednoczonych zaprojektowaliśmy oraz przeprowadziliśmy takie badanie – projekt NordICC (Nordic-European Initiative on Colorectal Cancer). Projekt NordICC jest wielonarodowym, populacyjnym badaniem z randomizacją mającym ocenić skuteczność kolonoskopii przesiewowej w porównaniu do standardowej opieki medycznej w odniesieniu do zachorowalności i umieralności na RJG. Uzasadnienie celowości przeprowadzenia badania NordICC oraz jego szczegółowy projekt opisałem jako pierwszy autor i opublikowałem wkrótce po obronie doktoratu w renomowanym, międzynarodowym czasopiśmie - Endoscopy.¹⁰ Od początku trwania projektu NordICC jestem członkiem międzynarodowego komitetu naukowego, współkoordynatorem polskiej części projektu, a od 2014 roku głównym współ-badaczem (co-principal investigator) całego projektu. Pierwszą z cyklu prac stanowiących osiągnięcie naukowe do habilitacji jest publikacja (pkt. 4.A.1), w której opisaliśmy wstępne wyniki projektu NordICC (Bretthauer M, **Kaminski**

MF, Løberg M, Zauber AG, Regula J, Kuipers EJ, Hernán MA, McFadden E, Sunde A, Kalager M, Dekker E, Lansdorp-Vogelaar I, Garborg K, Rupinski M, Spaander MC, Bugajski M, Høie O, Stefansson T, Hoff G, Adami HO; Nordic-European Initiative on Colorectal Cancer (NordICC) Study Group. Population-Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016 Jul 1;176(7):894-902. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.0960.).

Celem tej publikacji było przedstawienie zgłaszalności, satysfakcji uczestników, powikłań i częstości wykrywanych raków i gruczolaków (zmian prekursorowych) w każdym z uczestniczących krajów. W Polsce, Norwegii, Szwecji i Holandii do badania włączono łącznie 94 959 mężczyzn i kobiet w wieku 55-64 lata i losowo, w stosunku 1:2 przydzielono do grupy przesiewowej i do grupy kontrolnej (standardowa opieka medyczna). Spośród 31 420 osób przydzielonych do grupy przesiewowej, 12 574 osoby, czyli 40,0% poddało się kolonoskopii przesiewowej. Mimo użycia jednakowego schematu zaproszeń zaobserwowano duże, istotne statystycznie ($p < 0,001$ dla wszystkich porównań) różnice w zgłaszalności pomiędzy Norwegią (60,7%), Szwecją (39,8%), Polską (33,0%) i Holandią (22,9%). Mimo, że różnice w zgłaszalności na kolonoskopię przesiewową między krajami były obserwowane wcześniej nie wiadomo było dotąd czy wynikają one z różnic w schematach zaproszeń czy różnic socjologicznych między krajami (świadomość publiczna, wstyd związany z chorobą jelita grubego, postrzeganie kolonoskopii itd.). Drugą obserwacją był istotny odsetek silnego lub średnio silnego bólu w trakcie kolonoskopii (20,3%) oraz po kolonoskopii (16,9%). Możliwe jest istotne zmniejszenie tych odsetków poprzez odpowiednią kwalifikację do badań w znieczuleniu i prawdopodobnie poprawie sposobu szkolenia w kolonoskopii oraz użyciu dwutlenku węgla do insulfacji w czasie kolonoskopii. Kolejnym ważnym wynikiem badania była obserwowana wysoka skuteczność kolonoskopii w wykrywaniu gruczolaków (30,7%), osiągalności kątnicy (97,2%) i odsetku istotnych powikłań (0,15%), które wskazują, że kluczowe wskaźniki jakości kolonoskopii mogą zostać uzyskane na poziomie populacyjnym. Niemniej ważną obserwacją było również to, że mimo starannego wybrania lekarzy do realizacji badań profilaktycznych w tym projekcie i uzyskania wysokich średnich wartości wskaźników jakości, wciąż około 25% lekarzy nie osiągnęło wartości docelowych dla niektórych z tych wskaźników. Wskazuje to na konieczność poprawy schematów szkolenia w kolonoskopii i podnoszenia jakości kolonoskopii przesiewowej, o których będzie mowa w dalszej części omawiania bieżącego cyklu publikacji.

Mimo, że ostateczne wyniki badania NordICC dotyczące wpływu na umieralność i zachorowalność na RJG będą dostępne dopiero za około 12 lat, już pierwsze opublikowane wyniki są szeroko dyskutowane (liczne prezentacje międzynarodowe na spotkaniach World Endoscopy Organization, Digestive Disease Week i United European Gastroenterology Week – patrz pkt. 5.E.7, 5.E.10, 5.F.16) i wykorzystywane w Polsce i na świecie. W Programie Badań Przesiewowych RJG w Polsce wdrożono system zaproszeń na kolonoskopię przesiewową oraz system oceny satysfakcji uczestników wypracowane w projekcie NordICC. Ostateczne wyniki projektu NordICC staną się podstawą światowych wytycznych dotyczących badań przesiewowych w RJG. Ponadto w wyniku ścisłej współpracy przy projekcie NordICC z czołowymi europejskimi naukowcami zajmującymi się badaniami przesiewowymi w RJG możliwe było wspólne rozpoczęcie kolejnych wielkoskalowych badań, takich jak projekt EPOS (the European Polyp Surveillance Trials: grupa powiązanych wieloośrodkowych badań z randomizacją dotycząca nadzoru onkologicznego polipów jelita grubego), w którym jestem jednym z głównych współ-badaczy (Co-PI).¹¹

Kolejnym problemem związanym z badaniami przesiewowymi RJG był brak wiarygodnej metody oceny skuteczności prowadzonych działań profilaktycznych po ich wdrożeniu w populacji. Ocena skuteczności programu profilaktycznego po jego wdrożeniu w populacji jest ważna, gdyż jakość rutynowo wykonywanych badań przesiewowych może nie być taka sama jak w ściśle kontrolowanym i prowadzonym w ośrodkach akademickich badaniu z randomizacją.^{12, 13} Ponadto epidemiologia raka może się zmieniać niezależnie od prowadzonych badań profilaktycznych a skuteczność leczenia objawowego raka ulegać poprawie dzięki udoskonaleniu leczenia chirurgicznego, chemioterapii i radioterapii.¹⁴ Te zmiany w dłuższej perspektywie mogą doprowadzić do sytuacji, w której prowadzenie badań profilaktycznych nie będzie miało klinicznego uzasadnienia.¹³ Dotychczas skuteczność populacyjnych programów profilaktycznych oceniano obserwując zmiany zachorowalności i umieralności z powodu RJG w całej populacji. Ze względu na brak odpowiednich grup kontrolnych nie można było odróżnić czy obserwowane zmiany w zachorowalności i umieralności na RJG wynikają z prowadzonego programu profilaktycznego, czy może ze zmian w epidemiologii lub skuteczności leczenia. W odpowiedzi na ten problem zaproponowano, aby programy profilaktyczne były wprowadzane w postaci randomizowanych interwencji w zdrowie publiczne.^{12, 15}

Celem drugiej pracy stanowiącej osiągnięcie naukowe do habilitacji jest publikacja (pkt. 4.A.2), w której opisaliśmy konstrukcję i wdrożenie pierwszego na świecie populacyjnego programu przesiewowej kolonoskopii w postaci randomizowanej interwencji w zdrowie publiczne (Kaminski MF, Kraszewska E, Rupinski M, Laskowska M, Wieszczy P, Regula J. Design of the Polish Colonoscopy Screening Program: a randomized health services study. *Endoscopy*. 2015 Dec;47(12):1144-50. doi: 10.1055/s-0034-1392769.). Jestem głównym autorem populacyjnego programu i jego współ-koordynatorem w Polsce (wspólnie z Prof. Jarosławem Regułą) od czasu jego wprowadzenia w 2012 roku. Populacyjny program przesiewowej kolonoskopii został wprowadzony jako naturalne rozwinięcie prowadzonego od 2000 roku programu oportunistycznego. Wykorzystano sieć 92 ośrodków, program poprawy jakości i wyszkolonych w programie oportunistycznym lekarzy, aby stworzyć program populacyjny, ogólnokrajowy i umożliwiający właściwą ocenę jego skuteczności. W programie populacyjnym jednorazowa przesiewowa kolonoskopia oferowana jest osobom w wieku 55-64 lata. Co roku 10% osób z populacji docelowej jest losowane z rejestrów populacyjnych i przydzielane losowo do grupy, która otrzyma natychmiastowe zaproszenie na kolonoskopię (grupa skryningowa) i grupy, która otrzyma zaproszenie za 5 lat (grupa opóźnionego zaproszenia). Takie postępowanie jest uzasadnione etycznie, gdyż nie da się zaprosić wszystkich osób na raz na przesiewową kolonoskopię. Ponadto w trakcie wdrażania programu część roczników urodzeniowych nie będzie objęta programem, gdyż przekroczy wiek 64 lat, dlatego zostanie od razu losowo przydzielona do grupy kontrolnej (nigdy nie zaproszonej). Po pełnym wdrożeniu programu wszystkie osoby w wieku 55-64 lat otrzymają zaproszenie na badanie. Taka konstrukcja stanowi naturalną platformę do oceny skuteczności przesiewowej kolonoskopii w aspekcie krótko- i długo- falowym oraz porównywania skuteczności badań przesiewowych w różnych grupach wiekowych, interwencji mających na celu poprawę jakości kolonoskopii lub zgłaszalności. Do końca 2015 roku (okresu objętego publikacją), do programu włączono 851 535 osób w 24 ośrodkach w Polsce. Konstrukcja ta umożliwia zatem wiarygodną, najwyższej jakości ocenę skuteczności kolonoskopii przesiewowej po wdrożeniu w populacji, pozbawioną właściwie ograniczeń wielkości próby.

Mimo, że do oceny długofalowych efektów programu populacyjnego pozostało jeszcze co najmniej 8 lat, sama konstrukcja programu i wstępne wyniki są szeroko dyskutowane i podawane za przykład do naśladowania. Program wymagał innowacyjnego systemu

informatycznego (SI-PBP), który został stworzony pod kierunkiem dr n. med. Macieja Rupińskiego, wdrożony w całej Polsce i stanowi przykład rozwiązania dla innych krajów. Publikacja wchodząca w skład cyklu (pkt 4.A.2) została zaopatrzona komentarzem edytorskim zatytułowanym „Look to Poland! Conversion from opportunistic screening to a randomized, national screening program for colorectal cancer.”.¹⁶

Istotnym problemem związanym z przesiewową kolonoskopią jest również jakość wykonywanych przez lekarzy badań. Temat ten jest jednym z głównych pól mojej działalności naukowej. Już w 2010 roku wspólnie z zespołem Centrum Onkologii-Instytutu i Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego opublikowałem w the New England Journal of Medicine pracę, która stała się podstawą programów poprawy jakości kolonoskopii przesiewowej na świecie (5.A.1).¹⁷ W pracy tej wykazaliśmy, że częstość wykrywanych gruczolaków (adenoma detection rate, ADR), definiowana, jako odsetek pacjentów, u których lekarz wykrył co najmniej jeden polip gruczolakowaty jest związana z ryzykiem zachorowania na interwałowego RJG (raka, który wystąpił przed zalecanym czasem nadzoru). Następnie grupa naukowców ze Stanów Zjednoczonych potwierdziła te wyniki i rozszerzyła je wykazując związek między ADR a ryzykiem zgonu z powodu RJG.¹⁸ Od czasu publikacji tych dwóch badań ADR stał się kluczowym wskaźnikiem jakości kolonoskopii przesiewowej rekomendowanym przez liczne towarzystwa naukowe.¹⁹⁻²¹ Po tym jak stwierdzono, że wzrost ADR o 1% wiąże się z 3% spadkiem ryzyka zachorowania na interwałowego RJG¹⁸ powstało pytanie w jaki sposób ten parametr można poprawić. Opublikowano kilkanaście prac dotyczących różnych rodzajów interwencji, ale żadna z nich nie przyniosła dobrego rozwiązania.²²

Celem trzeciej pracy stanowiącej osiągnięcie naukowe do habilitacji (pkt. 4.A.3) było zatem zaprojektowanie interwencji zwiększającej ADR lekarzy oraz przetestowanie jej w najwyższej jakości badaniu z randomizacją (Kaminski MF, Anderson J, Valori R, Kraszewska E, Rupinski M, Pachlewski J, Wronska E, Bretthauer M, Thomas-Gibson S, Kuipers EJ, Regula J. Leadership training to improve adenoma detection rate in screening colonoscopy: a randomised trial. Gut. 2016 Apr;65(4):616-24. doi: 10.1136/gutjnl-2014-307503.). Na potrzeby pracy uzyskałem grant Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (kierownik grantu IP2010 016270) oraz nawiązałem współpracę z lekarzami odpowiedzialnymi za szkolenie w kolonoskopii w Wielkiej Brytanii (Dr John Anderson, Dr Roland Valori i Dr Siwan Thomas-

Gibson). Następnie we współpracy z członkami sekcji jakości Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i osobami odpowiedzialnymi za szkolenie w kolonoskopii w Polsce (m.in. Dr Jacek Pachlewski), ekspertami z Wielkiej Brytanii, Holandii i Norwegii opracowaliśmy schemat szkolenia dla liderów-kierowników ośrodków endoskopowych. Idea była taka, że efekt szkolenia, które poprawi ADR kierowników ośrodków endoskopowych zostanie przeniesiony na pozostałych lekarzy pracujących w tych ośrodkach. W latach 2011-2013 przeprowadzono wieloośrodkowe, pojedynczo zaślepione badanie z randomizacją w 40 ośrodkach endoskopowych Programu Badań Przesiewowych RJG w Polsce. Badanie miało cztery fazy – (i) przedinterwencyjną, w której zmierzono ADR liderów i całych ośrodków, (ii) interwencyjną, w której liderów i ich ośrodki endoskopowe losowo przydzielono w stosunku 1:1 do grupy, w której przeprowadzono szkolenie i do grupy, która otrzymała tylko informację zwrotną na temat swoich parametrów jakości, (iii) wczesną fazę pointerwencyjną, w której lekarze byli świadomi, że biorą udział w badaniu i ponownie zmierzono jakość realizowanych przez nich kolonoskopii przesiewowych, oraz (iv) późną fazę pointerwencyjną, w której lekarze nie byli świadomi udziału w badaniu, ale również zmierzono jakość realizowanych przez nich badań. Badanie ostatecznie objęło 24 582 kolonoskopie wykonane przez 38 liderów ośrodków oraz 56 617 kolonoskopii przesiewowych wykonanych przez 138 lekarzy reprezentujących całe ośrodki przesiewowe. Udział w szkoleniu wiązał się istotnym wzrostem ADR liderów i całych ośrodków we wczesnej i w późnej fazie pointerwencyjnej (iloraz szans odpowiednio 1,35; 95% CI 1,10 do 1,66; $p=0,004$ i 1,25; 95% CI 1,04 do 1,50; $p=0,017$).

Tym samym wykazano, że dzięki opracowanemu szkoleniu liderów można poprawić ADR lekarzy liderów oraz całych ośrodków przesiewowych w stopniu istotnie większym niż dzięki samemu przekazywaniu informacji na temat parametrów jakości kolonoskopii przesiewowej. Pośrednim wynikiem tej publikacji było zaproszenie mnie do wygłoszenia licznych wykładów na międzynarodowych kongresach medycznych (5.E.2, 5.F.1,2,4,5), napisania artykułów przeglądowych/komentarzy edytorskich w czołowych pismach gastroenterologicznych (5.A.15,16,19) oraz wybór na przewodniczącego Sekcji Jakości Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i współ-przewodniczącego Komitetu Jakości European Society for Gastrointestinal Endoscopy. Praca otrzymała nagrodę National Scholar Award na United European Gastroenterology Week w 2014 roku, za najlepszą pracę z Polski. Sama publikacja w Gut została nagrodzona I nagrodą Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej za najlepszą

publikację w 2015 roku. Wyniki tej pracy zostały wykorzystane w Programie Badań Przesiewowych RJG, w którym po zakończeniu projektu, w latach 2013-2016 wyszkolono zgodnie z wypracowanym programem blisko 50 liderów kolonoskopii przesiewowej.

Skuteczność i jakość kolonoskopii przesiewowej można potencjalnie poprawić również dzięki postępowi technologicznemu i zastosowaniu zaawansowanych technik obrazowania. Mimo rzeczywistej dostępności wielu technik zaawansowanego obrazowania i niezwykle licznych publikacji na ten temat, techniki te tylko w niewielkim stopniu zostały wdrożone do rutynowej praktyki klinicznej. Powodem tego jest panujące przeświadczenie lekarzy, że są to techniki czasochłonne i wymagające specjalnego szkolenia oraz brak precyzyjnych wytycznych, która z licznych technologii jest przydatna w konkretnych sytuacjach klinicznych.

Celem ostatniej z cyklu prac do habilitacji (pkt. 4.A.4) było dokonanie zestrukturalizowanego wyszukiwania i przeglądu literatury oraz napisanie formalnych wytycznych stosowania zaawansowanych technik obrazowania w kolonoskopii. Praca została wykonana pod auspicjami Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Przewodu Pokarmowego (the European Society of Gastrointestinal Endoscopy, ESGE) i wspólnie z powołaną i kierowaną przeze mnie grupą ekspertów z Europy. Wynikiem licznych spotkań i ponad rocznej pracy było opublikowanie pierwszych na świecie wytycznych dotyczących stosowania zaawansowanych technik obrazowania w kolonoskopii, wraz ze zdefiniowaniem siły rekomendacji i poziomu dowodów wg. systemu GRADE²³ oraz zidentyfikowaniem kluczowych tematów dla dalszych badań naukowych (Kaminski MF, Hassan C, Bisschops R, Pohl J, Pellisé M, Dekker E, Ignjatovic-Wilson A, Hoffman A, Longcroft-Wheaton G, Heresbach D, Dumonceau JM, East JE. Advanced imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2014 May;46(5):435-49. doi: 10.1055/s-0034-1365348.). Spośród 11 zaleceń dwa, które najistotniej mogą wpłynąć na wykorzystanie technologii zaawansowanego obrazowania w kolonoskopii to: (i) ESGE sugeruje, że w sytuacjach ściśle kontrolowanych, wirtualna chromoendoskopia (NBI, FICE, i-SCAN) lub konwencjonalna chromoendoskopia mogą zostać użyte zamiast badania histopatologicznego do optycznego rozpoznania in vivo polipów wielkości ≤ 5 mm. Rozpoznanie optyczne musi być zaraportowane z użyciem zwalidowanych skal, odpowiednio dokumentowane fotograficznie i może zostać przeprowadzone jedynie przez doświadczonych endoskopistów, którzy zostali odpowiednio przeszkoleni i poddani procesowi audytu (słaba

rekomendacja, silna jakość dowodów), (ii) ESGE sugeruje używanie konwencjonalnej lub wirtualnej chromoendoskopii (NBI) z powiększeniem do przewidywania ryzyka inwazyjnego raka i głębokiej inwazji błony podśluzowej w ocenie zmian z zapadnięciem (0-IIc wg. klasyfikacji Paryskiej) oraz niegranulowanych lub mieszanych zmian płaskowyniosłych w jelicie grubym (słaba rekomendacja, średnia jakość dowodów).

Pośrednim wynikiem tej publikacji było zaproszenie mnie do wygłoszenia kilku wykładów na międzynarodowych kongresach medycznych (5.F.1,8,11) oraz poprowadzenia cyklu formalnych warsztatów szkoleniowych z zaawansowanego obrazowania w Polsce (cykl 10 warsztatów w największych miastach Polski, łącznie dla około 400 uczestników).

Podsumowując, cykl prac składających się na osiągnięcie naukowe w znaczący sposób wpłynął na poznanie skuteczności oraz sposoby szkolenia i poprawy jakości kolonoskopii w badaniach przesiewowych raka jelita grubego. Ze względu na to, że wiele z publikacji wchodzących w skład tego osiągnięcia naukowego stanowi część wieloletnich, wieloosrodkowych projektów badawczych, należy się spodziewać, że jego wykorzystanie będzie wzrastać z czasem i w sposób zasadniczy wpływać na kształt badań przesiewowych RJG w przyszłości.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U. Cancer in Poland in 2013. Warsaw: National Cancer Registry of Poland, the Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, 2015.
2. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013;49:1374-403.
3. Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut* 2015;64:1637-49.
4. Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, et al. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med* 2006;355:1863-72.
5. Armaroli P, Villain P, Suonio E, et al. European Code against Cancer, 4th Edition: Cancer screening. *Cancer Epidemiol* 2015;39 Suppl 1:S139-52.
6. Holme O, Bretthauer M, Fretheim A, et al. Flexible sigmoidoscopy versus faecal occult blood testing for colorectal cancer screening in asymptomatic individuals. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:Cd009259.
7. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, et al. Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama* 2016;315:2576-94.
8. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama* 2016;315:2564-75.
9. Bretthauer M, Kaminski MF, Hassan C, et al. America, We Are Confused: The Updated U.S. Preventive Services Task Force Recommendation on Colorectal Cancer Screening. *Ann Intern Med* 2016.

10. Kaminski MF, Bretthauer M, Zauber AG, et al. The NordICC Study: rationale and design of a randomized trial on colonoscopy screening for colorectal cancer. *Endoscopy* 2012;44:695-702.
11. Jover R, Bretthauer M, Dekker E, et al. Rationale and design of the European Polyp Surveillance (EPoS) trials. *Endoscopy* 2016;48:571-8.
12. Bretthauer M, Hoff G. Comparative effectiveness research in cancer screening programmes. *BMJ* 2012;344:e2864.
13. Bretthauer M, Kalager M. Principles, effectiveness and caveats in screening for cancer. *Br J Surg* 2013;100:55-65.
14. Kalager M, Zelen M, Langmark F, et al. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med* 2010;363:1203-10.
15. Hakama M, Malila N, Dillner J. Randomised health services studies. *Int J Cancer* 2012;131:2898-902.
16. Hoff G. Look to Poland! Conversion from opportunistic screening to a randomized, national screening program for colorectal cancer. *Endoscopy* 2015;47:1104-5.
17. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med* 2010;362:1795-1803.
18. Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death. *N Engl J Med* 2014;370:1298-1306.
19. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2015;110:72-90.
20. Rees CJ, Thomas Gibson S, Rutter MD, et al. UK key performance indicators and quality assurance standards for colonoscopy. *Gut* 2016.
21. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF, et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy* 2012;44:957-68.
22. Corley DA, Jensen CD, Marks AR. Can we improve adenoma detection rates? A systematic review of intervention studies. *Gastrointest Endosc* 2011;74:656-65.
23. Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328:1490.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

A. Lista publikacji nie wchodzących w skład osiągnięcia w rozumieniu 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 65, poz. 595 ze zm.)

- I. Publikacje naukowe w czasopismach znajdujących się w bazie Journal Citation Reports (JRC)

Prace oryginalne

1. **Kaminski MF**, Regula J, Kraszewska E, Polkowski M, Wojciechowska U, Didkowska J, Zwierko M, Rupinski M, Nowacki MP, Butruk E. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med* 2010, 362: 1795-803. (IF 53.486, MNiSW 40)
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na jej zaprojektowaniu, zgromadzeniu i przygotowaniu danych, analizie danych i napisaniu pierwszej wersji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 50%.
2. **Kaminski MF**, Polkowski M, Kraszewska E, Rupinski M, Butruk E, Regula J. A score to estimate the likelihood of detecting advanced colorectal neoplasia at colonoscopy. *Gut*. 2014 Jul;63(7):1112-9. doi: 10.1136/gutjnl-2013-304965. (IF 14.66, MNiSW 45)
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na jej zaprojektowaniu, zgromadzeniu i przygotowaniu danych, analizie danych i napisaniu pierwszej wersji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 70%.
3. IJspeert JE, Bevan R, Senore C, **Kaminski MF**, Kuipers EJ, Mroz A, Bessa X, Cassoni P, Hassan C, Repici A, Balaguer F, Rees CJ, Dekker E. Detection rate of serrated polyps and serrated polyposis syndrome in colorectal cancer screening cohorts: a European overview. *Gut*. 2016 Feb 24. pii: gutjnl-2015-310784. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310784 (IF 14.921, MNiSW 50)
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zgromadzeniu i przygotowaniu danych, analizie danych i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.
4. Garborg K, **Kaminski MF**, Lindenburger W, Wiig H, Hasund A, Wronska E, Bie RB, Kleist B, Løvdal L, Holme O, Kalager M, Hoff G, Bretthauer M. Water exchange versus carbon dioxide insufflation in unsedated colonoscopy: a multicenter randomized controlled

trial. Endoscopy. 2015 Mar;47(3):192-9. doi: 10.1055/s-0034-1390795. (IF 5.634, MNiSW 40)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu, zgromadzeniu i przygotowaniu danych, analizie danych i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 30%.

5. Pisera M, **Kaminski MF**, Kraszewska E, Rupinski M, Regula J. Reinvitation to screening colonoscopy: a randomized-controlled trial of reminding letter and invitation to educational meeting on attendance in nonresponders to initial invitation to screening colonoscopy (REINVITE). Eur J Gastroenterol Hepatol. 2016 May;28(5):538-42. (IF 2.093, MNiSW 20)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu, zgromadzeniu i przygotowaniu danych, analizie danych, nadzorze nad pierwszym autorem i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 40%.

6. Jover R, Bretthauer M, Dekker E, Holme Ø, **Kaminski MF**, Løberg M, Zauber AG, Hernán MA, Lansdorp-Vogelaar I, Sunde A, McFadden E, Castells A, Regula J, Quintero E, Pellisé M, Senore C, Kalager M, Dinis-Ribeiro M, Emilsson L, Ransohoff DF, Hoff G, Adami HO. Rationale and design of the European Polyp Surveillance (EPoS) trials. Endoscopy. 2016 Apr 4. [Epub ahead of print] (IF 5.634, MNiSW 40)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 10%.

7. Bugajski M, **Kaminski MF**, Orłowska J, et al. Suspicious macroscopic features of small malignant colorectal polyps. Scand J Gastroenterol. 2015 Apr 11:1-7. (IF 2.199, MNiSW 20)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu, zgromadzeniu i przygotowaniu danych, analizie danych i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 30%.

8. Hassan C, Rex DK, Zullo A, **Kaminski MF**. Efficacy and cost-effectiveness of screening colonoscopy according to the adenoma detection rate. United European Gastroenterol J. 2015 Apr;3(2):200-7. doi: 10.1177/2050640614565199. (IF 2.933, MNiSW 20)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu, i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.

9. **Kaminski MF**, Bretthauer M, Zauber AG, et al. The NordICC Study: Rationale and design of a randomized trial on colonoscopy screening for colorectal cancer. *Endoscopy* 2012; 44:695-702. (IF 5.735, MNiSW 45)
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu, zgromadzeniu i przygotowaniu danych, analizie danych i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 30%.
10. Boguradzka A, Wiszniewski M, **Kaminski MF**, Kraszewska E, Mazurczak-Pluta T, Rzewuska D, Ptasinski A, Regula J. The effect of primary care physician counseling on participation rate and use of sedation in colonoscopy-based colorectal cancer screening program - a randomized controlled study. *Scand J Gastroenterol.* 2014;49:878-84. (IF 2.361, MNiSW 20)
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu badania i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.
11. Kiedrowski M, Mroz A, **Kaminski MF**, Kraszewska E, Orlowska J, Regula J. Predictive factors of proximal advanced neoplasia in the large bowel. *Arch Med Sci* 2014;10:484-9. (IF 2.03, MNiSW 25)
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu, badania i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 10%.
12. Zagorowicz E, Mroz A, Kraszewska E, Rupinski M, **Kaminski MF**, Regula J. Chronic low-dose aspirin use does not alter colonic mucosa in asymptomatic individuals: a prospective cross-sectional study (STROBE 1a). *J Clin Pathol* 2013; Published Online First: [02 Sept 2013] doi:10.1136/jclinpath-2012-201368 (IF 2.915, MNiSW 30)
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu badania i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 10%.
13. Kiedrowski M, Mróz A, **Kamiński MF** i wsp. Proximal shift of advanced adenomas in the large bowel - does it really exist? *Pol Arch Med Wewn* 2012; 122:195-9. (IF 1.833, MNiSW 10)
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu badania i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 10%.
14. Waszczuk-Gajda A, Krzyscin M, **Kaminski M**, Snarski E, Jedrzejczak WW. Wstrząs Posocznicy u pacjentów z chorobami krwi. Analiza sytuacji klinicznej, postępowania i

wyników leczenia u 60 chorych. Pol Arch Med Wewn 2006; 115: 336-344. (IF od czerwca 2012, MNiSW 5)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu, zgromadzeniu i przygotowaniu danych, analizie danych i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.

Przeglądowe/wytyczne/komentarze edytorskie

15. Robertson DJ, **Kaminski MF**, Bretthauer M. Effectiveness, training and quality assurance of colonoscopy screening for colorectal cancer. Gut. 2015 Jun;64(6):982-990. doi: 10.1136/gutjnl-2014-308076. (IF 14.921, MNiSW 50)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/3 manuskryptu i rewizji pozostałych części. Mój udział procentowy szacuję na 30%.

16. **Kaminski MF**, Regula J. Adenoma detection rate at colonoscopy: the good and the bad. Gastroenterology. 2015 Aug;149(2):273-4. (IF 18.187, MNiSW 50)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/2 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 60%.

17. Bretthauer M, **Kaminski MF**, Hassan C, Kalager M, Holme Ø, Hoff G, Løberg M, Regula J, Castells A, Adami HO. America, We Are Confused: The Updated U.S. Preventive Services Task Force Recommendation on Colorectal Cancer Screening. Ann Intern Med. 2016 Nov 8. doi: 10.7326/M16-1805.

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu wspólnie z pierwszym autorem pierwszego draftu manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 30%.

18. Chaber-Ciopinska A, Kiprian D, Kawecki A, **Kaminski MF**. Surveillance of patients at high-risk of squamous cell esophageal cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2016 Dec;30(6):893-900. doi: 10.1016/j.bpg.2016.10.003.

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/3 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 20%.

19. Bretthauer M, Aabakken L, Dekker E, **Kaminski MF**, Rösch T, Hultcrantz R, Suchanek S, Jover R, Kuipers EJ, Bisschops R, Spada C, Valori R, Domagk D, Rees C, Rutter MD; ESGE Quality Improvement Committee. Requirements and standards facilitating quality

improvement for reporting systems in gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2016 Mar;48(3):291-4. doi: 10.1055/s-0042-100186. (IF 5.634, MNiSW 40)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na analizie danych i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 10%.

20. Rutter MD, Senore C, Bisschops R, Domagk D, Valori R, **Kaminski MF**, Spada C, Bretthauer M, Bennett C, Bellisario C, Minozzi S, Hassan C, Rees C, Dinis-Ribeiro M, Hucl T, Ponchon T, Aabakken L, Fockens P. The European Society of Gastrointestinal Endoscopy Quality Improvement Initiative: developing performance measures. *Endoscopy*. 2016 Jan;48(1):81-9. doi: 10.1055/s-0035-1569580. (IF 5.634, MNiSW 40)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na analizie danych i krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 10%.

21. Bugajski M, **Kaminski MF**. Colonoscopy quality indicators: from individual performance to institutional policy. *Endoscopy*. 2015; 47:667-8. (IF 5.634, MNiSW 40)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/2 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.

22. Garborg K, **Kaminski MF**, Bretthauer M. Reply to Ishaq et al. *Endoscopy*. 2015 Oct;47(10):959. (IF 5.634, MNiSW 40)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 10%.

23. **Kaminski MF**, Zagorowicz E. Colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2014 Sep;80(3):400-3. doi: 10.1016/j.gie.2014.07.005. (IF 5.369, MNiSW 40)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/2 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.

24. Hassan C, Bretthauer M, **Kaminski MF**, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2013; 45: 142-55. (IF 5.196, MNiSW 45)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na analizie literatury, przygotowaniu części wytycznych, krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.

25. European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group. von Karsa L, Patnick J, Segnan N, Atkin W, Halloran S, Lansdorp-Vogelaar I, Malila N, Minozzi S, Moss S,

Quirke P, Steele RJ, Vieth M, Aabakken L, Altenhofen L, Ancelle-Park R, Antoljak N, Anttila A, Armaroli P, Arrossi S, Austoker J, Banzi R, Bellisario C, Blom J, Brenner H, Bretthauer M, Camargo Cancela M, Costamagna G, Cuzick J, Dai M, Daniel J, Dekker E, Delicata N, Ducarroz S, Erfkamp H, Espinàs JA, Faivre J, Faulds Wood L, Flugelman A, Frkovic-Grazio S, Geller B, Giordano L, Grazzini G, Green J, Hamashima C, Herrmann C, Hewitson P, Hoff G, Holten I, Jover R, **Kaminski MF**, Kuipers EJ, Kurtinaitis J, Lambert R, Launoy G, Lee W, Leicester R, Leja M, Lieberman D, Lignini T, Lucas E, Lynge E, Mádai S, Marinho J, Maučec Zakotnik J, Minoli G, Monk C, Morais A, Muwonge R, Nadel M, Neamtiu L, Peris Tuser M, Pignone M, Pox C, Primic-Zakelj M, Psaila J, Rabeneck L, Ransohoff D, Rasmussen M, Regula J, Ren J, Rennert G, Rey J, Riddell RH, Risio M, Rodrigues V, Saito H, Sauvaget C, Scharpantgen A, Schmiegel W, Senore C, Siddiqi M, Sighoko D, Smith R, Smith S, Suchanek S, Suonio E, Tong W, Törnberg S, Van Cutsem E, Vignatelli L, Villain P, Voti L, Watanabe H, Watson J, Winawer S, Young G, Zaksas V, Zappa M, Valori R. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy* 2013; 45: 51-59. (IF 5.196, MNiSW 45)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na krytycznej rewizji manuskryptu. Mój udział procentowy szacuję na 1%.

26. **Kaminski MF**, Regula J. Colonoscopy, tumors. *Endoscopy* 2013; 45:1-4. (IF 5.196, MNiSW 45)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/2 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.

27. **Kaminski MF**, Regula J. Now or later? Strategy for removing small colorectal polyps. *Endoscopy*. 2012;44(11):989-90. (IF 5.735, MNiSW 45)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/2 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.

28. Regula J, **Kaminski MF**. Targeting risk groups for screening. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010; 24: 349-58. (IF 2.234, MNiSW 27)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/2 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.

29. **Kaminski MF**, Regula J. Colorectal cancer screening by colonoscopy-current issues. Digestion. 2007;76: 20-5. (IF 2.097, MNiSW 20)

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu 1/2 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.

II. Monografie i publikacje naukowe w czasopismach międzynarodowych lub krajowych innych niż znajdujące się w bazie, o której mowa w pkt I:

1. Reguła J, **Kamiński MF**: Diagnostyka endoskopowa nowotworów. W: Chirurgia Onkologiczna; red. Jeziorski A, Szawłowski A, Towpik E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, tom 2, str 349-360. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu połowy rozdziału i recenzji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.*

2. **Kamiński MF**, Reguła J: Leczenie endoskopowe zmian przednowotworowych i nowotworów. W: Chirurgia Onkologiczna; red. Jeziorski A, Szawłowski A, Towpik E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, tom 2, str 453-468. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu połowy rozdziału i recenzji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.*

3. **Kaminski MF**. W: Wybrane problemy onkologii; red: Towpik E. Wydawnictwo Domena, 2015. ISBN 978-83-938166-2-0. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu rozdziału. Mój udział procentowy szacuję na 100%.*

4. Wretowska D, Pracki M, **Kaminski MF**. Przygotowanie jelita grubego do kolonoskopii. Gastroenterologia Kliniczna 2010; 2: 30-36. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na krytycznej rewizji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.*

5. **Kaminski MF**, Regula J. Considering gender differences when planning a screening program. Curr Colorectal Cancer Rep. 2010, DOI 10.1007/s11888-009-0035-4. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu pierwszej wersji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 70%.*

6. Polkowski M, **Kaminski MF**, Rupinski M. Gastroenterologia. 60-letni mężczyzna z rakiem w polipie esicy wykrytym w kolonoskopii przesiewowej. Medycyna Praktyczna 2011;12:88-91. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na krytycznej rewizji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.*

7. Polkowski M, **Kaminski MF**, Rupinski M. Gastroenterologia. 46-letnia kobieta z błoną śluzową żołądka w górnym odcinku przełyku. *Medycyna Praktyczna* 2012;4:105-107. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na krytycznej rewizji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.*
8. Regula J, **Kaminski MF**. Komentarz do pracy: Zachorowalność i śmiertelność z powodu raka jelita grubego a przesiewowe badanie sigmoidoskopowe – badanie PLCO. *Medycyna Praktyczna* 2012;7-8:3-4. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na krytycznej rewizji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.*
9. Polkowski M, **Kaminski MF**. 62-letni mężczyzna niewłaściwie przygotowany do kolonoskopii przesiewowej. *Medycyna Praktyczna* 2013; 11:77-79. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na krytycznej rewizji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.*
10. Regula J, **Kaminski MF**. Endoscopic colorectal cancer screening provides long-lasting effect. *UEG Journal* 2013; 1:160-1. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na napisaniu połowy artykułu i recenzji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.*
11. Jakubowski A, **Kaminski MF**, Mullner K, Tullasay Z, Regula J. Endoscopic sedation practice In Poland – original paper. *Postępy Nauk Medycznych* 2009; 22:84-94. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zaprojektowaniu badania, zebraniu danych i krytycznej rewizji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 30%.*
12. Kotowski B, **Kaminski MF**, Rupinski M i wsp. Analiza jakości kolonoskopii w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. *Gastroenterologia Kliniczna* 2009; 1: 45-53. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zebraniu danych i krytycznej rewizji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 20%.*
13. Zagorowicz E, Kraszewska E, Rupinski M, **Kaminski M**, Regula J. Preferences for gender of endoscopist change after screening colonoscopy. *Gastroenterologia Polska* 2012; 19:55-59. *Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na zebraniu danych i krytycznej rewizji artykułu. Mój udział procentowy szacuję na 10%.*
14. **Kaminski MF**, Regula J. Znaczenie jakości kolonoskopii przesiewowej. *Przegląd Gastroenterologiczny*. 2007;2: 20-5. (IF 0.0, MNiSW 4) *Mój wkład w powstanie tej*

pracy polegał na napisaniu 1/2 manuskryptu i rewizji pozostałej części. Mój udział procentowy szacuję na 50%.

III. Opracowania zbiorowe, katalogi zbiorów, dokumentacja prac badawczych, ekspertyz:

1. International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Segnan N, Patnick J, von Karsa L (red.). Aabaken L, Altenhofen L, Ancelle-Park R, Antoljak N, Armaroli P, Arrossi S, Atkin W, Austoker J, Blom J, Brenner H, Bretthauer M, Costamagna G, Cuzick J, Dai M, Daniel J, De Margo Cancela M, Dekker E, Delicata N, Ducarroz S, Erfkamp H, Espinas Pinol J, Faivre J, Faulds-Wood L, Flugelman A, Frkovic-Grazio S, Geller B, Giordano L, Grazzini G, Green J, Halloran S, Hamashima C, Herrmenn C, Hewitson P, Hoff G, Holten I, Jover R, **Kaminski M**, von Karsa L, Kuipers E, Kurtinaitis J, Lambert R, Lansdorp-Vogelaar I, Launoy G, Lee WC, Leicester R, Leja M, Lieberman D, Lignini T, Lucas E, Lynge E, Madai S, Malila N, Carlos Marinho J, Minoli G, Morais A, Moss S, Muwonge R, Nadel M, Neamtiu L, Patnick J, Tuser MP, Pignone M, Pox C, Primic-Zakejl M, Psaila JV, Quirke P, Rabeneck L, Ransohoff DF, Rasmussen M, Regula J, Ren J, Rennert G, Rey JF, Riddel RH, Risio M, Rodrigues VJL, Saito H, Sauvaget C, Schrpantgen A, Schmiegel W, Segnan N, Senore C, Siddiqi M, Sighoko D, Smith R, Smith S, Steele RJ, Suchanek S, Suonio E, Tong WM, Tornberg S, Valori R, van Cutsem E, Vieth M, Villian P, Voti L, Watanabe H, Winawer SJ, Young G, Zakotnik JM, Zaskas V, Zappa M. European Union 2010. ISBN 978-92-79-16574-0, doi:10.2772/15379

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na udziale w panelach dyskusyjnych i rewizjach rozdziałów publikacji. Mój udział procentowy szacuję na 1%.

B. Analiza bibliometryczna dorobku

- **Sumaryczny impact factor** według listy Journal Citation Reports (JCR), zgodnie z rokiem opublikowania i sumaryczna punktacja MNiSW, zgodnie z rokiem opublikowania

ANALIZA BIBLIOMETRYCZNA ŁĄCZNA	ILOŚĆ	IF	MNISW
PRZED DOKTORATEM	32	57,817	109
PO DOKTORACIE	50	221,780	1261
RAZEM	82	279,597	1370

- **Liczba cytowań** publikacji według bazy Web of Science (WoS): **982**
- **Indeks Hirscha** według bazy Web of Science (WoS): **9**

C. Kierowanie międzynarodowymi i krajowymi projektami badawczymi oraz udział w takich projektach

1. Program NordICC (Nordic-European Initiative on Colorectal Cancer), od 2008 roku, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (N R13 0024 04 na lata 2008-2011); współkoordynator polskiej części programu a od 2014 roku główny współ-badacz programu
2. Program poprawy wskaźników jakości kolonoskopii przesiewowej: randomizowane badanie dwóch sposobów szkolenia, 2011-2012, grant Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego „luventus Plus” (IP2010 016270); kierownik projektu
3. Experimental population based platform to evaluate and monitor the effectiveness of screening colonoscopy: a population based comparative effectiveness study (PCSP, Polish Colonoscopy Screening Platform), 2012-2015, Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej (TEAM/2012-9/5); Postdoc
4. E-QUALY: Polish-Norwegian project on the effectiveness and quality assurance in endoscopy screening for colorectal cancer, od 2013 roku, Polsko-Norweska Współpraca Badawcza (Pol-Nor/204233/30/2013); lider Workpackage 2
5. EPoS: European Polyp Surveillance Study, od 2015 roku, University of Oslo (Nr Org. 971 035 854/2015); główny współ-badacz i koordynator polskiej części projektu

D. Międzynarodowe i krajowe nagrody za działalność naukową

1. Złota Odznaka Studenckiego Towarzystwa Naukowego, 2005 rok, Akademia Medyczna w Warszawie, nagroda za wybitne osiągnięcia naukowe
2. Stypendium Start z wyróżnieniem, 2011 rok, Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej, nagroda za dokonania naukowe przed 30 rokiem życia
3. Nagroda Indywidualna Dyrektora Centrum Onkologii, 2011 rok, Dyrektor Centrum Onkologii-Instytutu, nagroda za najlepszą pracę naukową w 2010 roku
4. Dr Bares Award, 2011 rok, Promed Praha, nagroda za najlepszą publikację w dziedzinie gastroenterologii w 2010 roku

5. Stypendium dla wybitnych młodych naukowców, 2013 rok, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, za osiągnięcia naukowe przed 35 rokiem życia
6. Nagroda za wyróżnioną rozprawę doktorską, 2013 rok, Prezes Rady Ministrów, za wyróżnioną rozprawę doktorską
7. Nagroda Naukowa Polityki, 2014 rok, Tygodnik Polityka, za osiągnięcia na polu nauki polskiej
8. National Scholar Award, 2014 rok, United European Gastroenterology Federation, za najlepszą pracę z Polski na kongresie UEGW
9. Nagroda Naukowa Zespołowa I st., 2015 rok, Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, za publikację w 2014 roku
10. Nagroda Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, 2016 rok, za publikację „Kaminski MF, Anderson J, Valori R, Kraszewska E, Rupinski M, Pachlewski J, Wronska E, Bretthauer M, Thomas-Gibson S, Kuipers EJ, Regula J. Leadership training to improve adenoma detection rate in screening colonoscopy: a randomised trial. Gut. 2016 Apr;65(4):616-24. doi: 10.1136/gutjnl-2014-307503. Epub 2015 Feb 10.”. Publikacja ta jest jedną z prac wchodzących w skład osiągnięcia naukowego.

E. Wygłoszenie referatów na międzynarodowych i krajowych konferencjach tematycznych

1. Kaminska AO, Kaminski MF, Kraszewska E, Romejko-Wolniewicz E, Sotowska A, Lipinski T, Wrona M, Regula J, Czajkowski K. Nocturnal GERD in pregnancy and its impact on sleep disturbances. Gastroenterology 2015; 148(4):S616., Digestive Disease Week, Washington, May 2015
2. Kaminski MF, Anderson J, Valori RM, Kraszewska E, Rupinski M, Pachlewski J, Wronska E, Bretthauer M, Thomas-Gibson S, Kuipers EJ, Regula J. Leadership training to improve adenoma detection rate in screening colonoscopy: a randomized trial. Gastrointestinal Endoscopy 2015; 81(5) AB172. Digestive Disease Week, Washington, May 2015
3. Kaminski MF, Rupinski M, Wieszczy P, Wojciechowska U, Didkowska J, Kraszewska E, Kobiela J, Franczyk R, Rupinska M, Regula J. Effect of adenoma detection rate improvement on the risk of colorectal cancer and death. Gastroenterology 2015; 148(4): S189. Digestive Disease Week, Washington, May 2015

4. Wieszczy P, Franczyk R, Kaminski MF, Kobiela J, Rupinska M, Kocot B, Rupinski M, Polkowski M, Loberg M, Kalager M, Bretthauer M, Regula J. Risk of colorectal cancer after removal of high risk adenomas. United European Gastroenterology Week, Barcelona, October 2015
5. Januszewicz W, Kaminski MF, Wieszczy P, Wronska E, Bielasik A, Wojciechowska U, Didkowska J, Orłowska J, Regula J. Adenocarcinoma risk in patients registered with Polish Barretts Esophagus Registry (POBER). United European Gastroenterology Week, Barcelona, October 2015
6. Kaminski MF, Polkowski M, Kraszewska E, Rupinski M, Butruk E, Regula J. A risk score to identify subjects at high-average risk of advanced colorectal neoplasia. Gastroenterology 2013; 144 Suppl 1) S603. Digestive Disease Week, Chicago, May 2013
7. Pisera M, Kaminski MF, Kraszewska E, et al. The effect of re-invitation and educational intervention on participation in population based colonoscopy screening among non-responders to initial invitation, a randomized controlled trial (reininvite). Gut 2011; 60(Suppl 3):A83. United European Gastroenterology Week, Stockholm, October 2011
8. Wiszniewski M, Kaminski MF, Rupinski M, et al. Distribution of lifestyle factors and family history of colorectal cancer and the risk of advanced neoplasia in opportunistic versus organized screening. Gut 2011; 60(Suppl 3):A421. United European Gastroenterology Week, Stockholm, October 2011
9. Kaminski MF, Kiedrowski M, Kraszewska E, Orłowska J, Regula J. Risk factors for proximal large serrated polyps. Gut 2010; 59 (Suppl 3) A58. United European Gastroenterology Week, Barcelona, October 2010
10. Bretthauer M, Hoff G, Regula J, Kaminski MF, Kuipers EJ, van Leerdam M, Stefansson T, Pahlman L, Ekbohm A, Leja M, Zauber AG, van Ballegooijen M, Olsson L, Adami HO. Rationale and methods of the first randomized trial on colonoscopy screening for colorectal cancer: the Nordicc (Nordicc-European Initiative On Colorectal Cancer) trial. Gastroenterology 2009; 136: A338. Digestive Disease Week, Chicago, May 2009
11. Kaminski MF, Kraszewska E, Polkowski M, Regula J. Continuous quality improvement of screening colonoscopy: data from a large colorectal cancer screening program. Gastrointest Endosc 2009; 69: AB215. Digestive Disease Week, Chicago, May 2009

12. Orłowska J, Kiedrowski M, Kamiński MF, Reguła J, Butruk E: Hyperplastic polyposis syndrome In asymptomatic patients: the results from the colorectal cancer screening program. *Virchows Archiv* 2009; 455 (suppl1): S47.
13. Kamiński MF, Kraszewska E, Polkowski M, Reguła J. Continuous quality improvement of screening Colonoscopy: data from a large colorectal cancer screening program. *Endoscopy* 2009; 41: A 369. United European Gastroenterology Week, London, October 2009
14. Kamiński MF, Rupiński M, Reguła J. Kiedy endoskopista postanawia zaprezentować nagranie drobnych polipów jelita grubego? 14 listopad 2009, XXXIV Ogólnopolskie Dni Endoskopowe PTG-E, Katowice, Polska.
15. Kamiński M, Polkowski M, Reguła J et al. Prevalence and endoscopic features of rectal neuroendocrine tumors (carcinoids) among 50,148 participants of the Polish colorectal–cancer screening programme. *Gut* 2007; 56: A310. United European Gastroenterology Week, Paris, October 2007
16. Niebisz A, Jasik M, Kamiński M, Wawryszuk A, Karnafel W. The role of the subjective examination in diabetic neuropathy diagnostics. *Diabetic Medicine* 2006;23:196.
17. Jedrzejczak WW, Kamiński MF, Wawryszuk A. Heart infarct as the major cause of early death of hematological patients as identified by autopsy. EHA 11th Annual Congress, Amsterdam 2006.
18. Kamiński MF, Wawryszuk A, Waszczuk A, Jedrzejczak WW. Kinetic of changes in lymphocyte subsets in healthy donors of hematopoietic stem cells for allogeneic transplantations. Leiden International Medical Student Congress, 2005.
19. Niebisz A, Kamiński MF, Wawryszuk A. Badanie podmiotowe w rozpoznawaniu neuropatii cukrzycowej. VII Warszawskie Dni Farmakoterapii Kardiologicznej, Czerwiec 2005.
20. Waszczuk A, Krzyscin M, Kamiński M, Wawryszuk A. Wpływ pierwszego leczenia onkologicznego na zachorowania na następny nowotwór złośliwy. VII Warszawskie Dni Farmakoterapii Kardiologicznej, Czerwiec 2005.
21. Kamiński M, Wawryszuk A, Waszczuk A, Krzyscin M. Jak pojawienie się trzeciego nowotworu wpływa na rokowanie? Analiza przypadków występowania potrójnego raka u chorych leczonych od 1957 – 2004 r. w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii

Skłodowskiej-Curie, Ogólnopolski Kongres Naukowy Młodych Medyków, Warszawa, kwiecień 2005.

22. Waszczuk A, Krzyscin M, Kaminski M, Wawryszuk A. Analiza dwukrotnych zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn leczonych w latach 1950 – 2004 w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Ogólnopolski Kongres Naukowy Młodych Medyków, Warszawa, kwiecień 2005C)

F. Aktywny udział w międzynarodowych i krajowych konferencjach naukowych (wykłady na zaproszenie)

1. Human Skills or High Tech to improve performance in colonoscopy?, IMAGE (International Management Advanced Gastroenterology & Endoscopy), Milan, 16-18 czerwca 2016
2. Improving Colorectal Screening Outcomes through Enhanced Adherence, Training and Quality Training: Improving Colonoscopy Performance – What Works Best?, Digestive Disease Week, 22 maja 2016, San Diego, USA
3. Screening recommendations - every 10 years revisited: issue of interval cancer, World Endoscopy Organization CRC Screening Committee, 20 maja 2016, San Diego, USA
4. Colonoscopy quality measures: An evidence-based, unified approach, United European Gastroenterology Week, 17 październik 2015, Barcelona, Hiszpania
5. Pros and Cons of colonoscopy screening, 25th conference on colonic IIC lesions, 20 września 2015, Yokohama, Japonia
6. Leczenie endoskopowe nowotworów gopp: Mukozektomia i podśluzówkowa dyssekcja, 67 Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich, 11 września 2015, Lublin
7. Screening and Surveillance for Colorectal Cancer: a global perspective. Colonoscopy is the way to go. Disease Digestive Week, 19 maja 2015, Waszyngton, USA
8. Diagnostic collaboration with pathologist: NBI-based assessment of small polyps: clinical implications. The 89th Congress of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society, 29-31 maja 2015, Nagoya, Japonia
9. Missed and interval carcinomas: The truth, ESGE Quality in Endoscopy, Colonoscopy and colonic Neoplasms, Prague, April 17, 2015

10. Colorectal cancer: cure by early detection and local treatment, United European Gastroenterology Week, 19 października 2014, Wiedeń, Austria
11. How to avoid residual and recurrent neoplasia after endoscopic resection? United European Gastroenterology Week , 20 października 2014, Wiedeń, Austria
12. Colorectal cancer screening in Poland, Annual Colorectal Cancer Screening Meeting, 28 listopada 2013, Oslo, Norway
13. To lift or not to lift? That is the question. Annual Colorectal Cancer Screening Meeting, 28 listopada 2013, Oslo, Norway
14. Badania przesiewowe w raku jelita grubego. VI Konferencja Naukowa PTRO, 16 listopada 2013, Poznań
15. Emorragia post resezione endoscopica, Corso Nazionale SIED, 1 października 2013, Napoli, Włochy
16. The NordICC (Nordic-European Initiative on Colorectal Cancer) trial, World Endoscopy Organization CRC Screening Committee, 17 maja 2013, Chicago, USA
17. Jak poprawić skuteczność wykrywania zmian w kolonoskopii? 37 Ogólnopolski Dzień Endoskopowy, 24 listopada 2012, Katowice
18. Jakość diagnostyki i leczenia raka jelita grubego - jak mierzyć i monitorować?, Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, 05 października 2012, Kraków
19. Nadzór po polipektomii w jelicie grubym, XV. Warszawskie Spotkania Gastroenterologiczne, 27 maja 2012, Warszawa, Polska
20. Missed and interval carcinomas. The truth. ESGE Quality in Endoscopy: Colonoscopy and colonic neoplasms, May 4, 2012, Berlin, Germany
21. Methods of increasing participation in colonoscopy screening (3 different RCTs). WEO/OMED Colorectal Cancer Screening Committee Meeting, October 21, 2011, Stockholm, Sweden
22. European Parliament Roundtable Debate on EU Colorectal Cancer Policy, March 03, 2011, Brussels, Belgium
23. Risk factors for proximal large serrated polyps. OMED Colorectal Cancer Screening Committee Meeting, May 1, 2010, New Orleans, US

24. Colorectal linkage studies. NordICC trial – Polish arm. Pan-European Network Meeting. Prospects for improvement in cancer screening and prevention. ECCG-ECN-EUROCOURSE. May 21, 2010, Warsaw, Poland
25. Przeoczenie raka podczas kolonoskopii: przyczyny i skala zjawiska, Warszawskie Spotkania Gastroenterologiczne, 18 września 2010, Warszawa, Polska
26. Obrazy endoskopowe dysplazji i raka w NChZJ, Warszawskie Spotkania Gastroenterologiczne, 19 września 2010, Warszawa, Polska
27. Distribution of lifestyle factors and family history of colorectal cancer and the risk of advanced neoplasia in opportunistic versus organized screening. Colorectal Cancer Screening Implementation and Current Topics in Screening and Diagnosis in Europe Familial Colorectal Cancer, Joint Common Interest Group Workshop UEGF and IDCA/ESDO European Network and International Agency for Research on Cancer Meeting, October 23, 2010, Barcelona, Spain
28. Rozpoznanie chorób zapalnych przewodu pokarmowego - biopsje: skąd, ile, kiedy? VII Andrzejki Gastroenterologiczne, 28 listopada 2009, Warszawa
29. Chromoendoskopia, czyli czy można ułatwić nadzór onkologiczny w chorobach zapalnych jelit, Warszawskie Spotkania Gastroenterologiczne, 14 czerwca 2009, Warszawa, Polska
30. Polish screening policy. Joint UEGF /IDCA Workshop, EU CRC Guidelines Network Meeting, and Advocacy Training, 21-22 November 2009, London, United Kingdom
31. Medico-biological results of screening colonoscopy in Poland. Screening dei tumori del colon-retto: esperienze a confronto. April 4, 2009, Ferrara, Italy

G. Udział w komitetach organizacyjnych międzynarodowych i krajowych konferencji naukowych

1. European Society for Gastrointestinal Endoscopy Quality in Endoscopy Symposium, Colonoscopy and Colonic Neoplasms, Prague, April 17-18, 2015, członek komitetu naukowego
2. United European Gastroenterology Week, 17 październik 2015, Barcelona, Hiszpania, organizator sesji tematycznej

H. Udział w komitetach redakcyjnych i radach naukowych czasopism

1. Endoscopy, od 2015 roku, Thieme Verlaag, Członek międzynarodowego komitetu redakcyjnego
2. Gastrointestinal Endoscopy, od 2015 roku, Elsevier for the American Society for Gastrointestinal Endoscopy, Członek międzynarodowego komitetu redakcyjnego
3. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, Elsevier, 2016, Guest Editor
4. Gastroenterologia Kliniczna, od 2009 roku, Via Medica, Członek Rady Naukowej

I. Członkostwo w międzynarodowych i krajowych organizacjach oraz towarzystwach naukowych

1. European Society for Gastrointestinal Endoscopy, od 2013 roku współprzewodniczący Komisji Jakości
2. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, członek od 2007 roku, od 2012 roku przewodniczący Rady Sekcji Jakości

J. Osiągnięcia dydaktyczne i w zakresie popularyzacji nauki

1. "EndoQuiz", portal edukacyjny dotyczący badań endoskopowych (www.wsgastro.pl/endoquiz), lata 2007-2013, współredaktor
2. Administrator ClinicalTrials.gov w Centrum Onkologii-Instytucie, lata 2009-2013

K. Opieka naukowa nad doktorantami w charakterze opiekuna naukowego lub promotora pomocniczego

1. Małgorzata Pisera, od 2016 roku, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, promotor pomocniczy

L. Opieka naukowa nad studentami i lekarzami w toku specjalizacji

1. Przewodniczący grupy naukowej Programu Badań Przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego w latach 2010-2013, Centrum Onkologii-Instytut, 6 lekarzy

2. Opieka naukowa nad 3 studentami w ramach programu TEAM, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

M. Staże w zagranicznych i krajowych ośrodkach naukowych lub akademickich

1. University of Oslo, Norwegia, 08.2014-12.2014, staż podoktorski
2. Rikshospitalet University Hospital, Oslo, 4 tygodnie, styczeń 2008, stypendium naukowe
3. St. Marks Hospital, London, UK, 2 dni, październik 2011, wizytujący naukowiec

N. Udział w zespołach eksperckich i konkursowych

1. Członek Krajowej Rady ds. Onkologii przy Ministerstwie Zdrowia, od 2016 roku

O. Recenzowanie projektów międzynarodowych i krajowych

1. Dutch Cancer Society, 2016, projekt badawczy, 1 zrecenzowany projekt

P. Recenzowanie publikacji w czasopismach międzynarodowych i krajowych

1. Advances in Therapy, 2008, 1 recenzja
2. European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2009-2011, 3 recenzje
3. Endoscopy, 2011-2016, 14 recenzji
4. Gut, 2011-2016, 13 recenzji
5. American Journal of Gastroenterology, 2013-2016, 7 recenzji
6. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2012-2016, 4 recenzje
7. Gastrointestinal Endoscopy, 2014-2016, 3 recenzje
8. Gastroenterology, 2014-2016, 8 recenzji
9. BMJ, 2015, 1 recenzja
10. Journal of the National Cancer Institute, 2015-2016, 2 recenzje
11. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2015-2016, 2 recenzje
12. United European Gastroenterology Journal, 2015-2016, 2 recenzje

Q. Otrzymane nagrody i wyróżnienia inne niż wymienione w pkt 5.D.

1. Laureat Plebiscytu Polacy z Werwą, 2015 rok, Orlen, Polak z Werwą w kategorii Medycyna

2. Nagroda Dydaktyczna Indywidualna I st., 2015 rok, Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, za osiągnięcia dydaktyczne w 2014 roku

Warszawa, 09.01.2017

Dr n. med. Michał F. Kamiński

.....

Spis treści:

1. Imię i nazwisko	1
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe	1
3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych	1
4. Osiągnięcia wynikające 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 65, poz. 595 ze zm.)	2
A. Tytuł osiągnięcia naukowego	2
B. Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego	2
C. Omówienie celu naukowego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania	3
5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych	
A. Lista publikacji nie wchodzących w skład osiągnięcia w rozumieniu 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 65, poz. 595 ze zm.)	13
B. Analiza bibliometryczna dorobku	21
C. Kierowanie międzynarodowymi i krajowymi projektami badawczymi oraz udział w takich projektach	22
D. Międzynarodowe i krajowe nagrody za działalność naukową	22
E. Wygłoszenie referatów na międzynarodowych i krajowych konferencjach tematycznych	23
F. Aktywny udział w międzynarodowych i krajowych konferencjach naukowych	26
G. Udział w komitetach organizacyjnych międzynarodowych i krajowych konferencji naukowych	28
H. Udział w komitetach redakcyjnych i radach naukowych czasopism	29
I. Członkostwo w międzynarodowych i krajowych organizacjach oraz towarzystwach naukowych	29
J. Osiągnięcia dydaktyczne i w zakresie popularyzacji nauki	29

K. Opieka naukowa nad doktorantami w charakterze opiekuna naukowego lub promotora pomocniczego	29
L. Opieka naukowa nad studentami i lekarzami w toku specjalizacji	29
M. Staże w zagranicznych i krajowych ośrodkach naukowych lub akademickich	30
N. Udział w zespołach eksperckich i konkursowych	30
O. Recenzowanie projektów międzynarodowych i krajowych	30
P. Recenzowanie publikacji w czasopiśmie międzynarodowych i krajowych	30
Q. Otrzymane nagrody i wyróżnienia inne niż wymienione w pkt 5.D.	30