Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dziekanat
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego
wpłynęło dn. 21. 06. 2017
podpis ... l.dz. 1209

Prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu UJK Kielce
Kierownik
Kliniki Chirurgii Ogólnej,
Onkologicznej i Endokrynologicznej
WSzZ/UJK

Kielce, dn. 10 czerwca 2017 r

2017 -06- 21

DZIEKAN
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Prof. zw. dr hab. n. med. Jurek Olszewski

Recenzja

osiągnięcia naukowego, istotnej aktywności naukowej

oraz działalności dydaktycznej i organizacyjnej

dr nauk med. Michała Mika

1. Dane osobowe – informacje o Habilitancie

Michał Łukasz Mik urodził się 2 listopada 1975 roku w Łodzi. Dyplom lekarza uzyskał w 2000 r po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi. Staż specjalizacyjny odbywał w Klinice Chirurgii Ogólnej Wojskowej Akademii Medycznej, a od 2003 był asystentem, a następnie adiunktem (jest nadal) w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W 2009 roku uzyskał dyplom specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej. W 2008 roku otrzymał stopień doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy : „Jakość życia chorych operowanych z powodu raka odbytnicy", nadany uchwałą Rady Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Promotorem rozprawy był prof. Adam Dziki.

Odbył 3 staże zagraniczne z zakresu chirurgii raka jelita grubego, raka żołądka oraz technik minimalnie inwazyjnych (Austria, Niemcy, Japonia). W jego klinicznym wykształceniu jest jeszcze staż z chirurgii onkologicznej w latach 2013-2016.

Jest zatrudniony w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej UM w Łodzi, która jest ośrodkiem referencyjnym dla chorób jelita grubego. Stąd też zainteresowania kliniczne

i naukowe Habilitanta mogą być realizowane z powodzeniem, gdyż możliwy jest dostęp do dużych grup chorych stwarzających warunki wykonania wartościowych badań naukowych.

2. Ocena osiągnięcia naukowego

Osiągnięcie 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. 2016 r. poz 882 ze zm. W Dz. U. z 2016 r. poz. 1311)

Dr n.med. Michał Mik przedłożył do oceny osiągnięcie naukowe, składające się z 6 publikacji zatytułowane **„Analiza klinicznych i biochemicznych czynników poważnych powikłań pooperacyjnych w chirurgii chorych z rakiem jelita grubego".**
Wszystkie wymienione publikacje składające się na powyższy cykl są ściśle powiązanymi tematycznie badawczymi pracami oryginalnymi.
Ich łączna punktacja Impact Factor (ISI) wynosi **7,860 pkt**, zaś łączna punktacja MNiSW wynosi **125 pkt**. Należy podkreślić, że we wszystkich publikacjach zamieszczonych w ważnych czasopismach światowych Habilitant był pierwszym autorem. Celem prac zamieszczonych w osiągnięciu naukowym była analiza powikłań pooperacyjnych u chorych na raka jelita grubego, niezwykle ważnego problemu klinicznego, przekładającego się na losy chorych, nawet z nowotworami o niższym stopniu zaawansowania klinicznego. Prace te są szczególnie wartościowe, gdyż przeprowadzone na dużych grupach chorych i wynikają z nich wiarygodne naukowo wnioski do zastosowania w praktyce klinicznej, od wnikliwej obserwacji grup zwiększonego ryzyka powikłań do szczegółowych zaleceń w postępowaniu, które umożliwia wczesne wykrycie powikłania i adekwatne podjęcie działań leczniczych.
Pierwsza praca - **Mik M. i wsp. Functional outcomes after resection for rectal cancer. Clin Exp Med Lett 2009; 50(3): 193-196 -** traktuje o zaburzeniach funkcji anorektalnych i czynności układu płciowego takich jak: nagłe parcia na stolec czy bezwiedny wyciek treści z odbytu. Dolegliwości te mogą dotyczyć blisko 50% pacjentów obu płci, szczególnie gdy

zespolenie jelitowe położone jest poniżej 6 cm od brzegu odbytu. Zaburzenia erekcji mogą utrzymywać się rok po zabiegu u 41% mężczyzn z nisko położonym zespoleniem jelitowym, a zaburzenia ejakulacji są jeszcze częstsze (58%). Rok po zabiegu w grupie kobiet zaburzenia czynności układu płciowego były także częste, dotyczyły od 15 do 27% operowanych kobiet (w zależności od rodzaju dysfunkcji), inaczej jednak niż u mężczyzn częstość tych zaburzeń nie zależała ani od lokalizacji guza ani od wysokości wykonanego zespolenia jelitowego. W kolejnej publikacji przedstawił trudny klinicznie problem relaparotomii po operacjach jelita grubego. **Mik M i wsp. Relaparotomy in colorectal cancer surgery – do any factors influence the risk of mortality? A Case Controlled Study. Int J Surg. 2014; 12: 1192-97.** Przeprowadził retrospektywną analizę zabiegów obejmującą okres 5 lat (2008-2012) w grupie 1647 chorych. W analizowanym materiale 121 (7,2%) chorych wymagało reoperacji z powodu powikłań pooperacyjnych. Czynnikami ryzyka wykonania relaparotomii była płeć męska oraz gorszy stan ogólny pacjenta (klasa III i IV w skali ASA). Procedury resekcyjne wiązały się z istotnie wyższym ryzykiem relaparotomii niż procedury paliatywne. Relaparotomia u chorego, u którego wykonano pierwotne zespolenie jelitowe znamiennie zwiększała ryzyko zgonu pooperacyjnego w porównaniu z relaparotomią wykonaną u chorego bez zespolenia jelitowego Samo wykonanie relaparotomii ponad 9-krotnie zwiększało ryzyko zgonu po operacji w porównaniu z zabiegiem niepowikłanym relaparotomią. Szczególna wartość tej analizy polega na wysokiej liczebności badanej grupy i istotnej referencyjności Kliniki. Można bowiem wnioskować, że na oddziałach o niższej referencyjności wyniki mogą być gorsze, co czyni zagadnienie jeszcze bardziej złożonym, tym samym podwyższa wartość pracy.

W pracy: Mik M i wsp. **Does C-reactive protein monitoring after colorectal resection with anastomosis give any practical benefit for patients with intra-abdominal septic complications? Colorectal Dis 2016; 18: O252-59** przeanalizowano znaczenie prostego badania laboratoryjnego w ocenie ryzyka, jako czynnika biochemicznego monitorującego i umożliwiającego wczesne rozpoznanie wystąpienie nieszczelności zespolenia.

Prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Gluszek
Prorektor ds. medycznych
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. XI Wieków Kielc 19 25-317 Kielce
tel. (041) 349-69-09;10

KIEROWNIK
Kliniki Chirurgii Ogólnej Onkologicznej
i Endokrynologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
ul. Grunwaldzka 45 25-736 Kielce
tel. (041) 367-15-71

Zebrane dane pozwoliły na ocenę bardzo dużej grupy pacjentów zawierającej 1744 chorych, operowanych zarówno ze wskazań planowych, jak i ze wskazań pilnych - do następnego opracowania naukowego zamieszczonego w osiągnięciu naukowym. Pełną analizę autorzy przedstawili w publikacji **Mik M i wsp. Risk factors of 30-day mortality following surgery for colorectal cancer. Pol Przegl Chir 2016; 88: 26-31.** Odsetek śmiertelności był niewysoki i wyniósł 3.5%. Ośrodek, z którego pochodzą wyniki jest ośrodkiem referencyjnym w chirurgii jelita grubego. Do czynników znamiennie zwiększających ryzyko zgonu w okresie okołooperacyjnym, według tych badań, należały: znaczne zaawansowanie procesu nowotworowego, gorszy stan pacjenta, niskie stężenie albumin i cukrzyca. Zabieg operacyjny z resekcją jelita był także związany ze znamiennie wyższym odsetkiem zgonów okołooperacyjnych niż zabieg paliatywny (4,21% vs. 1,57%; p=0,002). Chorzy operowani ze wskazań pilnych byli obciążeni blisko trzykrotnie większym ryzykiem okołooperacyjnej śmiertelności (OR 2.64; 2.45-2.87 95%CI; p=0.009.

Problematyka zakażeń w chirurgii kolorektalnej została przedstawiona w pracy **Mik M. i wsp. Preoperative oral antibiotics reduce infections after colorectal cancer surgery. Langenbecks Arch Surg 2016; 401: 1153-62.** Częstość występowania ZMO waha się w granicach 15% do 35%. Habilitant podkreśla, że wprowadzony już w latach 70-tych ubiegłego wieku schemat przygotowania chorych do operacji składa się z mechanicznego oczyszczania jelita grubego oraz doustnego podawania antybiotyków. W ostatniej dekadzie schemat ten był kwestionowany do tego stopnia, że w części ośrodków całkowicie z niego zrezygnowano. Brakowało jednak jednoznacznych danych czy należy zrezygnować z takiego przygotowywania chorych do zabiegów. W celu oceny wpływu mechanicznego przygotowywania jelita grubego i doustnej profilaktyki antybiotykowej na wczesne wyniki leczenia Mik i wsp. przeprowadzili badanie retrospektywne. Badanie miało charakter dwuośrodkowy, a dane pochodziły z baz danych obu ośrodków. ZMO podzielono na trzy grupy: powierzchowne, głębokie i narządowe. Do badania Autorzy włączyli bardzo liczną, nie tylko na polskie warunki, grupę chorych obejmującą 2240 pacjentów. W pracy stwierdzono, że jedynie mechaniczne przygotowanie jelita grubego stosowane łącznie

Prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek
Prorektor ds. medycznych
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. XI Wieków Kielc 19 25-317 Kielce
tel. (041) 349-69-09;10

KIEROWNIK
Kliniki Chirurgii Ogólnej Onkologicznej
i Endokrynologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
ul. Grunwaldzka 45 25-736 Kielce
tel. (041) 367-15-71

z antybiotykoterapią doustną pozwala na zmniejszenie częstości występowania nieszczelności zespolenia (2,4% vs. 6,3%; p=0.008) oraz innych septycznych pooperacyjnych powikłań narządowych (3,6% vs.7,2%; p=0.017). Jedynie taki schemat postępowania także znamiennie zmniejsza ryzyko powikłań septycznych, zrównoważony OR 0,53 (0,44-0,59 95%CI). Warto i w tym miejscu zaznaczyć, co już podnosiłem w innych miejscach recenzji, że publikacja ta jest jedyną tego typu analizą w naszym kraju obejmującą tak liczną grupę chorych. Implikacje z tego badania mają charakter bardzo praktyczny, jednak pozostają, w świetle innych publikacji, dyskusyjne. Zgodnie z przedstawionymi wynikami badań Mik i wsp. uważają, że u wszystkich pacjentów zaplanowanych do chirurgicznego leczenia z powodu raka jelita grubego powinno się stosować mechaniczne oczyszczanie jelita grubego łącznie z profilaktyczną antybiotykoterapią doustną, aby zminimalizować ryzyko narządowych ZMO, a w tym przede wszystkim nieszczelności zespolenia.

W pracy: **Mik M. i wsp. Neutrophil-lymphocyte ratio and C-reactive protein as two prognostic tools of anastomotic leak in colorectal cancer open surgery? Dig Surg 2017; Jan 28 DOI: 10.1159/000456081,** w dalszym toku badań dotyczących poważnych powikłań pooperacyjnych Habilitant skupił się na ocenie możliwości przewidywania nieszczelności zespolenia na podstawie wybranych czynników biochemicznych.

W ostatnich latach podnosi się, poza oceną stężenia CRP, także rolę ilorazu neutrofili do limfocytów (NLR) we krwi obwodowej jako czułego wskaźnika reakcji zapalnej. Celem pracy była ocena czułości, swoistości i wartości prognostycznej obu wymienionych czynników. Do badania włączono grupę 724 pacjentów operowanych z powodu raka jelita grubego. Nieszczelność zespolenia stwierdzono jedynie u 33 chorych (4.6%). Obie wartości laboratoryjne sprawdzane były w czwartej dobie po zabiegu operacyjnym. Dla CRP wartość AUC przy punkcie odcięcia 180 mg/L wyniosła 0,83, świadczy to o dobrym poziomie dokładności predykcyjnej dla tego parametru biochemicznego. Czułość wyniosła 75%, swoistość 91%, dodatnia wartość predykcyjna 52%, ujemna wartość predykcyjna 87%. Dla NLR przy punkcie odcięcia wynoszącym 6,5 AUC wyniosła 0,68, co świadczy o bardzo

Prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Gluszek
Prorektor ds. medycznych
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. XI Wieków Kielc 19 25-317 Kielce
tel. (041) 349-69-09;10

KIEROWNIK
Kliniki Chirurgii Ogólnej Onkologicznej
i Endokrynologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
ul. Grunwaldzka 45 25-736 Kielce
tel. (041) 367-15-71

niskim poziomie dokładności predykcyjnej, znacznie niższym niż dla CRP. Dla NLR czułość badania wyniosła 69%, swoistość 78%, dodatnia wartość predykcji 49%, ujemna wartość predykcji 88%. Dla pacjentów, którzy zmarli w okresie pooperacyjnym z powodu powikłań nieszczelności zespolenia obie wartości badanych czynników miały znamiennie wyższe wartości niż u pozostałych chorych: dla CRP 239±24 mg/L vs. 199±41; p=0,034, dla NLR 10,71±2,08 vs. 8,65±4,67; p=0,029. Wyniki uzyskane przez Habilitanta i wsp. pozwalają traktować CRP mierzone w okresie pooperacyjnym jako bardzo dobry wskaźnik nieszczelności zespolenia. Jego powszechna dostępność w każdym oddziale chirurgicznym i niska cena umożliwiają szerokie wykorzystanie w celu biochemicznej oceny integralności zespolenia. Wysoka wartość pracy – wynika z badań przeprowadzonych na bardzo dużej grupie badanej.

Podsumowanie wartości osiągnięcia naukowego: przeprowadzane badania, które zostały opublikowane w pracach stanowiących cykl tematyczny określony jako osiągnięcie naukowe, ogólnie oceniam wysoko. Jakość publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe, będące podstawą oceny Habilitanta odzwierciedla ich wartość parametryzacyjna: IF- **7,860 pkt**, MNiSW – 125p. W mojej ocenie jednoznacznie spełnia kryteria ustawowe (**Osiągnięcie 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. 2016 r. poz 882 ze zm. W Dz. U. z 2016 r. poz. 1311)**

Założony cel badań ma wymiar aplikacyjny kliniczny. Poprawna metodyka badań, wysoka liczebność analizowanych grup badanych pozwoliła na opracowania o znaczącym wkładzie w skali polskiej i światowej medycyny – chirurgii. Wyniki badań mają charakter weryfikujący i zmieniający poglądy, np. na obserwację pooperacyjną chorych i znaczenie pomiaru CRP, na przygotowanie chorych do zabiegów kolorektalnych. Aby zmniejszyć ryzyko powikłań w postaci nieszczelności i zakażeń lub wcześniej rozpoznać nieszczelność – Habilitant proponuje ww zakresie zmianę postępowania. **Wartość badania dotyczącego**

przygotowania mechanicznego jelita grubego do zabiegu resekcyjnego wymaga jednak pewnej dyskusji. Zapewne bardziej wartościowy byłby projekt badania prospektywnego, odpowiednio metodycznie zaplanowanego. W badaniach retrospektywnych poświęconych temu tematowi szereg ważnych czynników koniecznych do oceny może umknąć analizie badacza. Ukazało się bowiem wiele prac w poważnych czasopismach, które kwestionują potrzebę rutynowego przygotowania mechanicznego jelita do zabiegów resekcyjnych w zakresie jelita grubego oraz rozbieżne poglądy co do profilaktyki antybiotykowej doustnej. Krytyczne ustosunkowanie się do wybranych publikacji nie zmienia mojej całościowej oceny.

3.Ocena istotnej aktywności naukowej – całokształtu dorobku naukowego

W tej części dorobku naukowego Habilitant przedstawił następujące zagadnienia, które były tematami badan naukowych:

a. choroba uchyłkowa jelita grubego,

b. choroby proktologiczne,

c. nietrzymanie stolca,

d. przetoki okołoodbytnicze,

e. nowotwory jelita grubego – analiza czynników genetycznych, chirurgiczne leczenie chorych z rakiem jelita grubego, epidemiologia raka jelita grubego, stomia jelitowa.

Z tej części dorobku naukowego najbardziej interesujące i wartościowe, z punktu widzenia oceny znacznego wkładu w postęp medycyny- chirurgii są publikacje z zakresu badań dotyczących raka jelita grubego. Szczególną uwagę zwróciły badania dotyczące analizy czynników genetycznych. Bowiem badania molekularne stanowią współcześnie znaczący napęd do wartościowych badań klinicznych i istotnych osiągnięć w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nowotworowych.

Ten cykl prac poświęcono analizie zmian genetycznych jako ważnemu czynnikowi

etiologicznemu raka jelita grubego. Powstały one przy współpracy z Międzywydziałową Katedrą Chemii i Biochemii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Analizowano wiele polimorfizmów m.in.: genów naprawy DNA, genu E-kadheryny i ich wpływu na ryzyko powstania raka jelita grubego lub na pogorszenie rokowania u chorych operowanych z powodu raka jelita grubego, geny wybranych metaloproteinaz i ich wpływ na ryzyko rozsiewu raka jelita grubego.

1. Sygut A., Przybyłowska K., Trzciński R., **Mik M.**, Dziki Ł., Spychalski M., Mordalska A., Stóżyńska J., Ferenc A., Dziki A. Wpływ polimorfizmu -347 G/GA regionu promotorowego genu E-kadheryny na progresję raka jelita grubego. Proktologia 2006; 7: 168-175 (3 pkt)

2. Stawińska M., Cygankiewicz A., Trzciński R., Mik M., Dziki A., Krajewska WM. Alterations of Chk1 and Chk2 expression in colon cancer. Int J Colorectal Dis 2008; 23: 1243-49

3. Langner E, Przybyłowska K, Trzcinski R, **Mik M**, Galbfach P, Smolarz B, Romanowicz-Makowska H, Smigielski J, Kulig A, Dziki A. Loss of hMSH2 gene expression correlates with improved survival in patients with sporadic colorectal cancer. J Genet. 2010 Apr;89(1):101-4

4. Langner E, Przybyłowska K , Sygut A, **Mik M**, Dziki L, Dziekiewicz M, Majsterek I, Dziki A. Polimorfizm – 801 G/A regionu promotorowego genu CXCL12 jako niekorzystny czynnik prognostyczny w raku jelita grubego. Pol Przegl Chir 2010; 82 (8): 456-63

5. Kabziński J, Przybyłowska K, **Mik M**, Sygut A, Dziki L, Dziki A, Majsterek I. Związek polimorfizmu Arg399Gln genu XRCC1 z ryzykiem występowania raka jelita grubego. Pol Przegl Chir 2010; 82 (12):

6. Dziki L, Przybyłowska K, Majsterek I, Trzcinski R, **Mik M**, Sygut A. A/G Polymorphism of the MMP-7 Gene Promoter Region in Colorectal Cancer. Pol Przegl Chir 2011 83(11): 1149-1158

Prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek
Prorektor ds. medycznych
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. XI Wieków Kielc 19 25-317 Kielce
tel. (041) 349-69-09;10

KIEROWNIK
Kliniki Chirurgii Ogólnej Onkologicznej
i Endokrynologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
ul. Grunwaldzka 45 25-736 Kielce
tel. (041) 367-15-71

7. Kryczka J, Stasiak M, Dziki L, **Mik M**, Dziki A, Cierniewski C. Matrix metalloproteinase-2 cleavage of the β1 integrin ectodomain facilitates colon cancer cell motility. J Biol Chem 2012 Oct 19; 287(43): 36556-669

8. Sygut A, Przybyłowska K, Ferenc T, Dziki L, Spychalski M, **Mik M**, Dziki A. Genetic variations of the CTNNA1 and the CTNNB1 genes in sporadic colorectal cancer in Polish population. Pol Przegl Chir 2012; 84(11): 560-564

9. Kabzinski J, Przybylowska K, **Mik M,** Sygut A. Dziki L, Dziki A, Majsterek I. Association of polymorphism of Lys589Glu Exo1 gene with the risk of colorectal cancer in the Polish population. Pol Przegl Chir. 2014; 86(8): 370-73

W tym temacie *(e.nowotwory jelita grubego – analiza czynników genetycznych, chirurgiczne leczenie chorych z rakiem jelita grubego, epidemiologia raka jelita grubego, stomia jelitowa)* również prace omawiające wybrane, trudne problemy chirurgicznego leczenia chorych na raka jelita grubego **(a nie „z rakiem jelita grubego" jak to powtarza Habilitant – vide zasady języka polskiego !**) stanowią istotną i wartościową część dorobku naukowego Habilitanta.

Zabieg operacyjny pozostaje nadal głównym elementem terapii chorych z rakiem jelita grubego. Mik i wsp. oceniali wczesne i odległe wyniki rozszerzonych operacji w miejscowo zaawansowanych raku. Operacje te wiązały się z nieco większym odsetkiem powikłań pooperacyjnych (51,1% vs. 32,4%; p=0,03). Rozszerzone operacje pozwalają jednak uzyskać podobną pięcioletnią przeżywalność w porównaniu z zabiegami standardowymi (42% vs. 45%; p=0,63).

W przypadku rozsianego raka jelita grubego z nieoperacyjnymi przerzutami do wątroby sporną kwestią jest resekcja ogniska pierwotnego. W przeprowadzonym przez Autorów badaniu stwierdzono, że resekcja ogniska pierwotnego w tej grupie chorych zwiększa 2-letnie przeżycie, nie wpływając na przeżycia 5-letnie. Jeżeli przerzuty obejmują oba płaty wątroby, resekcja związana jest jedynie ze zwiększeniem ryzyka okołooperacyjnego i nie daje pacjentowi żadnych korzyści. **Wnioski z tej pracy są ważne i przydatne w praktyce**

klinicznej.

Porównywano też gruczolakoraka prawej i lewej połowy okrężnicy. Autorzy stwierdzili, że guz zlokalizowany po stronie prawej jest zwykle znacznie większych rozmiarów (55 mm vs. 38 mm; p=0,0003) i podczas zabiegu usuwanych jest nieco więcej węzłów chłonnych (11,8 vs. 8,3; p=0,0001). Wskaźnik węzłowy (stosunek liczby węzłów chłonnych z przerzutami do wszystkich usuniętych węzłów chłonnych) jest natomiast wyższy w guzach zlokalizowanych po lewej stronie okrężnicy (0,45 vs. 0,30; p=0,0063).

1. Mik M., Trzciński R., Sygut A., Dziki A.: Rozszerzone operacje w leczeniu miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego. Proktologia 2004; 5: 199-206

2. Trzciński R., Mik M., Sygut A., Kujawski R., Galbfach P., Dziki Ł., Dziki A. Leczenie łagodnych zwężeń jelit po zespoleniach staplerowych za pomocą rozszerzaczy Hegara. Gastroenterol Pol 2008; 15: 97-99

3. Mik M., Dziki L., Galbfach P., Trzcinski R., Sygut A. Dziki A. Resection of the primary tumour or other palliative procedures in incurable IV stage colorectal cancer patients? Colorectal Dis 2010; 12(7 Online): E61-E67 15

4. Mroczkowski P, Hać S, Mik M, Berut M, Dziki L, Kube R, Śledziński Z, Lippert H, Dziki A. Wyniki pilotażowe pierwszego programu badania jakości leczenia raka odbytnicy w Polsce. Pol Przegl Chir 2011; 83(3): 144-149

5. Berut M, Mik M, Kędzia-Berut R, Kujawski R, Trzciński R, Dziki L, Dziki A. Colorectal cancer in young and elderly patients. Pol Przegl Chir. 2013 Aug 1;85(8): 446-51

6. Mik M, Berut M, Dziki L, Trzciński R, Dziki A. Right and left-sided colon cancer – clinical and pathological differences of disease entity in one organ. Arch Med Sci 2017: 13, 1: 157-62 DOI: 10.5114/aoms.2016.58596

7. Mik M, Dziki L, Dziki A. Conventional and/or Laparoscopic Rectal Cancer Surgery: What is the Current Evidence? Innovative Surgical Sciences 2016; 1(1): 13-18 DOI 10.1515/iss-2016-0018

Prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Gluszek
Prorektor ds. medycznych
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. XI Wieków Kielc 19 25-317 Kielce
tel. (041) 349-69-09;10

KIEROWNIK
Kliniki Chirurgii Ogólnej Onkologicznej
i Endokrynologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
ul. Grunwaldzka 45 25-736 Kielce
tel. (041) 367-15-71

W podsumowaniu istotnej aktywności naukowej Habilitanta, poza osiągnięciem naukowym, należy podkreślić: dotychczasowy dorobek naukowy (bez publikacji wymienionych w osiągnięciu naukowym) obejmuje łącznie **53** publikacje w polskich i zagranicznych czasopismach recenzowanych. Suma punktów **MNiSW** za publikacje naukowe w czasopismach recenzowanych wynosi **643 pkt** o łącznym współczynniku **Impact Factor** (IF) wynoszącym **29,543 pkt**. Liczba prac oryginalnych (bez publikacji wymienionych w punkcie 4 niniejszego dokumentu) obejmuje **43** publikacje. Suma punktów **MNiSW** za oryginalne publikacje naukowe w czasopismach recenzowanych wynosi **565 pkt**, w tym **137 pkt** przypada na prace, w których jest pierwszym lub ostatnim autorem. **Impact Factor (IF)** prac oryginalnych wynosi łącznie **27,592 pkt** w tym **6,946 pkt** przypada na prace oryginalne, w których jest pierwszym autorem.

Sumaryczny (całościowy) dorobek naukowy wyraża się IF -37,403.

Ponadto, jest autorem lub współautorem 3 rozdziałów w książkach oraz współredaktorem jednej książki. Liczba cytowań publikacji Habilitanta według bazy Web of Science wynosi **68**, a indeks Hirscha = **5**. Natomiast liczba cytowań według bazy Scopus wynosi **128**, a indeks Hirscha = **6**. Liczba cytowań wg bazy Google Scholar wynosi **221**, a indeks Hirscha = **9**.

Parametryzacja dorobku naukowego jest potwierdzona przez Bibliotekę Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

4. **Działalność dydaktyczna i organizacyjna**

Dr n.med. Michał Mik posiada ugruntowaną pozycję jako dydaktyk i organizator aktywności naukowo-dydaktycznej dla studentów i lekarzy. Jest członkiem 5 towarzystw naukowych oraz członkiem Komitetu Redakcyjnego Polskiego Przeglądu Chirurgicznego.

Był proszony o recenzowanie prac do znanych międzynarodowych czasopism np. World Journal of Surgical Oncology, World Journal of Surgery i innych.

Od 2013 roku jest adiunktem dydaktycznym w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Organizuje w Klinice zajęcia ze studentami oraz zajęcia fakultatywne z chirurgii ogólnej i chirurgii kolorektalnej.

Jest kierownikiem specjalizacji z chirurgii ogólnej trzech lekarzy rezydentów zatrudnionych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej.

W 2012 roku był współtwórcą **„Akademii Chirurgii Małoinwazyjnej"** – pilotażowego programu szkoleń specjalistycznych dla chirurgów ogólnych z województwa łódzkiego z wykorzystaniem nowoczesnych metod kształcenia. Program był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa.

Najważniejszym efektem projektu było przeszkolenie wszystkich lekarzy będących w trakcie specjalizacji w województwie łódzkim z małoinwazyjnych technik stosowanych w chirurgii ogólnej. Dodatkowym efektem tego projektu było powstanie podręcznika pod redakcją Adama Dzikiego i **Michała Mika**. „Chirurgia Małoinwazyjna – dobre praktyki". Łódź 2012; PhinPress. ISBN: 978-83-936420-0-7.

W latach 2014-2015 był trenerem i wykładowcą podczas cyklu szkoleń w **Akademii Aesculap „Klasyczne techniki chirurgiczne"**. Praktyczne ćwiczenia prowadzone były z wykorzystaniem tkanek zwierzęcych. Była to pierwsza w historii tego typu inicjatywa Towarzystwa Chirurgów Polskich skierowana do lekarzy w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej.

W 2016 roku (październik – grudzień) był odpowiedzialny za przygotowanie i prowadzenie wszystkich szkoleń w ramach projektu: **„Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim"** - Program Operacyjny PL13 „Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu", finansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz budżetu państwa. Cykl szkoleń skierowany był do lekarzy POZ oraz innego personelu medycznego w zakresie profilaktyki chorób układu trawiennego.

Jest uczestnikiem – wykonawcą 2 grantów:

1. ABLAKOM – konsorcjum

„Opracowanie technologii elektromagnetycznego nagrzewania nanozasobników ferromagnetyka dla selektywnej termoablacji komórek nowotworowych raka jelita grubego" – projekt międzyuczelniany (konsorcjum): Politechnika Łódzka – Wydział Elektrotechniki, Elektroniki, Informatyki i Automatyki oraz Wydział Chemiczny, Uniwersytet Medyczny w Łodzi – Zakład Chemii i Biochemii Klinicznej, Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej oraz przedsiębiorstwo AMEPOX – Grant Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR)

2. "European quality assurance program in rectal cancer" - projekt międzynarodowy:

- Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- Department for General, Visceral and Vascular Surgery, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany
- Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
- Department of Surgery, Carl-Thiem-Klinikum, Cottbus, Germany

Dr n. med. Michał Mik jest bardzo aktywnym współorganizatorem wydarzeń naukowych w zakresie chirurgii: **8 krotnie był członkiem** Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowego Sympozjum Proktologicznego, które odbywało się co 2 lata w Łodzi, począwszy od 2001 roku; **7-krotnie** członkiem Komitetu Organizacyjnego Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Chirurgia – co nowego?", która począwszy od 2010 roku odbywa się corocznie w Łodzi.

Był również członkiem Komitetu Organizacyjnego 65 Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich w Łodzi – 2011 r.

Podczas 65 Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich (2011) oraz Międzynarodowego Sympozjum Proktologicznego w 2015 r - współprzewodniczył sesjom naukowym.

Należy odnotować otrzymane nagrody i wyróżnienia, a także udział w zespołach eksperckich:

1. Nagroda Naukowa Pierwszego Stopnia za cykl publikacji; 2012; Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

2. I Wyróżnienie Towarzystwa Chirurgów Polskich za pracę: „Przednia plastyka zwieraczy – którzy pacjenci mają pożytek z zabiegu?" – 66 Kongres TChP Warszawa 2013.

3. Nagroda Naukowa Pierwszego Stopnia za cykl publikacji; 2013; Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

4. Interdyscyplinarna Grupa Ekspertów Chirurgii i Gastroenterologii powołana w celu opracowania „Konsensusu diagnostycznego i terapeutycznego w chorobie uchyłkowej jelita grubego" – byłem członkiem grupy (2013 r.)

Słabą stroną Habilitanta jest fakt, że nie kierował projektami naukowymi NCN i NCBiR. Jest to szczególnie istotne dla młodych naukowców, aczkolwiek problem pozyskiwania grantów NCN jest co najmniej złożony. Nie recenzował projektów międzynarodowych i krajowych, ani też nie wykonywał ekspertyz lub innych opracowań na zamówienie. Znaczące doświadczenie w opiece nad młodą kadrą naukową daje udział w przewodzie doktorskim jako promotor pomocniczy. Jednak Habilitant nie pełnił również takiej funkcji.

Podsumowanie

Całokształt dorobku dr n. med. Michała Mika wyrażony osiągnięciem naukowym i istotną aktywnością naukową odpowiada - w mojej ocenie - wymaganiom Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki z póź. zm. w tym Art. 16. 1. kryteria oceny osiągnięć osoby ubiegającej się o nadanie stopnia doktora habilitowanego. Biorąc powyższe pod uwagę wnoszę o kontynuację postępowania habilitacyjnego, popieram jednoznacznie wniosek o nadanie stopnia dr hab. nauk med. dr n. med. Michałowi Mikowi.

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

Prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek
Prorektor ds. medycznych
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. XI Wieków Kielc 19 25-317 Kielce
tel. (041) 349-69-09;10

KIEROWNIK
Kliniki Chirurgii Ogólnej Onkologicznej
i Endokrynologicznej
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
ul. Grunwaldzka 45 25-736 Kielce
tel. (041) 367-15-71