II KLINIKA CHIRURGII
OGÓLNEJ I GASTROENTEROLOGICZNEJ
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. Bogusław Kędra

Ocena dorobku naukowego, dydaktyczno-organizacyjnego oraz cyklu publikacji „Nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne u chorych z guzami trzustki, ze szczególnym uwzględnieniem D-dimerów w rozpoznawaniu raka tego narządu"

dr med. Adama Durczyńskiego

Dr med. Adam Durczyński w 2005 roku ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi uzyskując dyplom lekarza z wyróżnieniem. Zainteresowania naukowe kandydat wykazywał już w trakcie studiów medycznych będąc aktywnym członkiem Studenckiego Towarzystwa Naukowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jako student brał czynny udział w organizacji krajowych oraz międzynarodowych, studenckich konferencji naukowych (2004 - 2006 rok). Od czwartego roku studiów realizował Indywidualny Tok Studiów w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Aktywnie uczestniczył w pracy Studenckiego Koła Naukowego działającego przy Klinice, którego był przewodniczącym. Dwukrotnie odbył zagraniczne staże studenckie w ramach programu Erasmus w Szpitalu Uniwersyteckim w Rotterdamie (Erasmus MC, Holandia). Za uzyskane osiągnięcia w nauce w latach 2003/2004 oraz 2004/2005 był dwukrotnie nagradzany Stypendium Ministra Zdrowia. Po odbyciu stażu podyplomowego, kandydat w 2006 roku rozpoczął pracę zawodową w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w ramach studiów doktoranckich. Na podstawie rozprawy doktorskiej pt. „Wpływ resekcji wątroby na gospodarkę węglowodanową" pod kierownictwem Prof. Janusza Strzelczyka w 2010 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych. W 2013 roku dr Adam Durczyński uzyskał tytuł specjalisty chirurgii ogólnej obejmując stanowisko adiunkta w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, gdzie jest zatrudniony do chwili obecnej. Kandydat obok zainteresowań naukowych stale podnosi swoje kwalifikacje zawodowe. Ukończył kurs specjalizacyjny z transplantologii klinicznej. Jest w trakcie kursu specjalizacyjnego z zakresu chirurgii onkologicznej.

Całość dorobku naukowego kandydata obejmuje 42 publikacje o łącznej punktacji **MNiSW 674** punkty oraz filadelfijskiej **IF 46,242**, w których jest pierwszym autorem lub współautorem.

15-276 BIAŁYSTOK ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a Tel: 85 74 68 287 Fax: 85 74 68 622 E-mail:chirgastro@wp.pl

Ponadto dr Adam Durczyński jest współautorem w 4 rozdziałach podręczników do chirurgii onkologicznej oraz tłumaczem w polskich wydaniach anglojęzycznych atlasów oraz podręczników do chirurgii ogólnej. Dr med. Adam Durczyński aktualnie sprawuje funkcję kierownika projektu badawczego „Zastosowanie D-dimerów w diagnostyce raka trzustki", programu stypendialnego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dla młodych naukowców. Za swoje dotychczasowe osiągnięcia naukowe kandydat wielokrotnie był wyróżniany Nagrodą Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Dodatkowo pełni funkcję biegłego sądowego w dziedzinie chirurgii ogólnej przy Sądzie Okręgowym w Łodzi.

Ocena dorobku naukowego.

Kandydat przedstawił jako swój dorobek habilitacyjny cykl 9 tematycznie spójnych publikacji naukowych pt. **„Nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne u chorych z guzami trzustki, ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystania D-dimerów w rozpoznawaniu raka tego narządu"**, które są przedstawione poniżej:

1. Adam Durczyński, Marcin Wiszniewski, Witold Olejniczak, Marcin Polkowski, Stanisław Sporny, Janusz Strzelczyk.
   Asymptomatic solid pancreatic hamartoma.
   Arch. Med. Sci. 2011: 7, 6, 1082-1084.
   Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.214, Punktacja Min. Nauki: 25.000.

2. Adam Durczyński, Piotr Hogendorf, Dariusz Szymański, Piotr Grzelak, Janusz Strzelczyk.
   Sentinel lymph node mapping in tumors of pancreatic body: preliminary report. Contemp. Oncol. (Współ. Onkol.) 2012: 16, 3, 206-209.
   Wskaźnik Impact Factor ISI: 0.211, Punktacja Min. Nauki: 15.000.

3. Adam Durczyński, Dariusz Szymański, Michał Nowicki, Piotr Hogendorf, Grażyna Poznańska, Janusz Strzelczyk.
   Very high concentration of D-dimers in portal blood in patients with pancreatic cancer.
   Pol. Prz. Chir. 2012: 84, 10, 521-525.
   Punktacja Min. Nauki: 4.000.

4. Dariusz Szymański, Adam Durczyński, Michał Nowicki, Janusz Strzelczyk. Gastrojejunostomy in patients with unresectable pancreatic head cancer - the use of Roux loop significantly shortens the hospital length of stay.
   World J. Gastroenterol. 2013: 19, 45, 8321-8325.
   Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.433, Punktacja Min. Nauki: 25.000.

5. Adam Durczyński, Piotr Hogendorf, Dariusz Szymański, Witold Izdebski, Aleksandra Kaczka, Łukasz Durko, Janusz Strzelczyk.
   Insulinoma-rare, but important clinical problem. Analysis of a series of 530 patients who underwent surgical treatment for the pancreatic tumor.
   Pol. Przegl. Chir. 2014: 86, 11, 941-948.
   Punktacja Min. Nauki: 6.000

6. Adam Durczyński, Anna Kumor, Piotr Hogendorf, Dariusz Szymański, Grażyna Poznańska, Piotr Grzelak, Janusz Strzelczyk.
   D-dimers revisited: a new marker of pancreatic cancer.
   Am. J. Clin. Oncol. 2014: 37, 6, 642.
   Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.062, Punktacja Min. Nauki: 20.000

7. Adam Durczyński, Anna Kumor, Piotr Hogendorf, Dariusz Szymański, Piotr Grzelak, Janusz Strzelczyk.
   Preoperative high level of D-dimers predicts unresectability of pancreatic head cancer. World J. Gastroenterol. 2014: 20, 36, 13167-13171.
   Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.369, Punktacja Min. Nauki: 25.000

8. Adam Durczyński, Janusz Strzelczyk.
   Portal, but not peripheral, blood D-dimer level may help to differentiate malignant from benign pancreatic tumors.
   Blood Coagul. Fibrinolysis. 2015: 26, 1, 115-116.
   Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.403, Punktacja Min. Nauki: 15.000

9. Adam Durczyński, Janusz Strzelczyk
   Is it occult cancer? Increased D-dimers in older patients with a non-high clinical probability of venous thromboembolism.
   Publikacja na stronie internetowej pisma BMJ:

Całkowity punktacja IF powyższych prac wynosi **10,692**, oraz **135** punktów MNiSW. W tym 7 publikacji oryginalnych o wartości 110 punktów MNiSW oraz współczynniku IF wynoszącym 9,478 oraz jeden opis kazuistycznego przypadku o wartości 25 punktów MNiSW oraz współczynniku IF wynoszącym 1,214.

Przedstawiony cykl prac tematycznie związany jest ze schorzeniami trzustki, ale niektóre z nich stanowią raczej tło (publikacja 1,2,5) do bardziej ciekawych i nowatorskich dociekań badawczych kandydata, które koncentrują się na przydatności D-Dimerów w diagnostyce różnicowej guzów trzustki. Pięć kolejnych prac poświęcone temu zagadnieniu stanowią najistotniejszą część nowatorskiego dorobku dr Adama Durczyńskiego. Budzi pewne zastrzeżenie fakt, że 2/5 prac nie są pracami oryginalnymi tylko listami/komentarzami do wydawcy. Są one tematycznie ściśle związane z wcześniej opublikowanymi pracami oryginalnymi i stanowią kontynuację wcześniej podjętych badań.

Jak wiadomo D-dimery pojawiają się w wyniku rozpadu fibryny, której powstawanie jest związane z aktywnością wielu różnych czynników prokoagulacyjnych, w tym czynnika tkankowego, który jest istotnym elementem inicjującym procesy krzepnięcia krwi. Zakrzepica żył głębokich bardzo często towarzyszy chorym na raka trzustki.

Zwiększone stężenie czynnika tkankowego we krwi wskazuje na obecność niskozróżnicowanego raka trzustki, rozsiewu choroby nowotworowej oraz naciekania naczyń krwionośnych. Ekspresja czynnika tkankowego ma miejsce na wczesnych etapach rozwoju raka trzustki, pobudzając procesy prowadzące do krzepnięcia krwi. Udowodniono, że czynnik tkankowy odgrywa również bardzo ważną rolę w progresji raka trzustki. Najnowsze doniesienia wykazały, że podwyższone stężenie D-dimerów stwierdza się u chorych na raka bez współistniejącej zakrzepicy żył głębokich. Coraz więcej uwagi przywiązuje się do tezy, że wysokie stężenie D-dimerów u chorych onkologicznych może nie być związane z obecnością zakrzepu w naczyniach krwionośnych, ale z samym rozwojem i biologią wzrastającego nowotworu. Na tej podstawie wysunięto hipotezę opisującą powstanie mankietu fibrynowego otaczającego guz, który chroni nowotwór przed układem immunologicznym chorego, ograniczając tym samym aktywność komórek immunokompetentnych. Wskazano, że powłoka fibrynowa na komórkach nowotworowych może być niezbędnym czynnikiem dla wzrostu guza. Udowodniono również, że powstawanie fibryny dookoła guza odgrywa również rolę w rozsiewie nowotworowym i powstawaniu przerzutów odległych.

Opierając się na powyższych doniesieniach kandydat podjął ciekawe, z punktu widzenia naukowego i klinicznego badania u chorych z rakiem trzustki. Podjął się mianowicie kompleksowej oceny tego markera we krwi obwodowej, krwi wrotnej, żółci oraz moczu u chorych na raka tego narządu w oparciu o chorych ze śródoperacyjną weryfikacją rozpoznania. W swoim pierwszym badaniu dr Adam Durczyński podjął się oceny stężenia D-dimerów i fibrynogenu oraz parametrów krzepnięcia

krwi obwodowej oraz krwi wrotnej, których próbki były pobierane śródoperacyjnie. Kandydat wykazał, że średnie stężenie D-dimerów we krwi wrotnej było wyższe o prawie 300% w porównaniu do krwi obwodowej u chorych na raka trzustki. Jednoczasowe oznaczenie stężenia fibrynogenu oraz wartości pozostałych parametrów krzepnięcia krwi, włączając w to czas protrombinowy, czas trombinowy oraz czas koalinowo-kefalinowy były porównywalne dla krwi obwodowej i wrotnej. Uzyskane wyniki pośrednio potwierdzają zjawisko tworzenia się mankietu fibrynowego dookoła nowotworu, a autor wysunął tezę, że w wyniku zjawisko powstawania i rozpadu fibryny w okolicy guza złośliwego trzustki, powoduje znamienny wzrost stężenia D-dimerów we krwi wrotnej.

Kolejnym etapem badań była ocena wartości D-dimerów w diagnostyce różnicowej raka trzustki. Kandydat przeprowadził kolejną analizę porównawczą oceniającą stężenie D-dimerów i fibrynogenu we krwi wrotnej u chorych na raka trzustki oraz guzem zapalnym trzustki. Dodatkowo porównał ze stężeniem innych znanych markerów nowotworowych: antygenem płodowo-zarodkowym CEA oraz CA19-9, Ca125 oraz CA 15-3. W badaniu tym wykazał wyższe o 378% stężenie D-dimerów we krwi wrotnej u chorych na raka w porównaniu do przewlekłego zapalenia trzustki. Wykazał również znacznie wyższe stężenie markera CA 19-9 we krwi wrotnej (929,66 *vs* 125,44) ale stwierdzane różnice nie były istotnie statystycznie. Pozostałe parametry analizowane w obu badanych grupach chorych nie wykazywały różnic pomiędzy krwią obwodową i wrotną. Wskazując wysokie stężenie D-dimerów we krwi wrotnej u chorych na raka trzustki, pozwalające na różnicowanie raka i guza zapalnego oraz jedynie umiarkowany wzrost tego markera we krwi obwodowej kandydat wysunąłem hipotezę, że wątroba działa jak swoista „tama" dla D-dimerów, uniemożliwiając ich przedostawanie się z krwi wrotnej do krwi obwodowej. Próbę potwierdzenia tej hipotezy dr Adam Durczyński podjął w swoim kolejnym badaniu, w którym oceniał stężenie D-dimerów we krwi wrotnej oraz obwodowej, u chorych z resekcyjnym oraz nieresekcyjnym rakiem trzustki. W uzyskanych wynikach Kandydat wykazał istotnie wyższe stężenie D-dimerów we krwi obwodowej o 57,5% oraz we krwi wrotnej o 43,7% u chorych z nieresekcyjnym rakiem trzustki. Analizując stężenie D-dimerów w żółci oraz w moczu nie wykazał podobnych różnic. Przeprowadzając dalszą analizę wykazał znacząco wyższe stężenie D-dimerów we krwi obwodowej u chorych z przerzutami do wątroby oraz umiarkowanie podwyższone stężenie D-dimerów we krwi obwodowej u chorych z nieresekcyjnym rakiem w porównaniu do guzów resekcyjnych. Poddając dalszej analizie statystycznej uzyskane wyniki, przy stężeniu D-dimerów wynoszącym 769,8 μg/l w krwi obwodowej, kandydat stwierdził, że siłę predykcyjną w wykrywaniu niewidocznych przerzutów określa czułość 86,6%. Podsumowując te wyniki, wykazał, że u chorych z przerzutami do wątroby stężenie D-dimerów we krwi obwodowej jest wyższe, niż u chorych z miejscowo zaawansowaną chorobą nowotworową. Jednocześnie nie wykazał takich różnic analizując stężenie D-dimerów w moczu i żółci u tych chorych. Nie można wykluczyć, że w przypadku obecności

przerzutów w wątrobie, D-dimery zostają bezpośrednio uwalniane z mankietu fibrynowego otaczającego te zmiany, do krwi zbieranej przez żyły wątrobowe, omijając tym samy „sito" wątrobowe, co prowadzi do wzrostu stężenia tego markera we krwi obwodowej. Wysokie stężenie D-dimerów we krwi obwodowej może wskazywać o nieresekcyjności guza trzustki. Na podstawie tych wyników stwierdził, że chorzy, u których w badaniach przedoperacyjnych rozpoznano potencjalnie resekcyjnego raka trzustki i wysokie stężenie D-dimerów we krwi obwodowej, powinni zostać poddani dodatkowym bardziej wyrafinowanym badaniom obrazowym w poszukiwaniu przerzutów odległych np. MRI czy PET.

Kolejnym zagadnieniem badawczym dr Adama Durczyńskiego było określenie czy wątroba bierze udział w wydalaniu D-dimerów i ocena stężenie tego markera w żółci. Badający analizował stężenie D-dimerów w żółci u chorych z rakiem i guzem zapalnym trzustki. Jako pierwszy wykazał istotnie wyższe stężenie tego markera w żółci u chorych na raka trzustki. Tym samym potwierdził udział wątroby w klirensie D-dimerów oraz wykazał ich obecność w tym płynie ustrojowym, gdyż dotychczas uważano, że D-dimery wydalane są z organizmu jedynie z moczem.

Na podstawie własnych wyników kandydat ulega zbytniemu entuzjazmowi podkreślając, cytuję:

„wyniki mojej analizy nabierają szczególnej wartości klinicznej, ponieważ wykazałem, że stężenie D-dimerów w żółci pozwala z dużą dokładnością różnicować raka i guzy zapalne trzustki (odpowiednio 2583,3 ± 3455,2 vs 654,5 ± 1054,5 μg/l, p = 0,006)". Niewątpliwie są to bardzo ciekawe wyniki, ale ze względu na liczebność grup badanych chorych można je określić jako wstępne. Ponadto brak jest ścisłej korelacji uzyskanych wyników stężeń D-dimerów w żółci z funkcją wątroby. Autor nie określa precyzyjnie pod tym kątem badanych chorych. Z kolei wiadomym jest, że rak trzustki najczęściej lokalizuje się w obrębi głowy. Tak zwani „bezżółtaczkowi" chorzy w tej lokalizacji raka trzustki należą do rzadkości. Chyba, że zaliczamy do tej grupy chorych po przebytym endoskopowym protezowaniu dróg żółciowych. Większość pacjentów ma mniejsze czy większe cechy uszkodzenia wątroby. Również trudno się zgodzić z kandydatem, który zbyt euforycznie poleca do codziennej praktyki inwazyjne metody diagnostyki różnicowej (pobieranie krwi wrotnej, pobieranie żółci), które uznaje za *„proste i możliwe do wykonania w większości laboratoriów, przy niskich kosztach badania".*

Natomiast w całej rozciągłości zgadzam się kolejną tezą kandydata, który zaleca u chorych z resekcyjnym rakiem trzustki i wysokim stężeniem D-dimerów we krwi obwodowej, po wykluczeniu choroby zakrzepowo-zatorowej, obligatoryjne wdrożenie pogłębionej diagnostyki obrazowej w poszukiwaniu przerzutów raka.

Kolejne prace dr Adama Durczyńskiego z chirurgii trzustki, które jak wspomniałem powyżej stanowią bardzo dobre tło do prac nowatorskich, potwierdzają szeroki wachlarz zainteresowań badawczych kandydata. Mają one nieco mniejszą wartość poznawczą, ale korzystnie świadczą

o dużym doświadczeniu zawodowym i naukowym. Zarówno zagadnienie węzła wartownika w raku trzonu trzustki jak i rodzaj i sposób wykonania zespoleń omijających w nieoperacyjnych zmianach nowotworowych trzustki warte są odnotowania i szerszego rozpropagowania. W pełni potwierdzam preferowaną przez kandydata zespolenie żołądkowo-jelitowe sposobem Roux jako metodę leczenia paliatywnego, u chorych z nieoperacyjnym rakiem trzustki, szczególnie trzonu. Poprawia ono komfort życia, gdyż zmniejsza częstość opóźnionego opróżniania żołądka oraz skraca okres hospitalizacji. Uzupełnieniem dorobku naukowego kandydata z zakresu schorzeń trzustki są publikacje na temat rzadkich guzów nowotworowych w postaci wyspiaków. Spinają one w całość pankreatologiczne zainteresowania dr Adama Durczyńskiego, szczególnie zawodowe. Świadczą o dużej biegłości kandydata w poruszanej tematyce przy jednoczesnym kompleksowym podejściu badawczym.

Poza cyklem prac spójnych tematycznie dorobek naukowy kandydata obejmuje prace z zakresu chirurgii bariatrycznej, chirurgii wątroby, transplantologii oraz chirurgii onkologicznej.

Operacje bariatryczne, takie jak ominięcie żołądka sposobem Roux, są obecnie standardem w leczeniu chorych z otyłością olbrzymią. W swoich pracach kandydat wykazał, że otyłość wieku młodzieńczego z BMI >30% jest czynnikiem ryzyka nawrotu otyłości po operacji ominięcia żołądka sposobem Roux. Innym zagadnieniem była ocena zmiany w gospodarce węglowodanowej oraz stężeniach hormonów jelitowych u chorych po chirurgicznym leczeniu przetoki żołądkowo-żołądkowej, po operacji ominięcia żołądka sposobem Roux.

Badania nad wynikami chirurgicznego leczenia guzów wątroby były przedmiotem wielu prac dr Adama Durczyńskiego. Wyniki swojego doktoratu, w którym badał wpływ resekcji wątroby na gospodarkę węglowodanową, opublikował w prestiżowym piśmie Japońskiego Towarzystwa Chirurgicznego. W pracy wykazał, że hemihepatektomia prowadzi do zaburzeń gospodarki węglowodanowej o umiarkowanym stopniu, jednak może być czynnikiem ryzyka rozwoju cukrzycy w przyszłości. Wraz ze współautorami opublikował również dwa przypadki wyjątkowo rzadko występujących guzów cukrowych wątroby należących do nowej grupy nowotworów typu PEComa.

W innych pracach kandydat przedstawił metody w leczeniu miejscowo zaawansowanych guzów wątroby szczególnie przerzutowych z zastosowaniem nowej dwuetapowej techniki resekcji z podwiązaniem naczyń wrotnych.

W swojej pracy zawodowej dr Adam Durczyński bierze również aktywny udział w pobieraniu i przeszczepianiu nerek oraz opiece nad chorymi po przeszczepieniu narządów od dawców zmarłych i żywych. W swoich publikacjach z tego zakresu zajmował się badaniami nad stanem wiedzy o transplantologii w różnych środowiskach Polsce.

Dorobek naukowy kandydata dodatkowo wzbogacają pojedyncze publikacje z zakresu leczenia chirurgicznego raka żołądka, sutka, skóry czy guzów przestrzeni zaotrzewnowej.

Ocena działalności dydaktycznej.

Od początku swojej pracy zawodowej dr med. Adam Durczyński jestem nauczycielem akademickim. Od chwili rozpoczęcia pracy prowadzi ćwiczenia, seminaria oraz wykłady z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej i transplantologii dla studentów polskojęzycznych i anglojęzycznych różnych Wydziałów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kandydat sprawuje opiekę naukową nad Studenckim Kołem Naukowym działającym przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego Łodzi. Efektem tej współpracy są liczne prace naukowe studentów, wygłaszane i nagradzane na Studenckich Konferencjach Naukowych. Jest również opiekunem naukowym Indywidualnego Toku Studiów z zakresu chirurgii ogólnej. Pełnił funkcję opiekuna naukowego prac licencjackich oraz magisterskich z zakresu pielęgniarstwa.

Ocena działalności organizacyjnej.

Dr med. Adam Durczyński będąc aktywnym członkiem Studenckiego Towarzystwa Naukowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi już jako student brał czynny udział w organizacji krajowych oraz międzynarodowych, studenckich konferencji naukowych (2004 - 2006 rok).
W trakcie studiów pełnił funkcje przewodniczącego w pracy Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W 2009 roku kandydat otrzymał stypendium celowe w związku z realizacją Projektu „Stypendia wspierające innowacyjne badania naukowe doktorantów" współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Działania „Regionalne Strategie Innowacyjne i Transfer Wiedzy" Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego. Stypendium celowe zostało przyrzynane na realizację prac naukowo-badawczych pt. „Czy zaburzenia gospodarki węglowodanowej są istotnym czynnikiem ryzyka powikłań pooperacyjnych oraz wczesnej śmiertelności towarzyszącym zabiegom częściowych hepatektomii z powodu pierwotnych i wtórnych nowotworów wątroby". Aktualnie jest kierownikiem projektu badawczego „Zastosowanie D-dimerów w diagnostyce raka trzustki", programu stypendialnego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dla młodych naukowców o numerze 502-03/1-145-01/502-14-229. Ponadto jest odpowiedzialny za wydawanie ekspertyz i opracowań w ramach pracy biegłego sądowego Sądu Okręgowego w Łodzi w dziedzinie chirurgii ogólnej.

Ocena końcowa

Jako recenzent całego dorobku naukowego oraz dydaktyczno-organizacyjnego kandydata muszę z dużą satysfakcją podkreślić jego niezwykłe zdeterminowanie i konsekwencję badawczą. Jego zaangażowanie i aktywność naukowa w okresie studenckim, wczesne poznanie warsztatu badawczego, powoduje, że z uznaniem recenzuje Jego dorobek habilitacyjny, który wykonał już jako dyplomowany lekarz.

W podsumowaniu stwierdzam, że przedstawiony do oceny cykl spójnych tematycznie prac oraz pozostały dorobek naukowo-dydaktyczny dr med. Adama Durczyńskiego, pomimo kilku uwag oceniam wysoko. Skoncentrowany jest on na nowych metodach diagnostycznych i terapeutycznych u chorych z rakiem trzustki. Kandydat w sposób przemyślany rozwijał swój dorobek naukowy, realizując nowatorskie, kompleksowe badania nad znaczeniem D-Dimerów w diagnostyce różnicowej guzów trzustki. Przeprowadzone badania charakteryzują się konsekwencją i perfekcją wykonania. Wskazują one na pełną dojrzałość zawodową oraz naukową kandydata. Uwzględniając całokształt dorobku naukowego dr med. Adama Durczyńskiego jego doświadczenie dydaktyczne, kwalifikacje zawodowe oraz organizacyjne uważam, że w pełni spełnia warunki wymagane do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego nauk medycznych.

W związku z powyższym zwracam się z wnioskiem do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie kandydata do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

KIEROWNIK
II Kliniki Chirurgii Ogólnej
i Gastroenterologicznej
Prof. dr hab. n. med. Bogusław Kędra

Białystok, dnia 16 maja 2016 roku