



II KATEDRA I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ I CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Wojciech Kielan

50-556 Wrocław, ul. Borowska 213

tel. (0-71) 734-35-00, fax. (0-71) 734-35-09, e-mail wojciech.kielan@umw.edu.pl

Wrocław, 20.03.2024 r.

Kliniką kierowali:

JAN
MIKULICZ RADECKI
(1890-1905)

KARL GARRÉ
(1906-1907)

HERMANN KÜTTNER
(1907-1932)

KARL HEINRICH BAUER
(1933-1943)

HANS KILLIAN
(1943-1945)

WIKTOR BROSS
(1946-1973)

STEFAN KOCZOROWSKI
(1973-1980)

BOGDAN ŁAZARKIEWICZ
(1980-2000)

ZYGMUNT GRZEBIENIAK
(2000-2015)

OCENA

**dorobku naukowego i osiągnięć organizacyjno-dydaktycznych
dr. n. med. Piotra Kuliga, adiunkta na Wydziale Lekarskim
i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. A.F.Modrzewskiego
w związku z toczącym się postępowaniem habilitacyjnym w dziedzinie
nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne**

1. Informacje ogólne

Dr n. med. Piotr KULIG studia medyczne ukończył w 2007 roku na Wydziale Lekarskim *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Pracę zawodową rozpoczął w 2007 roku jako stażysta w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, a następnie pracował kolejno w I Katedrze Chirurgii Ogólnej oraz w Centrum Urazowym Medycyny Ratunkowej i Katastrof. W 2015 r. został zatrudniony w Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Krakowie, a w 2020 r. w Małopolskim Centrum Sercowo-Naczyniowym w Chrzanowie, za każdym razem w Oddziale Chirurgii Naczyniowej.

Równocześnie od 2018 roku pracuje na stanowisku adiunkta w Krakowskiej Akademii im. A.F.Modrzewskiego na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu. Specjalizację z zakresu chirurgii ogólnej uzyskał w 2015 roku, a specjalizację z zakresu chirurgii naczyniowej w 2020 roku.

W roku 2010 na podstawie rozprawy pt. *Wartość kliniczna wycięcia żołądka u chorych z przerzutami odległymi raka* uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

2. Ocena dorobku naukowego

Dorobek naukowy dr. n. med. Piotra Kuliga obejmuje łącznie 54 publikacje pełnotekstowe opublikowane w czasopiśmie polskich i zagranicznych, w tym m.in. 16 artykułów oryginalnych, 3 monografie naukowe, 11 artykułów przeglądowych i 21 doniesień zjazdowych. Łączna wartość *Impact Factor* wynosi 27,736. Punktacja KBN/MEiN wynosi 536, a *Index Hirscha* wg systemu Scopus – 7. Liczba cytowań (bez autocytowań) wynosi 160.

Jako osiągnięcie wymagane do uzyskania stopnia naukowego doktora habilitowanego kandydat wybrał cykl pięciu oryginalnych publikacji naukowych, powiązanych tematycznie, którym nadał wspólny tytuł „Analiza czynników prognostycznych wpływających na wyniki leczenia chirurgicznego chorych na raka żołądka”. Są to publikacje następujące:

1. Kulig P , Nowakowski P, Sierzega M, Pach R, Majewska O, Markiewicz A, Kołodziejczyk P, Kulig J, Richter P. *Analysis of prognostic factors affecting short term and long term outcomes of gastric cancer resection* Anticancer Research . 2021;41(7):3523 3534. PMID 34230148. DOI: 10.21873/anticancer.15140.

2. Kulig P, Sierzega M, Kowalczyk T, Kołodziejczyk P, Kulig J. *Non curative gastrectomy for metastatic gastric cancer: Rationale and long term outcome in multicenter settings*. Eur J Surg Oncol. 2012;38(6):490 496. PMID: 22381671. DOI:10.1016/j.ejso.2012.01.013.

3. Kulig P , Pach R, Majewska O, Kulig J, Richter P. *Clinicopathological Prognostic Factors Determining Outcomes of Treatment in Gastric Cancer Surgery*. In Vivo . 2022;36(6):2927 2935. PMID: 36309397. DOI: 10.21873/invivo.13035.

4. Kulig P , Sierzega M, Pach R, Kołodziejczyk P, Kulig J, Polish Gastric Cancer Study Group. *Differences in prognosis of Siewert II and III oesophagogastric junction cancers are determined by the baseline tumour staging but not its anatomical location*. Eur J Surg Oncol . 2016;42(8):1215 1221. PMID: 27241921. DOI: 10.1016/j.ejso.2016.04.061.

5. Kulig P , Sierzega M, Pietruszka S, Pach R, Kołodziejczyk P, Kulig J, Richter *Types and implications of abdominal fluid collections following gastric cancer surgery*. Acta Chirurgica Belgica . 2020;120(315 320. PMID: 31060443. DOI:10.1080/00015458.2019.1615254.

Łączny *Impact Factor* tych publikacji wynosi 11,961, natomiast punktacja MEiN = 190.

Zainteresowania dr.n.med. Piotra Kuliga tematyką raka żołądka są kontynuacją badań rozpoczętych od momentu rozprawy doktorskiej „Wartość kliniczna wycięcia żołądka u chorych z

przerzutami odległymi raka”. Zebrane doświadczenia - prezentowane w niniejszym cyklu powiązanych tematycznie artykułów naukowych - obejmują analizę wyników postępowania klinicznego u ponad 3000 chorych na raka żołądka zgromadzonych w bazie danych Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Gastroenterologicznej i Transplantologii I Katedry Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 1990-2016.

W **pierwszej publikacji** autorzy dokonali analizy czynników prognostycznych wpływających na wyniki leczenia chorych po resekcji raka żołądka. Udowodnili, że częściowe dystalne wycięcie żołądka, ze względu na mniejszą liczbę powikłań, powinno być zalecanym sposobem wycięcia żołądka u chorych z lokalizacją raka w odźwierniku. Liczba usuniętych węzłów chłonnych (≤ 15 vs. > 15) podczas wycięcia żołądka z powodu raka nie wpływała istotnie statystycznie na częstość powikłań ogólnych, powikłań systemowych i chirurgicznych, a także na konieczność reoperacji oraz śmiertelność okołoperacyjną. Ważnym wnioskiem w przeprowadzonej analizie był fakt, iż rodzaj resekcji żołądka (radykalna/paliatywna) w badanej grupie chorych nie wpływał istotnie statystycznie na wyniki krótkoterminowe, to jest powikłania ogólnie, powikłania systemowe, powikłania chirurgiczne, konieczność reoperacji oraz śmiertelność okołoperacyjną.

Druga publikacja stanowi kontynuację tematyki przewodu doktorskiego Habilitanta i określa postępowanie w sytuacji, kiedy radykalne, lecznicze usunięcie raka żołądka u chorych z przerzutami odległymi nie jest możliwe. W porównaniu z przewodem doktorskim została poszerzona liczba chorych z 1527 do 2794 oraz okres obserwacji z 1999-2005 do 1990-2015. Badacze stwierdzili, że nieradykalne wycięcie żołądka u chorych z przerzutami odległymi raka, wydłuża czas przeżycia w porównaniu z nieresekcyjnymi zabiegami chirurgicznymi, a częstość powikłań okołoperacyjnych nie różni się istotnie od radykalnego wycięcia żołądka. Przy czym wydłużony czas przeżycia po nieradykalnym wycięciu żołądka jest ograniczony do zazwyczaj kilku miesięcy w porównaniu z nieresekcyjnymi zabiegami chirurgicznymi. W porównaniu z radykalnym wycięciem żołądka, po nieradykalnym wycięciu żołądka u chorych z rakiem żołądka jakość życia jest gorsza, jednak jest związana z zaawansowaniem choroby. W grupie chorych na raka żołądka z przerzutami odległymi, niezależnymi czynnikami rokowniczymi lepszego rokowania okazały się resekcja żołądka oraz chemioterapia. Dlatego nieradykalna resekcja żołądka u chorych z przerzutami odległymi raka może być zalecana głównie jako terapia skojarzona zwłaszcza w połączeniu z chemioterapią.

W **trzeciej** z omawianych publikacji autorzy ocenili kliniczno-patologiczne czynniki prognostyczne wpływające na wyniki leczenia u wszystkich chorych operowanych z powodu raka żołądka - zabiegi resekcyjne i nieresekcyjne. W porównaniu z pierwszą z ww. prac została poszerzona baza danych chorych po resekcji raka żołądka, a także uwzględniono chorych z rakiem żołądka poddanych nieresekcyjnym zabiegom chirurgicznym. We wnioskach z przeprowadzonych badań, autorzy stwierdzili, że u chorych na raka żołądka w podeszłym wieku zaleca się leczenie operacyjne, jeśli jest to potencjalnie radykalna, lecznicza resekcja żołądka, a pacjent prezentuje stosunkowo dobry stan zdrowia lub zabieg chirurgiczny jest interwencją doraźną spowodowaną objawami niedrożności, żółtaczki, krwawienia, czy niedożywienia, przy czym ryzyko powikłań, w tym śmiertelności okołoperacyjnej w tej grupie chorych w stadium zaawansowania M1 jest istotnie większe. W momencie przerzutów odległych w stadium M1 według klasyfikacji TNM, lokalizacja raka w żołądku staje się mniej istotna dla pacjentów operowanych z powodu raka.

W **czwartej publikacji** przedstawiono wyniki leczenia chorych z rakiem połączenia przełykowo-żołądkowego z Siewert typu II oraz Siewert typu III. Badacze dokonali analizy czynników prognostycznych w tej grupie chorych, co stanowi tym większą wartość z powodu wzrostu częstości występowania raka żołądka we wpuście oraz gorszego rokowania dla pacjentów z rakiem żołądka w tej lokalizacji według większości doniesień z ostatnich lat. Z wykonanych badań wyciągnięto wnioski, że po resekcji raka żołądka, grupa chorych z Siewert typu II, w porównaniu z grupą chorych Siewert typu III, wykazała dłuższą medianę przeżycia wynikającą z mniejszego zaawansowania raka żołądka w klasyfikacji TNM, młodszym wiekiem pacjentów oraz większą liczbą przypadków radykalnego wycięcia raka żołądka.

W **piątej pracy** obserwacja okołoperacyjna, zwłaszcza z zastosowaniem obrazowania ultrasonograficznego, umożliwiła ocenę występowania powikłań w chirurgii raka żołądka, z analizą szczegółową przestrzeni płynowych, w tym ropni jamy brzusznej. Autorzy ocenili, które czynniki prognostyczne wpływają na konieczność interwencji chirurgicznej związanej z występowaniem przestrzeni płynowych u chorych, u których wykonano resekcję żołądka z powodu raka. Wyniki pracy wykazały, iż występowanie przestrzeni płynowych w jamie brzusznej jest powikłaniem stosunkowo często występującym w chirurgii raka żołądka (9,7%), w ponad połowie przypadków wymagające interwencji chirurgicznej. Obecność przetoki jelitowej oraz przetoki trzustkowej zwiększały ryzyko interwencji chirurgicznej u chorych po resekcji raka żołądka, u których rozpoznano przestrzenie płynowe w jamie brzusznej.

Powyższe osiągnięcia naukowe habilitanta stawiają go w czołówce polskich chirurgów zajmujących się chirurgią raka żołądka i wnoszą niewątpliwie znaczny wkład w rozwój wiedzy medycznej i chirurgii. Są one wynikiem wieloletnich, wszechstronnych zainteresowań naukowych, które habilitant stale pogłębia i twórczo rozwija, wywodząc się ze znakomitego ośrodka krakowskiego zajmującego się od wielu lat leczeniem raka żołądka.

3. Aktywność naukowa, dydaktyczna i organizacyjna kandydata

Przez cały okres swojej pracy zawodowej dr n. med. Piotr Kulig wyróżnia się bardzo dużą aktywnością naukową i dydaktyczną.

Uczestniczył w licznych szkoleniach oraz konferencjach chirurgicznych krajowych i zagranicznych we Włoszech, Niemczech, Szwajcarii, czy Chinach. W 2013 roku w Weronie we Włoszech na 10 Światowym Kongresie Raka Żołądka uzyskał nagrodę za najlepszą prezentację ustną.

W latach 2008-2015 prowadził zajęcia dydaktyczne dla studentów krajowych i zagranicznych *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego, zarówno w formie ćwiczeń, zajęć praktycznych jak i seminariów i wykładów.

Od roku 2018 prowadzi zajęcia dydaktyczne dla studentów krajowych i zagranicznych na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. A. F. Modrzewskiego w formie ćwiczeń oraz zajęć praktycznych.

Jest aktywnym członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich, a także Europejskiego Towarzystwa Chirurgicznego (*European Society of Surgery – ESS*) oraz Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Przewodu Pokarmowego (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy – ESGE*).

Po zapoznaniu się z całokształtem osiągnięć naukowych, które są bardzo znaczące, oraz pracą dydaktyczną i organizacyjną, stwierdzam że w mojej opinii kandydat do stopnia doktora habilitowanego spełnia warunki określone w Art. 219 ust. 1-3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce” (tj. Dz.U. 2018 poz. 1668) i w związku z tym stawiam wniosek do Komisji ds. Stopni Naukowych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego **o dopuszczenie dr n. med. Piotra Kuliga do dalszych etapów postępowania o nadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne.**

UNIWERSYTET MEDYCZNY WSKŁODZAWIUM
II KATEDRA I KLINIKA
CHIRURGII OGÓLNEJ
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
kierownik
prof. dr hab. Wojciech Kielan