prof. dr hab. n. med. Dariusz J. Jaskólski

Łódź, 11 lutego 2020 r.

Recenzja

dorobku naukowego, działalności dydaktycznej, organizacyjnej i osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dn. 14.03.2003 o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. nr 65, poz. 595 ze zmianami)

dr. n. med. Borysa Kwinty

adiunkta w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Przebieg pracy zawodowej

Dr n. med. Borys Kwinta uzyskał dyplom lekarza w roku 2003 jako absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. W rok później, bezpośrednio po odbyciu stażu podyplomowego w Szpitalu Specjalistycznym im. Józefa Dietla w Krakowie, rozpoczął studia doktoranckie na swojej *Alma Mater*, które ukończył w roku 2008, jednakowoż stopień doktora nauk medycznych uzyskał dopiero 18 października roku 2012 na podstawie dysertacji pt. „Morfometryczna ocena ekspresji hormonalnej gruczolaków przysadki operowanych drogą przezklinową w relacji do obrazu klinicznego", której promotorem był prof. Dariusz Adamek. W czasie pracy nad doktoratem Dr Kwinta był zatrudniony jako lekarz w Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, a od roku 2008 nauczał także w Szkole Medycznej dla Obcokrajowców, zaś w latach 2007-2008 był asystentem w Zakładzie Neuropatologii UJ. Po uzyskaniu w roku 2012 specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii, Dr Kwinta kontynuował pracę w Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i Neurotraumatologii już jako lekarz-specjalista. W dniu 01.10.2018 został zatrudniony jako adiunkt w Klinice Neurochirurgii i

Neurotraumatologii Wydziału Lekarskiego UJ CM w Krakowie i równocześnie zaczął pełnić obowiązki kierownika tejże kliniki.

Przed uzyskaniem doktoratu Dr Kwinta opublikował trzy prace oryginalne, z których jedną w renomowanym wysokoimpaktowym czasopiśmie – *Journal of Neurotrauma*. Praca ta analizowała wyniki kliniczne kranioplastyki za pomocą Codubixu u 48 chorych. Dr Kwinta był czwartym z pięciu autorów tej publikacji. Był natomiast pierwszym autorem jednej z pozostałych dwu prac. Stanowiła ona przegląd 185 przypadków patologii kanału kręgowego i ukazała się w *Pol J Pathol* (IF=0,347). Trzecia praca znowu dotyczyła kranioplastyki Codubixem, a ukazała się w *Ces a Slov Neurol Neurochir* (IF=0,045).

Doświadczenia zawodowego Dr. Kwinty w zakresie neurochirurgii nie jestem w istocie w stanie ocenić, jednak biorąc pod uwagę, opisane przez Niego w autoreferacie dokonania kliniczne, mam prawo sądzić, że dysponuje On nie tylko umiejętnościami wynikającymi z obowiązkowego zakresu procedur operacyjnych wykonywanych w ramach koniecznych do uzyskania specjalizacji, ale jest szczególnie doświadczonym neurochirurgiem w dziedzinie zabiegów neuroonkologicznych i naczyniowych mózgu .

Ocena dorobku naukowego

Dorobek naukowy Dr. Kwinty, wyjąwszy osiągnięcie naukowe pretendujące do uznania za pracę habilitacyjną, stanowi w sumie 29 prac. Być może nie ma to większego znaczenia dla końcowej oceny dorobku Habilitanta, jednak nie sposób nie zauważyć, że analiza bibliometryczna przeprowadzona w UJ, w grupie prac opublikowanych w czasopismach z IF, nie zauważa pracy opublikowanej w roku 2017, w Psychiatrii Polskiej, a wśród artykułów bez IF także pomija jeden, choć nie wiadomo który, bo w tej grupie nie wymienia tytułów publikacji; jest tam jedynie napisane, że takich prac jest 13, natomiast Dr Kwinta wymienia w tej grupie 14 artykułów. Choć sumaryczny wynik bibliograficzny nie jest zły – bo współczynnik wpływu prac oryginalnych wynosi ponad 29 (co ciekawe wg UJ 29,187, a wg UM w Łodzi 29, 436), a suma punktów MNiSW 315+84, czyli 399 wg analizy UJ i 731 wg UM w Łodzi (zakładam, że rozbieżność wynika ze stosowania starej i nowej punktacji), to jednak prawdę o jakości dorobku Habilitanta obnaża spojrzenie na Jego pierwszoautorskie prace oryginalne opublikowane po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych. Otóż po doktoracie, w latach 2015-2019 Kandydat opublikował tylko 11 prac oryginalnych w

czasopismach z IF (aż 9 z nich w latach 2018-19), a co najważniejsze, zaledwie w jednym przypadku był pierwszym autorem – chodzi tu o artykuł pt. *The relation of pituitary adenomas invasiveness and the proliferative index measured by mmunoexpression of topoisomerase IIα*, który ukazał się w Endokrynologii Polskiej (IF=1,059; 15 punktów). Co więcej, w pozostałych publikacjach z IF, udział Dr. Kwinty był marginalny: w pięciu wyniósł po 5%, w dwóch po 10%, w kolejnych dwóch po 15% i tylko w jednej - *Increased tortuosity of ACA might be associated with increased risk of ACoA aneurysm development and less aneurysm dome size: a computer aided analysis*, która ukazala się w *Eur Radiol* został oceniony na 20%. Obie wymienione przeze mnie z tytułu prace są interesujące, jednak taki dorobek jest zbyt mały by można go uznać za wystarczający do starania się o stopień doktora habilitowanego. Przypomnę, że wymagania brzegowe w mojej uczelni to pierwsze autorstwo prac oryginalnych o sumarycznym IF=5 i starej punktacji MNiSW=100. Dr Kwinta jest, co prawda, pierwszym autorem kolejnych 4 prac, ale te ukazały się w nisko punktowanych lokalnych czasopismach polskich. Trzy z nich dotyczą badań histopatologicznych i immunohistochemicznych guczolaków przysadki, a jedna to retrospektywna analiza przyczyn wczesnych reoperacji po leczeniu operacyjnym oponiaków wewnątrzczaszkowych. Trudno nie zauważyć, że ta ostatnia praca tematyką znakomicie wpisuje się w cykl pretendujący do uznania za habilitacyjne osiągnięcie naukowe, a dlaczego nie została doń włączona, nie jest dla mnie jasne. Wypada wspomnieć, że prace Dr. Kwinty były cytowane 21 razy, co zaowocowało indeksem Hirscha 3.

Osiągnięcie naukowe odpowiadające rozprawie habilitacyjnej

Rozprawę habilitacyjną stanowi cykl 5 oryginalnych prac, który Dr Kwinta opatrzył tytułem: „Wieloczynnikowa analiza powikłań w neurochirurgii". Kandydat jest pierwszym autorem wszystkich tych publikacji. Załączono wymaganą informację o Jego udziale w powstawaniu poszczególnych prac cyklu. Składają się nań dwie prace opublikowane w czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym, posiadającym IF (*World Neurosurgery*) i trzy artykuły, które ukazały się w nisko punktowanych lokalnych periodykach. Z tego punktu widzenia najważniejszą pracą cyklu jest publikacja pt. *Emergency Reoperations in Cranial Neurosurgery*, która ukazała się w *World Neurosurgery*. Autorzy przeprowadzili retrospektywną analizę 875 przypadków chorych leczonych operacyjnie z różnych przyczyn za pomocą kraniotomii lub trepanacji, starając się zidentyfikować czynniki ryzyka reoperacji,

które trzeba było przeprowadzić w trybie pilnym u blisko 9% pacjentów w tej grupie. Analizę tę przeprowadzono solidnie i w sposób właściwy, formułując poprawne wnioski o tyle, o ile pozwalały na to zrozumiale ograniczenia tego typu badań. Czynnikami ryzyka reoperacji okazały się: operacja nowotworu mózgu, kraniotomia czołowa i niskie średnie stężenie hemoglobiny w krwince czerwonej (MCHC), natomiast ponowne zabiegi zdarzały się rzadziej po operacjach urazów głowy, a także w przypadkach operowanych w weekend.

To ostatnie spostrzeżenie jest nowością, do tego niezwykłą, albowiem w chirurgii ogólnej opisano zjawisko odwrotne – operacje w wolne dni były czynnikiem ryzyka powikłań i gorszego wyniku leczenia. Do pewnego stopnia, nowością jest także spostrzeżenie, że niskie MCHC wiąże się z wyższym prawdopodobieństwem reoperacji. Poznanie tych wszystkich czynników ryzyka jest interesujące, choć niestety niewiele zmienia z punktu widzenia praktyki – nie możemy zrezygnować z operacji nowotworów na rzecz urazów, nie unikniemy otwarcia czołowego, gdy jest ono niezbędne, a większość zabiegów będziemy musieli i tak wykonywać w dni robocze.

Kolejne trzy prace to wspomniane nisko punktowane publikacje, które podobnie jak ta omówiona powyżej, są retrospektywnymi poszukiwaniami czynników ryzyka wczesnych, nieplanowanych reoperacji. Pierwsza z nich (*Early unplanned reoperations in supratentorial brain tumors. Interdisciplinary Neurosurgery 2018, 14: 14-17*) analizuje przypadki 328 chorych operowanych z powodu nowotworów wewnątrzczaszkowych. Co ciekawe, tutaj odsetek reoperowanych wyniósł tylko 6,51% - zatem mniej niż w całej poprzedniej pracy, pomimo że tym razem analiza dotyczyła grupy (nowotwory), która w tamtej publikacji uznana została za grupę podwyższonego ryzyka. Ponownie, jako czynnik ryzyka powtórnego zabiegu zidentyfikowano kraniotomię czołową, a ponadto stwierdzono, że ryzyko takie rośnie w przypadkach operowanych w ramach dyżuru (zatem poza godzinami operacji planowych). To, czy zachodzi tu sprzeczność z wnioskiem z pracy z *World Neurosurgery*, według którego operacje weekendowe (a zatem jakby nie było także „dyżurowe") są korzystne, Habilitant nie wyjaśnia.

Następna praca (*Prolonged international normalized ratio is independently associated with recurrence of acute subdural hematoma needing reoperation. Folia Med Cracov. 2018; 58(1): 53-56*) to krótka – dwustronicowa praca analizująca losy 328 chorych zoperowanych na ostry krwiak podtwardówkowy. Nie jest jasne, czy były to krwiaki wyłącznie pourazowe, czy może część z nich była samoistna, nic nie wiadomo ani o stanie klinicznym tych chorych

ani o tym, jak wielu z nich przyjmowało leki przeciwkrzepliwe, czy przeciwpłytkowe, jakie dawki FFP otrzymywali ci, którzy mieli INR>1,5 i czy to skutecznie skorygowało zaburzenia krzepnięcia i do jakiego poziomu (zauważam przy tym, że informacja o podawaniu FFP znalazła się dopiero w Dyskusji). W dziewięciolinijkowej sekcji *Results* jest co prawda napisane, że dane są zawarte w tabelach 1 i 2, ale tych tabel w pracy nie ma, pomimo, że zgodnie z cytowaniem bibliograficznym praca zawiera wszystkie strony – od 53. do 56.

Kolejny artykuł (*Early reoperations in chronic subdural hematoma. Med Res Journal 2018;3(2):76-81*) to znów niezbyt wnikliwa analiza reoperacji chorych z przewlekłymi krwiakami podtwardówkowymi. Zasadnicze zastrzeżenia do tej pracy są następujące:

1. Niejasne są wskazania do reoperacji – znów podane dopiero w Dyskusji – „ponowne zebranie się krwiaka bez lub z pogorszeniem neurologicznym, lub niekompletne usunięcie w przetrwałymi objawami klinicznymi i radiologicznym efektem masy" – każdy kto operował krwiaki przewlekłe wie, że mniejsza lub większa resztka krwiaka niemal zawsze jest widoczna we wczesnym kontrolnym CT. Zatem o ile obawa o stan kliniczny chorego jest jasnym wskazaniem, a tyle wskazania radiologiczne powinny być precyzyjnie określone, a tu nie podano nawet kiedy wykonywano kontrolne CT. Wielu klinicystów, moim zdaniem słusznie, nic nie robi z resztkowymi krwiakami, bo te najczęściej same się wchłaniają.

2. Twierdzenie, że jako sposób reoperacji stosowano zawsze kraniotomię budzi więcej niż zdziwienie. Z doświadczenia recenzenta wynika, że powtórny drenaż jest skuteczny w znakomitej większości przypadków, a kraniotomia jest przecież zabiegiem o wiele bardziej obciążającym

3. Zupełnie inne są wskazania do operacji krwiaka podtwardówkowego przewlekłego za pomocą trepanacji, a inne za pomocą kraniotomii – to są dwie różne grupy chorych i nie jest właściwe omawiać je wspólnie.

Podsumowując, to, że trzy ostatnie prace zostały opublikowane w czasopismach lokalnych nie jest przypadkiem – sposób ich napisania, przedstawienie danych, jakość analizy, a zatem i siła wniosków pozostawiają wiele do życzenia.

Piąta praca cyklu (*Elective management of unruptured intracranial aneurysms in elderly patients in a high-volume centre. World Neurosurg 2019 Mar 18*) porównuje wyniki leczenia metodą mikrochirurgiczną i wewnątrznaczyniową niepękniętych tętniaków

wewnątrzczaszkowych u chorych po 65. roku życia. Ta praca sama w sobie jest poprawna metodologicznie, a wnioski z niej płynące pozostają w zgodzie z literaturą tematu. Niemniej jednak, zwraca uwagę fakt, że o ile pierwsze cztery prace cyklu są spójne tematycznie o tyle ta ostatnia publikacja w istocie nie wpisuje się w założenia cyklu bardziej niż czyniłaby to jakakolwiek inna praca kliniczna z zakresu neurochirurgii. W tej sytuacji nie mogę uznać jej za część osiągnięcia. Natomiast podsumowując cztery spójne tematycznie prace stwierdzam, że tylko pierwsza z nich zachowuje poziom wymagany od publikacji „habilitacyjnej", choć i tu, przedstawione wnioski trudno jest uznać za wielce istotne.

W świetle powyższego nie mogę uznać cyklu pt. „Wieloczynnikowa analiza powikłań w neurochirurgii" za osiągnięcie naukowe odpowiadające rozprawie habilitacyjnej.

Działalność dydaktyczna

Dr Kwinta od 16 lat prowadzi zajęcia z neurochirurgii dla studentów Wydziału Lekarskiego i Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. Od 10 lat wdraża, wraz z zespołem Zakładu Dydaktyki Medycznej UJ CM w Krakowie, nową formułę zajęć dla studentów polegającą na zastosowaniu metody *Problem Based Lerning (PBL)* czyli Nauczania Opartego o Problem. Współorganizował kursy: dla nauczycieli akademickich (pt. „Zaawansowane techniki edukacyjne w naukach medycznych") i kurs podstawowy w ramach projektu „*Pro bono Collegii Medici Universitatis Jagiellonicae*" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Kandydat prowadził zajęcia w ramach przedmiotu *Introduction to Clinical Sciences* dla studentów Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców UJ CM, oraz warsztaty neuroanatomiczne i neurochirurgiczne podczas International Medical Students' Conference w Krakowie w latach 2016 - 2017. Był jurorem sesji neurologicznych podczas International Medical Students' Conference w Krakowie w 2017 i w 2018 roku, a także opiekunem naukowym licznych prac studentów medycyny Wydziału Lekarskiego UJ CM zaprezentowanych podczas studenckich konferencji naukowych krajowych i międzynarodowych, a niektóre z tych prac zostały nagrodzone. Dr Kwinta jest kierownikiem toczącej się specjalizacji jednego lekarza.

Podsumowując, doświadczenie dydaktyczne Kandydata jest znaczne i zasługuje na ocenę pozytywną.

Działalność organizacyjna

Dr Kwinta był współorganizatorem XXXVI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów w Krakowie w 2004 roku, szkolenia „Leczenie chorób układu naczyniowego mózgu" w ramach Polskiej Szkoły Neurochirurgii w Krakowie w 2006 roku, oraz cyklicznych zebrań naukowych Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów. Ponadto, od 2005 roku, z ramienia Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii UJ CM, współorganizuje kolejne edycje Festiwalu Nauki. Kandydat od października 2018 roku pełni obowiązki Kierownika Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii UJ CM. Sporządzał recenzje artykułów w *Journal of Pediatric Neurology* i w *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*. Jest długoletnim członkiem Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów (od 2013 pełni funkcję sekretarza Oddziału Krakowskiego), European Association of Neurosurgical Societies i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa.

Podsumowując, oceniam osiągnięcia organizacyjne Dr. Kwinty za istotne i godne szacunku.

Wniosek końcowy

Choć osiągnięcia zawodowe, dydaktyczne i organizacyjne Dr. Kwinty są znaczne i godne uznania, to dorobek naukowy Kandydata po osiągnięciu stopnia doktora jest nader skromny i niewystarczający aby Dr Kwinta mógł na jego podstawie ubiegać się o stopień doktora habilitowanego. Co nie mniej istotne, przedstawiony cykl prac mających odpowiadać osiągnięciu naukowemu równoważnemu rozprawie habilitacyjnej, moim zdaniem nie spełnia koniecznych standardów i nie może być uznany za wymagane ustawą osiągnięcie. W konsekwencji, z przykrością przedstawiam Wysokiej Komisji wniosek o odrzucenie podania Dr. Kwinty o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego.