

AUTOREFERAT

I. Dane ogólne

1. Imię i nazwisko: Tomasz Szewczyk
2. Adres:
3. Telefon:
4. Wykształcenie:
Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Łodzi 1980-1986
5. Towarzystwa Naukowe:
 - Towarzystwo Chirurgów Polskich
 - Sekcja Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich
 - Sekcja Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich
 - International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)

II. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe

- dyplom lekarza Akademia Medyczna w Łodzi - 1986
- dyplom specjalizacji I stopnia z chirurgii ogólnej - 1989
- dyplom specjalizacji II stopnia z chirurgii ogólnej - 1994
- doktor nauk medycznych w zakresie medycyny – Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Łodzi na podstawie pracy „Ocena skuteczności wybranych płynów w przepływowym pękaniu jelita” - 20.11.1990

III. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu

- 1986 – 2004 Państwowy Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi (w I Klinice Chirurgicznej)
- 2004 – 2012 Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej, Onkologicznej i Ogólnej na stanowisku adiunkta
- 2012- Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej, Onkologicznej i Ogólnej na stanowisku starszego wykładowcy

IV. Udział w szkoleniach w kraju i za granicą

- Kurs Laparoskopii i Szwu Mechanicznego. Sekcja Viscero-Syntezy TChP. 1992
- Operacyjne Leczenie Żyłaków Odbytu met. Longo. 1992
- Zarządzanie w ochronie zdrowia. Nadarzyn 1997
- Laparoskopowe leczenie otyłości olbrzymiej – Gastric Banding. Warszawa - 2005
- Technique Laparoscopic Adjustable Gastric Banding. Lyon - 2005
- SAGB and laparoscopic Y-Roux Gastric By-pass. Salzburg - 2005

- Surgical Training Course on the Gastric Banding procedure to treat Severe Morbid Obesity. Hospital Maas and Kempen, Campus Maaseik, Belgium - 2005
- Metabolism Surgery Masterclass. Covidien European Training Centre, Elancourt, France. 2009
- Laparoscopic greater curvature plication. Centre of Excellence Bariatric Professional Education, Praga – 2011
- EES Professional Education. Cincinnati USA 2011
- GaBP Ring Training. Hamburg 2011
- Laparoscopic Colorectal Surgery Workshop. Novy Jicin, 2012

V. Działalność naukowa

A) Osiągnięcia naukowe wynikające z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.) to monotematyczny cykl prac dotyczący chirurgii bariatrycznej i metabolicznej ze szczególnym uwzględnieniem regulowanej przewiązki żołądkowej oraz rękawowej resekcji żołądka.

1. **Szewczyk T, Modzelewski B.**
 Perioperative comparison of the MiniMizer extra band with the other laparoscopic gastric bands.
 Obes Surg. 2006 May;16(5):646-50.
 IF 3,759 KBN-24
2. **Szewczyk T, Janczak P, Wyka K, Wegner O, Modzelewski B.**
 Influence of laparoscopic adjustable gastric banding on concentration of ghrelin and leptin
 Clin Exp Med Lett 2009, 50(3):187-191
 KBN-6
3. **Szewczyk T, Janczak P, Duszewski M, Modzelewski B,**
 Technical problems in laparoscopic sleeve gastrectomy
 Videosurgery and other miniinvasive techniques 2009; 4 (3): 95-101
 KBN-9
4. **Tomasz Szewczyk, Przemysław Janczak, Bogdan Modzelewski**
 Own experience improving port implantation in laparoscopic adjustable gastric banding
 Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques 2012; 7 (2): 82-88
 IF 0,757 KBN – 15
5. **Tomasz Szewczyk, Przemysław Janczak, Adam Janiak, Tomasz Gaszyński, Bogdan Modzelewski**
 Laparoscopic sleeve gastrectomy – 7 years of own experience
 Videosurgery Miniinv 2014; 9 (3): 427–435
 IF 1,092 KBN 15
6. **Tomasz Szewczyk, Frank Claessens.**
 Niemcy, 10196846.9-2310
 Tytuł wynalazku: Medizinische Restriktionseinrichtung für Hohlorgane eines Körpers.
 Nazwa właściciela: Q Medical International AG, Niemcy
 Nr i data zgłoszenia: 23.12.2010, 14.02.2011\
 KBN 35

B) skrócone omówienie osiągnięcia naukowego

Historia chirurgii bariatrycznej sięga lat pięćdziesiątych XX wieku. Wtedy to, Kremer opublikował pierwszą pracę dotyczącą doświadczeń na zwierzętach. Narastający problem otyłości w społeczeństwie światowym, zwłaszcza wśród osób młodych a nawet dzieci, brak trwałego efektu po stosowaniu diet, brak możliwości bezpiecznego, farmakologicznego ograniczania apetytu spowodował wzrost zainteresowania chirurgicznymi metodami leczenia otyłości. Początkowo wprowadzane operacje polegały na wyłączeniu części przewodu pokarmowego z pasażu treści jelitowej (ominięcie czczo-krętnicze – jejuno-ileal bypass) opisany przez Payne i deWinda w roku 1969 oraz Scotta i Deana w roku 1973. W roku 1976 prof. Scopinaro z Genui opisał operację łączącą wyłączenie części przewodu pokarmowego z ograniczeniem objętości przyjmowanego pokarmu określaną, jako wyłączenie żółciowo-trzustkowe (biliopancreatis diversion). Hess łącząc opisaną wcześniej przez deMeester metodę duodenal switch z operacją Scopinaro wprowadził nową metodę operacyjną używaną z powodzeniem do dziś. Równolegle stosowane było ominięcie żołądka metodą Roux en Y opisane w roku 1967 przez Masona. W roku 1990 Kuzmak i Yap opisali i wdrożyli do praktyki klinicznej regulowaną przewiązkę żołądkową popularnie nazywaną „opaską”.

Początkowo operacje te były przeprowadzane metodą „otwartą”. Po wprowadzeniu laparoskopii okazało się, że jest to metoda z wyboru dla chorych z otyłością patologiczną. Minimalizacja urazu operacyjnego w zakresie powłok, zmniejszenie bólu pooperacyjnego, możliwość szybkiej mobilizacji chorego powodowała znaczne zmniejszenie powikłań pooperacyjnych.

Metody chirurgiczne nigdy nie pretendowały do miana „idealnego środka” w leczeniu otyłości. Były jednak najbardziej skuteczne, a ponadto zabezpieczały chorego przed efektem yo-yo, czyli nawrotem otyłości. Chorzy poddawani leczeniu bariatrycznemu wielokrotnie przed operacją redukowali masę ciała za pomocą wielu różnych diet lub przy pomocy pojawiających się na rynku (i po pewnym czasie wycofywanych, ze względu na istniejące niekorzystne działania uboczne) środków farmakologicznych, ale nieubłagany efekt yo-yo powodował nawrót otyłości.

Bezradność farmakologii, co do opracowania bezpiecznego leku hamującego łaknienie, bądź powodującego redukcję masy ciała wynika z braku poznania mechanizmów biochemicznych regulujących powstawanie uczucie głodu i inicjujących przyjmowanie pokarmu.

W połowie XX wieku przedstawiono dualistyczną koncepcję ośrodkowej kontroli homeostazy energetycznej przez „ośrodek głodu” zlokalizowany w okolicy bocznej podwzgórza (LH, lateral hypothalamic area) oraz przez „ośrodek sytości” w jądrze brzuszno-przyśrodkowym podwzgórza (VMN, ventromedial hypothalamic nucleus). Obecnie uważa się, że w obrębie podwzgórza i pnia mózgu istnieje kilka nakładających się na siebie sieci neuronalnych odbierających i generujące bodźce związane ze złożonym zespołem zachowań i czynności organizmu odpowiadających za przyjmowanie pokarmu. W latach dziewięćdziesiątych (po odkryciu w 1994 przez Friedmana i wsp.) opisano wpływ leptyny (wydzielanej głównie przez adipocyty, a także przez komórki główne błony śluzowej żołądka) na komórki tłuszczowe i przewód pokarmowy. Odzwierciedla ona poziom zasobów energetycznych (ilość trójglicerydów w adipocytach). Stanowi bodziec zmniejszający apetyt, zwiększający termogenezę, jest silniejszym niż insulina (w działaniu ośrodkowym) czynnikiem ujemnego sprzężenia zwrotnego w centralnej regulacji krótko i długookresowej homeostazy energetycznej.

Od tego czasu odkrywano nowe związki mające wpływ na funkcjonowanie gospodarki tłuszczowej i przyjmowanie posiłków takie jak neuropeptyd Y, agouti related protein i wreszcie odkryta w roku 1999 ghrelina, produkowana głównie w komórkach P/D1 umiejscowionych w dnie żołądka.

Odkrycie miRNA (mikro RNA) i badania dotyczące ich wpływu na metabolizm człowieka spowodują konieczność weryfikacji obecnego spojrzenia na kwestie otyłości, regulacji hormonalnej, magazynowania tłuszczu, działania insuliny, insulinooporności i etiologii wielu chorób np. cukrzycy typu II.

Od roku 2004 tworzyłem w obrębie Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej, Onkologicznej i Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ośrodek chirurgicznego leczenia otyłości. Po odbyciu szkoleń w kraju i ośrodkach zagranicznych przystąpiłem do operowania chorych. Z założenia operacje wykonywane były laparoskopowo. Rozpocząłem od zakładania regulowanej przewijki na żołądek, po uzyskaniu wprawy manualnej i kolejnych szkoleniach zacząłem wykonywać ominięcie żołądka met. Roux en Y a następnie rękawową resekcję żołądka oraz wgłobienie krzywizny większej żołądka.

Leczenie operacyjne jest tylko jednym z etapów leczenia otyłości. Rozpoczyna się ono od kwalifikacji chorych, przygotowania psychologicznego, internistycznego, endokrynologicznego a w okresie pooperacyjnym polega na stałej opiece lekarskiej, psychologicznej i dietetycznej (w razie potrzeby). W chwili obecnej pod moją stałą opieką pozostaje ok. 1000 chorych z 1500 zoperowanych. Opieka nad tymi chorymi byłaby niemożliwa bez stworzenia zespołu specjalistów, który funkcjonuje przy naszym ośrodku. Biorąc pod uwagę ilość operowanych chorych, różnorodność wykonywanych operacji uważam, że jesteśmy jednym z najdynamiczniej rozwijających się ośrodków bariatrycznych w Polsce.

Ad 1. W pracy tej, przeprowadziłem porównanie problemów operacyjnych i okołooperacyjnych pojawiających się podczas stosowania opasek znanych firm światowych (Johnsson&Johnsson, AMI, Midband, Inamed) z opaskami MiniMizer Extra firmy HospiMedical. Opaski te mają unikalny system ez (w chwili obecnej kopiowany przez innych producentów) służący stabilizacji opaski. Badanie wykazało, że brak jest jakichkolwiek różnic pomiędzy opaskami. Porównywalny czas operacji, brak powikłań w czasie operacji i okresie okołooperacyjnym, „przyjazny” dla chirurga sposób zakładania pozwolił na wystawienie opaskom MiniMizer Extra pozytywnej oceny. Szalenie istotny dla chirurga i unikalny system możliwości dopasowania średnicy opaski do warunków anatomicznych chorego w trakcie operacji (zapięcie opaski na pierwszy stopień – średnica wewnętrzna 31 mm, lub na stopień drugi – średnica wewnętrzna 26 mm), przerastanie ez przez komórki surowicówki stabilizujące opaskę bez konieczności jej obszywania stanowią o wyjątkowości tej opaski. Był to pierwszy w piśmiennictwie światowym artykuł dotyczący opasek tej firmy. W chwili obecnej zaliczane są one do grupy opasek „klasycznych” i są szeroko stosowane w chirurgii bariatrycznej.

Ad 2. Po stwierdzeniu skuteczności metody opasania żołądka, postanowiłem ocenić wpływ opaski na wydzielanie hormonów związanych z regulacją gospodarki tłuszczowej, a także uczuciem głodu i sytości. Badanie dotyczyło grupy 50 chorych operowanych z powodu otyłości patologicznej, u których wykonano laparoskopowe opasanie żołądka przewijką regulowaną. Stężenie leptyny zachowywało się w sposób oczekiwany i obniżało się po operacji korelując ze zmniejszającą się masą ciała i współczynnikiem BMI, natomiast stężenie ghreliny w przebiegu pooperacyjnym zwiększało się, ale bez znamienności statystycznej. W grupie chorych z procentową redukcją nadwagi (%EWL) powyżej 65 % zaobserwowano znamiennej statystycznie ujemną korelację pomiędzy wyjściowym stężeniem

ghreliny a redukcją nadwagi po 3 miesiącach ($r=-0,5$) i po 6 miesiącach ($r=-0,4$). Praca ta udowodniła, że stężenie ghreliny i leptyny określone przed operacją nie stanowią czynnika prognostycznego co do uzyskanej utraty masy ciała. Praca ta, jako pierwsza w Polsce opisywała zachowanie się hormonów związanych z otyłością po operacjach bariatrycznych.

Ad. 3. Rękawowa resekcja żołądka, początkowo wykonywana, jako pierwszy etap wyłączenia dwunastniczego, od 2004 roku jest wykonywana, jako samodzielna procedura bariatryczna. Początkowo traktowana jako jedna z operacji restrykcyjnych, po pracach opisujących przyspieszony pasaż treści pokarmowej przez operowany żołądek, oraz powiązaniu operacji w trakcie której dochodzi do wycięcia dna żołądka – skupiska komórek P/D1 produkujących ghrelinę ze spadkiem jej stężenia i brakiem wpływu na organizm, została zaliczona do nowej grupy – operacji hormonalnych. W pracy opisałem doświadczenia własne dotyczące techniki operacyjnej i występowania powikłań. Olbrzymia, jak na tamten czas grupa 274 chorych, w owym czasie jedna z największych grup chorych w Polsce pozwoliła na opracowanie i opisanie standardów postępowania w trakcie operacji. Ważnymi punktami operacji jest średnica zakładanej sondy kalibracyjnej, miejsce rozpoczęcia i zakończenia preparowania krzywizny większej żołądka, zakładanie dodatkowego szwu wzmacniającego linię zszywek, wykonywanie próby szczelności, decyzja, co do ewentualnego założenia sondy żołądkowej. Również prowadzenie chorego w okresie pooperacyjnym, czas i ilość podawanych doustnie płynów, sposób włączania żywienia doustnego wymaga dokładnej standaryzacji. W badanym materiale nie stwierdziłem znacznej ilości powikłań, jedynie u trzech chorych (1,09 %) doszło do powstania przecieku z linii zszywek. Zmarła dwójka (0,73 %) z operowanych chorych – jeden zgon związany z powikłaniami pooperacyjnymi (przeciek z linii szwu i następowa posocznica), drugi z powodu rozległego zawału mięśnia sercowego w czwartej dobie po operacji.

Ad 4. Znaczącą częścią stosowanych operacji bariatrycznych stanowi laparoskopowe opasanie żołądka przewiązką regulowaną. Częścią operacji jest wszczepienie portu dającego możliwość regulacji wypełnienia opaski. Brak jest consensusu, co do miejsca i sposobu implantacji portu. Co prawda producenci opasek sugerują sposób implantacji portu, ale spora ilość publikacji dotycząca tego tematu świadczy o niedoskonałości tych metod. Ponieważ w naszej rzeczywistości regulacją opaski zajmuje się operator, na podstawie własnych doświadczeń, stwierdziłem, że sposób podany przez producenta polegający na przysyciu portu do powięzi mięśniowej, zwłaszcza u chorych z bardzo obfitą warstwą tłuszczu podskórnego nie zdaje egzaminu stwarzając olbrzymie problemy techniczne, spowodowane m. in. długością specjalnej igły (igła Hubera) używanej do wkłucia się do portu (tkanka tłuszczowa grubsza niż długość igły). Duża liczebność grupy badanej (637 chorych) pozwoliła na wypracowanie własnego sposobu wszczepiania portu połączonego z jego stabilizacją. Proste wszczepienie portu w tkankę podskórną, w okolicę łuku żebrowego, czy na mostek skutkowało rotacją portu (port w tkance tłuszczowej), bądź fatalnym efektem kosmetycznym i możliwością urazu mechanicznego portu (port wszczepiony na mostek). Metoda wszczepienia portu w tkankę tłuszczową z jednoczesną stabilizacją szwami skórными daje łatwy dostęp do portu zabezpieczając go przed rotacją, ułatwia wkłucie jednocześnie zmniejszając odsetek uszkodzeń drenu łączącego, problemów z identyfikacją i nakłuciem membrany. Opisana przeze mnie metoda została doceniona przez producenta opasek (Bariatric Solution) i jest dołączana do materiałów firmy, jako proponowany, unikatowy sposób postępowania z portem zwany „Lodz Port Technic”.

Ad. 5. Opisana grupa 565 chorych leczonych przeze mnie za pomocą laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka, długi czas obserwacji, znaczny odsetek chorych pozostających pod stałą obserwacją

pozwolił na kompleksową ocenę tej metody operacyjnej w wachlarzu operacji bariatrycznych. Niestety, podczas leczenia wystąpiły powikłania, niektóre z nich banalne, nie wymagające dodatkowego postępowania, ale także te szczególnie niebezpieczne w postaci przecieku z linii szwu. W moim materiale było to ośmiu chorych (1,42 %). Brak ustalonego sposobu leczenia powikłań, wynikający z niewielkiej ilości przypadków na świecie, powodował konieczność poszukiwania właściwej metody ich zaopatrzenia. Początkowo stosowałem relaparoskopię lub relaparotomię i pierwotny szew w miejscu przecieku. Niestety postępowanie to nie zdało rezultatu prowadząc do powracania przecieku i w końcu zgonu chorych w mechanizmie niewydolności wielonarządowej w przebiegu posocznicy. Następnym realizowanym pomysłem było endoskopowe zakładanie klipsów służących do hemostazy endoskopowej na miejsce przecieku, stosowanie specjalnego systemu OTSC używanego do zamykania przetok, nie dało to jednak zadowalających efektów. Dopiero zastosowanie wprowadzanych endoskopowo samorozprężalnych, powlekanych protez stosowanych rutynowo w rakach przetyku pozwolił na uzyskanie uszczelnienia miejsca przecieku, pozwolił choremu na żywienie doustne i prowadził do zamknięcia przecieku. W chwili stosowania była to metoda pionierska w Polsce i na świecie. W chwili obecnej metoda ta jest stosowana rutynowo i opisywana przez innych autorów w piśmiennictwie światowym. W artykule zwróciłem uwagę na powstający podczas dewaskularyzacji okolicy dna żołądka zawał tylnego bieguna śledziony, poddając pod rozważenie możliwość ewentualnych dalszych niepożądanych następstw tego zjawiska.

Ad 6. Istotnym problemem chorych operowanych z powodu otyłości jest pojawiający się po kilku latach od operacji wzrost masy ciała. Przeprowadzone badania dotyczące ominięcia żołądka sposobem Roux en Y i rękawowej resekcji żołądka wykazały, że przyczyną tego zjawiska jest poszerzenie rękawa lub rozciągnięcie zespolenia żołądkowo-jelitowego. Wymaga to zwykle powtórnej operacji. Można jednak podczas operacji pierwotnej zabezpieczyć chorego przed takim powikłaniem, zakładając sztywny, silikonowy pierścień podwpustowo. Pierwsze urządzenie tego typu opracował prof. Mel Fobi. Udział w badaniu wielośrodkowym dotyczącym stosowania pierścienia Fobiego w ominięciu żołądka met. Roux en Y dały mi możliwość zapoznania się z niedostatkami tego urządzenia. Dały one impuls do opracowania własnej wersji pierścienia, znacznie prostszego w obsłudze, przyjaznego chirurgowi, pozbawionego wad pierścienia Fobiego. Współpraca z firmą produkującą sprzęt medyczny pozwoliła na nadanie realnego kształtu pomysłowi, a zainteresowanie środowiska i zapotrzebowanie na tego typu sprzęt zaowocowało patentem międzynarodowym dotyczącym nie tylko Europy, ale także Azji i Australii.

Podsumowując, można powiedzieć, że moje zainteresowania dotyczą nowych i nowatorskich technik, które staram się wprowadzać do medycyny polskiej dzieląc się chętnie własnymi doświadczeniami i przemyśleniami, co do możliwości, przydatności i efektywności stosowanych metod. Także podstawy biochemiczne i metaboliczne stosowanych metod są w zakresie moich zainteresowań, co, mam nadzieję znajdzie odzwierciedlenie w dalszych publikacjach.

C) opis pozostałego dorobku i osiągnięć naukowych

Już w czasach studenckich aktywnie uczestniczyłem w pracach STN będąc członkiem kół naukowych przy Zakładzie Anatomii AM (od 1981 r) i w I Klinice Chirurgicznej AM (od 1982 roku). W latach 1985-86 byłem przewodniczącym Koła Chirurgicznego. Praca w Kole zaowocowała pracą pt. „Żółciowe zapalenie otrzewnej”, która na Konferencji STN w 1984 roku otrzymała nagrodę im. dr Kieszkiewicza.

W roku 1984, jako student odbyłem trzymiesięczny staż w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Wilhelma w Münster. Po ukończeniu studiów na przełomie 1987/1988 ponownie odbyłem staż w Klinice Chirurgii Ogólnej w Münster. Po powrocie do Polski, pracując na etacie PSK im. Barlickiego w Łodzi interesowałem się chirurgią jelita grubego i odbytnicy. Wprowadzałem i stosowałem nowe metody leczenia chirurgicznego żylaków odbytu – operacja metodą Longo, HAL, podwiązki gumowe. Nawiązanie współpracy z Zakładem Mikrobiologii AM dotyczące flory jelita grubego zaowocowało pracą doktorską na temat przygotowania jelita grubego do operacji. Od początku istnienia chirurgii małoinwazyjnej starałem się rozwijać swoje umiejętności w tej dziedzinie. Pierwszy kurs laparoskopowy (organizowany przez prof. Stanowskiego) odbyłem w 1992 roku. Po zatrudnieniu na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (2004), bazując na dotychczasowych doświadczeniach i umiejętnościach stworzyłem ośrodek chirurgii bariatrycznej w ramach Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej, Onkologicznej i Ogólnej UM w Łodzi. Po odbyciu szkoleń w tym zakresie w Polsce i poza jej granicami udało mi się stworzyć nie tylko zespół chirurgiczny, ale prężny ośrodek składający się z anestezjologów, endokrynologów, psychologów, dietetyków, internistów, radiologów, pozwalający na kompleksową opiekę nad chorym otyłym w okresie przed- śród- i pooperacyjnym. Działalność rozpocząłem od zakładania przewiązek regulowanych na żołądek (2004), następnie do katalogu operacji dołączyłem laparoskopowe ominięcie żołądka met. Roux en Y (2005), laparoskopową rękawową resekcję żołądka (2006) i laparoskopowe wgłobienie krzywizny większej żołądka (2011). W chwili obecnej zoperowałem prawie 2000 chorych z powodu otyłości włączając w to operacje powikłań i operacje powtórne. Zdobyte doświadczenie zaowocowało stworzeniem w Łodzi ośrodka szkoleniowego dla firmy Bariatrics Solution w zakresie zakładania przewiązek regulowanych na żołądek. Organizowałem szkolenia dla lekarzy z Polski, Wlk. Brytanii, Niemiec, Belgii, Holandii, Węgier, Egiptu, Malezji, Serbii. Po nawiązaniu współpracy z Uniwersytetem w Niszu (Serbia) kilkakrotnie wykonywałem tam pokazowe operacje bariatryczne, szkoliłem lekarzy w zakresie opieki nad chorym bariatrycznym. Operacje pokazowe wykonałem również w Warszawie (laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka), a także podczas VI Międzynarodowego Symposiumu Chirurgii Bariatrycznej Ryn 2009 (laparoskopowe opasanie żołądka przewiązką regulowaną). Dwukrotnie byłem zapraszany, jako ekspert, do wygłoszenia wykładów na spotkaniach bariatrycznych w Niemczech – Freiburg 2007 oraz Griefswald 2009. Moje olbrzymie doświadczenie dotyczące operacji opaskowania żołądka znalazło uznanie na arenie międzynarodowej, pozwoliło na porównywanie różnych typów opasek, a przedstawione wnioski są traktowane jako wytyczne dla wielu chirurgów na świecie. Zdobyta przeze mnie wiedza na temat tych operacji zaowocowała zaproszeniem do napisania rozdziałów dotyczących przewiązki regulowanej w angielskojęzycznych monografiach poświęconych chirurgii bariatrycznej i metabolicznej.

Prace naukowe, a także wystąpienia zjazdowe na zjazdach krajowych i zagranicznych, w których jestem autorem i współautorem dotyczą głównie chirurgii laparoskopowej, bariatrycznej, aspektów technicznych oraz interesujących zdarzeń niepożądanych. Istotną grupą prac są publikacje (pionierskie w Polsce i na świecie) dotyczące znieczulania osób z otyłością patologiczną. Jest to wyraz doskonałej współpracy, jaką udało się nawiązać z zespołem anestezjologicznym.

Prace związane z chirurgią otyłości

Prace te skupiają się na wprowadzaniu do leczenia nowych technik operacyjnych oraz udoskonalaniu już istniejących. Ośrodek, który stworzyłem w Łodzi wkrótce mógł poszczycić się znaczną ilością zoperowanych chorych. Pozwoliło to, na standaryzację technik operacyjnych oraz porównanie metod

na dużej liczbie chorych. Jako pierwszy w Polsce zaproponowałem zakładanie przewiązki żołądkowej bez obszywania jej, co w chwili obecnej stało się standardem w operacjach tego typu przeprowadzanych w naszym kraju. W moim materiale spotkałem się również z interesującymi następstwami operacji bariatrycznych. Publikacja dotycząca raka żołądka po założeniu przewiązki regulowanej na żołądek jest pierwszą i jak dotychczas jedyną w Polsce oraz jedną z kilku na świecie. Do pionierskich należą również doświadczenia dotyczące leczenia powikłań po stosowaniu balonu żołądkowego.

Jestem prekursorem i propagatorem stosowania staplera *Orvile* do zespolenia żołądkowo-jelitowego w operacjach ominięcia żołądka met. Roux en Y. Opis tej metody przedstawiony na podstawie doświadczeń własnych podczas zjazdu IFSO w Buenos Aires spotkał się z dużym zainteresowaniem.

Wczesne włączenie się do grona chirurgów wykonujących laparoskopową resekcję żołądka, oraz duża liczba zoperowanych chorych pozwoliła na zajęcie stanowiska eksperta, co do standaryzacji techniki operacyjnej, ale zaowocowała również powikłaniami. Biorąc pod uwagę brak rutynowych działań w leczeniu powikłań, a zwłaszcza przecieku (leak) zostałem zmuszony do wypracowania samemu optymalnej metody postępowania. Zaproponowana przeze mnie wraz z zespołem endoskopowym metoda zakładania samorozprężalnych protez przełykowych w chwili obecnej jest „złotym środkiem” stosowanym na całym świecie.

Bardzo duża ilość przeprowadzonych operacji skutkuje, zgodnie z prawami statystyki, sporym doświadczeniem dotyczącym powikłań, sposobami ich unikania oraz metodami radzenia sobie z nimi. Było to wielokrotnie tematem moich wystąpień, zwłaszcza na spotkaniach ekspertów organizowanych m. in. w Ełku.

Ponieważ zawsze starałem się wprowadzać do chirurgii polskiej nowe techniki, stosować je praktycznie i standaryzować, jako pierwszy w Polsce przeprowadziłem serię 50 operacji wgłobienia krzywizny większej żołądka. Uzyskane doświadczenia wykazały brak wyższości tej metody nad stosowanymi dotychczas, brak spodziewanych korzyści ekonomicznych itp. Doświadczenia własne w tej dziedzinie przedstawiłem na 66 Zjeździe TPCh, reszta wyników jest w chwili obecnej przygotowywana do publikacji.

Opracowanie nowego, przyjaznego chirurgowi modelu pierścienia do operacji bariatrycznych potwierdzone patentem było związane z udziałem w wielośrodkowym badaniu dotyczącym wpływu pierścienia na efekty u chorych operowanych metodą ominięcia żołądka met. Roux en Y, oraz opisem wpływu tego pierścienia na chorych, u których wykonano operację rękawowej resekcji żołądka. Praca ta jest pierwszą tego typu na świecie.

Prace związane ze znieczuleniem osób otyłych

Ta grupa prac dotyczy problemów związanych ze znieczuleniem chorych otyłych, zwłaszcza uzyskiwaniem należytego zwiotczenia mięśni oraz możliwości szybkiego „odwracania” tego zwiotczenia, co ma olbrzymie znaczenie podczas wybudzania chorego z otyłością patologiczną. Część z tych prac jest pierwszymi publikacjami na ten temat opracowanymi na materiale polskim, pierwszymi w Polsce i jednymi z pierwszych w piśmiennictwie światowym.

W grupie tej znajdują się również prace dotyczące problemów technicznych z intubacją chorych otyłych i możliwościami technicznymi ominięcia tych problemów.

Inne

W początkach mojej pracy interesowałem się chirurgią jelita grubego, co miało wyraz w pracach prezentowanych na ten temat, zwłaszcza dotyczących diagnostyki oraz leczenia operacyjnego nowotworów tego narządu. Ponieważ jestem zagorzałym zwolennikiem i propagatorem chirurgii laparoskopowej prace moje dotyczyły różnych aspektów tych operacji, a zwłaszcza powikłań i metod postępowania w takich przypadkach.

VI. Dorobek naukowy

Łączna punktacja ministerstwa: 358 (w tym 87 jako pierwszy autor), IC 112,37

IF łącznie 28,716 (w tym 6,365 jako pierwszy autor)

1. Oryginalne pełnotekstowe prace naukowe - 18
2. Opis przypadków - 3
3. Prace poglądowe - 0
4. Rozdziały w monografiach i podręcznikach - 3
5. Patenty międzynarodowe - 1
6. Streszczenia ze zjazdów krajowych – 18
7. Streszczenia ze zjazdów międzynarodowych - 7
8. Publikacje w badaniach wielośrodkowych - 0
9. Liczba cytowań – 39 (ISI Web of Science Core Collection), 57 (Scopus)
10. Indeks Hirscha - 3 (ISI Web of Science Core Collection), 4 (Scopus)

VII. Udział w projektach badawczych

Badacz w Gaby–study, International, multi centre, open, prospective randomized study: Banded Versus Conventional Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass (GABY) IT 5448081

VIII. Nagrody i wyróżnienia

Nagroda Rektora UM Łódź III stopnia 2011

Nagroda Rektora UM Łódź I stopnia 2013

IX. Działalność dydaktyczna

Po ukończeniu studiów, pracując w I Klinice Chirurgicznej na etacie PSK prowadziłem wielokrotnie zajęcia z chirurgii ze studentami IV roku wydziału lekarskiego oraz oddziału stomatologii. W 2001 roku brałem udział w pracowaniu skryptu dla studentów stomatologii. W roku 2004, po uzyskaniu etatu adiunkta w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej, Onkologicznej i Ogólnej prowadziłem nadal zajęcia, opracowałem i prowadziłem seminaria z zakresu chirurgii laparoskopowej i chirurgii bariatrycznej i metabolicznej. W roku 2009 opracowałem i prowadziłem zajęcia fakultatywne z zakresu chirurgii laparoskopowej, bariatrycznej i metabolicznej dla studentów V roku wydziału lekarskiego. Byłem opiekunem jednego doktoratu, dotyczącego aspektów psychologicznych odległych wyników chirurgicznego leczenia otyłości laparoskopowym opasaniem żołądka przewiązką

regulowaną, dwóch prac magisterskich oraz kilku studenckich prac naukowych dotyczących w/wym. dziedzin.

X. Działalność organizacyjna

W początkach pracy zawodowej zainteresowałem się chirurgią jelita grubego i odbytnicy. Wprowadzałem i stosowałem nowe metody leczenia chirurgicznego żylaków odbytu – operacja metodą Longo, HAL, podwiązki gumowe. Nawiązanie współpracy z Zakładem Mikrobiologii AM dotyczące flory jelita grubego zaowocowało pracą doktorską na temat przygotowania jelita grubego do operacji. Od lat pięćdziesiątych XX w. kieruję zespołem chirurgów w ramach struktur Kliniki oraz Oddziału Klinicznego.

Tomasz Szwed