

Woj. 06.04.2022

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
RADA DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE

M. Podhorska-Okolko

prof. dr hab. Marzenna Podhorska-Okolko

BIURO RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE	
wrot. unia	04-04-2022
L. dz. PAN-BM/	499/2022

Ocena Dorobku Naukowego i Osiągnięcia Naukowego dr n. med. Tomasza Porążko

„Cewniki tunelowane w przewlekłej hemodializie - nowe metody rozwiązywania trudnych problemów”

Niniejszą recenzję sporządziłem w związku z postępowaniem o nadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne.

Po wnikliwym zapoznaniu się z dorobkiem naukowym, organizacyjnym i edukacyjnym dr n. med. Tomasza Porążko przedstawionym w nadesłanych kopiach dokumentów wnosząc do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu o dopuszczenie Kandydata do dalszych etapów postępowania habilitacyjnego oraz o nadanie dr n. med. Tomaszowi Porążko stopnia naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie medycyna.

Powyższy wniosek uzasadniają, w mojej opinii, poniżej przedstawione osiągnięcia naukowe, dydaktyczne i organizacyjne Kandydata.

Dr n. med. Tomasz Porążko jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, gdzie uzyskał dyplom lekarza medycyny w 1998 roku. W 2005 roku uzyskał tytuł doktora nauk medycznych, na podstawie obrony pracy doktorskiej pt.: „Ocena wpływu fetuiny – A oraz innych czynników reakcji zapalnej na elastyczność ściany tętnic u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek”, na Wydziale Kształcenia Podyplomowego, w Katedrze i Klinice Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. W 2007 roku uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie choroby wewnętrzne, a w 2010 roku specjalisty w dziedzinie nefrologii.

W latach 2000 – 2008 dr Tomasz Porążko pracował na stanowisku asystenta, a następnie adiunkta w Katedrze i Klinice Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. W latach 2008-2011 pracował jako Registrar, Clinical Fellow, w Central University Hospitals, Manchester Royal Infirmary, w Manchesterze, Wielka Brytania.

Od 2016 do 2018 roku Habilitant pracował jako starszy wykładowca oraz adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Wydziale Pielęgniarstwa, a następnie Fizjoterapii w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu. W latach 2018-19 dr Tomasz Porążko pracował na stanowisku adiunkta w Zakładzie Anatomii, na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Opolskiego, a od 2019 roku w Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Wydziału Lekarskiego, Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego.

Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.) będące podstawą wniosku o wszczęcie postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego

Dr med. Tomasz Porazko przedstawił osiągnięcie naukowe, będące podstawą wniosku o wszczęcie postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego obejmujące cykl publikacji, składającym się z czterech prac oryginalnych. Habilitant jest pierwszym autorem każdej z nich, o łącznej punktacji : IF 8,673, punkty MNiSW 270. Jest to spójny cykl publikacji obejmujących w aspekcie naukowym i praktyce klinicznej wieloletnie doświadczenia habilitanta związane z wykonywaniem zabiegów implantacji cewników tunelowanych, utrzymaniu prawidłowej ich czynności oraz profilaktyce i leczeniu powikłań, związanych z określonym rodzajem dostępu naczyniowego do hemodializy. Cykl publikacji związany z rozprawą habilitacyjną został zatytułowany " Cewniki tunelowane w przewlekłej hemodializie - nowe metody rozwiązywania trudnych problemów".

Cykl publikacji stanowiący osiągnięcie habilitacyjne obejmuje następujące pozycje:

1. Porazko T, Hobot J, Klinger M. Non-invasive tunnelled catheter reposition (NTCR): A simple and safe method to restore central tunnelled catheter function for haemodialysis. *Sci Rep.* 2020 May 18;10(1):8162. doi: 10.1038/s41598-020-64985-3.
2. Porazko T, Hobot J, Ziembik Z, Klinger M. Tunnelled Haemodialysis Catheter Removal: An Underappreciated Problem, Not Always Simple and Safe. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 27;17(9):3027. doi: 10.3390/ijerph17093027.
3. Porazko T, Stasiak E, Klinger M. The Impact of the Introduction of Innovative REDS Scale for the Evaluation of Central Tunnelled Catheter (CTC) Exit Site on Infection Prevention in Long-Term Haemodialyzed Patients. *Front Surg.* 2021 Apr 9;8:629367. doi: 10.3389/fsurg.2021.629367.
4. Porazko T, Piersiak A, Klinger M. The efficacy of single suture for exit site wound closure and stabilization of hemodialysis central tunnelled catheter. *SAGE Open Med.* 2021 May 28;9:20503121211019889. doi: 10.1177/20503121211019889.

W pierwszej pracy cyklu autorzy z Habilitantem na czele badali u pacjentów leczonych hemodializami z dostępem naczyniowym w postaci cewnika tunelowanego efekty leczenia dysfunkcji cewnika pochodzenia zakrzepowego z zastosowaniem manewru płukania cewnika z jednoczesną, krótkotrwałą jego repozycją. Dr Porazko opracował autorską metodę nieinwazyjnej



repozycji cewnika tunelowanego do dializ (ang. non-invasive, tunnelled catheter reposition (NTCR)) bez lub z jednoczasowym płukaniem światła cewnika . W tej pracy dokonano retrospektywnej analiza dokumentacji 297 zabiegów NTCR przeprowadzonych u 114 pacjentów (średnio 2,5 procedury na pacjenta), z powodu dysfunkcji cewnika tunelowanego uniemożliwiającej przeprowadzenie dializy, określonej według ogólnie przyjętej definicji (ERA ERBP). Autorzy określili kryteria powodzenia procedury w postaci pełnego przywrócenia efektywnego przepływu krwi (powyżej 300 ml/min, ciśnienie tętnicze i żyłne w cewniku odpowiednio mniej niż - 250 mmHg), lub częściowego powrotu funkcji cewnika (wartości pośrednie umożliwiające przeprowadzenie zabiegu lub odwrotny sposób podłączenia cewnika do linii dializacyjnych). Kryterium braku powodzenia zabiegu oceniono jako całkowity brak możliwości przeprowadzenia zabiegu hemodializy. W badanej populacji główną pierwotną przyczyną choroby nerek była cukrzycowa choroba nerek (29 %), a średni czas obserwacji około proceduralnej pacjentów wyniósł około 2 lat (22,5 miesiąca). Dominującą była dysfunkcja późna cewnika do dializ (81 %), przeważali chorzy wymagający trzech i więcej procedur (46%) z powodu powtarzających się incydentów upośledzonej czynności linii. Pełną funkcję cewnika uzyskano w 45 % zabiegów, częściową, umożliwiającą przeprowadzenie hemodializy w 41 % przypadków a tylko 14 % manewrów było całkowicie nieskuteczne, stosowano typowe metody farmakologiczne, z użyciem środków trombolitycznych (urokinaza, tkankowy aktywator plazminogenu) lub mechanicznych (usuwanie materiału pętla wewnątrznaczyniową). W dodatkowej analizie u pacjentów w wieku powyżej 75 lat, gdzie cewnik tunelowany był jedyną formą dostępu do naczyń dla hemodializy u pacjentów tej grupy. Zabieg NTCR, przeprowadzony w tej kohorcie, przywrócił przepływ krwi przez cewnik, pełną i wystarczającą do przeprowadzenia zabiegu hemodializy, w ponad 85% przypadków, a efekt ten trwał odpowiednio przez 25, 17 i 27 sesji, po pierwszym, drugim i trzecim manewrze. Fundamentalnym wnioskiem z tej pracy jest stwierdzenie, że zastosowanie autorskiego pomysłu Habilitanta manewru NTCR jest prostym, szybkim, powtarzalnym, bezpiecznym i skutecznym sposobem przywracania funkcji cewnika tunelowanego do hemodializ. Natomiast brak efektu po jego zastosowaniu wskazuje na istotną dysfunkcję dostępu do naczyń i nieskutecznymi mogą okazać się metody farmakologiczne i mechaniczne i finalnie powoduje konieczność wymiany cewnika.

Kolejna praca z cyklu dotyczącego dorobku habilitacyjnego dr Tomasza Porażko dotyczyła oceny konsekwencji klinicznych usuwania cewnika tunelowanego za pomocą dwóch metod wymagających znieczulenia miejscowego. Pierwsza polegała na pociąganiu cewnika do momentu odizolowaniu jego mufy i usunięciu go poprzez podskórny tunel, tzw. metoda przez pociąganie (ang. traction method, TM), natomiast w drugiej metodzie po nacięciu skóry bezpośrednio nad mufą i jej odpreparowaniu przecięcia cewnika dystalnie do mufy i usunięciem czę-

ści wewnątrznaczyniowej oraz podskórnej (cut down method CDM). W tej pracy dokonano analizy szeregu powikłań związanych z cewnikiem tunelowym u 3 pacjentów oraz dokonano analizy dokumentacji 172 zabiegów usunięcia permanentnych cewników do hemodializ przeprowadzonych w Oddziale Nefrologii ze Stacją Dializ oraz Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej USK w Opolu, w latach 2008-2010, trzema metodami; metodą z pociąganiem (TM), drugą, typową metodą z nacięciem i preparacją mufy (CDM) oraz trzecią zmodyfikowaną metodą z nacięciem (MCDM) autorską wprowadzoną przez autora dysertacji.

Dr Porażko z zespołem przeprowadził retrospektywną analizę kompletnej, dostępnej dokumentacji 143 pacjentów, spośród których 76 usunięto cewnik metodą CDM, 67 metodą MCDM.

Badane grupy pacjentów, którym usunięto cewnika metodą CDM i MCDM nie różniły się pod względem wskaźników demograficznych, przyczyn przewlekłej choroby nerek stadium G5, wymagającej leczenia nerkozastępczego.

Liczba typowych powikłań takich jak krwawienie z rany pozabiegowej niewymagające przetoczenia preparatów krwi (13,4, % MCDM vs. 14,5 % CDM), czy jej zakażenie (5.5% MCDM vs. 7.9% CDM) była porównywalna w obu grupach i nieduża. Stwierdzono ponadto, iż starszy wiek chorych sprzyjał krwawieniu pozabiegowemu w grupie MCDM (MD = 16.5, CI 95 [2.00; 28.00], p = 0.023) poza tym nie wykazano innych zależnych sprzyjających, jakimkolwiek powikłaniom w tej grupie jak i w grupie CDM. Jednak najistotniejszą różnicą było wystąpienie tylko w grupie chorych, którym usuwano cewnik typową metodą CDM dwóch przypadków poważnego powikłania w postaci defragmentacji i migracji cewnika do żył centralnych, które wymagało otwartego zabiegu naczyniowego lub endowaskularnego. Najważniejszym wnioskiem tej retrospektywnej analizy było stwierdzenie, iż zastosowanie prostej modyfikacji typowego zabiegu usunięcia cewnika tunelowanego do hemodializ, może zapobiec wystąpieniu poważnych powikłań, wymagających wielospecjalistycznych zabiegów, wydłużenia hospitalizacji, a przede wszystkim korzystnie wpływa na bezpieczeństwo i komfort życia chorego.

Kolejna publikacja z cyklu habilitacyjnego dotyczyła zastosowania w celu identyfikacji infekcji cewników tunelowanych na podstawie autorskiej oceny ujścia cewnika tunelowego opartej na skali opracowanej przez Prof. Zbyluta Twardowskiego, związanej z cewnikami Tenckhoffa oraz skali VICTOR wprowadzonej przez personel stacji dializ Szpitala Uniwersyteckiego w Manchester. Skala opierała się na wynikach badania klinicznego oznaczonego kryptonimem ZOBSEWUJ; ZA – zaczerwienienie OB – obrzęk i ból, SERW – wysięk surowiczy lub ropny, UJ – uważaj na ogólne objawy infekcji. Autor wprowadził 5-stopniową skalę oceny objawów z następowym wdrażaniem określonego postępowania diagnostycznego i leczniczego.

Publikacja oparta była na badaniu obserwacyjnym 48 pacjentów leczonych hemodializą, z dostępem naczyniowym w postaci cewnika tunelowanego do dializ, w stacji dializ USK w Opolu.

Dokonano analizy dokumentacji zakwalifikowanych pacjentów w dwuletnich okresach, przed wprowadzeniem skali ZAOBSERWUJ, od stycznia 2012 roku do grudnia 2013 roku oraz po jej wprowadzeniu, od stycznia 2014 roku do grudnia 2015 roku. Z analizy wynika, że dla 10 (25%) pacjentów cewnik tunelowany w obecnej lokalizacji był ostatnią, możliwą opcją dostępu do naczyń dla hemodializy.

Istotną obserwacją kliniczną było stwierdzenie, że wprowadzenie skali ograniczyło częstość występowania infekcji ujścia cewnika z 0.89 incydentu na 1000 cewniko - dni do średnio 0.35 epizodu, a leczenie farmakologiczne było jedynym sposobem terapii. Autorzy zaobserwowali ponadto, że najcięższe postaci infekcji odcewnikowej z zapaleniem wsierdza czy ropniami przerzutowymi występowały częściej przed wprowadzeniem modyfikacji, 0.7 epizodu na 1000 cewniko - dni vs. 0.4 epizodu na 1000 cewniko - dni.

Fundamentalną obserwacją w tej analizie było stwierdzenie, iż skumulowana częstość występowania infekcji ujścia cewnika w okresie po wprowadzeniu skali ZAOBSERWUJ uległa redukcji o ponad połowę (18.6%, CI95 [6.1%; 29.4%] vs. 53.5%, CI95 [35.9%; 66.2%] log-rank, $p < 0.001$), a zastosowanie skali ZAOBSERWUJ nie wpłynęło także na częstość występowania dysfunkcji dostępu do naczyń.

Absolutnie zgadzam się z kluczowym wnioskiem wynikającym z tej analizy obserwacyjnej, iż skala ZAOBSERWUJ może stanowić przydatne narzędzie optymalizujące proces oceny i raportowania stanu cewnika dializacyjnego i pacjenta. Jednoośrodkowe doświadczenie zastosowania tej metody pozwoliło w danym ośrodku ograniczyć liczbę epizodów infekcji ujścia cewnika tunelowanego do dializ, szczególnie z towarzyszącą infekcją septyczną.

Kolejna publikacja dorobku Habilitanta dotyczy wczesnych i późnych powikłań towarzyszących zabiegowi wszczepienia cewnika tunelowanego do dializ. Autorzy publikacji wskazali na dwie metody wykonania tunelu podskórnego cewnika. Pierwsza, w której implantowany cewnik w całości przeprowadzany jest w kierunku serca przez ujście zewnętrzne i tunel podskórny, a następnie wprowadzany jest do centralnego naczynia żylnego (ang. antegrade method) jako dominująca oraz druga metoda gdzie najpierw przezskórnie implantowana do żyły jest część śródnaczyniowa, a następnie od serca do obwodu, poprzez tunel podskórny, cewnik wprowadzany jest na zewnątrz, po wytworzeniu ujścia na skórze i łączony z końcówką zewnętrzną. W oparciu o wielokrotne zastosowanie praktyczne pierwszej metody dr Porażko zauważył, że zabezpieczenie rany po zabiegowej szwem redukuje ryzyko krwawienia, a także stabilizuje brzegi rany poprawiając jej gojenie, szczególnie u osób w podeszłym wieku.

W celu porównania tych metod, przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji pacjentów, u których Habilitant implantował wraz z współpracownikami cewniki tunelowane do hemodializ, w Oddziale Nefrologii ze Stacją Dializ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w

Opolu. Analizowano dokumentację 373 pacjentów, u których wykonano 449 zabiegów, w danym ośrodku. Kompletna dokumentacja dotyczyła 140 zabiegów u 140 pacjentów wśród których, 70 chorych miało zabezpieczone ujście jednym szwem (SSM – ang. single suture method) i 70, u których użyto dwóch szwów (DSM – ang. double suture method), po implantacji cewnika tylko metodą w kierunku serca. Badanie nie było formalnie randomizowane. Pacjenci z grupy SSM byli istotnie młodsi (60.98 ± 13.76 vs. 65.67 ± 14.24 lat; $p = 0.031$), częściej cewnik tunelowany był dostępem pomostowym w oczekiwaniu na wytworzenie i dojrzewanie przetoki tętniczo – żyłnej lub graftu (62.8% vs. 42.8% ; $p=0.011$). Dysfunkcja przetoki tętniczo – żyłnej, graftu lub dotychczasowego cewnika były częściej wskazaniem do implantacji cewnika tunelowanego w grupie DSM (55.8% vs. 35.9% ; $p=0.011$). Analiza wieloczynnikowa zmiennych wpływających na wystąpienie powikłań krwotocznych wykazała, że liczba płytek krwi miała wartość rokowniczą w stosunku do wystąpienia dużego incydentu w obu grupach (MD = -188.76, CI95 [-328.96; -48.56], $p = 0.009$ w grupie SSM i MD = -128.23, CI95 [-241.69; -14.76], $p = .027$ w grupie DSM). Dodatkowo wartość APTT w grupie SSM była istotna rokowniczo do wystąpienia krwawienia pozabiegowego z ujścia cewnika (wzrost ryzyka o 11% na każdy wzrost wartości APTT o 1, $\exp \beta = 1,11$; 95% CI; $p=0.043$). Interesujące, że wartości APTT oceniane przed zabiegiem mieściły się w zakresach normy (32.22 ± 6.17 vs. 33.76 ± 6.79 ; $p = 0.239$ w grupach SSM i DSM odpowiednio), a wartość odcięcia wynosiła 33.0 s. Nie wykazano w badaniu wpływu innych czynników demograficznych i klinicznych na wystąpienie powikłań krwotocznych po zbiegu założenia cewnika tunelowanego do dializ. Podobnej analizie poddano zmienne, oceniając proces gojenia ran, wrastania mufy cewnika jak i powikłań infekcyjnych. Poza wspomnianym wcześniej przedłużonym procesem gojenia rany ujścia cewnika, częściej obserwowanym w grupie DSM ($11,4$ vs. $5,7\%$; $p = 0.367$), analiza wieloczynnikowa dowiodła, że zastosowanie podwójnego szwu stanowiło istotny czynnik ryzyka wystąpienia infekcji ujścia cewnika także w tej grupie (MD = 11.35 CI95 [2.41; 20.30], $p = 0.021$). Nie wykazano wpływu innych zmiennych demograficznych i klinicznych na proces gojenia i postawienie powikłań infekcyjnych w obu badanych kohortach.

Według mojej wiedzy jest to pierwsze badanie kliniczne, w którym analizowano wpływ zastosowanego sposobu zabezpieczenia szwem ujścia cewnika tunelowanego do hemodializ na jego funkcję i częstość występowania typowych powikłań pozabiegowych takich jak krwawienie, przedłużone gojenie, infekcje odcewnikowe.

Autor wskazuje na istotne ograniczeniem wartości analitycznej tego badania w postaci jego retrospektywnego oraz jednoośrodkowego charakteru. Wskazana jest kontynuacja badań o charakterze randomizowanym i wielośrodkowym.

Istotnym wnioskiem wynikającym z analizy retrospektywnej jest stwierdzenie, iż zabezpiecze-

nia ujścia cewnika tunelowanego do hemodializ jednym szwem jest równie skuteczne jak użycie dwóch szwów, a użycie jednego szwu wiąże się mniejszą traumatyzacją skóry i tkanki podskórnej okolicy ujścia cewnika.

Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych w dorobku naukowym

Na sumaryczny dorobek naukowy dr med. Tomasza Porazko składa się 21 publikacji oraz jedna w czasopiśmie bezwspółczynnika oddziaływania, które w wymiarze parametrycznym osiągnęły 693 punkty w klasyfikacji MNiSW i współczynnik oddziaływania (IF) 41,751. 4 publikacje obejmujące cykl habilitacyjnego uzyskały IF 8,673 i 270,00 punktów MNiSW. Na publikacje, które ukazały się przed cyklem habilitacyjnym przypadają 423,0 punkty. 18 spośród tych prac zostało opublikowanych w czasopismach posiadających współczynnik oddziaływania. Ich sumaryczny IF wyniósł 33,078. Według bazy Web of Science Core Collection publikacje były cytowane 210 razy, uzyskując wskaźnik Hirscha 9.

Zainteresowania naukowe dr med. Tomasza Porazko nie obejmujące cyklu habilitacyjnego dotyczą tematyki związanej z badania nad mechanizmami przyspieszonego starzenia ściany naczyniowej w przewlekłej chorobie nerek; cykl 3 prac (J Ren Nutr. 2008;18(1):83-6; Nephrol Dial Transplant. 2009;24(2):589-96; Nephron Clin Pract. 2009;113(2):c81-7).

Przedstawiono w nich nowatorskie obserwacje na temat udziału ogólnej i miejscowej (w ścianie naczyniowej) reakcji zapalnej oraz niedoboru inhibitorów kalcyfikacji w przedwczesnym rozwoju sztywności naczyń u pacjentów z przewlekłą choroba nerek. We wszystkich publikacjach tego cyklu Habilitant był pierwszym autorem. W 2006 otrzymał nagrodę za najlepszą prezentację wstępnych wyników przez młodego badacza na zjeździe Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego Glasgow.

W 2009 r za publikację z tego cyklu zespół otrzymał nagrodę naukową Ministra Zdrowia.

Drugi wiodący kierunek stanowiły zagadnienia dostępu naczyniowego. Publikacje z tego zakresu ukazały się w czasopismach o międzynarodowym zasięgu (J Vasc Access. 2005;6(2):83-7; Blood Purif. 2006;24(2):190-5; Am J Kidney Dis. 2007;49(6):824-30; Nephrol Dial Transplant.2008;23(4):1318-22; Clin Transplant. 2008;22(2):185-90; J Nephrol. 2008;21(3):363-7). Dotyczyły one doniosłych dla praktyki nefrologicznej problemów wytworzenia przetoki tętniczko-żylniej z własnych naczyń do celów hemodializy u osób powyżej 75 lat, wpływu wytworzonej przetoki na ukrwienie ręki u chorych w podeszłym wieku, możliwości wytworzenia dostępu z własnych naczyń u osób otyłych i wykorzystania do wykonania przetoki żyły odłokciowej i żył przesywających oraz odtworzenia funkcji przetoki u pacjentów powracających do dializoterapii po utracie czynności przeszczepionej nerki. Ten cykl publikacji został wyróżnio-

ny nagrodą naukową Rektora AM we Wrocławiu.

Pozostałe publikacje spoza cyklu habilitacyjnego zajmowały się m.in. takimi problemami jak zaburzenia morfologii i czynności serca u pacjentów leczonych hemodializą i dializą otrzewnową, nadciśnienia w programach hemodializy i dializy otrzewnowej, przyczyn śmiertelności i farmakokinetyki leków immunosupresyjnych u biorców przeszczepu nerki.

Ocena dorobku dydaktycznego, organizacyjnego i popularyzatorskiego oraz współpracy naukowej

Dr med. Tomasz Porażko w latach 2000-2008 roku prowadził zajęcia z przedmiotu Choroby Wewnętrzne i Nefrologia w Klinice Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Wydziału Lekarskiego oraz Wydziałów Zdrowia Publicznego i Stomatologii dla Studentów English Division, Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Od 2008 do 2011 roku jako Clinical Fellow prowadził zajęcia prezentujące techniki dializacyjne dla studentów Faculty of Medicine and Health, University of Manchester.

Habilitant w latach 2016-17 pracował jako starszy wykładowca, a następnie adiunkt naukowo – dydaktyczny na Wydziale Pielęgniarstwa, a potem Fizjoterapii, Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. W tym czasie byłem członkiem komitetu redakcyjnego, działu Choroby Wewnętrzne czasopisma „Puls Uczelni” PMWSZ w Opolu.

Od 2018 roku dr Porażko prowadzi na stanowisku jako adiunkt zajęcia z Anatomii dla studentów Wydziału Lekarskiego, Uniwersytetu Opolskiego, a od 2019 roku jestem adiunktem w Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii, prowadzi zajęcia z Propedeutyki Chorób Wewnętrznych oraz Chorób Wewnętrznych i Nefrologii.

Habilitant jestem członkiem Rady Instytutu Nauk Medycznych, Uniwersytetu Opolskiego.

Od 2020 r jest członkiem rady doradczej międzynarodowego projektu (Student - Run Clinic) studenckich przychodni.

W 2006 r. był wykładowcą Dolnośląskiego Festiwalu Nauki, w obszarze problematyki związanej z chorobami nerek.

Dr Porażko jest promotorem pomocniczym w dwóch otwartych przewodach doktorskich

Wniosek końcowy:

W podsumowaniu stwierdzam, że osiągnięcie naukowe dr n. med. Tomasza Porażko w postaci 4 publikacji głównie o charakterze analizy retrospektywnej (sumaryczny współczynnik wpływu IF; stanowiących IF 8,673, punkty MNiSW 270), stanowią spójny cykl publikacji

obejmujących w aspekcie naukowym i praktyce klinicznej wieloletnie doświadczenia habilitanta związane z wykonywaniem zabiegów implantacji cewników tunelowanych, utrzymaniu prawidłowej ich czynności oraz profilaktyce i leczeniu powikłań związanych z określonym rodzajem dostępu naczyniowego do hemodializy. Habilitant był autorem wielu pomysłów wdrożonych bezpośrednio do codziennej praktyki klinicznej, a doświadczenie kliniczne dr Porażko w obszarze implantacji, diagnostyki i leczenia powikłań dotyczących dostępu naczyniowego w postaci cewników tunelowanych jest unikalne w skali międzynarodowej.

Biorąc pod uwagę osiągnięcie naukowe i pozostałą aktywność naukową oraz znaczące osiągnięcia w obszarze dydaktycznym i organizacyjnym uważam, że dr n. med. Tomasz Porażko spełnia kryteria określone w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.)

Mam zatem zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu wniosek o dopuszczenie dr n. med. Toamsza Porażko do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

Lublin 30.03.2022

prof. dr hab. n. med. Wojciech Załuska



