

Prof. dr hab. n. med. Jacek Zieliński

Gdańsk, 3.03.2023 r.

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Transplantacyjnej i Ogólnej

80-214 Gdańsk, ul. Smoluchowskiego 17

Adres email: jaziel@gumed.edu.pl

Tel. kom: 660 123 402

OCENA

całokształtu dorobku naukowego

Dr n. med. Tomasza Olesińskiego, ze szczególnym uwzględnieniem

osiągnięcia naukowego - cykl publikacji pod tytułem:

Analiza wpływu wybranych czynników klinicznych na wyniki leczenia raka żołądka.

w postępowaniu habilitacyjnym w dziedzinie nauk medycznych, dyscyplina –

medycyna.

Przebieg pracy zawodowej i podstawowe dane o Kandydacie

Tomasz Olesiński po ukończeniu studiów 1990 roku, zdobył dyplom lekarza w Akademii Medycznej w Warszawie. W latach 1990-1995 pracował w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Szpitala Miejskiego w Nakle n/Notecią. W latach 2010-2009 pracował w Klinice Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego (KNGOUP) Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie, a w okresie 08.2008-12.2009- pełnił obowiązki Kierownika. Od 2010 do 2012 pracował w Klinice Nowotworów Układu Pokarmowego (KNUP) Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie, gdzie pełnił obowiązki Kierownika KNUP lub kierownika Oddziału Zabiegowego. W następnym okresie obejmującym lata: 2012-2021 pracował w Klinice Gastroenterologii Onkologicznej (KGO) Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie, pełniąc rolę Kierownika Oddziału Zabiegowego KGO. Od stycznia 2022 do chwili obecnej pracuje w Klinice Nowotworów Układu Pokarmowego i Guzów Neuroendokrynnych Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB) w Warszawie, w której pełni zastępcy Kierownika Kliniki i Kierownika Oddziału I.

Ocena osiągnięcia naukowego w postaci cyklu prac

Osiągnięcie naukowe dr med. Tomasza Olesińskiego stanowi cykl 8 tematycznie powiązanych ze sobą publikacji pt.: *Analiza wpływu wybranych czynników klinicznych na wyniki leczenia raka żołądka*.

Ogólnie w ramach cyklu publikacji Kandydat analizuje czynniki kliniczne, które mogą mieć wpływ na wyniki leczenia RŻ. Dowodzi, że istotnym elementem procesu terapeutycznego jest standaryzacja metod leczenia w ośrodkach wysokospecjalistycznych, właściwe przygotowanie chorych w aspekcie oceny stopnia zaawansowania (lawage i ocena przed rozpoczęciem leczenia dokonana w laparoskopii) jak również oceny i poprawy stanu odżywienia, oraz prowadzenie w okresie okołoperacyjnym (analgezja zewnątrzoponowa). Kompleksowe podejście do procesu leczenia jak i rygorystyczne przestrzeganie przyjętych procedur może być kluczem do ograniczenia powikłań i poprawy wyników leczenia chirurgicznego a tym samym skojarzonego. W badaniach o charakterze molekularnym jako pierwszy Kandydat dowiódł, że polimorfizm rs67085638 w obrębie CCAT1 jest czynnikiem ryzyka rozwoju raka żołądka w populacji polskiej. Wykazał także, że w tej podgrupie chorych odnotowuje się wyższy stopień złośliwości raka, bardziej nasilone naciekanie oraz większą liczbę przerzutów do węzłów chłonnych co prowadzi do szybszej progresji nowotworu.

Poniżej dokonano szczegółowej analizy dorobku naukowego Kandydata.

W publikacji 1 poglądowej: Olesiński T. *Chirurgiczne leczenie raka żołądka dawniej i dziś* opublikowanej w Nowotwory, Journal of Oncology w 2016 roku podsumowano ewolucję chirurgii raka żołądka z uwzględnieniem roli polskich chirurgów- Ludwika Rydygiera i Jana Mikulicza-Radeckiego w tworzeniu jej podwalin. Autor w dalszej części pracy omówił obowiązujące zalecenia chirurgiczne w kontekście zakresu resekcji żołądka i regionalnych węzłów chłonnych, co ma kluczowe znaczenie dla wyleczenia z nowotworu. Przedstawił badania, które pozwoliły ustalić obowiązujący dziś standard limfadenektomii regionalnej- D2, jak również wskazanie do jej ograniczenia lub rozszerzenia. Kolejną część pracy stanowi analiza historyczna i czynnościowa sposobów rekonstrukcji po gastrektomii, co w dużej mierze decyduje o jakości życia chorych po zakończeniu leczenia. Istniejące dwa główne typy rekonstrukcji przewodu pokarmowego są efektem zachowania bądź nie pasażu przez dwunastnicę. Dodatkowym czynnikiem różnicującym pozostaje wytworzenie zbiornika jelitowego poprawiającego jakość życia chorych, szczególnie w pierwszym roku po

gastrektomii. Choć poszukiwania idealnej metody rekonstrukcji doprowadziły do powstania ponad 50 jej odmian, powszechnie stosowana jest dziś głównie (90%) rekonstrukcja typu Roux-en-Y. Daleko jednak odbiega ona od pierwowzoru zaproponowanego przez szwajcarskiego chirurga Cezara Roux.

W publikacji 2: Pierzankowski I, Dmitruk A, Rybski S, Wyrwicz L, **Olesiński T.** *Influence of surgery treatment quality on longtime results gastric cancer combination therapy* przedstawiono fragmenty z analizy grantu wewnętrznego NIO-PIB pt: „Wpływ pooperacyjnej radiochemioterapii na jakość życia i stan odżywienia chorych po całkowitym wycięciu żołądka z powodu raka gruczołowego”, w którym Kandydat był autorem koncepcji i głównym badaczem. Celem pracy była analiza wpływu doświadczenia ośrodka chirurgicznego na odległe wyniki leczenia RŻ, w grupie chorych poddanych następnie leczeniu uzupełniającemu według schematu MacDonalda. Retrospektywnej analizie poddano 154 chorych leczonych operacyjnie, w tym 75(48,7%) w Narodowym Instytucie Onkologii – Państwowym Instytucie Badawczym (NIO – PIB), a 79(51,3%) poza tym ośrodkiem. Kryteria kwalifikacji do leczenia adiuwantowego były analogiczne dla obu grup. Porównywane grupy były statystycznie jednorodne. Przeanalizowano następujące parametry: dane demograficzne, zróżnicowanie nowotworu, zaawansowanie wg klasyfikacji TNM, indeks węzłowy, radykalność leczenia operacyjnego, typ nowotworu wg klasyfikacji Lauren, stopień zaawansowania klinicznego, obecność czynników prognostycznych, całkowity czas przeżycia. Mikroskopową radykalność operacyjną R0 w całej grupie badanej udało się uzyskać u 85,1% (94,7% operowanych w NIO-PIB, 75,9 % poza) chorych, R1- 14,9% (4% w NIO-PIB, 19% poza), a R2 - 4% (0% w NIO - PIB, 5,1% poza). Prawdopodobieństwo 5- letniego przeżycia wyniosło łącznie 41,6 %, przy czym dla grupy chorych operowanych w NIO PIB wyniosło ono 45,3 %, a dla grupy chorych operowanych poza NIO-PIB: 38,0 % ($p=0,628$). Radykalność leczenia operacyjnego była znamienne większa w grupie pacjentów NIO-PIB ($p=0,001$). Różnica w pięcioletnim OS w porównywanych grupach nie jest znamienna statystycznie ($p=0,628$), co może być związane z niewielką liczebnością grupy. Wyniki badania potwierdzają wpływ doświadczenia ośrodka na zakres resekcji i ewentualne wyniki leczenia operacyjnego.

W publikacji 3: Potyrała P, Ogonowska Z, Toboła A, Cyman B, Kiziak M, Pilonis N, Szmajdzińska A, Rutkowski A, **Olesiński T.** *Przydatność klinicznej oceny stanu odżywienia do oceny ryzyka powikłań pooperacyjnych. Czy skala NRS 2002 jest w onkologii potrzebna?*

Nowotwory Journal of Oncology. 2017;67:224–229 DOI: 10.5603/NJO.2017.0029 celem była analiza przydatności stosowanej rutynowo skali NRS 2002 w ocenie ryzyka powikłań pooperacyjnych w leczeniu nowotworów przewodu pokarmowego. Celem drugorzędowym było sprawdzenie czy obowiązek oceny stanu odżywienia chorych hospitalizowanych był realizowany w praktyce klinicznej oraz jakie jest ryzyko niedożywienia w analizowanej grupie. Ocenie szczegółowej poddano 226 chorych operowanych w 2015 roku z powodu nowotworów górnego (95 chorych) i dolnego odcinka przewodu pokarmowego (131 chorych). W badanej grupie było 76 (34%) kobiet, 150 (66%) mężczyzn, mediana wieku 59 (29-85) lat. Ryzyko powikłań analizowano w zależności od oceny ryzyka żywieniowego (NRS 2002), przedoperacyjnego poziom albumin oraz białka całkowitego w surowicy krwi. Ocenie częstości wypełniania skali poddano w dwóch kolejnych latach chorych operowanych z powodu nowotworów piersi i przewodu pokarmowego w Centrum Onkologii w Warszawie. Stopień realizacji obowiązku oceny stanu odżywienia w Oddziale Zabiegowym autora ulegał zmianie w kolejnych latach od jego wprowadzenia. W 2014 roku oceny stanu odżywienia dokonano u 63% (541/864) chorych, a roku 2015 – 83% (845/1024). W 2015 roku 419 (49%) pacjentów w skali NRS-2002 miało mniej niż 3 punkty, natomiast 426 (51%) pacjentów 3 lub więcej punktów (chorzy z dużym ryzykiem żywieniowym).

Brak 100% realizacji obowiązku oceny ryzyka żywieniowego w klinice zabiegowej i jeszcze niższy odsetek ocenianych chorych w Oddziale Onkologii Klinicznej (około 8% hospitalizowanych chorych), był dowodem na niską świadomość zespołu lekarskiego co do ryzyka niedożywienia w populacji onkologicznej, jak i pomimo obowiązku ustawowego ograniczonego korzystania z przydatnych instrumentów oceny klinicznej. Okazało się, że dla RŻ wynik oceny NRS 2002 ≥ 3 był czynnikiem prognostycznym powikłań pooperacyjnych ($p < 0,001$). Potwierdzono częstsze występowanie powikłań również w przypadku obniżenia poziomu w surowicy albumin ($p = 0,018$) i białka całkowitego ($p = 0,025$).

Temat stanu odżywienia i jego wpływu na wyniki leczenia RŻ był postawą konstrukcji koncepcji kolejnego badania pt: „Stan odżywienia jako czynnik ryzyka powikłań po gastrektomii z powodu raka żołądka” w którym analizowano grupę kolejnych 189 chorych po gastrektomii. W analizie wieloczynnikowej potwierdzono zwiększone ryzyko powikłań pooperacyjnych przy obniżonych parametrach żywieniowych; poziom albumin < 35 g/l, NRS 2002 ≥ 3 pkt oraz spadek masy ciała $> 10\%$.

Wyniki omawianego badania jak i jego kontynuacji dowiodły, że powszechnie stosowana i prosta w użyciu skala NRS 2002 jest przydatnym narzędziem w przewidywaniu ryzyka powikłań pooperacyjnych w leczeniu nowotworów przewodu pokarmowego, w tym RŻ. Potwierdziły również konieczność stałego monitorowania stopnia stosowania wprowadzonych standardów medycznych.

W publikacji 4: **Olesiński T**, Urbańska M, Borkowska A, Wieszczy P, Król D, Rucz D, Symonides M. *Does Epidural Analgesia modify the risk of complications after gastrectomy*. Nowotwory, Journal of Oncology. 2021;71(4): 202–211 DOI: 10.5603/NJO.a2021.0030, w której dokonano oceny wpływu analgezji zewnątrzoponowej w czasie gastrektomii z limfadenektomią D2. Gastrektomia z limfadenektomią regionalną D2 jest zabiegiem obciążonym wysokim (40- 50%) ryzykiem powikłań pooperacyjnych, a ich wystąpienie może wiązać się z brakiem możliwości realizacji planu leczenia okołoperacyjnego (3-ci etap: adiuwantowa chł). Istotnym zadaniem zespołu leczącego jest więc eliminowanie czynników, które mogą plan leczenia zaburzyć (np. omawiany wcześniej stan odżywienia). Jednym z nich może być wśród i pooperacyjna właściwa kontrola bólu. Podawanie leków przeciwbólowych bezpośrednio do przestrzeni zewnątrzoponowej eliminuje konieczność podawania działających obwodowo opioidów i tym samym związane z nimi powikłania (wpływ na perystaltykę jelitową, ciśnienie tętnicze, przepływ naczyniowy, itp.). Rozszerzenie łóżyska naczyniowego, kontrola bólu umożliwiającą lepsze oddychanie u chorych z dużą raną nadbrzusza, powinny poprawić warunki gojenia. Analizie retrospektywnej poddano 617/723 chorych (operowanych w Centrum Onkologii w Warszawie w latach 2002-2010), u których wykonano resekcję żołądka z powodu raka, w tym 246 (39,8%) u których w trakcie zabiegu i w okresie pooperacyjnym stosowano zewnątrzoponową analgezję.

Analgezja zewnątrzoponowa w prowadzeniu chorych po resekcji żołądka z powodu raka okazała się postępowaniem bezpiecznym, prowadzącym do spadku ogólnej liczby powikłań pooperacyjnych, a w szczególności powikłań septycznych, zapalenia płuc i odsetka reoperacji. Analiza tak dużej grupy chorych operowanych z powodu RŻ nie znalazła odnośnika w danych z piśmiennictwa i potwierdziła, że właściwa analgezja to nie tylko poprawa komfortu chorych po dużych zabiegach brzusznych, ale też czynnik prognostyczny powikłań pooperacyjnych, pośrednio mogący wpływać na wyniki leczenia.

W publikacji 5: **Olesiński T**, Malinowska M, Zwierko M, Rutkowski A, Szpakowski M, Pogoda K, Nasierowska-Guttmejer A. *Conventional cytology vs. immunocytochemistry in peritoneal washes diagnostics of gastric cancer*. Minerva Chir. 2018 Feb 1. doi: 10.23736/S0026-4733.18.07529-6 celem było sprawdzenie, czy dodatnie wyniki uzyskane w konwencjonalnej cytologii i analizie immunocytochemicznej popłuczyn otrzewnej korelują z ustalonymi czynnikami prognostycznymi i całkowitym przeżyciem (OS) u chorych na RŻ.

Przerzuty do otrzewnej w RŻ dotyczyć mogą blisko 50% chorych i pozostają najgorzej reagująca na paliatywne leczenie systemowe lokalizacją rozsiewu nowotworowego. Poszukiwania alternatywnego do chemioterapii sposobu postępowania z rozsiewem wewnątrzo-trzewnowym doprowadziło do wprowadzenia zabiegów cytoredukcyjnych i chemioterapii dootrzewnowej w hipertermii (HIPEC). Postępowanie takie jednak w RŻ daje efekty jedynie we wczesnej fazie rozsiewu (zajęcie otrzewnej maksymalnie PCI 7/39 pkt). Alternatywą dla biernego oczekiwania na ewentualny rozsiew może być HIPEC stosowany profilaktycznie w grupie chorych z wysokim ryzykiem rozsiewu do otrzewnej, a postępowanie takie zdają się sugerować kolejne badania kliniczne.

Badaniem objęto 271 kolejnych chorych, u których wykonano TG z powodu RŻ. U chorych tych przed rozpoczęciem resekcji wykonywano śródoperacyjnie wewnątrzo-trzewnowy lavage, a uzyskany materiał posyłano do badania cytologicznego. W pierwszej grupie 131 (48,3%) chorych badanie wykonano metodą cytologii konwencjonalnej. Czułość detekcji komórek nowotworowych w otrzewnej w tej metodzie okazała się jednak niska i dlatego grupę drugą 140 (51,7%) chorych poddano analizie immunocytochemicznej z użyciem przeciwciał monoklonalnych przeciwko cytokeratynie 19, cytokeratynie AE1/AE3 i markerowi międzybłoniaka. W tym celu zmieniono również sposób przygotowania materiału poprzez utrwalenie komórek w parafinowym bloku komórkowym (cell block). Obie grupy porównano między sobą. Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem cech kliniczno-demograficznych i OS. Wolne komórki nowotworowe (FCC) wykrywano istotnie rzadziej u pacjentów z grupy cytologii konwencjonalnej niż u pacjentów z grupy immunocytochemii (4,6% vs 12,1%). Dodatni wynik analizy immunocytochemicznej był istotnie częściej związany z obecnością guza pT3/4 (94,1% vs 60,2%), współczynnikiem zajętych węzłów chłonnych $\geq 0,2$ (82,4% vs 43,1%) oraz dodatnim LVI (zajęciem naczyń- 64,7% vs 28,5%). Żadnej z powyższych zależności nie stwierdzono w grupie cytologii konwencjonalnej. Mediana OS u pacjentów z immunocytochemicznie potwierdzonym FCC w popłuczynach otrzewnej była

znacznie krótsza niż u pacjentów bez (11 vs. 45 miesięcy). Ponadto obie grupy różniły się istotnie pod względem 5- (0% vs 43,1%) i 10-letnich OS (0,0% vs 29,3%). W przeciwieństwie do cytologii konwencjonalnej, immunocytochemicznie udokumentowana obecność FCC w popłuczynach otrzewnej koreluje z ustalonymi czynnikami prognostycznymi i OS u chorych na raka żołądka. Kontynuacją badań nad wewnątrzotrzewnową drogą rozsiewu jest mój udział w wieloośrodkowym badaniu GastricCHIMERAtrial.

W publikacji 6: Marcisz-Grzanka K, Wieszczy P, Malinowska M, Wyrwicz L, **Olesiński T**. *Long-term observation of gastric patients with positive immunocytochemistry of peritoneal washing*. Neoplasma. 2022;69:216-223. doi: 10.4149/neo_2021_210329N417. Epub 2021 Dec 6 celem była ocena badania Lavage otrzewnowego na odległe przeżycia po gastrektomii.

W prospektywnym, nierandomizowanym badaniu analizie poddano 157 chorych po częściowym lub całkowitym wycięciu żołądka z powodu raka z limfadenektomią D2, u których po otwarciu jamy brzusznej metodą otrzewnowego lavage uzyskano materiał do badania histopatologicznego. Materiał oceniano w barwieniach HE oraz immunohistochemicznych (z przeciwciałami monoklonalnymi przeciwko cytokeratynie CK-19, CK-AE1/AE3 oraz markerom mesotelialnym). Grupę badaną stanowiło 47 kobiet i 110 mężczyzn w wieku 29–86 (mediana 65lat). Ponieważ w ocenianym okresie leczenie okołoperacyjne nie było postępowaniem standardowym w ocenianej grupie tylko 49 chorych otrzymało leczenie adiuwantowe (16 pacjentów – McDonald CRT, 33 pacjentów– chemioterapia według różnych protokołów), pozostali poddani zostali obserwacji.

W badanej grupie u 12,1% pacjentów potwierdzono obecność wolnych komórek nowotworowych (FCC) w badaniu histopatologicznym. Analiza statystyczna wykazała związek obecności FCC klinicznym zaawansowaniem choroby (wg 7 edycji AJCC TNM), liczbą zajętych węzłów chłonnych (współczynnik węzłów zajętych do usuniętych), naciekaniem naczyń (LVI+) i nerwów (PNI+), stopniem histopatologicznego zróżnicowania, oraz typem nowotworu wg klasyfikacji Laurena. Pozytywny wynik lavage najczęściej obserwowano w typie rozlanym nowotworu (73,7%) według Laurena, stopniu zróżnicowania G3 (84,2%) oraz przy współczynniku węzłowym $\geq 0,20$ (78,9%). Analiza czasu przeżycia chorych wykazała, że 5-letnie OS i 10-letnie OS pacjentów z ujemnym wynikiem lavage były dłuższe niż u pacjentów z wynikiem dodatnim (94,2 vs. 94,7 oraz 85,5 vs 57 odpowiednio). Analiza ta dowodzi, jak istotny wpływ na wyniki leczenia RŻ na dokładny staging przed rozpoczęciem leczenia z uwzględnieniem wyników oceny w laparoskopii diagnostycznej i

badania obecności FCC w płynie z lavage. Pozwala to przygotować się na profilaktyczny HIPEC w połączeniu z gastrektomią i taką kwalifikację w naszym zespole już stosujemy.

W publikacji 7: **Olesiński T**, Lutkowska A, Balcerek A, Sowińska A, Piotrowski P, Trzeciak T, Maj T, Hevelke P, Jagodziński P. *Long noncoding RNA CCAT1 rs67085638 SNP contribution to progression of gastric cancer in the Polish population*. Sci Rep. 2021;11(1):15369. doi: 10.1038/s41598-021-94576-9 celem pracy była ocena wpływu badań genetycznych na przeżycia chorych na raka żołądka w populacji polskiej. Rak żołądka tak jak i inne nowotwory jest wypadkową wpływu czynników środowiskowych i genetycznych. Uznane czynniki środowiskowe to dieta (niska zawartość warzyw i owoców, konserwanty, produkty wędzone itp), palenie tytoniu, promieniowanie czy infekcja *Helicobacter pylori*. Wpływ czynnika genetycznego wydaje się być szczególnie istotny w nowotworach typu rozlanego wg klasyfikacji Laurena. W tej grupie chorych obserwujemy znacznie mniejsze narażenie na czynniki środowiskowe. Prowadzone od lat badania genetyczne potwierdzają silny związek niektórych postaci RŻ z czynnikami genetycznymi. Badania asocjacyjne całego genomu (GWAS) ujawniły wiele wariantów genetycznych, które mogą mieć związek z rozwojem nowotworów żołądka. Badania polimorfizmów pojedynczych nukleotydów (SNP) nie osiągnęły istotności statystycznej w GWAS, ale mogą one mieć wpływ na powstanie i progresję choroby.

Badania Kandydata zostały wykonane na grupie 214 pacjentów chorujących na gruczolakoraka żołądka i 502 osób zdrowych grupy kontrolnej wykazały - **po raz pierwszy** - że polimorfizm rs67085638 w obrębie CCAT1 jest czynnikiem ryzyka rozwoju raka żołądka w populacji polskiej, a także, że poziomy transkryptu BMI1 (B-cell-specific Moloney leukaemia virus insertion site 1) są podwyższone w tkance raka rozwijającego się u homozygotycznych nosicieli CCAT1 rs67085638 T. Wykazaliśmy także w tej podgrupie chorych wyższy stopień złośliwości raka, bardziej nasilone naciekanie oraz większą liczbę przerzutów do węzłów chłonnych, świadczących o szybszej progresji raka żołądka w asocjacji z polimorfizmem CCAT1 rs67085638 T.

Praca w sposób istotny poszerza wiedzę na temat zmian genetycznych które mogą mieć wpływ na powstanie i rozwój RŻ co w rezultacie zbliża nas do kolejnych koncepcji leczenia celowanego opartego o wiedzę na temat molekularnych mechanizmach sprzyjających carcinogenezie. Nieprawidłową ekspresję lncRNA wykazano w wielu nowotworach złośliwych i choć dziś znajomość występujących mutacji jak i zmian w transkrypcji DNA nie zawsze

przekłada się na aspekt terapeutyczny, to jednak projektowanie terapii celowanej powinno zaczynać się od poznania mechanizmów promocji nowotworu.

W publikacji 8: **Olesiński T**, Szpakowski M, Saramak P, Rutkowski A, Jeziorski K.: Preservation of duodenal passage as a determinant of short- and long-term quality of life in gastric cancer patients after total gastrectomy. *Minerva Chir.* 2017;72:368-74. doi: 10.23736/S0026-4733.17.07364-3 celem było porównanie subiektywnej i obiektywnej jakości życia (QoL) pacjentów z RŻ po gastrektomii (TG) z zachowaniem (rekonstrukcja Roux-en-Y) lub bez zachowania pasażu dwunastniczego (rekonstrukcja Henleja-Longmire'a) podczas krótko- i długoterminowej obserwacji. Wobec poprawy wyników leczenia nowotworów ocena jakości życia po leczeniu, szczególnie w długiej perspektywie czasowej, tzn u chorych, których uważamy za wyleczonych z nowotworu nabiera szczególnego znaczenia. Prawidłowa czynność przewodu pokarmowego jest bez wątpienia kluczowym wyznacznikiem jakości życia (QoL) po całkowitym wycięciu żołądka (TG), jednak optymalny sposób rekonstrukcji po tej procedurze jest nadal przedmiotem dyskusji.

Badaniem objęto 68 pacjentów, w tym 37 (54%) osób TG z rekonstrukcją Roux-Y (grupa R-Y) oraz 31 (46%) osób, u których ciągłość przewodu pokarmowego odtworzono za pomocą pętli Henleja-Longmire'a (grupa H-L). Subiektywną i obiektywną jakość życia określono 1 i 10 lat po zabiegu. Podczas każdej wizyty oceniano subiektywną QoL za pomocą kwestionariusza EORTC QLQ-C30, wraz z markerami stanu odżywienia i zgłaszaną częstością występowania objawów charakterystycznych dla zespołu po gastrektomii. Okazało się, że obie grupy nie różniły się istotnie pod względem subiektywnej jakości życia i wskaźników stanu odżywienia po 1 i 10 latach od operacji, a żaden z tych parametrów nie uległ istotnym zmianom między pierwszą a drugą oceną.

Problem jakości życia zależnej od terapii przeciwnowotworowej był powodem analizy grupy chorych poddanych w NIO-PIB w Warszawie terapii adiuwantowej wg schematu MacDonalda-omawiana praca nr 2 dzieła powstała na podstawie grantu wewnętrznego NIO-PIB pt: „Wpływ pooperacyjnej radiochemioterapii na jakość życia i stan odżywienia chorych po całkowitym wycięciu żołądka z powodu raka gruczołowego”. Jestem autorem koncepcji i protokołu tego grantu oraz promotorem pomocniczy opartego o analizę uzyskanych z niego danych doktoratu. Kolejna praca pt: „Wpływ radiochemioterapii na odległą jakość życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka żołądka” autorów Ireneusz Pierzankowski, Adam Dmitruk, Monika Bieniasz, Paulina Wieszczy, Lucjan Wyrwicz, Tomasz Olesiński została przyjęta do

Gastroenterologii Klinicznej. Temat jakości życia oraz konieczności modyfikacji naszego postępowania, w tym właściwego nadzoru onkologicznego, którego celem jest nie tylko poszukiwanie wczesnych nawrotów choroby, ale przede wszystkim dbałość o zapobieganie wynikającym z przebytego leczenia problemom klinicznym, jakimi po gastrektomii są niedożywienie, niedobory witaminowe czy osteoporoza. Właściwa ocena skali problemu w tym przypadku jest kluczem do jego rozwiązywania.

Wartość wskaźnika oddziaływania za cykl publikacji uwzględnionych w osiągnięciu naukowym to 197,347 pkt IF oraz 1998 pkt MNiSW/MEiN

Ocena pozostałego dorobku naukowego oraz aktywności naukowej

Dr n. med. Tomasz Olesiński jest autorem i współautorem 52 artykułów w czasopismach naukowych, w tym rozdziały w podręcznikach krajowych. Tematyka tych prac jest bardzo zróżnicowana, ale w większości dotyczy nowotworów górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Kandydat uczestniczył w wielu projektach. W trzech pełnił funkcje głównego badacza:

- a. Kandydat jest głównym badaczem w ośrodku (NIO-PIB) w wieloośrodkowym badaniu GastricCHIMERAtrial: „Przedoperacyjna chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii uzupełniająca leczenie skojarzone w zaawansowanym raku żołądka z wysokim ryzykiem nawrotu otrzewnowego” (nr EudraCT2020-001419-25)
- b. Był autorem protokołu, a następnie głównym badaczem grantu z konkursu firmy Shering-Ploogh nr P03575 pod tytułem: “Evaluation of Garamycin Sponge in prophylaxis of postsplenectomy local sepsis complications in patients with upper digestive tract cancer” prowadzonego w CO-I w Warszawie w latach 2003-2009.
- c. Jestem autorem protokołu i głównym badaczem randomizowanego, prospektywnego badania klinicznego prowadzonego wg grantu wewnętrznego NIO-PIB pt; „Wpływ przedłużonego żywienia dojelitowego na stan odżywienia, jakość życia i tolerancję leczenia systemowego chorych po całkowitym wycięciu żołądka z powodu raka gruczołowego”. Badanie prowadzone od 09.2019, nadal.

W pozostałych trzech pełnił lub pełni funkcję uczestnika badania:

- a. członek zespołu badawczego grantu unijnego pt: „Prace badawczo-rozwojowe nad opracowaniem nowatorskiego urządzenia elektrochirurgicznego wyposażonego w moduł ultradźwiękowy wraz z funkcją diagnostyki opartej na ultradźwiękach”. Nr projektu: POIR.01.01.01-00-0396/16. Projekt realizowany w ramach Działania 2.1: Wsparcie inwestycji w infrastrukturę B+R przedsiębiorstw Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Wdrożenie wyników projektu jest aktualnie w toku, odbywa się od początku 2021 roku w okresie 3 lat i przewidziane jest zgłoszenie patentowe
- b. koordynator w ośrodku (1995-1998) ogólnopolskiego badania klinicznego: „Możliwości poprawy wyników leczenia raka piersiowego odcinka przełyku” KBN 6 POC 01 320
- c. Uczestnik w innych grantach wewnętrznych NIO-PIB:
 - Ocena roli surowiczych markerów nowotworowych, wykładników nasilenia stanu zapalnego oraz krążących komórek nowotworowych jako markerów wczesnej odpowiedzi na neoadjuwantowe leczenie systemowe w pierwotnie resekcyjnym raku żołądka (SN/GW24/2017).

Ponadto od wielu lat Kandydat współpracuje z innymi ośrodkami teoretycznymi i klinicznymi zarówno w NIO-PIB jak i poza. W wyniku realizacji tych projektów powstało 13 publikacji.

Ocena działalności dydaktycznej oraz organizacyjnej

Działalność dydaktyczna Kandydata jest typowa dla nauczyciela akademickiego. Posiada duże doświadczenie w zakresie nauczania akademickiego.

1. Od 2005 roku Jest opiekunem studenckiego koła naukowego WUM ‘Onkoma’ przy Centrum Onkologii –Instytut a następnie NIO-PIB w Warszawie.
 - a. Koło przygotowało w trakcie swojej działalności 16 konferencji naukowych w tym 4 o zasięgu ogólnopolskim, ostatnia bezpośrednio przed pandemią SARS-COV 2 transmitowana do 13 ośrodków akademickich w Polsce. W największej konferencji udział wzięło 1500 studentów.
 - b. Koło przeprowadziło 6 obozów naukowych, których byłem opiekunem
 - c. Koło przygotowało i przeprowadziło ogólnopolski program dydaktyczny we współpracy z Akademią Czerniaka w szkołach podstawowych i

ponadpodstawowych. W latach 2018-2021, dzięki współpracy z samorządami, a także gronem pedagogicznym w niemalże 3 300 szkołach - podstawowych (klasy 7 i 8) oraz ponadpodstawowych zostało zorganizowanych ponad 63 tysiące godzin zajęć z uczniami na temat czerniaka – czym jest, czynników zachorowania oraz metod skutecznej profilaktyki. Udział w zajęciach wzięło do tej pory ponad milion uczniów w skali całego kraju – z czego tylko w pandemicznym roku szkolnym 2020/2021 w formie nauczania zdalnego ponad 430 tysięcy.

- d. Prace przygotowane przez studentów koła były wielokrotnie nagradzane na studenckich konferencjach naukowych.
2. Był zaangażowany w 3 edycje międzynarodowej konferencji studenckiej- WIMC (Warsaw International Medical Congress) jako recenzent, prowadzący sesję oraz prowadzący warsztaty.
3. W ramach umowy pomiędzy NIO-PIB a Warszawskim Uniwersytetem Medycznym przez 10 lat (2008-2018) prowadził zajęcia ze studentami Wydziału Lekarskiego WUM z zakresu Onkologii
4. Jest autorem ponad 100 wykładów i prezentacji (w tym kilkudziesięciu cyklicznych podczas kursów CMKP), wygłaszanych podczas kursów, konferencji naukowych i szkoleniowych, również prowadzonych w postaci webinarów
5. W ramach współpracy z JCMT (Japanese Council for Medical Training) w latach 2021-2022 prowadził 3 webinary o zasięgu międzynarodowym poświęcone chirurgii nowotworów górnego odcinka układu pokarmowego.
6. Był kierownikiem naukowym 15 kursów CMKP z zakresu onkologii (5 edycji kursu atestacyjnego „Chirurgia Onkologiczna”, 4 edycje kursu „Nowotwory Układu Pokarmowego”, 1 edycji kursu „Wprowadzenie do specjalizacji w chirurgii onkologicznej” oraz 5 edycje kursu „Nowoczesne Techniki Diagnostyczne terapeutyczne w Leczeniu Nowotworów”),
7. Był kierownikiem administracyjnym 10 kursów CMKP (8 edycji kursu atestacyjnego „Chirurgia Onkologiczna”, oraz 2 edycje kursu „Nowotwory Układu Pokarmowego”).
8. Podczas trzech edycji kursów wprowadzających do egzaminu lekarskiego (LEK) koordynował i prowadził wykłady z zakresu onkologii.
9. Był autorem cyklu warsztatów z dostępu żywieniowego do przewodu pokarmowego a w szczególności techniki PEG- push. Szkolenie miało 12 edycji
10. Prowadził 3 edycje warsztatów z zakresu chirurgii raka żołądka

11. Prowadził 3 edycje warsztatów z zakresu nowoczesnych technik hemostazy z praktycznymi zajęciami na sali operacyjnej w zwierzętarni Katowickiego Centrum Medycyny Doświadczalnej

Kandydat jest autorem i współautorem 57 artykułów w czasopismach naukowych o całkowitym współczynniku IF=197,347 pkt. i współczynniku MNiSW=1998 pkt. Liczba cytowań wynosi 701, a wskaźnik h=8 (WoS). Po uzyskaniu stopnia doktora opublikowałem 52 artykułów o łącznej wartości IF= 197,347 pkt.

Podsumowanie i wniosek końcowy

Na podstawie oceny osiągnięcia naukowego w postaci cyklu publikacji Dr n. med. Tomasza Olesińskiego, pt.: *Analiza wpływu wybranych czynników klinicznych na wyniki leczenia raka żołądka* z uwzględnieniem całokształtu dorobku w postępowaniu habilitacyjnym w dziedzinie nauk medycznych, dyscyplina – medycyna uznaje osiągnięcia naukowe, dydaktyczne i organizacyjne za znaczące i w pełni spełniające wszystkie zarówno formalne [Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1.09.2011r. w sprawie kryteriów oceny osiągnięć osoby ubiegającej się o nadanie stopnia doktora habilitowanego (Dz.U.Nr 196.poz.1165)], jak i zwyczajowe wymogi stawiane kandydatom ubiegającym się o stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych.

Na podstawie analizy całokształtu dorobku naukowego Kandydata wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału o wyróżnienie, motywując decyzję wysokimi osiągnięciami własnymi stanowiącymi cykl publikacji, wysoką liczbą publikacji powstałych w ramach pracy w zespołach badawczych realizujących wiele projektów krajowych oraz wynikających ze współpracy z kilkoma ośrodkami krajowymi i zagranicznymi.

Biorąc powyższe pod uwagę, zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z wnioskiem o dopuszczenie Dr n. med. Tomasza Olesińskiego do dalszych etapów postępowania habilitacyjnego.

Prof. dr hab. Jacek Zieliński



Prof. dr hab. Jacek Zieliński
specjalista chirurgii ogólnej
specjalista chirurgii onkologicznej
Nr ZUS 3476169