

AUTOREFERAT

dr n. med. Maciej Władysław Sebastian

Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Wrocław 2021

Spis treści

| | |
|---|-------|
| 1. Imię i nazwisko..... | 3 |
| 2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej..... | 3 |
| 3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych..... | 4 |
| 4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy..... | 4-14 |
| 5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej..... | 15-19 |
| 6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę..... | 19-20 |
| 7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej..... | 20-21 |

1. Imię i nazwisko-Maciej Władysław Sebastian

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne- z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej:

2006-dyplom lekarza, Wydział Lekarski Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (lata 2000-2006); 5 rok studiów (lata 2004-2005) zrealizowano w ramach stypendium programu Socrates-Erasmus na Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Niemcy;

2011-uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy doktorskiej pt.: „Gospodarka wapniowo-fosforanowa po operacjach resekcyjnych tarczycy”; Wydział Lekarski Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;

promotor: dr hab. Jerzy Rudnicki;

recenzenci: prof. dr hab. Wojciech Kielan, dr hab. Jacek Szmaja;

2014-uzyskanie tytułu specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej, Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, kierownik specjalizacji: dr hab. Jerzy Rudnicki

2019-uzyskanie tytułu specjalisty w zakresie chirurgii onkologicznej, Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, kierownik specjalizacji: dr n. med. Marcin Ziętek

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych:

2006-2007-staż podyplomowy w Wojewódzkim Szpital Specjalistycznym przy ul. Kamieńskiego 73A we Wrocławiu

2008-2014-rezydentura z chirurgii ogólnej w Klinice Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

2014-do chwili obecnej-starszy asystent w Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

2016-2019-specjalizacja z chirurgii onkologicznej, Oddział Chirurgii Onkologicznej II, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław

2018-do chwili obecnej-adiunkt dydaktyczny w Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy.

Przedmiotem osiągnięcia naukowego, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy jest cykl 6 powiązanych tematycznie oryginalnych artykułów naukowych. Wymienione prace powstały po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych. Uzyskałem zgodę od wszystkich współautorów prac na wykorzystanie ich celem stworzenia rozprawy habilitacyjnej.

- Tytuł osiągnięcia naukowego:

„Zastosowanie śródoperacyjnej laparoskopowej nawigacji ultrasonograficznej w trakcie cholecystektomii oraz adrenalektomii lewostronnej”

- Wykaz publikacji wchodzących w skład cyklu habilitacyjnego

1. **Maciej Sebastian**, Maciej Sroczyński, Jerzy Rudnicki: Using laparoscopic ultrasound to delineate dangerous anatomy during laparoscopic cholecystectomies. Adv Clin Exp Med 2019; 28(8): 1037-1042

IF: 1.514

Pkt. MNiSW: 40

Praca oryginalna

2. **Maciej Sebastian**, Jerzy Rudnicki: Recommendation for cholecystectomy protocol based on intraoperative ultrasound – a single-centre retrospective case-control study. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne 2020

IF: 1.061

Pkt. MNiSW: 40

Praca oryginalna

3. **Maciej Sebastian**, Jerzy Rudnicki: Recommendation for laparoscopic ultrasound guided laparoscopic left lateral transabdominal adrenalectomy. Gland Surg 2020; 9(3): 689-694

IF: 2.190

Pkt. MNiSW: 40

Praca oryginalna

4. **Maciej Sebastian**, Agata Sebastian, Jerzy Rudnicki: Recommendation for photographic documentation of safe laparoscopic cholecystectomy. World J Surg 2020; 45: 81-87

IF: 2.234

Pkt. MNiSW: 100

Praca oryginalna

5. **Maciej Sebastian**, Agata Sebastian, Jerzy Rudnicki: The evaluation of B-SAFE and ultrasonographic landmarks in safe orientation during laparoscopic cholecystectomy. Wideochir Inne Tech Małoinwazyjne 2020; 15(4): 546-552

IF: 1.061

Pkt. MNiSW: 40

Praca oryginalna

6. **Maciej Sebastian**, Jerzy Rudnicki: Laparoscopic ultrasound and safe navigation around the shrunken gallbladder. J Laparoendosc Adv S 2021

IF: 1.404

Pkt. MNiSW: 40

Praca oryginalna

Wstęp

Chirurgia laparoskopowa stanowi obecnie dominujący nurt w chirurgii jamy brzusznej. Jej niewątpliwymi zaletami są mniejsze cięcia chirurgiczne, mniejszy uraz śródoperacyjny i pooperacyjne dolegliwości bólowe, krótszy czas hospitalizacji oraz lepsze efekty funkcjonalne i kosmetyczne.

Oczywiście żaden zabieg operacyjny nie jest pozbawiony możliwych komplikacji i dotyczy to także nowoczesnych technik małoinwazyjnych. O ile

widoczność pola operacyjnego w trakcie operacji laparoskopowej jest dużo lepsza niż w klasycznej chirurgii otwartej, o tyle brak możliwości palpacji narządów i tkanek poza płaszczyzną preparowania, szczególnie w przypadku zmienionych warunków anatomicznych oraz stanu zapalnego, może prowadzić do urazu istotnych struktur naczyniowych i beznaczyniowych. Niezwykle przydatnym narzędziem w tym zakresie jest śródoperacyjna nawigacja ultrasonograficzna, która umożliwia identyfikację struktur anatomicznych poza widoczną płaszczyzną preparowania. W trakcie operacji laparoskopowej końcówka robocza głowicy ultrasonograficznej wprowadzana jest przez jeden z trokarów o średnicy 10mm (miejsce wprowadzania także innych narzędzi chirurgicznych). Przy pomocy śródoperacyjnego badania ultrasonograficznego istnieje możliwość zobrazowania w czasie rzeczywistym patologii wymagającej leczenia operacyjnego, jej wielkości i stosunku do otaczających tkanek, naczyń krwionośnych i narządów oraz innych istotnych struktur, co pozwala na bardziej bezpieczne, dokładne oraz efektywne przeprowadzenie zaplanowanej procedury chirurgicznej. W dopplerowskim badaniu z kolorowym obrazowaniem przepływu można uzyskać informacje o przepływie i kierunku przepływu krwi oraz maksymalnej prędkości przepływu krwi.

Ultrasonografia jest nowoczesną metodą obrazowania narządów człowieka, jest badaniem bezpiecznym i dokładnym, dlatego znajduje szerokie zastosowanie w medycynie. Stale prowadzi się badania dotyczące możliwości występowania niekorzystnego wpływu ultrasonografii na organizm człowieka i do tej pory żadne badania nie wykazały znamienego wpływu tej metody obrazowania na nasze zdrowie. Wykonanie badania ultrasonograficznego nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem śródoperacyjnym i pooperacyjnym dla pacjenta oraz zespołu uczestniczącego w zabiegu. Kończówka robocza głowicy ultrasonograficznej jest

delikatna i atraumatyczna, więc dodatkowo nie uszkadza badanych tkanek. Głowica, która jest wprowadzana do jam ciała jest wielorazowego użytku i po skończonym zabiegu każdorazowo jest sterylizowana w Centralnej Sterylizatorni Szpitala w ustandaryzowany sposób, więc ryzyko zakażenia związanego z użyciem głowicy jest niezwykle małe-identyczne jak w przypadku jakiegokolwiek innego sterylizowanego narzędzia używanego w trakcie zabiegu chirurgicznego.

Ze względu na zakres i charakter wykonywanej działalności zabiegowej w Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz złożoność i istotność możliwych powikłań, w cyklu omawianych publikacji nad zastosowaniem śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej postanowiłem skupić się na zabiegach cholecystektomii laparoskopowej oraz laparoskopowej adrenalektomii lewostronnej z dostępu przezotrzewnowego bocznego.

Ad 1.

Artykuł poświęcony zastosowaniu śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej w trakcie trudnej technicznie cholecystektomii laparoskopowej związanej ze zmienionymi warunkami anatomicznymi, zrostami po wcześniejszych zabiegach operacyjnych lub naciekiem zapalnym utrudniającym preparowanie. Pacjenci zakwalifikowani do badania przebyli wcześniej żółciowe zapalenie trzustki, zostali poddani operacji zaopatrzenia perforacji żołądka lub dwunastnicy, hemikolektomii prawostronnej lub mieli przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego. Wykonanie śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej z opcją duplex-doppler umożliwiło identyfikację struktur więzadła wątrobowego-dwunastniczego: przewodu żółciowego wspólnego, tętnicy wątrobowej właściwej oraz żyły wrotnej u wszystkich

badanych pacjentów i pozwoliło na wyznaczenie bezpiecznej płaszczyzny preparowania ponad strukturami więzadła. U pacjentów, którzy z powodu kamicy i zwężenia dróg żółciowych mieli założoną protezę do dróg żółciowych w trakcie wykonanej przed operacją endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej, proteza była doskonale widoczna w badaniu ultrasonograficznym, co ułatwiało śródoperacyjną nawigację. U żadnego z pacjentów nie doszło do uszkodzenia dróg żółciowych oraz naczyń. Konwersja do operacji klasycznej wykonana u 4.8% pacjentów spowodowana była przewlekłym stanem zapalnym i zwłóknieniem w okolicy więzadła wątrobowo-dwunastniczego, które były laparoskopowo niepreparowalne. Nie było również konieczności wykonywania cholangiografii śródoperacyjnej, która jest czasochłonna, wymaga kaniulacji przewodu pęcherzykowego, podania środka kontrastowego oraz wykonania zdjęć rentgenowskich. Reasumując, śródoperacyjna laparoskopowa nawigacja ultrasonograficzna poprzez wyznaczenie właściwej płaszczyzny preparowania umożliwiła bezpieczne wykonanie trudnej technicznie cholecystektomii laparoskopowej.

Ad 2.

W kolejnej publikacji podjęto próbę wyznaczenia algorytmu postępowania w trakcie kolejnych etapów cholecystektomii laparoskopowej w oparciu o wynik wizualnej identyfikacji struktur trójkąta Calota (przewodu pęcherzykowego oraz tętnicy pęcherzykowej-„widok kluczowy dla bezpieczeństwa zabiegu”) oraz wyniku śródoperacyjnej laparoskopowej nawigacji ultrasonograficznej. W zależności od sytuacji śródoperacyjnej operator prowadzony jest krok po kroku zgodnie z algorytmem przez kolejne etapy zabiegu w celu zapewnienia jak największego

bezpieczeństwa wykonywanej procedury. Pod kontrolą śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej chirurg może wykonać bezpiecznie cholecystektomię laparoskopową, a w przypadku trudnych warunków technicznych laparoskopową cholecystektomię wsteczną lub subtotalną. Jeśli konieczna jest konwersja do zabiegu klasycznego i wykonanie operacji metodą otwartą-cholecystektomii, cholecystektomii subtotalnej lub cholecystostomii jest ona również wykonywana pod kontrolą śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej głowicą dedykowaną do operacji otwartych kompatybilną z wcześniej używanym do operacji laparoskopowej aparatem ultrasonograficznym. Podsumowując, algorytm wykonania cholecystektomii laparoskopowej w oparciu o „widok kluczowy dla bezpieczeństwa zabiegu” oraz zastosowanie śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej prowadzi operatora od początku do końca w trakcie wykonywania zabiegu również w przypadku konieczności wykonania konwersji.

Ad 3.

Artykuł poświęcony zastosowaniu śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej w trakcie laparoskopowej adrenalektomii lewostronnej z dostępu przezotrzewnowego bocznego. Laparoskopowa adrenalektomia po stronie lewej charakteryzuje się brakiem jednoznacznych anatomicznych punktów orientacyjnych, naczyniami krwionośnymi leżącymi w zaotrzewnowej tkance tłuszczowej blisko naczyń nerkowych oraz sąsiedowaniem nadnercza z ogonem trzustki. Warunkami dla pomyślnego przebiegu laparoskopowej adrenalektomii jest dokładna znajomość anatomii przestrzeni zaotrzewnowej, precyzyjna dyssekcja oraz nienaganna hemostaza. Wcześniejsze zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej mogą utrudniać te kroki prowadząc do komplikacji w postaci krwawienia, uszkodzenia

narządów mięszzowych (trzustka, śledziona) oraz problemami z lokalizacją nadnercza, szczególnie jeśli nie jest ono istotnie powiększone. Zastosowanie śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej w porównaniu do grupy bez tego typu nawigacji charakteryzowało się istotnie krótszym czasem operacji, mniejszą ilością konwersji oraz mniejszym krwawieniem operacyjnym. W tej grupie odnotowano również mniejszą ilość pooperacyjnych przetok trzustkowych. Reasumując, zastosowanie śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej pozwoliło na dokładną lokalizację lewego nadnercza oraz jego unaczynienia co skutkowało precyzyjną, celowaną oraz efektywną dyssekcją.

Ad 4.

Kolejny artykuł poświęcony jest problemowi prawidłowej dokumentacji fotograficznej podczas cholecystektomii laparoskopowej. Obok uwidocznienia przewodu pęcherzykowego oraz tętnicy pęcherzykowej jako jedynych dwóch struktur biegnących bezpośrednio do pęcherzyka żółciowego („widok kluczowy dla bezpieczeństwa zabiegu”) niezwykle istotne jest również potwierdzenie właściwej płaszczyzny preparowania przy użyciu śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej. Uzyskana w ten sposób dokumentacja fotograficzna (dwa zdjęcia „widoku kluczowego dla bezpieczeństwa zabiegu” w płaszczyźnie przedniej i tylnej oraz jedno zdjęcie potwierdzające płaszczyznę preparowania wydrukowane z aparatu ultrasonograficznego uwidaczniające charakterystyczną konfigurację przewodu żółciowego wspólnego, tętnicy wątrobowej właściwej oraz żyły wrotnej w więzadle wątrobowo-dwunastniczym na podobieństwo „głowy Myszki Miki”) na jednej kartce w formacie A4 umieszczona jest w historii choroby pacjenta. W ten sposób zarchiwizowana dokumentacja medyczna pozwala na szybkie, dokładne oraz

ekonomicznie efektywne potwierdzenie prawidłowości oraz bezpieczeństwa przeprowadzonej cholecystektomii laparoskopowej co może być użyteczne dla celów edukacyjnych oraz medyczno-prawnych.

Ad 5.

Praca obejmująca zagadnienie oceny właściwych stosunków anatomicznych w trakcie cholecystektomii laparoskopowej przed rozpoczęciem preparowania w okolicy trójkąta Calota. Celem takiego postępowania jest zapewnienie właściwej wysokości oraz orientacji dyssekcji, aby nie uszkodzić struktur więzadła wątrobowo-dwunastniczego. Pierwszą omówioną metodą jest B-SAFE, która oparta jest na wizualnej ocenie obecności pięciu punktów orientacyjnych: dowolnego odcinka drogi żółciowej zewnątrzwątrobowej (B), bruzdy Rouvier'a (S), tętnienia lewej tętnicy wątrobowej po lewej stronie wnęki wątroby (A), bruzdy pępkowej (F) oraz dwunastnicy (E). Drugą metodą omówioną w pracy jest śródoperacyjna nawigacja ultrasonograficzna, oparta na ocenie elementów więzadła wątrobowo-dwunastniczego: przewodu żółciowego, tętnicy wątrobowej właściwej i żyły wrotnej tworzących „głowę Myszki Miki” oraz dwunastnicy. Górny brzeg „głowy Myszki Miki” stanowił odpowiednik bruzdy Rouvier'a. Nie porównywano pomiędzy grupami obecności bruzdy pępkowej ze względu na brak jej odpowiednika w badaniu ultrasonograficznym. Analiza porównawcza wykazała istotnie większą częstość identyfikacji górnego brzegu „głowy Myszki Miki”, drogi żółciowej oraz tętnicy wątrobowej u pacjentów z BMI \geq 30 oraz zwłóknieniem i przewlekłym stanem zapalnym w okolicy szyi pęcherzyka żółciowego w grupie, gdzie wykonano śródoperacyjne badanie ultrasonograficzne. Częstość ultrasonograficznej identyfikacji drogi żółciowej była również istotnie większa w całej grupie badanych pacjentów. Nie

wykazano istotnej różnicy w identyfikacji dwunastnicy oraz nie doszło do uszkodzenia drogi żółciowej. Prawidłowa ocena punktów orientacyjnych umożliwia bezpieczne rozpoczęcie dyssekcji w odpowiedniej płaszczyźnie, bez ryzyka uszkodzenia dróg żółciowych oraz naczyń. Śródoperacyjna nawigacja ultrasonograficzna okazała się narzędziem bardziej skutecznym niż wizualna ocena punktów orientacyjnych B-SAFE. W szczególności dotyczyło to pacjentów otyłych oraz z zaawansowanym przewlekłym procesem zapalnym w okolicy szyi pęcherzyka żółciowego, którzy są częściej narażeni na powikłania związane z błędną oceną anatomii.

Ad 6.

Ostatni artykuł w cyklu omawiający zagadnienie bezpiecznej cholecystektomii laparoskopowej w przypadku skurczonego i zwłókniałego pęcherzyka żółciowego, którego obecność może zwiększać ryzyko uszkodzenia dróg żółciowych lub naczyń. Skurczony i zwłókniały pęcherzyk żółciowy charakteryzuje się okołopęcherzykowym zwłóknieniem, brakiem elastyczności oraz pogrubieniem jego ściany. Jego obecność jest zazwyczaj związana z zaburzoną anatomią w okolicy trójkąta Calota, zaciągnięciem struktur więzadła wątrobowo-dwunastniczego, obliteracją przewodu pęcherzykowego i tętnicy pęcherzykowej oraz zrostami z otaczającymi tkankami. Zastosowanie śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej w porównaniu do wyłącznie wizualnej oceny wiązało się z istotnie krótszym czasem operacji i hospitalizacji oraz istotnie wyższym odsetkiem prawidłowej oceny stosunków anatomicznych. Ilość konwersji była mniejsza w grupie, gdzie stosowano nawigację ultrasonograficzną. W obu grupach nie zanotowano uszkodzenia dróg żółciowych i naczyń. Reasumując, nawigacja wyłącznie wizualna w przypadku skurczonego i zwłókniałego pęcherzyka żółciowego wydaje się niewystarczająca. Zastosowanie

techniki składającej się z wstecznej subtotalnej cholecystektomii z nawigacją ultrasonograficzną wydaje się być optymalną opcją w przypadku tego typu schorzenia.

Podsumowanie

Śródoperacyjna laparoskopowa nawigacja ultrasonograficzna jest badaniem, które w czasie rzeczywistym pozwala na dokładną orientację w polu operacyjnym na każdym etapie zabiegu chirurgicznego. Ze względu na brak potencjalnych skutków ubocznych działania ultrasonografii na organizm człowieka, badanie może być wykonane tyle razy, ile jest to konieczne w celu zobrazowania interesujących nas struktur. Jest wręcz badaniem idealnym dla laparoskopisty, ponieważ umożliwia wgląd poza widoczną płaszczyznę preparowania i celowaną dyssekcję, podnosząc w istotny sposób jakość i bezpieczeństwo przeprowadzanego zabiegu chirurgicznego.

Wyniki opublikowanych prac w cyklu wskazują na konieczność włączenia śródoperacyjnej ultrasonograficznej nawigacji laparoskopowej jako istotnego elementu składowego bezpiecznej cholecystektomii laparoskopowej oraz bezpiecznej laparoskopowej adrenalektomii lewostronnej z dostępu przezotrzewnowego bocznego, szczególnie w przypadku zmienionych warunków anatomicznych oraz trudnej dyssekcji.

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

- Aktywność naukowa na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu w Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej pod kierownictwem Pana prof. dr hab. Jerzego Rudnickiego oraz współpraca z z Kliniką Reumatologii i Chorób Wewnętrznych pod kierownictwem Pana prof. dr hab. Piotra Wilanda, której jestem konsultantem chirurgicznym (wspólne publikacje oraz doniesienie zjazdowe) oraz z Katedrą Patomorfologii i Cytologii Onkologicznej pod kierownictwem Pani prof. dr hab. Agnieszki Hałoń (wspólne publikacje).

Publikacje i doniesienie zjazdowe powstałe w ramach współpracy z Kliniką Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu:

1. Sebastian A, Madej M, **Sebastian M**, Butrym A, Woytala P, Hałoń A, Wiland P. Prevalence and clinical presentation of lymphoproliferative disorder in patients with primary Sjögren's syndrome. Rheumatol Int 2020; 40(3): 399-404

IF: 1.984

Pkt. MNiSW: 70

Praca oryginalna

2. Haczekiewicz K, Sebastian A, Piotrowska A, Misterska-Skóra M, Hałoń A, Skoczyńska M, **Sebastian M**, Wiland P, Dzięgiel P, Podhorska-Okolów M. Immunohistochemical and ultrastructural analysis of sporadic inclusion body myositis: a case series. Rheumatol Int 2019; 39(7): 1291-1301

IF: 1.984

Pkt. MNiSW: 70

Praca oryginalna

3. Sebastian A, Misterska-Skóra M, **Sebastian M**, Kręcichwost R, Haczekiewicz K. Challenges in diagnosis and treatment of sporadic inclusion-body myositis. Adv Clin Exp Med 2018; 27(10): 1453-1457

IF: 1.227

Pkt. MNiSW: 15

Praca oryginalna

4. Sebastian A, **Sebastian M**, Misterska-Skóra M, Woytala P, Jakuszko K, Wiland P. How to Distinguish Patients with pSS among Individuals with Dryness without Invasive Diagnostic Studies. J Immunol Res 2018; 2018: 1060421

IF: 3.404

Pkt. MNiSW: 25

Praca oryginalna

5. Sebastian A, **Sebastian M**, Misterska-Skóra M, Donizy P, Hałoń A, Chlebicki A, Lipiński A, Wiland P. The variety of clinical presentations in IgG4-related disease in Rheumatology. Rheumatol Int 2018; 38(2): 303-309

IF: 2.2

Pkt. MNiSW: 20

Praca oryginalna

6. Sebastian A, Misterska-Skóra M, Silicki J, **Sebastian M**, Wiland P. Chest HRCT findings in patients with primary Sjögren's syndrome. Adv Clin Exp Med 2017; 26(7): 1101-1106

IF: 1.262

Pkt. MNiSW: 15

Praca oryginalna

7. Sebastian A, Mistowska-Skóra M, Podolak-Dawidziak M, Szmyrka-Kaczmarek, **Sebastian M**, Wiland P. Pregnancy exacerbates complications of acquired hemophilia in a patient with systemic lupus erythematosus. Postepy Dermatol Alergol 2015; 32(3): 235-8

IF: 1.342

Pkt. MNiSW: 15

Praca kazuistyczna

8. Mistowska-Skóra M, Sebastian A, Dziągiel P, **Sebastian M**, Wiland P. Inclusion body myositis associated with Sjögren's syndrome. Rheumatol Int. 2013; 33(12): 3083-6

IF: 1.627

Pkt. MNiSW: 20

Praca kazuistyczna

9. Agata Sebastian, Piotr Donizy, **Maciej Sebastian**, Łukasz Lubiński, Patryk Woytala, Artur Lipiński, Agnieszka Hałoń, Piotr Wiland.: Choroba IgG4-zależna a może jednak coś innego - znaczenie badania histopatologicznego w diagnostyce chorób z kręgu IgG4-zależnych W:VII Krajowe Spotkania Reumatologiczne 2019. Toruń 20-21 września 2019 roku. Streszczenia; s.8 poz.P3

Sesja plakatowa

Publikacje powstałe w ramach współpracy z Katedrą Patomorfologii i Cytologii Onkologicznej:

1. **Sebastian M**, Sroczyński M, Donizy P, Rudnicki J. Schwannoma in the porta hepatitis - laparoscopic excision under laparoscopic ultrasound guidance. Wideochir Inne Tech Małoinwazyjne 2017; 12(3): 301-305

IF: 0.852

Pkt. MNiSW: 15

Praca kazuistyczna

2. Sroczyński M, **Sebastian M**, Hałoń A, Rudnicki J, Sebastian A, Agrawal AK, Piekarczyk P. Pancreatic heterotopia in the gallbladder: an incidental finding after cholecystectomy. Folia Histochem Cytobiol 2013; 51(2): 174-7

IF: 1.0

Pkt. MNiSW: 15

Praca kazuistyczna

- Współpraca z Niemieckim Towarzystwem Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie-DGAV) oraz Towarzystwem Chirurgów Niemieckich (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie-DGCH) w ramach których uczestniczę czynnie w zjazdach, kursach chirurgicznych oraz jestem członkiem dwóch grup roboczych DGAV-Grupa Robocza do spraw Chirurgii Kolorektalnej oraz Proktologicznej (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Colo-Proktologie-CACP) oraz Grupy Roboczej do spraw Chirurgii Małoinwazyjnej (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Minimal Invasive Chirurgie-CAMIC).

Doniesienie zjazdowe w ramach DGCH oraz DGAV:

Maciej Sebastian, Maciej Sroczyński, Paweł Piekarz, Jerzy Rudnicki. The use of laparoscopic ultrasound (LUS) in the delineation of dangerous anatomy during laparoscopic cholecystectomy. 133 Kongres Towarzystwa Chirurgów Niemieckich, 26-29 kwiecień 2016, Berlin, Niemcy

Sesja plakatowa połączona z wykładem plenarnym

Udział w stażach i kursach organizowanych przez DGCH oraz DGAV:

| | |
|-----------------------|--|
| 2020.03.02-2020.03.03 | Staż z anatomii chirurgicznej DGAV-Miednica mniejsza i rektum, Instytut Anatomii Uniwersytetu w Kiel, Niemcy |
| 2019.09.23-2019.09.24 | Staż chirurgiczny DGAV- Kompleksowa Chirurgia laparoskopowa-górny odcinek przewodu pokarmowego i chirurgia wątroby oraz dróg żółciowych, Klinika Chirurgiczna Charite Berlin, Niemcy |
| 2014.03.25-2014.03.27 | Kurs otwarte i laparoskopowe techniki chirurgiczne, Kursy w trakcie 131 Zjazdu Chirurgów Niemieckich Berlin, Niemcy |

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę:

W Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pełnię funkcję adiunkta dydaktycznego koordynując i prowadząc zajęcia oraz wykłady dla studentów polskojęzycznych i anglojęzycznych z Wydziału Lekarskiego oraz Lekarsko-Stomatologicznego.

Jestem kierownikiem dwóch projektów badawczych:

- „Śródoperacyjna nawigacja ultrasonograficzna w trakcie laparoskopowych i otwartych zabiegów w obrębie jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej” zarejestrowanym w Centrum Wspierania Nauki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod numerem CWN UMW:BW-24/2020-projekt w trakcie realizacji
- „Analiza porównawcza pomiędzy metodą otwartą i laparoskopową wyłonienia sztucznego odbytu na powłokach jamy brzusznej” zarejestrowanym w Centrum Wspierania Nauki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod numerem CWN UMW: BW-55/2020-projekt w trakcie realizacji

7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej

W swojej pracy zawodowej staram się łączyć dwa obszary-chirurga praktyka oraz chirurga badacza z naciskiem na zastosowanie wyników pracy naukowej dla poprawy wyników i bezpieczeństwa stosowanych procedur leczniczych, stąd też moje zainteresowanie zastosowaniem śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej w trakcie chirurgii laparoskopowej. Według mnie wyniki pracy badawczej chirurga powinny przekładać się na zastosowanie praktyczne, co starałem się zaakcentować w cyklu wyżej omówionych publikacji.

Kolejną niezwykle istotną dla mnie kwestią są kontakty z krajowym i zagranicznym środowiskiem akademickim oraz chirurgicznym. Biegła znajomość języka angielskiego oraz niemieckiego (certyfikaty językowe na poziomie

zaawansowanym z języka angielskiego (CAE) oraz języka niemieckiego (TestDaF) (V rok studiów medycznych odbyłem w ramach programu Socrates-Erasmus w Bochum w Niemczech) umożliwia mi bezproblemowe kontakty z zagranicznymi specjalistami, udział w zjazdach, kursach, stażach i posiedzeniach naukowych oraz niczym nieograniczoną angielsko- i niemieckojęzyczną literaturę, redakcję oraz recenzję artykułów naukowych, co starałem się obszernie udokumentować w wykazie osiągnięć naukowych.



(podpis wnioskodawcy)