

Autoreferat

1. Imię i nazwisko: Olaf Zagólski

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe / artystyczne z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej:

1994 Dyplom ukończenia Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

1997 Specjalizacja w zakresie otolaryngologii I st., Kraków

2000 Specjalizacja w zakresie otolaryngologii II st., Kraków

2001 Doktorat, tytuł rozprawy: „Ocena fałdów głosowych w badaniu elektrolottograficznym” Collegium Medicum UJ, Kraków

2002 Dyplom Cambridge Certificate in Advanced English, Cambridge, Kraków

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych / artystycznych.

1999-2001 Studia doktoranckie w Collegium Medicum UJ, Klinika Otolaryngologii

Staż naukowe:

1998 St. Mary's Hospital w Londynie

1998 Southmead Hospital w Bristolu

1999 Policlinico Gemelli w Rzymie

1999 St. Elisabeth Hospital w Bochum

2001 St. Thomas' Hospital w Londynie

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego 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.):

a) tytuł osiągnięcia naukowego:

„Problemy chirurgii migdałka gardłowego i migdałków podniebiennych u dzieci”

b) (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa),

1. Zagólski O., Gajda M.: Próba oceny wiarygodności wyników badań układu krzepnięcia w kontekście występowania krwawień u chorych po operacjach migdałków gardłowych i podniebiennych. *Przegl Lek* 2009;66:119-21.

2. Zagólski O.: Do diet and activity restrictions influence recovery after adenoidectomy and partial tonsillectomy? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74:407-11. IF=1,067

3. Zagólski O.: Why do palatine tonsils grow back after partial tonsillectomy in children? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010;267:1613-7. IF=1,214

4. Zagólski O., Kulisiewicz J.: Perioperative antibiotic in adenoidectomy with partial tonsillectomy: a randomized trial. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2012;74:86-92. IF=0,914

c) omówienie celu naukowego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Na osiągnięcie naukowe dotyczące zagadnienia „Problemy chirurgii migdałka gardłowego i migdałków podniebiennych u dzieci”, składa się cykl czterech publikacji w czasopismach międzynarodowych i jednym krajowym o łącznym Impact Factor wynoszącym 3,195.

Publikacje te powstały w oparciu o ponad 10 lat doświadczeń ich pierwszego autora w leczeniu dzieci z przerostem migdałka gardłowego i migdałków podniebiennych. Zabieg usunięcia migdałka gardłowego, często wykonywany razem ze zmniejszeniem objętości migdałków podniebiennych, jest najczęstszą operacją otolaryngologiczną. Problemy chirurgii migdałka gardłowego i migdałków podniebiennych u dzieci są w ostatnich latach tematem licznych prac naukowych, publikowanych w wiodących czasopismach otolaryngologicznych. Głównym celem tych badań jest ograniczenie negatywnych dla operowanych dzieci skutków tych zabiegów. Właśnie dlatego usunięcie części mięszu migdałków podniebiennych wypiera zabieg usunięcia całkowitego, obecnie zarezerwowany do wskazań wynikających z nawrotów bakteryjnego zapalenia migdałków. W wielu ośrodkach powrócono do dawno już niewykonywanego zabiegu zmniejszenia objętości migdałków podniebiennych, zwanego „tonsillotomią”, „tonsillektomią wewnątrztorbkową” lub „częściową tonsillektomią”. U większości dzieci wskazaniem do zabiegu jest przerost tkanki limfatycznej gardła, objawiający się chrapaniem, występowaniem bezdechu sennego i częstymi nawrotami infekcji górnych dróg oddechowych oraz niedosłuchem przewodzeniowym. Zabieg jest najczęściej wykonywany razem z usunięciem migdałka gardłowego. Przerost migdałków podniebiennych występuje, gdy te migdałki wystają spoza łuków podniebiennie-językowych, a wywiad w kierunku anginy u dziecka jest ujemny. W przypadku tonsillotomii zakres usuwania tkanki limfatycznej gardła jest mniejszy, dzięki czemu ograniczeniu ulegają dolegliwości i ryzyko związane z samym zabiegiem. Dodatkową korzyść stanowi pozostawienie części migdałków, które nadal mogą pełnić czynność immunologiczną typową dla pierścienia Waldeyera. Ten powrót do wykonywania zabiegu częściowego usunięcia migdałków, który zastąpił ich całkowite usunięcie, rozpoczął z kolei debatę naukową dotyczącą ryzyka wykonywania tej procedury, sposobu opieki nad dzieckiem w szpitalu i po jego opuszczeniu oraz czynników mogących wpływać na prawdopodobieństwo wystąpienia niepowodzeń, głównie obserwowanego u niektórych chorych odrostu tkanki migdałków podniebiennych.

Szczegółowe kwestie, dotąd nieobjęte badaniami klinicznymi, które uznałem za warte wyjaśnienia, są następujące:

1. Jak przygotować dziecko do zabiegu adenotomii lub adenotonsillotomii? Najpoważniejszym jego powikłaniem jest krwawienie śród- lub pooperacyjne - w czasie kilku pierwszych godzin po jego zakończeniu (krwawienie wczesne) i w okresie dwutygodniowej rekonwalescencji (późne). Te drugie występują często niespodziewanie u dzieci z prawidłowymi wynikami badań układu krzepnięcia. Czy istnieje zatem zasadność wykonywania tych badań u wszystkich dzieci zakwalifikowanych do zabiegu? Kiedy są one konieczne?

2. Najczęstszym odległym niepowodzeniem leczenia chirurgicznego jest odrost migdałków podniebiennych. Jakie czynniki decydują o jego wystąpieniu? Wielu rodziców operowanych dzieci obawia się odrostu migdałka gardłowego. Czy jest to realne zagrożenie? Czego należy unikać po zabiegu tonsillotomii, aby zapobiec odrostowi migdałków podniebiennych?

3. Jak optymalnie leczyć dziecko w okresie pobytu w szpitalu i po jego zakończeniu? Czy należy stosować okołoperacyjnie antybiotyki, skoro, w odróżnieniu od tonsillektomii, przecięciu ulega tkanka migdałka często zawierająca liczne szczepy bakteryjne? Jaka dieta powinna być podawana dziecku po zabiegu? Czy koniecznie trzeba ograniczać wysiłek fizyczny w czasie rekonwalescencji w celu zmniejszenia ryzyka krwawień?

Omówienie badań i potencjalnego wykorzystania osiągniętych wyników

Praca „Próba oceny wiarygodności wyników badań układu krzepnięcia w kontekście występowania krwawień u chorych po operacjach migdałków gardłowych i podniebiennych. Przegl Lek 2009;66:119-21” nawiązuje do najczęstszego i najbardziej niebezpiecznego powikłania zabiegów na migdałkach podniebiennych u dzieci, jakim jest krwawienie pooperacyjne. Jego częstość wynosi wprawdzie tylko kilka procent,

ale jeśli wziąć pod uwagę liczbę wykonywanych adenotomii i adenotonsillectomii, problem staje się istotny, mimo że występowanie krwawień u dzieci jest rzadsze niż u dorosłych. Dla profilaktyki istotne jest określenie czynników ryzyka krwawień. W wielu ośrodkach przed zabiegiem rutynowo wykonuje się badania krzepnięcia krwi – aktywowany częściowy czas tromboplastynowy APTT, oraz czas protrombinowy, wyrażany jako międzynarodowy współczynnik znormalizowany – INR i liczbę płytek krwi. W omawianym badaniu analizowano wyniki tych testów laboratoryjnych oraz przeprowadzono z rodzicami dokładny wywiad dotyczący zaburzeń krzepnięcia u dziecka i w jego rodzinie, skłonności do powstawania sińców po niewielkich urazach oraz krwawień z nosa. Mimo, że u 20% badanych stwierdzono przekroczenie zakresu wartości referencyjnych wskaźników układu krzepnięcia (najczęściej APTT i to u ponad 5% badanych powyżej 10% wartości górnej granicy normy), nie stwierdzono zależności statystycznej między wartościami wskaźników układu krzepnięcia a występowaniem krwawień. Czulość wartości omawianych wskaźników w przewidywaniu występowania krwawień wyniosła 6,0%, a specyficzność 20,1%. U chorych, u których doszło do krwawień, wywiad w kierunku zaburzeń krzepnięcia był niecharakterystyczny. Nie stwierdzono ani jednego krwawienia późnego w grupach badanych z przekroczonymi wartościami badań układu krzepnięcia do i powyżej 10%. Dlatego stwierdzono, że rutynowe oznaczanie wskaźników układu krzepnięcia u dzieci nie ma uzasadnienia. Badania te należy jednak wykonywać u dzieci z zaburzeniami układu krzepnięcia w wywiadzie.

W pracy “Do diet and activity restrictions influence recovery after adenoidectomy and partial tonsillectomy? Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2010;74:407-11” omawiam zagadnienie zaleceń odnoszących się do diety i aktywności fizycznej u dzieci po zabiegu adenotomii i adenotonsillectomii. Wcześniej udowodniono, że dzieci lepiej tolerują zabieg i mają korzystniejszą rekonwalescencję, jeśli nie ogranicza się ich diety w czasie pierwszych 12 godzin po zabiegu. Powrót do normalnej diety i aktywności fizycznej jest przez wielu chirurgów uznawany za miarę tej rekonwalescencji. Jednak wielu otolaryngologów uważa, że twarde pokarmy mogą podrażniać gardło i prowadzić do krwawień. Z kolei intensywny wysiłek fizyczny

może powodować wzrost ciśnienia tętniczego, a to z kolei zwiększać ryzyko krwawień. Dlatego w wielu ośrodkach instruuje się rodziców, aby ich dzieci nie jadły pokarmów twardych i gorących. Jednak przed opublikowaniem omawianej pracy nie było badań naukowych dotyczących tych problemów. W omawianym badaniu dzieci podzielono retrospektywnie na następujące grupy: grupę, w której przestrzegano zaleceń dotyczących diety i wysiłku fizycznego; w której nie przestrzegano ograniczeń diety; w której nie zastosowano się do zaleceń dotyczących ograniczeń wysiłku fizycznego; w której zaniedbano stosowanie się do wszelkich zaleceń. Uzyskane przeze mnie wyniki wskazują, że epizody późnych krwawień po zabiegach są znamienne częstsze w grupie dzieci, u których nie udało się kontrolować nadmiernej aktywności fizycznej. Tymczasem wskaźnik zadowolenia rodziców był najwyższy w grupach: nieprzestrzegających reżimu dietetycznego i ograniczeń wysiłku fizycznego. W grupie bez ograniczeń diety i wysiłku był też najwyższy odsetek dzieci, które w ogóle nie zgłaszały bólu. Obserwowany ból pooperacyjny był najmniej nasilony w grupie bez ograniczeń diety i aktywności fizycznej. Krwawienia pooperacyjne występowały najczęściej u dzieci nieograniczających wysiłku fizycznego. Wskazania do podania antybiotyku ze względu na opóźnienie gojenia były najczęstsze w grupie dzieci jedzących twarde pokarmy. Drażniące działanie twardego pokarmu na ranę w gardle może spowodować nie tylko krwawienie, ale również nasilenie zapalenia, którego skutkiem może być infekcja rany, gorączka, ból oraz nudności, jak w ostrym zapaleniu gardła. Fakt, że większość krwawień pooperacyjnych, również tych samoistnie ustępujących, wystąpiła po nasilonym wysiłku fizycznym wskazuje, że to właśnie nadmierna aktywność fizyczna mogła być ich przyczyną. Badanie wykazało również, że zakaz wysiłku był najczęściej nieprzestrzegany przez dzieci i ich opiekunów.

Artykuł “Why do palatine tonsils grow back after partial tonsillectomy in children? Eur Arch Otorhinolaryngol 2010;267:1613-7” powstał w oparciu o badania ankietowe rodziców dzieci po adenotomii i adenotonsillotomii, dotyczące nawrotu objawów obturacji górnych dróg oddechowych, częstości infekcji, zwłaszcza tych wymagających leczenia antybiotykami, diety, zwłaszcza spożycia tłuszczu i cukrów

prostych oraz o badanie alergologiczne. Wyników ASO, CRP i IgE całkowitego nie wykazały różnicy w stosunku do grupy kontrolnej, podobnie jak wyniki badań bakteriologicznych. Również zawartość tłuszczu w diecie nie była czynnikiem ryzyka odrostu migdałków podniebiennych po zabiegu ich częściowego usunięcia. Częstość przerostu migdałków gardłowego i/lub podniebiennych u rodziców i rodzeństwa nie różniła się między grupami badanych dzieci i kontrolną. Natomiast oceniana przy pomocy ankiety zawartość cukrów prostych w diecie dziecka i liczba infekcji górnych dróg oddechowych po zabiegu okazały się czynnikami ryzyka odrostu tkanki limfatycznej migdałków podniebiennych. Częstość występowania odrostu tkanki limfatycznej zależała od wieku dziecka i była najwyższa u dzieci starszych niż 7 lat. Wprawdzie odrost migdałków podniebiennych był częstszy u dzieci często leczonych antybiotykami z powodu infekcji górnych dróg oddechowych, nie jest jasne, czy przyczyną odrostu było stosowanie antybiotyków, czy same infekcje. Klinicznie istotny odrost migdałka gardłowego nie wystąpił w omawianym badaniu. Przewlekłe fizjologiczne zapalenie tkanki migdałków charakteryzuje się nasilonym metabolizmem glukozy, co w przypadku diety o wysokiej zawartości cukru może stymulować pozostawioną po zabiegu tkankę migdałkową do przerostu.

Praca "Perioperative antibiotic in adenoidectomy with partial tonsillectomy: a randomized trial. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2012;74:86-92" jest pierwszym badaniem korzyści wynikających z około- i pooperacyjnego podania antybiotyku u dzieci zakwalifikowanych do adenotonsillectomii. W przypadku częściowego usunięcia migdałków, w odróżnieniu od tonsillectomii, dochodzi od przecięcia obfitującego w bakterie mięszu migdałków. Uszkodzone są krypty migdałków, w których toczy się przewlekłe fizjologiczne zapalenie i żyją bakterie, co powoduje zwiększone ryzyko zakażenia rany. Z drugiej strony, w przypadku częściowego usunięcia migdałków rana znajduje się bardziej powierzchownie, co powoduje mniej nasilone dolegliwości bólowe. Badanie wykazało, że podanie antybiotyku w czasie zabiegu i jego kontynuacja przez okres kolejnych 7 dni powoduje skrócenie czasu dolegliwości bólowych, ograniczenie intensywności szczytowej wartości bólu, przyspieszenie wystąpienia szczytowej wartości bólu, przyspieszenie powrotu do normalnej

aktywności fizycznej, skrócenie trwania nieprzyjemnego zapachu z ust, poprawę wartości wskaźnika satysfakcji rodziców w dniu czwartym i siódmym po zabiegu, zmniejszenie liczby dawek dodatkowych środków przeciwbólowych, poprawę gojenia w czwartym dniu po zabiegu oraz ogranicza częstość występowania nieprzyjemnego zapachu z ust. Nie potwierdzono jednak częstego występowania ścisłych wskazań do pooperacyjnej antybiotykoterapii w badanych grupach operowanych dzieci.

W oparciu o prezentowane wyniki badań naukowych nie wykonuję rutynowo badań układu krzepnięcia u dzieci z niecharakterystycznym wywiadem w kierunku zaburzeń krzepnięcia. Po zabiegu sugeruję rodzicom ograniczenie wysiłku fizycznego i zakazuję spożywania twardych pokarmów u dzieci do czasu zagojenia ran w gardle. Odradzam dietę bogatą w cukry proste ze względu na możliwe zwiększenie ryzyka odrostu migdałków podniebiennych. Jeśli dziecko przed zabiegiem jest przyzwyczajone do dużej ilości słodyczy, rozważam wykonanie tonsillektomii, aby uchronić je przed możliwością przerostu migdałków podniebiennych. Informuję też rodziców o przewidywanym przebiegu rekonwalescencji w przypadku podania i niepodania antybiotyku oraz o jego możliwych działaniach ubocznych. Jeśli rodzice oczekują szybkiej poprawy stanu dziecka, otrzymuje ono antybiotyk.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych (artystycznych)

Na mój dorobek naukowy składa się 19 prac oryginalnych w czasopismach z Impact Factor (w tym dwie *in press*), 39 prac oryginalnych opublikowanych w czasopismach bez Impact Factor, 2 prace kazuistyczne w czasopismach z Impact Factor, 16 prac kazuistycznych w czasopismach bez Impact Factor, 8 artykułów poglądowych (w tym jeden w czasopiśmie z Impact Factor), 1 list do redakcji oraz 6 rozdziałów w podręcznikach międzynarodowych.

Łączny IF = 19,654; KBN = 471,5; Index Copernicus = 329,21. Jestem pierwszym autorem 62 i współautorem 24 publikacji. Ponadto jestem autorem i

współautorem 16 doniesień zjazdowych w tym 7 opublikowanych w czasopismach zagranicznych.

Liczba cytowań moich publikacji (Web of Science 1945-2013): 119, współczynnik Hirscha: 5.

Omówienie cykli tematycznych publikacji w pozostałym dorobku naukowym

Powstałe we współpracy z Poradnią Leczenia Mowy (Speech Therapy Department) St. Thomas' Hospital w Londynie prace "Electroglottographic measurements of glottal function in vocal fold paralysis in women. Clin Otolaryngol Allied Sci 2002;27:246-53"; "Electroglottography in elderly patients with vocal fold palsy. J Voice 2009;23:567-71" i "Electroglottography in the follow-up of bilateral vocal fold palsy. B-ENT 2009;5:31-7" były pionierskimi opracowaniami dotyczącymi badań elektrogłottograficznych u chorych z jedno- i obustronnym porażeniem fałdów głosowych. Ta metoda badania czynności krtani jest całkowicie nieinwazyjna. Pozwala na precyzyjną ocenę krótkotrwałych zmian kontakty na styku fałdów głosowych w czasie fonacji. Moje badania wykazały, że najbardziej czułą miarą zaburzeń fonacji jest nieregularność drgań fałdów głosowych, wyrażana w procentach. Obserwacja zmian jej wartości w okresie oczekiwania na powrót ruchomości fałdów głosowych pozwala śledzić poprawę czynności fonacyjnej krtani. W ten sposób elektrogłottografia może dostarczyć istotnych informacji dla leczenia i rehabilitacji chorych z porażeniem fałdów głosowych, niemożliwych do uzyskania przy pomocy innych dotąd stosowanych metod diagnostycznych.

Artykuły "Functional evaluation of the vestibular organ in infants with risk factors of hearing loss occurring in the perinatal period. Med Sci Monit 2006;12: 248-52"; "Vestibular system in infants after systemic aminoglycoside therapy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007;71:1797-1802"; "Vestibular system in infants with hereditary

nonsyndromic deafness. *Otol Neurotol* 2007;28:1053-5”; “Vestibular-evoked myogenic potentials and caloric stimulation in infants with congenital cytomegalovirus infection. *J Laryngol Otol* 2008;122:574-9”; “An acoustically evoked short latency negative response in profound hearing loss infants. *Auris Nasus Larynx* 2008;35:328-32”; “Vestibular system in infants after systemic therapy with amikacin. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;17:534-9”; oraz “Vestibular-evoked myogenic potentials and caloric tests in infants with congenital rubella. *B-ENT* 2009;5:7-12” są pionierskimi doniesieniami na temat rejestracji miogennych przedsionkowych potencjałów wywołanych u niemowląt z grup podwyższonego ryzyka uszkodzenia ucha wewnętrznego.

Wyniki tych badań prowadzą do wniosków, że u niemowląt, u których wystąpiły czynniki ryzyka uszkodzenia ucha wewnętrznego charakterystyczne dla okresu okołoporodowego (niedotlenienie okołoporodowe, niska waga urodzeniowa, wcześniactwo) stopień uszkodzenia czynności ślimaka i kanału półkolistego bocznego zależy od nasilenia niedotlenienia okołoporodowego ocenianego przy pomocy skali Apgar. W grupie niemowląt leczonych aminoglikozydami, narząd przedsionkowy bywa uszkodzony częściej niż narząd ślimakowy, a kanał półkolisty boczny jest bardziej narażony na szkodliwy wpływ leku niż woreczek. W grupie niemowląt z wrodzoną głuchotą uwarunkowaną genetycznie, niezwiązaną z zespołami wad wrodzonych, stopień uszkodzenia kanału półkolistego bocznego koreluje z głębokością niedosłuchu odbiorczego, a miogenne przedsionkowe potencjały wywołane są częściej nieobecne niż reakcje na bodźce kaloryczne. U trzymiesięcznych niemowląt z wrodzoną cytomegalią oraz w grupie z wrodzoną różyczką częstość występowania zaburzeń narządu przedsionkowego jest większa niż niedosłuchu odbiorczego.

Wspólnym wnioskiem z całości przedstawionych wyżej badań narządu przedsionkowego jest sugestia jego rutynowej diagnostyki u niemowląt ze wszystkich grup podwyższonego ryzyka uszkodzenia ucha wewnętrznego. Istotną częścią tego badania powinna być rejestracja ujemnych odpowiedzi o krótkiej latencji, które mogą stanowić nowoczesną i wartościową metodę oceny czynności narządu przedsionkowego u niemowląt z głębokim niedosłuchem odbiorczym.

Zainteresowanie chirurgią endoskopową nosa i zatok zaowocowało powstaniem cyklu prac na temat endoskopowego leczenia guzów nosa i zatok. Artykuły „Giant frontal sinus osteoma – the literature review based on one observation. Case Reports and Clinical Practice Review 2005;6:44-7”; “Osteoma of the sphenoid sinus. B-ENT 2005;1:39-41”; “Ethmoid sinus osteoma removed under endoscopic guidance – the literature review of the problem based on one case. Case Reports and Clinical Practice Review 2005;6:207-10”; „Osteomas of the paranasal sinuses - surgical treatment options. Med Sci Monit 2007;13:244-50”; „Endoskopowe leczenie chorych z kostniakami zatok przynosowych – doświadczenie własne. Otolaryngol Pol 2007;61:260-4” przedstawiają możliwości i ograniczenia chirurgii endoskopowej w leczeniu chorych z kostniakami zatok przynosowych. Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie wniosków, że biorąc pod uwagę ryzyko tej metody związane z bliskością oczodołów i podstawy czaszki, usuwanie małych i średniej wielkości kostniaków przy zastosowaniu technik endoskopowych jest bezpieczne i skuteczne. Metoda ta gwarantuje doskonały efekt kosmetyczny.

Z kolei artykuły „Endoskopowe leczenie płynotoku nosowego. Otolaryngol Pol 2007;61:69-73”; „Endoskopowe leczenie chorych z wewnątrzczaszkowymi powikłaniami zapalenia zatok. Otolaryngol Pol 2007;61:131-6”; „Endoskopowe leczenie chorych z powikłaniami oczodołowymi zapaleń zatok przynosowych. Przegl Lek 2008;65:221-4” omawiają techniki operacji endoskopowych i korzyści wynikające z ich zastosowania u chorych, u których rozwijają się niebezpieczne powikłania wynikające z przewlekłego zapalenia zatok przynosowych oraz u pacjentów z płynotokiem mózgowo-rdzeniowym. Techniki endoskopowe umożliwiają skuteczne leczenie oraz zmniejszenie uszkodzenia tkanek sąsiadujących z operowanym miejscem, łatwiejszą identyfikację struktur anatomicznych oraz fizjologiczny drenaż zatok, w porównaniu do tradycyjnych metod operacyjnych. Prace „Doświadczenie własne w leczeniu chorych z brodawczakiem odwróconym bocznej ściany nosa. Otolaryngol Pol 2003;57:633-7”; “Endoscopic surgical treatment of patients with isolated sphenoid sinus disease – the literature review based on 15 rare

cases. Case Reports and Clinical Practice Review 2004;5:551-5”; Endoscopic removal of air gun pellet in the sphenoid sinus. B-ENT 2005;1:205-7”; „Guz z komórek okołonaczyniowych (haemangiopericytoma) przegrody nosowej usunięty endoskopowo. Pol Merkur Lekarski 2006;20:445-7” ; „Nabłoniak nerwowy z komórek węchowych usunięty endoskopowo. Otolaryngol Pol 2006;60:433-6”; “Fatty tissue within the maxillary sinus: A rare finding. Head & Face Medicine 2006;2:28”; „Endoskopowe leczenie chorych z izolowanymi stanami patologicznymi zatoki klinowej. Otolaryngol Pol 2007;61:254-9”; oraz “Sphenoid sinus pyocele with intracranial extension managed under endoscopic guidance – a report of an extremely rare case. B-ENT 2007;3:149-51 przedstawiają przypadki rzadkich stanów patologicznych nosa i zatok przynosowych, leczone endoskopowo. U wszystkich chorych uzyskano dobre rezultaty terapii.

Recenzowałem artykuły dla:

Journal of Pediatric Neurology: 4 recenzje

Journal of Neurology (IF=2.536): 1 recenzja

Journal of Cytology: 1 recenzja

World Journal of Surgical Oncology (IF=1.12): 1 recenzja

Folia Phoniatica et Logopaedica (IF=1.115): 1 recenzja

Acta Medica Academica: 1 recenzja

Journal of Cranio-Maxillary Diseases: 1 recenzja

Działalność dydaktyczna

Zajęcia dydaktyczne w zakresie otolaryngologii dla studentów V roku Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii, również dla studentów zagranicznych, prowadzone w Klinice Otolaryngologii CM UJ 2000 do 2001.

Wykłady w ramach kursu "Studium audioprotetyki" dla kandydatów na protetyków słuchu, organizowanego przez Wydział Inżynierii Mechanicznej i Robotyki Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie 2003.

Seminaria dla lekarzy i pielęgniarek na temat stanów zagrożenia życia w otolaryngologii i specyfiki zasad opieki nad chorych po zabiegach otolaryngologicznych w SCDZ Medicina, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, od 2001 do 2013.

Działalność organizacyjna

Utworzenie Oddziału Otolaryngologicznego w Specjalistycznym Centrum Diagnostyczno-Zabiegowym „Medicina” w Krakowie (w latach 2008-2010 byłem kierownikiem tego oddziału)

Udział w pracach Komitetu Organizacyjnego XXXIX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego w Krakowie, 2000

1995 zostałem członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi

Uwaga 20.06.2013 