



UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

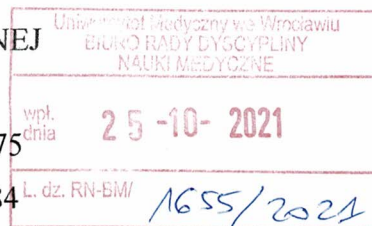
KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ, ENDOKRYNOLOGICZNEJ
I ONKOLOGII GASTROENTEROLOGICZNEJ

ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań

tel.: 61 8691 275

fax: 61 8691 684

e-mail: chirsk2@ump.edu.pl



VIDI:
Halon

Poznań, dnia 21 października 2021 roku

**Ocena całokształtu dorobku naukowego, dydaktycznego
i organizacyjnego dr. n. med. Macieja Władysława Sebastiana
w związku z postępowaniem wszczętym przez Radę Dyscypliny Nauki
Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu**

1. Dane ogólne i wykształcenie

Doktor nauk medycznych Maciej Władysław Sebastian:

- w latach 2000-2006 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (5 rok studiów tj. lata 2004-2005 zrealizowano w ramach stypendium programu Socrates - Erasmus na Ruhr - Universität Bochum w Bochum w Niemczech
- w 2006 r. uzyskał dyplom lekarza na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- w 2011 r. otrzymał stopień doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy doktorskiej pt.: „Gospodarka wapniowo-fosforanowa po operacjach resekcyjnych tarczycy”

na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
promotor dr hab. Jerzy Rudnicki

- w 2014 r. uzyskał tytuł specjalisty w zakresie chirurgii ogólnej wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, kierownik specjalizacji dr hab. Jerzy Rudnicki
- w 2019 r. uzyskał tytuł specjalisty w zakresie chirurgii onkologicznej wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, kierownik specjalizacji dr n. med. Marcin Ziętek

Zatrudnienie w jednostkach naukowych

- 2006-2007 staż podyplomowy w Wojewódzkim Szpital Specjalistycznym przy ul. Kamińskiego 73A we Wrocławiu
- 2008-2014 rezydentura z chirurgii ogólnej w Klinice Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- od 2014 do chwili obecnej starszy asystent w Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- 2016-2019 specjalizacja z chirurgii onkologicznej na Oddziale Chirurgii Onkologicznej II w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu
- od 2018 do chwili obecnej adiunkt dydaktyczny w Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

2. Kwalifikacje dodatkowe – ukończone szkolenia

Przed uzyskaniem stopnia doktora:

- 26.02.2011-4.03.2011 kurs otwarty i laparoskopowe techniki chirurgiczne (AGC Course, Open and laparoscopic surgical techniques including virtual reality training), Davos w Szwajcarii, stypendium Towarzystwa Chirurgów Polskich
- 4.08.2008-30.08.2008 staż chirurgiczny, Charite Campus Mitte Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Urologie w Niemczech

- 6.02.2006–17.02.2006 staż chirurgiczny, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Urologie w Niemczech
- 16.01.2006–3.02.2006 staż chirurgiczny, Charite Campus Mitte Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Urologie w Niemczech
- 5.09.2005-23.09.2005 staż chirurgiczny, Klinikum der Universität München, Urologische Klinik und Poliklinik w Niemczech
- 14.03.2005-8.04.2005 staż chirurgiczny, Chirurgische Universitätsklinik Knappschaftskrankenhaus Bochum w Niemczech
- 9.09.2002-28.09.2002 staż chirurgiczny, praktyka urologiczna dr. med. Frank Walhöfer, Herford w Niemczech
- 1.07.2002-27.07.2002 staż internistyczny, praktyka internistyczna dr. med. Jerzy Skóra, Spenge w Niemczech
- 1.07.2002-26.07.2002 praktyka pielęgniarska, Klinikum Kreis Herford, Herford w Niemczech

Po uzyskaniu stopnia doktora:

- 2.03.2020-3.03.2020 staż z anatomii chirurgicznej DGAV - Miednica mniejsza i rektum, Instytut Anatomii Uniwersytetu w Kiel w Niemczech
- 23.09.2019-24.09.2019 staż chirurgiczny DGAV - Kompleksowa Chirurgia laparoskopowa - górny odcinek przewodu pokarmowego i chirurgia wątroby oraz dróg żółciowych, Klinika Chirurgiczna Charite Berlin w Niemczech
- 8.09.2014-10.09.2014 kurs Laparoskopowe techniki chirurgiczne w leczeniu przepuklin pachwinowych, Aesculap Akademie w Bochum w Niemczech
- 25.03.2014-27.03.2014 kurs Otwarte i laparoskopowe techniki chirurgiczne, kursy w trakcie 131 Zjazdu Chirurgów Niemieckich w Berlinie w Niemczech

- 8.09.2011-9.09.2011 kurs Podstawy chirurgii laparoskopowej - Medizin in Grünen, Wendisch Rietz w Niemczech, stypendium Towarzystwa Chirurgów Polskich
- 29.08.2011-2.09.2011 staż chirurgiczny, Klinika Chirurgii Ogólnej, Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Naczyniowej, Kantospital Baden w Baden w Szwajcarii

3. Najważniejsze osiągnięcia naukowe

Doktor nauk medycznych Maciej Władysław Sebastian jest współautorem cyklu sześciu powiązanych tematycznie oryginalnych artykułów naukowych. Wymienione prace powstały po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych. Kandydat uzyskał 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 Maloinwazyjne 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

Chirurgia laparoskopowa stanowi obecnie jeden z dominujących nurtów w chirurgii jamy brzusznej. Jej niewątpliwymi zaletami są mniejsze cięcia chirurgiczne, mniejszy uraz śródoperacyjny i pooperacyjne dolegliwości bólowe, szybszy powrót perystaltyki, 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, badaniem bezpiecznym i dokładnym, dlatego znajduje szerokie zastosowanie w medycynie. Nieustannie prowadzi się badania dotyczące możliwości występowania niekorzystnego wpływu ultrasonografii na organizm człowieka i do tej pory żadne z nich 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. Końcówka 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 Pan dr Maciej Władysław Sebastian postanowił 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 sąsiednictwem nadnercza z ogonem trzustki. Warunkami dla pozbawionej powikłań 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 i jego usunięciem.

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.

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.

Uważam, że taki sposób postępowania w przypadkach trudnych pozwala na bezpieczne wykonanie zabiegu i uniknięcie powikłań. Wyniki powinny być uporządkowane i mogą stanowić wzór do postępowania.

Wszystkie wymienione publikacje składające się na cykl „Zastosowanie śródoperacyjnej laparoskopowej nawigacji ultrasonograficznej w trakcie cholecystektomii oraz adrenalektomii lewostronnej” są ściśle powiązane tematycznie z badawczymi pracami oryginalnymi. Publikacje te stanowią indywidualne osiągnięcia naukowe kandydata.

4. Współpraca, projekty badawcze

- dr Maciej Władysław Sebastian zna biegle język angielski oraz niemiecki (certyfikaty językowe na poziomie zaawansowanym z języka angielskiego (CAE) oraz języka niemieckiego (TestDaF) (V rok studiów medycznych kandydat odbył w ramach programu Socrates-Erasmus w Bochum w Niemczech), której wynikiem jest 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 kandydat uczestniczy czynnie w zjazdach, kursach chirurgicznych oraz jest członkiem dwóch grup roboczych DGAV: Grupa Robocza do spraw Chirurgii Kolorektalnej oraz Proktologicznej (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Colo-Proktologie-CACP) i Grupy Roboczej do spraw Chirurgii Małoinwazyjnej (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Minimal Invasive Chirurgie – CAMIC).

Doniesienie zjazdowe w ich ramach:

- Maciej Sebastian, Maciej Sroczyński, Paweł Piekarczyk, Jerzy Rudnicki. The use of laparoscopic ultrasound (LUS) in the delineation of dangerous anatomy during laparoscopic cholecystectomy. 133 Kongres Towarzystwa Chirurgów Niemieckich, 26-29 kwietnia 2016r., Berlin w Niemczech
- sesja plakatowa połączona z wykładem plenarnym
- kandydat współpracuje z Kliniką Reumatologii i Chorób Wewnętrznych pod kierownictwem Pana prof. dr hab. Piotra Wilanda, której jest 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. Haczkiwicz K, Sebastian A, Piotrowska A, Misterska-Skóra M, Hałoń A, Skoczyńska M, Sebastian M, Wiland P, Dzięgiel P, Podhorska-Okołów 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, Haczkiwicz 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, Misterska-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. Misterska-Skóra M, Sebastian A, Dzięgiel 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 hepatis - laparoscopic excision under laparoscopic ultrasound guidance. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 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, Piekarz 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

Projekty badawcze

- kandydat jest kierownikiem dwóch projektów badawczych:
 - „Śródoperacyjna nawigacja ultrasonograficzna w trakcie laparoskopowych i otwartych zabiegów w obrębie jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej” zarejestrowany 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” zarejestrowany w Centrum Wspierania Nauki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod numerem CWN UMW: BW-55/2020 - projekt w trakcie realizacji.

Dr Maciej Władysław Sebastian tłumaczy z języka angielskiego i niemieckiego podręczniki medyczne w ramach współpracy z wydawnictwem medycznym Górnicki oraz Urban&Partner (po uzyskaniu stopnia doktora):

- ABC resuscytacji / redakcja Jasmeet Soar, Gavin D. Perkins, Jerry Nolan ; [autorzy tłumaczenia z języka angielskiego: Joanna Godlewska, Piotr Müller, Agata Sebastian, Maciej Sebastian].- Wyd. 3 pol. / pod red. Juliusza Jakubaszki, Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne, 2016
- Atlas anatomii człowieka. [T. 3], Głowa, szyja i układ nerwowy / Sobotta; redaktorzy 23. wydania oryginalnego F. Paulsen i J. Waschke; [tłumaczenie z języka niemieckiego Michał Pająk, Maciej Sebastian] Wrocław : Edra Urban & Partner Wyd. 4 pol. Witold Woźniak i Kazimierz S. Jędrzejewski, rok wydania: 2015.

5. Działalność administracyjno-organizacyjna

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

W swojej pracy zawodowej stara 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 jego zainteresowanie zastosowaniem śródoperacyjnej nawigacji ultrasonograficznej w trakcie chirurgii laparoskopowej.

6. Członkostwo w krajowych i zagranicznych towarzystwach naukowych

Przed uzyskaniem stopnia doktora:

- Towarzystwo Chirurgów Polskich (TChP) członek

Po uzyskaniu stopnia doktora:

- Towarzystwo Chirurgów Polskich (TChP) członek
- Europejskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej (European Society of Surgical Oncology-ESSO) członek
- Towarzystwo Chirurgów Niemieckich (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie-DGCH) członek
- Niemieckie Towarzystwo Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie-DGAV) członek

7. Działalność recenzyjna

Dr Maciej Władysław Sebastian recenzował artykuły dla następujących czasopism:

- PLOS ONE (2020) IF - 2.74
- Surgical Innovation (2020) IF - 1.458
- ecancermedalscience (2020) Pkt. MNiSW - 70

- Scientific Reports (2021) IF - 3.998
- Journal of Medical Insight (JOMI) (2021)
- Art of Surgery (2021)

Wniosek końcowy

Uważam wystąpienie Rady o nadanie tytułu naukowego za uzasadnione, a to z następujących powodów:

Kandydat wykazał się osiągnięciami naukowymi w dużym stopniu przekraczającymi wymagania stawiane w postępowaniu o nadanie tytułu naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych. Jego dorobek naukowy przedstawia się następująco:

- tytuł **Doktora Nauk Medycznych** nadany w 2011r.
- współautor cyklu sześciu publikacji obejmujących jedną tematykę „**Zastosowanie śródoperacyjnej laparoskopowej nawigacji ultrasonograficznej w trakcie cholecystektomii oraz adrenalektomii lewostronnej**”
- ilość punktów **po uzyskaniu stopnia doktora**: Impact Factor **29.421**, Punkty MNiSW **648**
- ilość punktów **przed uzyskaniem stopnia doktora**: Impact Factor **1.898**, Punkty MNiSW **44**
- **wynik całkowity**: Impact Factor **31.319**, Liczba cytowań **74**, Liczba autocytowań **2**, Indeks Hirscha **4**, Punkty MNiSW **692**.

Na zakończenie należy podkreślić wyjątkowo sumienne i dokładne przygotowanie przez dr. Macieja Władysława Sebastiana materiałów dotyczących jego dorobku i osiągnięć naukowych, co sprawiło że zredagowanie recenzji było prawdziwą przyjemnością.

Biorąc pod uwagę wymienione osiągnięcia z całym przekonaniem popieram wniosek Rady Doskonałości Naukowej o nadanie dr. n. med. Maciejowi Władysławowi Sebastianowi tytułu naukowego doktora habilitowanego.

3364750 | Prof. dr hab. n. med. Jacek Szmeja
specjalista chirurg

Prof. dr hab. n. med. Jacek Szmeja