

Uniwersytet Jagielloński  
Collegium-Medicum

Autoreferat do wniosku habilitacyjnego

Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej  
Uniwersytet Jagielloński  
Collegium Medicum w Krakowie

Kraków, 2018

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

## **1. Imię i nazwisko**

Dr n.med Janusz Włodarczyk

## **2. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe**

17.11.1988 Dyplom Lekarza

Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Lublinie obecnie Uniwersytet Medyczny w Lublinie

22.05.1997 - Dyplom doktora nauk medycznych

Tytuł: „Wartość diagnostyczna endoskopii z zastosowaniem roztworu Lugola w stanach zapalnych przełyku”

Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Promotor: prof. dr hab. med. Paweł Misiuna

Recenzenci: prof. dr hab.med. Daniel Chibowski

prof.dr hab. med. Danuta Karcz

1995 Dyplom specjalisty chirurgii ogólnej

Opiekun specjalizacji lek. med. Janusz Stefanek

1999 Dyplom specjalisty chirurgii klatki piersiowej

Opiekun lek. med. Henryk Olechnowicz

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

2015 Dyplom specjalisty chirurgii onkologicznej

Opiekun specjalizacji: prof. dr hab. med. Andrzej Stelmach

Centrum Egzaminów Medycznych w Warszawie i w Łodzi

### **3. Przebieg pracy zawodowej**

Urodziłem się 23.10.1962 r. Po uzyskaniu matury w 1980 r rozpocząłem studia na Wydziale Lekarskim ówczesnej Akademii Medycznej w Lublinie. Chirurgią zainteresowałem się na studiach, a chcąc mieć solidne podstawy zawodowe jako student rozpocząłem aktywną pracę dydaktyczną w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka. W okresie tym uczęszczałem na zajęcia Studenckiego Koła Naukowego przy Klinikach Chirurgii w Lublinie oraz odbyłem staż studencki w 1987r w Republice Federalnej Niemiec.

W 1988r ukończyłem studia na Wydziale Lekarskim, odbyłem staż podyplomowy w Republice Federalnej Niemiec, ze szczególnym uwzględnieniem szkolenia w zakresie endoskopii przewodu pokarmowego pod kierunkiem prof. H. Selamair. Po jego ukończeniu w 1989r podjąłem pracę w Oddziale Chirurgii Ogólnej w Kraśniku, w którym założyłem Pracownię Endoskopii, którą kierowałem do 1995r wykonując ok. 5000 badań diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz ok.300 badań w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego w kwietniu 1995 r zdałem Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w zakresie chirurgii ogólnej. Od grudnia 1995r podjąłem pracę jako starszy asystent w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej KSS im. Jana Pawła II w Krakowie pod kierunkiem dr H.

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

Olechnowicza. W latach 2003-2009 pełniłem funkcję z-cy Ordynatora Oddziału. a od 2010r jako adiunkt w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum pod kierunkiem Prof. dr hab. med. J. Kuźdżała.

W 1997 r Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na podstawie pracy „Wartość diagnostyczna endoskopii z zastosowaniem roztworu Lugola w stanach zapalnych przełyku” nadała mi tytuł doktora nauk medycznych. Po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego w zakresie chirurgii klatki piersiowej w listopadzie 1999 r zdałem Państwowy Egzamin Specjalizacyjny uzyskując tytuł specjalisty w zakresie chirurgii klatki piersiowej, a w 2015 tytuł specjalisty w zakresie chirurgii onkologicznej. W okresie swojego szkolenia moje zainteresowania dotyczyły chirurgii przełyku, której poświęciłem swoje szkolenia zwłaszcza odbyte w Republice Federalnej Niemiec.

#### Staże zagraniczne

- sierpień - grudzień 1987 staż kliniczny Klinik Wartenberg (prof. H. Selmair) Republika Federalna Niemiec
- wrzesień 1991 staż kliniczny Klinika Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu w Mainz (prof. H. Bindewald)
- sierpień - październik staż kliniczny Klinika Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Technicznego w Monachium ( prof. R. Siewert )
- 2000 stypendium Klinika Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Technicznego w Monachium ( prof. R. Siewert )
- 2000 kurs w zakresie mikrochirurgii Tutlingen (prof. F. Bootz) Republika Federalna Niemiec
- 2000 kurs w zakresie technik chirurgicznych Davos Szwajcaria
- 2007 kurs technik małoinwazyjnych przełyku Strasbourg

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

- lipiec - sierpień 2017 staż kliniczny Klinika Chirurgii (prof. M. Buechler)

#### Szkolenie zawodowe (wybrane kursy i szkolenia)

- 2005 Międzynarodowe szkolenie w zakresie diagnostyki ultrasonograficznej śródpiersia  
Zakopane
- 2011 Kurs technik małoinwazyjnych Warszawa afiliowany przez Towarzystwo Chirurgów Polskich `Sekcję Chirurgii Małoinwazyjnej
- 2014 Kurs mikrochirurgii Instytut Onkologii w Gliwicach (prof. A. Maciejewski)
- 2013 - 2014 kursy, szkolenia w zakresie chirurgii onkologicznej
- 2014 certyfikat endoskopowy Sekcji Chirurgii Endoskopowej Towarzystwa Chirurgów Polskich

#### Członkostwo w towarzystwach chirurgicznych

- Towarzystwo Chirurgów Polskich
- European Association for Endoscopic Surgery (EAES)
- ISDE + ESDE (international society for Diseases of the Esophagus)
- Rada Naukowa Polskiego Związku Kawalerów Maltańskich

**4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.)**

**a) tytuł osiągnięcia naukowego**

**Zastosowanie wybranych technik endoskopowych w terapii nieoperacyjnego raka przetyku**

Osiągnięcie stanowi monotematyczny cykl 4 prac oryginalnych, które powstały po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych. Sumaryczny Impact Factor cyklu wynosi 8,124 pkt, a punktacja MNiSW 90. Mój indywidualny wkład autorski w każdą z poniżej wymienionych prac znajduje się w załączniku nr 4, a oświadczenia współautorów o ich indywidualnym wkładzie autorskim w załączniku nr 5.

**b) autorzy, tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa**

1. **Janusz Włodarczyk**, Jarosław Kuźdżał.

Stenting in palliation of unresectable esophageal cancer.

**World Journal of Surgery IF 2,673 20,000 pkt MNiSW**

2. **Janusz Włodarczyk**, Jarosław Kuźdżał

Safety and efficacy of airway stenting in patients with malignant oesophago-airway fistula

Journal of Thoracic Disease 2018;5;2731-2739

**Impact Factor 1,804; 20,000 pkt MNiSW**

3. **Janusz Włodarczyk**, Tomasz Gil, Janusz Warmus, Zbigniew Grochowski, Wojciech Gocyk, Piotr Kocoń, Piotr Talar, Tomasz Smęder, Jarosław Kuźdżał.

Double stenting for malignant airway and esophageal obstructions.

Disease of the Esophagus. 2017 : 8; 1- 9

**Impact Factor 2,571; 20,000 pkt MNiSW**

4. **Janusz R. Włodarczyk**, Jarosław Kuźdżał.

Safety and efficacy of oesophageal stenting with simultaneous percutaneous endoscopic gastrostomy as a supplementary feeding route in unresectable proximal oesophageal cancer.

Wideochirurgia i Inne Techniki Małoinwazyjne 2018:13;176-183

**Impact Factor 0,852; 15,000 pkt MNiSW**

c) omówienie cyklu naukowego wyżej wymienionych prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Rak płaskonabłonkowy przełyku to 8. co do częstości występowania nowotwór na świecie, a rak gruczołowy przełyku i złącza przełykowo-żołądkowego to nowotwory o jednej z najwyższych dynamik zapadalności w ostatnich dwóch dekadach.

Standard postępowania terapeutycznego w powierzchniowym raku przełyku stanowi resekcja przełyku, natomiast w raku miejscowo zaawansowanym zaleca się leczenie skojarzone, czyli przedoperacyjną chemio-radioterapię z resekcją przełyku i limfadenektomią. Jednak, ta procedura, dotyczy ok. 20 - 40 % chorych, stąd większość pacjentów ze względu na miejscowe zaawansowanie oraz odległe przerzuty wymaga postępowania paliatywnego. Spośród wielu jego sposobów, do najczęściej stosowanych zaliczamy: protezowanie, laseroterapię, chemio i/lub radioterapię, brachyterapię.

Leczenie paliatywne raka przełyku stanowi trudną procedurę, która wymaga od Ośrodków je wykonujących biegłości klinicznej w zakresie chirurgii przełyku. Postępowanie kliniczne to nie tylko protezowanie przełyku, które ze względu na anatomiczne relacje przełyku w stosunku do drzewa oskrzelowego może wymagać jej rozszerzenia o protezowanie drzewa oskrzelowego, a pacjentów cechuje często ciężki stan kliniczny przebiegający z wyniszczeniem nowotworowym postępującą niewydolnością oddechową oraz rozwijającymi się stanami septycznymi w śródpiersiu. W grupie szczególnego ryzyka znajdują się pacjenci z przetoką przełykową do drzewa oskrzelowego.

Po raz pierwszy prototyp protezy został wykorzystany do intubacji zwężenia przełyku w 1885 r, a szybki rozwój protezowania nastąpił wraz z rozwojem endoskopii. W latach 70 i 80 – tych stosowano protezy sztywne i pół-sztywne, a od lat 90-tych obecne są na rynku samorozprężalne nitinolowe lub stalowe protezy: niekryte, częściowo lub całkowicie kryte oraz plastyczne. Protezy te pomimo zaawansowania technologicznego niekiedy łatwości implantacji nie są wolne od zagrożeń i wynikających z właściwości fizycznych protez powikłań zagrażających życiu pacjenta.

Koncepcja leczenia pacjentów z paliatywną chorobą nowotworową przełyku towarzyszyła naszemu Oddziałowi od czasu jego powstania i została wdrożona z powodzeniem przez dr H. Olechnowicza i jest kontynuowana przez prof. J. Kuźdźała. Kompleksowe postępowanie wymagało wdrożenia szkoleń zarówno zespołu chirurgicznego jak i anestezyjologicznego.

Ukazujące się publikacje przedstawiają zwykle małe grupy chorych, niewystandaryzowane sposoby postępowania, które raczej stanowią kazuistykę, niż naukowo uporządkowane postępowanie terapeutyczne. W przedstawionych przez mnie pracach staraliśmy się pokazać duże grupy chorych oraz zwrócić uwagę na aspekty dotychczas nie analizowane w dostępnym piśmiennictwie. Przedstawione wyniki pokazują nowe spojrzenie na



leczenie paliatywne chorych z rakiem przełyku, stanowiąc pierwsze w Polsce doniesienia obejmujące tak liczne grupy pacjentów.

Celem **pierwszej pracy** była analiza specyfiki protezowania choroby nowotworowej przełyku. Przedstawiono najczęściej występujące powikłania, wpływ na ich wystąpienie leczenia uzupełniającego (chemio i/lub chemio-radioterapii) oraz możliwość powtórnych interwencji w celu utrzymania drożności przewodu pokarmowego. Analizie poddano homogeną grupę 442 chorych, jedną z największych w dostępnym piśmiennictwie. Wyrazem docenienia wartości pracy było wyrażenie opinii przez Wydawcę World Journal of Surgery - „The paper is interesting as it covers a clinically important topic in the field of esophageal surgery”. Chorych w badanej grupie podzielono w zależności od lokalizacji anatomicznej choroby nowotworowej, pokazując specyfikę protezowania poszczególnych lokalizacji, powikłania wczesne i późne oraz reinterwencję. W pracy przedstawiono powikłania o charakterze migracji protezy, która wyniosła 8% oraz niedrożności, będącej wynikiem przerastania biegunów proxymalnych i dystalnych ziarniną na poziomie 10%. Okazało się, że niezależnym czynnikiem ich występowania stanowiła uzupełniająca chemio i/lub chemio-radioterapia ( $p < 0,00001$  HR). W odległej obserwacji wykazano, że niestety, ale protezowanie nie jest aż tak bezpieczną procedurą jak można przypuszczać. U 14 chorych doprowadziło do ciężkiego powikłania dając przetokę do drzewa oskrzelowego. Wystąpienie przetoki stanowi trudny problem kliniczny, który niestety nie zawsze może zostać skutecznie zaopatrzony, a postępowanie w głównej mierze zależy od doświadczenia Ośrodka leczącego. W naszym doniesieniu zwracamy uwagę, że w grupie chorych leczonych paliatywnie, warto podjąć powtórne zabiegi poprawiające komfort życia pacjenta. W pracy zwraca uwagę, niski odsetek śmiertelności okołoperacyjnej 0,45% oraz dużych powikłań na poziomie poniżej 2%. Praca powinna stanowić punkt odniesienia dla Ośrodków wdrażających procedurę protezowania przełyku oraz chirurgii przełyku.

**Druga praca** stanowi porównanie jedno i obustronnego protezowania nieoperacyjnego raka przełyku w przebiegu przetoki przełykowo-oddechowej. Wystąpienie przetoki przełykowo-oddechowej stanowi zawsze czynnik złego rokowania, a wybór sposobu postępowania decyduje o przeżyciu pacjenta. Oceniono porównywalne dwie grupy chorych, pierwszą grupę, w której protezowanie wykonano od strony przełyku i drugą, gdzie protezowanie wykonano od strony przełyku i drzewa oskrzelowego. Powszechnie uważa się, że protezowania obustronnego należy unikać z powodu bliskich relacji anatomicznych przełyku i drzewa oskrzelowego mogących skutkować martwicą obydwu narządów po przebytym leczeniu i progresją choroby.

Praca stanowi jedyne doniesienie w piśmiennictwie światowym porównujące obydwie sposoby postępowania. Przedstawiono w niej własny podział przetok, własny podział wydolności oddechowej w zależności od stopnia zwężenia drzewa oskrzelowego, oceniono przeżycia chorych oraz komfort życia przed i po protezowaniu. W przedstawionej pracy nie stwierdzono wpływu protezowania na przeżycie  $p=0,64$ , na stopień dysfagii  $p=0,74$  i komfortu życia  $p=0,79$ . Natomiast w grupie podwójnego protezowania stwierdzono dwukrotnie częściej występujący nawrót przetoki wymagający reinterwencji  $p=0,0022$ . W przedstawionym doniesieniu potwierdzono skuteczność protezowania jednostronnego, w którym zwężenie oskrzela głównego lewego do 30% nie skutkuje jego niedrożnością po przebytym protezowaniu przełyku.

W **trzeciej pracy** porównano pacjentów z przetoką przełykowo-oddechową oraz chorych ze zwężeniem drzewa oskrzelowego w przebiegu raka przełyku i raka płuca z naciekiem na przełyk. W doniesieniu przedstawiono jedną z największych grup chorych leczonych obustronnym protezowaniem. Analizie poddano 44 chorych, 18 z powodu złośliwego zwężenia przełyku i drzewa oskrzelowego oraz 26 z powodu przetoki przełykowo-

oddechowej. Obydwie grupy wymagały obustronnego protezowania (przełyku protezą nitinolową samorozprężalną częściowo krytą i drzewa oskrzelowego rozwidloną protezą Y).

Zastosowano własny podział przetok przełykowo-oddechowych oraz wydolności oddechowej oparty o korelację zwężenia drzewa oskrzelowego i bezpieczeństwa protezowania. W analizie porównano stopień duszności, stopień zwężenia drzewa oskrzelowego, dysfagii, przed i po protezowaniu oraz oceniono komfort życia. U chorych uzyskano znamienne poprawę dysfagii po protezowaniu  $p=0,00001$ , duszności  $p=0,0001$ , komfortu życia  $p=0,0001$  oraz wzrost przyboru wagi ciała  $p=0,0019$ . W grupie chorych bez przetoki czynnikiem dłuższego przeżycia okazał się stan odżywienia  $p=0,002$ . Obydwa sposoby leczenia pokazują poprawę komfortu życia umożliwiającą leczenie uzupełniające. Nie stwierdzono wpływu leczenia uzupełniającego na przeżycie, a średni czas przeżycia wynosił dla grupy z przetoką 75,1, a dla grupy bez przetoki 90,1  $p=0,29$ .

W **czwartej pracy** oceniono skuteczność leczenia endoskopowego pacjentów z wysokim nieoperacyjnym rakiem przełyku. Chorych tej grupy cechuje trudne postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne oraz szybko postępujące wyniszczenie nowotworowe. Trudności te związane są z określonymi warunkami anatomicznymi gardła i górnego odcinka przełyku ograniczającymi w znacznym stopniu skuteczne postępowanie. Pracę stanowi ocena bezpieczeństwa protezowania górnego odcinka przełyku w przebiegu choroby nowotworowej z jednoczesnym wykonaniem gastrostomii endoskopowej. Oceniono 45 chorych z lokalizacją choroby nowotworowej przełyku w jego górnym odcinku, czyli położonym od 18-24 cm od siekaczy. Nowum zaproponowanym w pracy jest w pierwszej kolejności wykonanie protezowania przełyku, a następnie wykonania gastrostomii endoskopowej. Sposób takiego postępowania zapobiega wszczępieniu choroby nowotworowej w powłoki jamy brzusznej oraz pozwala na zrównoważenie zapotrzebowania energetycznego i ew. wdrożenia leczenia uzupełniającego. W badaniu dokonano oceny stopnia dysfagii, przyboru wagi, BMI, komfortu życia przed i po leczeniu. Stwierdzono

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

poprawę w zakresie dysfagii  $p=0,0001$ , przyboru wagi ciała  $p=0,0001$  BMI  $p=0,0001$  oraz komfortu życia  $p=0,0001$ . Przeprowadzone postępowanie cechuje niski odsetek ciężkich powikłań okołoperacyjnych 2,2%. Uważamy, że zaproponowane postępowanie za wartościowe i poprawiające komfort życia i umożliwiające leczenie uzupełniające, które niestety nie miało wpływu na przeżycie.

## **5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych**

### **a) Dane bibliometryczne**

Jestem autorem i współautorem 33 artykułów naukowych opublikowanych w indeksowanych czasopismach krajowych i zagranicznych (w tym 4 prac wchodzących w skład cyklu publikacji stanowiącego osiągnięcie naukowe). Przy czym 25 to prace oryginalne. W 21 byłem pierwszym autorem. Mój sumaryczny Impact Factor publikacji naukowych według listy Journal Citation Reports, zgodnie z rokiem opublikowania wynosi 34,380, a liczba punktów KBN/MNiSW 397.

Dodatkowo jestem autorem i współautorem 10 doniesień na krajowych i zagranicznych kongresach i zjazdach. Liczba cytowań według bazy Web of Science wynosi 28. Indeks Hirscha według bazy Web of Science wynosi 4. Załącznik nr 4 przedstawia kompletną listę moich publikacji pełnotekstowych, a załącznik nr 6 analizę bibliometryczną sporządzoną przez Bibliotekę Medyczną UJ.

### **b) Główne obszary badań naukowych**

Wybrane zagadnienia w chorobach łagodnych i złośliwych przełyku

## I. Molekularne czynniki złego rokowania w wybranych chorobach nowotworowych przewodu pokarmowego.

- Molekularne czynniki złego rokowania w raku gruczołowym przełyku i złącza przełykowo-żołądkowego stanowią przedmiot mojego zainteresowania, które mogłem pogłębić odbywając roczne stypendium w Klinice Chirurgii Uniwersytetu Technicznego w Monachium. W opublikowanych 2 pracach wykazano niekorzystny wpływ rokowania takich czynników jak: mikroprzerzuty w węzłach chłonnych oraz ekspresja beta-cateniny. Obydwa doniesienia stanowią rzadko podejmowany temat w raku przełyku.

- *Janusz Włodarczyk, James Mueller, Joanna Włodarczyk..Lymph node micrometastases of adenocarcinoma located in gastroesophageal junction. Pol. J. Pathol. 2013 :*
- *Janusz Włodarczyk, Lucyna Rudnicka-Sosin, Jarosław Kuźdżał. Expression of  $\beta$ -catenin and its correlation with metastatic progression of esophagogastric junction adenocarcinoma. Pol. J. Pathol.2015*

- Molekularne czynniki złego rokowania w raku jelita grubego

Prace poświęcone czynnikom złego rokowania we wczesnych postaciach raka jelita grubego (rak de novo i ex-adenoma) stanowią rzadkie tematy, które zostały przedstawione również w dwóch doniesieniach. W pracach podjęto temat ekspresji molekuł przylegania komórkowego takich E-cadherin, B-catenin oraz stromelisy-3. Doniesienie potwierdza agresywną postać raka de-novo.

- *Janusz Włodarczyk, Manfred Stolte, James Mueller. E-cadherin, beta-catenin and stromelysin-3 expression in de novo carcinoma of the colorectum. Pol. J. Pathol. 2001 :52; 119-124,*
- *Comparative study of E-cadherin and stromelysin-3 expression in de novo and ex-adenoma carcinoma of the colorectum. Virchows Arch. 2001:439;756-76*

## II. Leczenie łagodnych zwężeń przełyku

- Oparzenia substancjami żrącymi

Leczenie łagodnych zwężeń przełyku stanowi przedmiot moich zainteresowań. Przedstawiono dobrze udokumentowaną pracę dotyczącą rekonstrukcji przełyku po oparzeniach

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

substancjami żrącymi oraz oceniono komfort życia chorych. Analiza obejmowała 44 pacjentów leczonych chirurgicznie z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego przy pomocy graftu z wykorzystaniem żołądka i jelita grubego. Okres obserwacji pooperacyjnej objął przedział 15 lat. Praca stanowi ważny wkład w dyskusji nad bezpieczeństwem wyboru sposobu rekonstrukcji przełyku po oparzeniach substancjami żrącymi oraz zwraca uwagę na mogący wystąpić proces nowotworzenia na podłożu oparzenia substancjami żrącymi.

- Janusz Włodarczyk, Tomasz Smęder, Jarosław Kużdżał. *Surgical Treatment Results of Burn-Related Oesophageal Strictures. World J. Surg.* 2017 : 41; 790-795,

#### - Guzy łagodne przełyku

Na łamach Przeglądu Chirurgicznego oraz Kardiochirurgii i Torakochirurgii Polskiej przedstawiono dwie prace poświęcone leczeniu łagodnych guzów przełyku. Przedstawiłem w nich możliwości leczenia chirurgicznego, wskazania, zagrożenia i powikłania po przeprowadzonym leczeniu. Podjęcie leczenia zmian łagodnych stanowi rzadko podejmowany temat zwłaszcza w naszym piśmiennictwie.

- Janusz Włodarczyk, Henryk Olechnowicz, Piotr Kocoń. *Guzy łagodne przełyku. Benign esophageal tumors. Pol. Prz. Chir.* 2008 : 80; 25-36.
- Janusz Włodarczyk, Henryk Olechnowicz, Piotr Kocoń. *Mięśniak gładkokomórkowy przełyku. Leiomyoma of the oesophagus. Kardiochir. Torakochir. Pol.* 2008 :5;154-157

### III. Protezowanie przełyku

Wstępne doniesienie dokonujące analizy materiałowej użytych protez samorozprężalnych do udroźnienia przełyku w przebiegu zwężeń złośliwych. W badaniu przebadano komponentę polimerową oraz nitinolową protezy wykorzystując techniki oceny ultrastruktury

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

ralnej i dokonując interpretacji postępującej degradacji protez w organizmie, które mogą być przyczyną powikłań po ich implantacji. Badanie stanowi jedyne doniesienie w piśmiennictwie światowym, a jego dokładna interpretacja zostanie przedstawiona w najbliższym czasie. Wstępne wyniki zostały przedstawione na międzynarodowym zjeździe w 2017r.

- *Monika Gołda-Cępa Janusz Włodarczyk. The first report on characterisation of partially covered self expanding metallic stents in esophageal cancer treatment: in vivo degradation 2017*

### **c) recenzje w czasopismach naukowych**

Pełniłem funkcję recenzenta w następujących czasopismach na zaproszenie ich redakcji:

- Diseases of the Esophagus IF 2,571 2017
- Diseases of the Esophagus IF 2,571 2018
- Cancer 2001 IF 3,990
- Annals of Thoracic Surgery IF 2,689 2008

Artykuły eksperckie na zaproszenie wydawcy czasopisma

- Journal Thoracic Disease IF 2,356 2017
- Journal Thoracic Disease IF 2,356 2017
- Translational Cancer Research IF 1,167 2017

Redakcja przeglądu piśmiennictwa w zakresie chirurgii klatki piersiowej dla Polskiego

Przeglądu Chirurgicznego w latach 2016, 2017

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

### **d) udział w krajowych i międzynarodowych projektach badawczych**

Dr n.med. Janusz Włodarczyk

- Byłem kierownikiem i wykonawcą kilku projektów finansowanych z dotacji na utrzymanie potencjału badawczego realizowanego w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej UJ-CM:
- Projekt badawczy nr K/ZDS Wpływ mikroprzerzutów na przeżycie chorych operowanych z powodu raka przełyku 2015-2016
- Projekt badawczy nr K/ZDS/007542 - Wpływ chemio i/lub radioterapii na ultrastrukturę protezy przełykowej chorych leczonych z powodu raka przełyku 2017

Uczestnictwo w projektach międzynarodowych

- LungCard projekt poświęcony monitorowaniu nowoczesnej terapii celowanej w raku płuca. Ośrodek Genomiki Medycznej-Omicron UJCM. Uczestnik. Projekt międzynarodowy Celowane leczenie uzupełniające (Nivolumab) u chorych po przebytych leczeniu operacyjnym raka przełyku.
- Leczenie celowane (Nivolumab) chorych po przebytych leczeniu operacyjnym raka przełyku. Projekt wielośrodkowy

#### **e) nagrody i wyróżnienia**

Odnaczenie Brązowym Krzyżem Zasługi przyznany przez Prezydenta Rzeczypospolitej 2016

#### **f) osiągnięcia dydaktyczne i popularyzujące naukę**

Już podczas studiów moje zainteresowania obejmowała dydaktyka czego wyrazem była praca jako asystent w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka. Od 2010 roku, kiedy została powołana klinika Chirurgii Klatki Piersiowej na Wydziale Zdrowia Publicznego jestem nauczycielem akademickim. Prowadzę zajęcia dydaktyczne: seminaria, ćwiczenia i wykłady dla studentów Wydziału Zdrowia Publicznego oraz Wydziału Lekarskiego. Jestem promotorem 4 prac magisterskich studentów Wydziału Zdrowia Publicznego Zakładu Fizjote-



Dr n.med. Janusz Włodarczyk

rapii oraz byłem opiekunem specjalizacji w zakresie chirurgii klatki piersiowej. Działalność dydaktyczna obejmuje nadzór nad stażystami do specjalizacji jak również zlecone wykłady dla specjalizujących się w zakresie chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej i chirurgii klatki piersiowej, a także na zaproszenia Towarzystw Chirurgicznych.

Do moich obowiązków dydaktycznych należy koordynowanie odbywających się w Klinice zajęć z pierwszej pomocy medycznej dla studentów pierwszego roku Zakładu Fizjoterapii, drugiego roku Ratownictwa Medycznego oraz III roku Wydziału Lekarskiego. Prowadzę seminaria, ćwiczenia oraz biorę udział w przygotowywaniu zaliczeń testowych.

#### **g) działalność organizacyjna**

Udział w organizacji zjazdów Towarzystwa Kardio i Torakochirurgii 2000 i 2010

Udział w organizacji zjazdu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Klatki Piersiowej 2009

Kwalifikacja prac zjazdowych dla Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Klatki Piersiowej w latach 2010-2012

Współudział w organizacji sympozjów, konferencji międzynarodowych od 2006 roku w Maltańskim Centrum Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym i Ich Rodzicom

Opieka nad dziećmi i dorosłymi z niepełnosprawnościami w ramach pomocy świadczonej przez Polski Związek Kawalerów Maltańskich

Organizacja obozów dla osób z dysfunkcją w Polskim Związku Kawalerów Maltańskich

Członkostwo w Polskim Związku Kawalerów Maltańskich od 2006r z aktywnym zaangażowaniem w pracę Zakładów Opieki Zdrowotnej podlegających Zakonowi

