

Autoreferat

1. Imię i nazwisko:

Janusz Konstanty-Kalandyk

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

- Dyplom ukończenia studiów medycznych – Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytety Jagiellońskiego, 2002r.

- Dyplom specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii – Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytety Jagiellońskiego, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie, 2011r.

- Dyplom doktora nauk medycznych Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytety Jagiellońskiego, 2010.

Tytuł rozprawy doktorskiej „Ocena powikłań i wyników okołoperacyjnych w tętniczej rewaskularyzacji mięśnia sercowego z użyciem obu tętnic piersiowych wewnętrznych u pacjentów z cukrzycą”.

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

1996 – 2002 studia medyczne, Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytety Jagiellońskiego.

2002 – 2003 staż podyplomowy, Szpital Uniwersytecki, Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytety Jagiellońskiego.

Od 2004 roku Klinika Chirurgii Serca Naczyń i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytety Jagiellońskiego, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków.

2004 – 2008 studia doktoranckie, Klinika Chirurgii Serca Naczyń i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytety Jagiellońskiego, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków.

2003 – 2009 Program specjalizacji z kardiochirurgii, Klinika Chirurgii Serca Naczyń i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytety Jagiellońskiego, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków.

Od 2016 adiunkt w Klinice Chirurgii Serca Naczyń i Transplantologii, Instytutu Kardiologii, Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków.

Luty 2017 staż w zakresie małoinwazyjnych technik w operacjach zastawki mitralnej, Maastricht University Medical Center (MUMC), Emtrac, Maastricht, Holandia.

Wrzesień 2018 staż w zakresie chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca, HELIOS Heart Center, Lipsk, Niemcy.

4. Wskazanie osiągnięcia * wynikającego z art. 16 ust.2 z dnia 14 marca 2003r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2016r. po. 882 ze zm. W Dz. U. Z 2016 r. poz 1311.):

a) Tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego

Monotematyczny cykl publikacji przedstawionych w punkcie 4b), zatytułowany:

„Zastosowanie lasera medycznego i komórek macierzystych w leczeniu pacjentów z zaawansowaną postacią choroby niedokrwiennej serca, nie kwalifikujących się do bezpośrednich metod rewaskularyzacji”.

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

A. Konstanty-Kalandyk Janusz, Piątek Jacek, Kędziora Anna, Bartuś Krzysztof, Drwila Rafał, Darocha Tomasz, Filip Grzegorz, Kapelak Bogusław, Song Bryan HyoChan, Sadowski Jerzy.

Ten-year follow-up after combined coronary artery bypass grafting and transmyocardial laser revascularization in patients with disseminated coronary atherosclerosis.

Lasers Med Sci. 2018;33:1527-1535. doi: 10.1007/s10103-018-2514-9.

IF=1.949

B. Konstanty-Kalandyk Janusz, Piątek Jacek, Miszalski-Jamka Tomasz, Rudziński Paweł, Walter Zbigniew, Bartuś Krzysztof, Urbańczyk-Zawadzka Małgorzata, Sadowski Jerzy.

The combined use of transmyocardial laser revascularisation and intramyocardial injection of bone-marrow derived stem cells in patients with end-stage coronary artery disease: one year follow-up.

Kardiologia Pol. 2013;71(5):485-92. doi: 10.5603/KP.2013.0095.

IF=0.519

C. Janusz Konstanty-Kalandyk, Krzysztof Bartus, Jacek Piatek, Venkat Vuddanda, Randall Lee, Anna Kedziora, Jerzy Sadowski, Dhanunjaya R. Lakkireddy, Bogusław Kapelak.

Midterm outcomes of transmyocardial laser revascularization with intramyocardial injection of adipose derived stromal cells for severe refractory angina

Adv Interv Cardiol 2018; 14, 2 (52): 176–182.

DOI:<https://doi.org/10.5114/aic.2018.76409>

IF=1.443

Łączny impact factor cyklu publikacji: **IF – 3,911**

- c) Omówienie celu naukowego ww. prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Wstęp

Choroba niedokrwienna serca jest najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Pomimo rozwoju bezpośrednich metod rewaskularyzacji mięśnia sercowego (pomosty aortalno-wieńcowe – CABG, przezskórne interwencje wieńcowe – PCI), duża grupa chorych nie nadaje się do CABG lub PCI ze względu na nasilony charakter miażdżycy tętnic wieńcowych (masywne zwapnienia w ścianie tętnicy), rozlane zmiany miażdżycowe oraz brak technicznej możliwości wykonania pomostów spowodowany zbyt małą średnicą tętnicy wieńcowej. Pacjenci ci nie są kandydatami do pełnej bezpośredniej rewaskularyzacji mięśnia sercowego a posiadają dolegliwości dławicowe, które wymagają leczenia. Ponadto rośnie również grupa

chorych z rozpoznaną oporną dławicą piersiową (refractory angina), dającą utrzymujące się dolegliwości pomimo leczenia.

W badaniu SYNTAX, niepełna rewaskularyzacja dotyczyła 36,8% pacjentów po pomostowaniu aortalno-wieńcowym i 43,3% po przezskórnych interwencjach wieńcowych (*Serruys PW, Morice MC, Kappetein AP et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. N Engl J Med. 2009;360:961-972*). Kompletna rewaskularyzacja w grupie pacjentów z trójnaczyńową chorobą niedokrwienną serca wiąże się z mniejszą śmiertelnością odległą oraz mniejszym ryzykiem zawału serca w porównaniu do chorych z niepełną rewaskularyzacją, niezależnie od sposobu rewaskularyzacji (CABG lub PCI).

Ocenia się, iż pacjentów z oporną dławicą piersiową, którzy mają nasilone objawy dławicy pomimo optymalnego leczenia farmakologicznego, nie kwalifikujących się do bezpośrednich metod rewaskularyzacji (PCI lub CABG) jest w samych Stanach Zjednoczonych około 300 tys. (*Picichè M. Old methods of myocardial revascularization to treat refractory angina. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2018;19:261.*). Nasilone objawy dławicy piersiowej istotnie ograniczają codzienne funkcjonowanie pacjentów oraz pogarszają ich jakość życia.

Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do bezpośrednich metod rewaskularyzacji (CABG lub PCI) stanowią duże wyzwanie w codziennej praktyce klinicznej. Brak skutecznych metod leczenia tej grupy chorych spowodował konieczność poszukiwania nowych, alternatywnych metod terapeutycznych.

Laserową rewaskularyzację mięśnia sercowego (TMLR) zastosowano po raz pierwszy w 1983 r., w połączeniu z pomostowaniem aortalno-wieńcowym, jako techniką uzupełniającą (*Smith JA, Dunning JJ, Parry AJ et al. Transmyocardial laser revascularization. J Card Surg. 1995;10:569-572.*). Od tego momentu zaczęto na całym świecie wprowadzać tę metodę do chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca. W latach 1997-2002 w Klinice Chirurgii Serca Naczyń i Transplantologii, Instytutu Kardiologii, Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie wykonano ponad 150 zabiegów z użyciem lasera medycznego holmium: yttrium-aluminum-garnet (Ho: YAG).

Wiele prospektywnych i retrospektywnych badań na temat TMLR dostarczyły danych potwierdzających bezpieczeństwo i skuteczność TMLR, zarówno gdy jest wykonywana jako jedyna terapia (solo therapy), jak również jako terapia skojarzona z CABG u pacjentów nie nadających się do tradycyjnych metod rewaskularyzacji (chirurgicznej lub przezskórnej) (*Allen KB, Dowling RD, Fudge TL, et al. Comparison of transmyocardial revascularization with*

