

Bydgoszcz, 17.06.2024 roku

prof. dr hab. med. Wojciech Zegarski

Katedra Chirurgii Onkologicznej

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

***Recenzja dorobku naukowego
w postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki
medyczne dr n. med. Sławomira Cieśli***

Dane biograficzne

Dr n. med. Sławomir Szczepan Cieśla ukończył studia wyższe na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu i uzyskał tytuł LEKARZA w 1983 roku. W 1987 roku zdał egzamin na I stopień specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej (kierownik specjalizacji dr n. med. Jerzy Młynarczyk). W 1991 roku zdał egzamin na II stopień specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej (egzamin zdany z wyróżnieniem, w tym też roku uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej (kierownik specjalizacji dr n. med. Jerzy Młynarczyk). W latach 1989-1993 odbył Podyplomowe Studia Doktoranckie na Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 1993 roku uzyskał tytułu doktora nauk medycznych w zakresie medycyny na podstawie rozprawy doktorskiej: „Badania nad dynamiką zmian pH błony śluzowej żołądka u chorych po operacji pęcherzyka żółciowego” (Promotor: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Ziaja, Renenzenci: prof. dr hab. n. med. Andrzej Nowak, prof. dr hab. n. med. Marian Smockiewicz, prof. dr hab. n. med. Paweł Lampe). W 1998 roku zdał egzamin specjalizacyjny z zakresu chirurgii onkologicznej (uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii onkologicznej, Kierownik specjalizacji: prof. dr hab. n. med. Paweł Murawa, egzamin zdany z wyróżnieniem).

Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu

W latach 1983-2019 dr n. med. Sławomir Szczepan Cieśla był zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie, w Oddziale Chirurgii Ogólnej:

1983-1984 staż podyplomowy

1984-1987 młodszy asystent oddziału chirurgii ogólnej

1987-1991 asystent oddziału chirurgii ogólnej

1991-2000 starszy asystent oddziału chirurgii ogólnej

2000-2004 Kierownik Pododdziału Chirurgii Onkologicznej

2012-2013 Dyrektor ds. medycznych

2008-2019 Koordynator Konsylium Onkologicznego

W latach 2011-2019 dr n. med. Sławomir Szczepan Cieśla był zatrudniony w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Lesznie na stanowisku docenta w Instytucie Nauk o Zdrowiu. Prowadził wykłady i ćwiczenia z zakresu anatomii prawidłowej człowieka i chirurgii dla studentów Wydziału Pielęgniarstwa i Wydziału Fizjoterapii. Od 2019 roku do chwili obecnej dr n. med. Sławomir Szczepan Cieśla jest zatrudniony w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze na stanowisku zastępcy Kierownika Kliniki. Od 1987 roku do chwili obecnej dr n. med. Sławomir Szczepan Cieśla jest zatrudniony w Specjalistycznych Gabinetach Lekarskich „Consilium” w Lesznie. W latach 2005-2011 pracował w Prywatnym Szpitalu „Certus” w Poznaniu jako Konsultant ds. chirurgii onkologicznej i onkoplastyki. W latach 2012-2015 był Konsultantem ds. chirurgii onkologicznej i onkoplastyki w Prywatnym Szpitalu „Med Polonia” w Poznaniu. Od 2016 roku do chwili obecnej w Wielkopolskim Centrum Medycznym sp. z o.o - Szpitalu Św. Wojciecha w Poznaniu jako Konsultant ds. chirurgii onkologicznej i onkoplastyki.

Działalność zawodowa w ramach Oddziału Chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Lesznie:

- 1990 - inicjator i propagator całkowitej resekcji w raku żołądka,
- 1990 - dwuletni program badawczy - ocena wpływu cholecystektomii na pH błony śluzowej żołądka,
- 1994 - organizacja od podstaw onkologicznego leczenia chorych z rakiem piersi w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie,
- 1996 - pierwsza całkowita resekcja żołądka z wytworzeniem zbiornika jelitowego m. Herfarth (zespoleń z użyciem wyłącznie staplerów jelitowych),
- 1996 - wprowadzenie chirurgicznego leczenia nowotworów skóry i wargi z plastyką płatową,
- 1997 - pierwsza niska przednia resekcja odbytnicy (TME) met. Healda,
- 1998 - wprowadzenie jednowarstwowych zespoleń ręcznych w chirurgii jelita grubego,
- 1998-1999 - udział w międzynarodowym programie naukowym (USA, Szwecja),

- 2000-2004 - Kierownik Pododdziału Chirurgii Onkologicznej WSzZ,
- 2000.09.20 - pierwsza w Wielkopolsce jednoczasowa rekonstrukcja piersi u chorych po amputacji; rozpoczęcie programu rekonstrukcji piersi,
- 2001 - rozpoczęcie operacji oszczędzających w raku piersi (BCT),
- 2001 - pierwsze operacje redukcyjne, symetryzacyjne w raku piersi - rozpoczęcie programu we współpracy z chirurgami Charite Berlin,
- 2002 - rozpoczęcie częściowych resekcji trzustki i anatomicznych resekcji wątroby,
- 2003 - przezroczyste operacje przełyku u chorych z rakiem wpustu,
- 2007 - wprowadzenie siatek syntetycznych w rekonstrukcjach piersi,
- 2011 - rekonstrukcje piersi z tkanek własnych - płaty LD (latissimus dorsi) i TRAM - uszypułowane płaty skórnotłuszczowe z podbrzusza
- 2012 - wprowadzenie do codziennej praktyki chirurgicznej biopsji mammotomicznej próżniowej (VAB),
- 2013 - wprowadzenie w rutynowym postępowaniu w raku piersi biopsji „węzła wartowniczego” z zastosowaniem izotopów – SNB,
- 2016.01.07 pierwsza w Polsce prepektoralna rekonstrukcja piersi z zastosowaniem siatki TIGR.

W 1994 roku zorganizował na terenie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Lesznie kompleksowe leczenie chorych z rakiem piersi. Najpierw powstała Poradnia Konsultacyjna, a później leczenie chirurgiczne szpitalne z powstaniem Pododdziału Chirurgii Onkologicznej. Po uzyskaniu specjalizacji w chirurgii onkologicznej w 1998 roku rozpoczął działania mające na celu wdrożenie programu jednoczasowej rekonstrukcji piersi u kobiet po amputacji z powodu raka. W 2000 roku rozpoczął rutynowe przeprowadzanie jednoczasowej rekonstrukcji piersi ekspandero-protezą Becker-25 u kobiet zakwalifikowanych do tego typu operacji. W tym czasie ośrodek leszczyński był pierwszym w Wielkopolsce i jednym z trzech w Polsce (Warszawa, Gdańsk) przeprowadzającym jednoczasowe rekonstrukcje u kobiet po amputacji piersi z powodu raka. We współpracy z Leszczyńskim Stowarzyszeniem Kobiet po Amputacji Piersi AMAZONKA stworzył program operacji i rehabilitacji pooperacyjnej u kobiet po rekonstrukcji jednoczasowej. Owocem ścisłej współpracy z fizjoterapeutami i wdrożenia szwajcarskiego sposobu drenażu limfatycznego u kobiet po amputacji była znaczna poprawa wyników leczenia chirurgicznego i zapobieganie obrzękom limfatycznym po operacjach onkologicznych. W 2001 roku w ścisłej współpracy z Wielkopolską Kasą Chorych jako jedyny w Polsce ośrodek otrzymał częściowe

finansowanie operacji rekonstrukcyjnych piersi. W 2001 roku rozpoczął współpracę z prof. Pawłem Murawą i przeprowadził pierwsze operacje jednoczasowych rekonstrukcji piersi w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu. W 2002 roku rozpoczął współpracę z Wydziałem Fizjoterapii Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Lesznie. Wdrożył program badań fotogrametrycznych u kobiet z rakiem piersi oceniających zmiany postawy po operacjach onkologicznych radykalnych. Wyniki tych badań zostały przedstawione w publikacjach polskich i międzynarodowych oraz w licznych wystąpieniach podczas międzynarodowych Zjazdów i Konferencji. Zasadniczym wnioskiem przeprowadzonych badań była obserwacja, że kobiety po amputacji z jednoczasową rekonstrukcją piersi podlegały znacznie mniejszym zmianom i deformacjom postawy ciała w porównaniu z kobietami po amputacji bez rekonstrukcji piersi. Dało to podstawę szerokiego wdrożenia jednoczasowych rekonstrukcji piersi z pełnym finansowaniem procedury. Owocem współpracy z Zakładem Fizjoterapii PWSZ w Lesznie było u wszystkich operowanych pacjentek wdrożenie systemu rehabilitacji pooperacyjnej mającej na celu:

- utrzymanie lub zwiększenie ruchomości w stawie barkowym po stronie operowanej,
- utrzymanie lub poprawę napięcia mięśniowego obręczy barkowej operowanej strony,
- korekta zaburzeń postawy ciała po operacji,
- zbalansowanie prawidłowego napięcia mięśni posturalnych,
- poprawę funkcjonowania układu oddechowego po operacji,
- zapobieganie obrzękom limfatycznym kończyny górnej po operowanej stronie,
- poprawę sprawności ogólnej organizmu,
- zmianę nastawienia psychicznego jako adaptację do nowych warunków funkcjonowania po operacji.

Po kilku latach od wdrożenia tego projektu rozpoczęto program prehabilitacji w celu jak najlepszego przygotowania pacjentek do operacji i leczenia onkologicznego.

- aktywne zarządzanie oddziałem w zakresie obowiązków zastępcy kierownika kliniki,
- współudział w organizowaniu Fundacji Rozwoju Chirurgii Onkologicznej im. Pawła Murawy,
- wprowadzenie operacji rekonstrukcyjnych piersi z tkanek własnych: LD i TRAM,
- rozpoczęcie programu częściowych rekonstrukcji piersi płåtami perforatorowymi UCAP, MICAP, AICAP,

- udział we wprowadzaniu nowych metod leczenia onkologicznego: termoablacji guzów wątroby; cytoredukcji z chemioterapią dootrzewnową HIPEC.

Dr n. med. Sławomir Szczepan Cieśla odbył wiele zagranicznych staży naukowych.

Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).

Tytuł osiągnięcia naukowego:

ZNACZENIE I KORZYŚCI STOSOWANIA NOWOCZESNYCH METOD CHIRURGICZNEGO LECZENIA RAKA PIERSI NA PODSTAWIE WYBRANYCH PROBLEMÓW.

Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego:

1. **Sławomir Cieśla**, Karol Połom: The effect of immediate breast reconstruction with Becker-25 prosthesis on the preservation of proper body posture in patients after mastectomy. European Journal of Surgical Oncology 2010 Vol. (36), 7, s. 625-631, DOI: 10.1016/j.ejso.2010.05.005

Impact Factor 2,777, MEiN 32

2. Małgorzata Bąk, **Sławomir Cieśla**: Ocena zaburzeń postawy ciała u kobiet po radykalnej amputacji z jednoczasową rekonstrukcją piersi. Fizjoterapia 2009 Vol. 17, 1, s. 30-37.

Pkt. MEiN 6

3. Piotr Pluta, Agnieszka Giza, Małgorzata Kolenda, Wojciech Fendler, Marcin Braun, Cezary Chudobiński, **Sławomir Cieśla**, Dorota Jesionek-Kupnicka, Jerzy Jankau, Maciej Kuczyński, Ewa Kalinka, Marek Zadrożny, Dawid Murawa: Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL) in Poland: analysis of patient series and practical guidelines for breast surgeons. Archives of Medical Science 2020 DOI: 10.5114/aoms.2020.100637

Impact Factor 3,318, MEiN 100

4. Agnieszka Ławnicka, **Sławomir Cieśla**, Piotr Pluta, Aleksandra Przybylska, Dawid Murawa, Causes of BIA-ALCL: a summary of the current state of knowledge, Oncology in Clinical Practice 2021 Vol. 17(6), s. 285-290, DOI: 10.5603/OCP.2021.0013

pkt. MEiN 100

5. **Sławomir Cieśla**, Agnieszka Ławnicka, Michał Bąk, Piotr Pluta, Alberto Davi, Massimiliano Veroux, Dawid Murawa, Operating room environment assessment and biofilm risk for breast implants. A case series, *Annali Italiani di Chirurgia* 2021 Vol. 92, s. 505-508. PMID:34795110.71.

Impact Factor 0,730, MEiN 40

6. Karolina Pieszko, Konrad Pieszko, Mateusz Wichtowski, **Sławomir Cieśla**, Agnieszka Ławnicka, Robert Jamont, Brian Boyd, Dawid Murawa, A prospective Randomized Study comparing closed incision negative pressure wound therapy with standard care in immediate post mastectomy reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2023 DOI:10.1097/PRS.00000000000010110

Impact Factor 5,169, MEiN 140

7. **Sławomir Cieśla**, Katarzyna Donabidowicz, Dawid Murawa, Breast Cancer Conserving Treatment with Simultaneous Reconstruction of the Defect with Pedicled Adipocutaneous Flaps - Early Observations, *Polish Journal of Surgery (Polski Przegląd Chirurgiczny)* 2023; Vol. 95, no 2, s. 1-5. DOI 10.5604/01.3001.0015.8479

Impact Factor 0,6, MEiN 100

Łączny IF tego cyklu publikacji: 12,594, a punktacja MEiN cyklu: 518.

Omówienie wyników siedmiu prac stanowiących osiągnięcie naukowe pod tytułem: ZNACZENIE I KORZYŚCI STOSOWANIA NOWOCZESNYCH METOD CHIRURGICZNEGO LECZENIA RAKA PIERSI NA PODSTAWIE WYBRANYCH PROBLEMÓW.

Rak piersi pozostaje najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet w populacji światowej. Według opublikowanych przez The North American Association of Central Cancer Registries American Cancer Society co ósmy nowotwór złośliwy dla całej populacji (12%) to rak piersi. Ocenia się, że w 2020 roku wystąpiło 2,3 mln nowych zachorowań. W tym samym czasie zmarło na świecie 685 000 kobiet. Mimo, że nowotwór ten występuje u kobiet we wszystkich regionach świata jego częstość jest zróżnicowana. Najczęściej dotyczy regionów mocno zindustrializowanych. Najwyższe wskaźniki zachorowalności notuje się w Belgii, Holandii i Luksemburgu. W Polsce częstość występowania raka piersi utrzymuje się na średnim poziomie jednak, podobnie jak na całym świecie ma tendencję zwyżkową. Niepokojące jest jednak to, że tylko w Polsce notuje się wyraźny wzrost zgonów z tego powodu. Od 2020 rocznie przybywa ponad 20 tys. nowych zachorowań. Obecnie żyje w Polsce około 140 tysięcy

kobiet z tą chorobą. (Koczkodaj 2020). Leczenie w raku piersi jest złożone, interdyscyplinarne i obejmuje leczenie systemowe- chemioterapię, hormonoterapię, immunoterapię oraz regionalne i miejscowe obejmujące radioterapię i leczenie chirurgiczne, które nadal stanowi podstawowy sposób postępowania. W celu ograniczenia śmiertelności z powodu raka powołano przy WHO Światową Inicjatywę na rzecz Walki z Rakiem Piersi (Global Breast Cancer Initiative - GBCI). Celem tej inicjatywy jest zmniejszenie globalnej umieralności z powodu raka piersi o 2,5% rocznie, a tym samym uniknięcie 2,5 miliona zgonów z powodu raka piersi na całym świecie w latach 2020-2040. Zmniejszenie globalnej śmiertelności z powodu raka piersi o 2,5% rocznie pozwoliłoby uniknąć 25% zgonów z powodu raka piersi do 2030 r. i 40% do 2040 r. wśród kobiet w wieku poniżej 70 lat. Trzy filary służące osiągnięciu tych celów to: promocja zdrowia w celu wczesnego wykrywania; wczesna diagnoza; oraz kompleksowe leczenie raka piersi. Wraz z rosnącą liczbą kobiet, u których zdiagnozowano raka piersi i wzrostem przeżycia, niezwykle ważne jest wprowadzanie najnowszych trendów w leczeniu chirurgicznym, włączając: radykalną mastektomię (RM-radical mastectomy), leczenie chirurgiczne zachowujące piersi (BCS-breast conserving surgery) oraz mastektomię z jednoczasową (IBR-immediate breast reconstruction) lub odroczoną rekonstrukcją piersi (DBR-delayed breast reconstruction). Wyrazem podejścia minimalnie inwazyjnego w chirurgii regionalnych węzłów chłonnych jest rutynowe stosowanie biopsji węzła wartowniczego (SLNB) i znaczne ograniczenie wykonywania limfadenektomii pachowej (ALND). Pomimo rosnącego odsetka wskazań do interwencji chirurgicznej z oszczędzeniem piersi (BCS-breast conserving surgery) we wczesnych stadiach raka piersi, aż 10% pacjentek w Stadium I i 30% pacjentek w stadium II nie kwalifikuje się do BCT (breast conserving therapy) (Morrow M et al., 2001). Z różnych powodów, między innymi trudności w zaoferowaniu każdej pacjentce 5-tygodniowego kursu radioterapii, odmów zgody na leczenie oszczędzające i trudności w określeniu stopnia zaawansowania choroby przed operacją, wiele kobiet nadal poddaje się mastektomii RM we wczesnych stadiach choroby (Parker PA i 22 in., 2007). Dodatkowo potwierdzenie mutacji BRCA1 i BRCA2 i silna predyspozycja rodzinna do wystąpienia raka piersi lub jajnika stanowi argument za leczeniem chirurgicznym w postaci mastektomii piersi chorej i ewentualnej operacji redukującej ryzyko piersi zdrowej. Obecnie w Europie od 40% do 60% kobiet, u których zdiagnozowano raka piersi, nadal poddawanych jest amputacji (Ferlay i in., 2007). W takich przypadkach rekonstrukcja piersi, szczególnie

jednoczasowa, wykonana bezpośrednio po części onkologicznej operacji może znacznie minimalizować negatywne efekty utraty piersi. Większość kobiet, które przeszły mastektomię i są w dobrym stanie zdrowia, jest kandydatkami do rekonstrukcji, która może być wykonana natychmiast (IBR-immediate breast reconstruction) lub w sposób opóźniony (DBR - delayed breast reconstruction). Obecnie wskaźnik rekonstrukcji piersi po mastektomii waha się od 8% do 42%. To duże zróżnicowanie przypisuje się lokalizacji geograficznej, pochodzeniu etnicznemu, wiekowi pacjentki, wykształceniu i statusowi społecznemu, a także stadium rozwoju raka. Rekonstrukcja piersi ma na celu przywrócenie piersi jak najbardziej odpowiadającej rozmiarem, kształtem i wyglądem budowie ciała pacjentki. (Rietman i in., 2003; Elder i in., 2005). Istnieje kilka metod chirurgicznych stosowanych w rekonstrukcji piersi. Polegają one na:

- rekonstrukcji z zastosowaniem wyłącznie własnych tkanek pacjentki (TRAM, LD, DIEP, wolne płaty, tkanka tłuszczowa)
- ekspanderów tkankowych lub protez silikonowych,
- łączeniu obu procedur, a więc wykorzystaniu tkanek autologicznych i ekspanderów, ekspandero-protez lub implantów silikonowych jednocześnie.

Wybór metody rekonstrukcji zależy od wielu czynników: stanu ogólnego chorej, stopnia zaawansowania choroby, preferencji pacjentki, dostępności metod i środków oraz doświadczenia zespołu chirurgicznego. Najpowszechniej stosowanym sposobem leczenia chirurgicznego u chorych zakwalifikowanych do amputacji jest jednoczasowa rekonstrukcja z zastosowaniem implantów lub ekspanderów. Dotychczas korzyści płynące z rekonstrukcji piersi wiązano głównie z lepszą jakością życia i wyglądu piersi, co prowadziło do poprawy samooceny i samopoczucia emocjonalnego u kobiet po mastektomii (Siqueira HF 2020). Niemal nie podejmowano prób określenia wpływu mastektomii z rekonstrukcją piersi na utrzymanie prawidłowej postawy ciała po zabiegu. Znaczna liczba kobiet już kilka miesięcy po mastektomii skarży się na nasilone bóle pleców, pogorszenie sprawności ruchowej nawet jeśli używają zewnętrznej protezy piersi w profesjonalnie dopasowanym biustonoszu lub samoprzylepnej protezy bezpośrednio przyklejonej do ściany klatki piersiowej. Co więcej, badania wykazały, że tylko 75% kobiet po mastektomii nosi zewnętrzną protezę piersi codziennie i tylko kilka procent w nocy (Bak i in., 2000). Ponadto cały ciężar protezy zewnętrznej jest przenoszony przez biustonosz, co powoduje większy nacisk ramiączek na ramię, pociągając ramię po stronie operowanej w dół.

Prawidłowa postawa ciała stanowi pozycję organizmu w przestrzeni kontrolowaną przez złożone współdziałanie układów: mięśniowo-szkieletowego, wzrokowego, przedsionkowego i nerwowego zarówno części centralnej jak i obwodowej.

Prawidłowa postawa ciała ma kluczowe znaczenie dla zdrowia człowieka. Jest ściśle powiązana z równowagą i wpływa na istotne funkcje człowieka: prawidłowy ruch, prawidłowe oddychanie i wydolność układu sercowo-naczyniowego, pokarmowego. Można zatem zdefiniować postawę jako dowolną pozycję, która determinuje utrzymanie równowagi przy maksymalnej stabilności, minimalnym zużyciu energii i minimalnym obciążeniu struktur anatomicznych. Zaburzenia prawidłowej postawy ciała mogą prowadzić do wielu problemów zdrowotnych, takich jak skolioza, bóle i zawroty głowy, bóle dolnej części grzbietu, uczucie utraty energii, zaburzenia funkcjonalne układu oddechowego i krążenia. Postawa to pozycja, w której ciało ludzkie utrzymuje integralność wbrew sile grawitacji podczas stania, siedzenia, poruszania się lub leżenia. Dobra postawa wymaga jak najmniejszej aktywności mięśni, aby utrzymać pozycję pionową. Właściwa postawa ciała utrzymuje kości i stawy w prawidłowym ustawieniu, dzięki czemu mięśnie są prawidłowo wykorzystywane, pomagają zmniejszyć nieprawidłowe zużycie powierzchni stawowych, które może prowadzić do zapalenia stawów, zmniejsza obciążenie więzadeł utrzymujących stawy kręgosłupa razem, zapobiega utrwalaniu się kręgosłupa w nieprawidłowych pozycjach i zmniejsza zmęczenie, ponieważ mięśnie są wykorzystywane bardziej efektywnie, pozwalając ciału zużywać mniej energii, unikając nadwyrężenia, bólu pleców i mięśni. Postawa nieustannie zmienia się w zależności od aktywności człowieka; układ mięśniowo-szkieletowy nieustannie pracuje nad utrzymaniem równowagi, niezależnie od tego, czy siedzi lub stoi przez długi czas.

W utrzymaniu prawidłowej postawy ciała ważne są dwie grupy czynników:

- związane z anatomią: kości kręgosłupa, stawy, krążki międzykręgowe, nerwy oraz tkanki miękkie - więzadła, powięzie i mięśnie
- związane z zarządzaniem powyższymi strukturami: centralny i obwodowy układ nerwowy, który na bieżąco zmienia i reguluje napięcie poszczególnych grup mięśniowych, zarówno w ruchu, jak i w spoczynku (podczas stania, siedzenia i leżenia). Kręgosłup umożliwia zwinne poruszanie się ludzkiego ciała. Nie tylko wspiera ciało i wszystkie jego narządy, ale także chroni wrażliwy i delikatny rdzeń kręgowy oraz wychodzące z niego nerwy rdzeniowe. Składa się z 24 swobodnie

poruszających się segmentów i jest obciążany przez codzienne czynności. Każda czynność, nawet oddychanie, wymaga ruchu kręgosłupa, żeber i wszystkich połączeń między nimi. Pozycja dwunożna daje człowiekowi przewagę w postaci zwinności, dźwigni i mobilności, jednocześnie tworząc pewne obciążenia strukturalne. Ciało ludzkie musi dostosować się do ciągłego stresu grawitacyjnego, aby utrzymać równowagę. Postawa wpływa i moderuje każdą funkcję fizjologiczną, od wydajnego oddychania po produkcję hormonów. Umożliwia układowi mięśniowo- szkieletowemu utrzymanie elementów ciała na miejscu, zapewnia przestrzeń dla ważnych narządów do funkcjonowania z optymalną wydajnością i promuje efektywne funkcjonowanie układu nerwowego. Ból kręgosłupa, ból głowy, nastrój, ciśnienie krwi, puls i pojemność płuc należą do funkcji, na które postawa ciała ma największy wpływ. Najbardziej oczywistymi korzyściami dobrej postawy są wydajność i komfort.

Jednak ze względu na wzajemne powiązania między układami strukturalnymi (kości) i funkcjonalnymi (narządy) ciała, postawa jest również czynnikiem, który może wpływać na zdrowie. Na przykład, niewłaściwa postawa ciała wpływa negatywnie na ruchy klatki piersiowej i nie pozwala płucom funkcjonować z maksymalną wydajnością, aby dostarczać do tkanek bardzo potrzebny tlen i eliminować odpady dwutlenku węgla. Inne ważne narządy ciała są również ograniczone, gdy postawa ciała jest niewłaściwa, tworząc stres strukturalny. Zmniejszając te nierównowagi postawy, możemy zacząć poprawiać wszystkie funkcje organizmu i poprawić nasze zdrowie, a także jakość życia.

Cykl publikacji: „ZNACZENIE I KORZYŚCI STOSOWANIA NOWOCZESNYCH METOD CHIRURGICZNEGO LECZENIA RAKA PIERSI NA PODSTAWIE WYBRANYCH PROBLEMÓW” dotyczy różnych aspektów jednoczesowej rekonstrukcji piersi u kobiet z rakiem tego narządu poddanych leczeniu operacyjnemu. Prace omawiają wybrane elementy leczenia chirurgicznego w postaci rekonstrukcji całkowitej piersi po amputacji i częściowej rekonstrukcji ubytków po leczeniu oszczędzającym. Razem stanowią cykl publikacji poruszających istotne elementy postępowania chirurgicznego ze szczególnym naciskiem na dynamicznie rozwijającą się dziedzinę - onkoplastykę. Wyniki stanowią dowód na konieczność stosowania w codziennej praktyce chirurga onkologa nowoczesnych metod operacji w postaci technik minimalnie inwazyjnych lub jeśli konieczne jest wykonywanie rozległych

zabiegów technik rekonstrukcji ze szczególnym uwzględnieniem rekonstrukcji jednoczasowych.

Prace 1 i 2 przedstawiają po raz pierwszy w literaturze światowej wpływ jednoczasowej, jednoetapowej rekonstrukcji piersi z zastosowaniem ekspanderoprotez na utrzymanie prawidłowej postawy ciała operowanych kobiet i przeciwdziałanie niekorzystnym następstwom amputacji piersi bez rekonstrukcji. Pierwotnym motywem badań były liczne obserwacje kobiet po amputacji piersi tradycyjnie dotychczas wykonywanej dotyczące problemów z utrzymaniem prawidłowej postawy ciała i zgłaszane dolegliwości bólowe grzbietu i barków. Dodatkowo u kobiet z dużymi piersiami obserwowano problem i trudności w zaopatrzeniu protezą zewnętrzną stosowaną zwykle po amputacji piersi. Problem potwierdziły obiektywnie pierwsze badania postawy ciała kobiet po amputacji piersi. Były one źródłem ciekawych obserwacji i pierwszych spostrzeżeń: kobiety, które systematycznie stosowały protezy zewnętrzne, niezależnie od wielkości piersi podlegały mniejszym zaburzeniom postawy ciała w porównaniu z kobietami, które niechętnie stosowały protezy lub robiły to sporadycznie. Co więcej zaobserwowano, że nawet stosowanie protez zewnętrznych w nocy, podczas snu korzystnie wpływało na utrzymanie prawidłowej postawy ciała. Powyższe obserwacje były podstawą zorganizowania przeze mnie prospektywnych badań zmian prawidłowej postawy ciała u kobiet po amputacji piersi, u których wykonano jednoczasowo rekonstrukcję amputowanej piersi. W tym celu zorganizowałem badania polegające na zastosowaniu pomiarów komputerowych, fotogrametrycznych, wykorzystujących znane w optyce zjawisko konturografii Moiré, określających położenie wybranych charakterystycznych punktów anatomicznych pacjentek. Badania fotogrametryczne wykonywane były w powtarzalnych warunkach w Zakładzie Fizjoterapii Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Lesznie (koordynatorem tych badań była pani dr n. wf. Małgorzata Bąk doc. PWSZ). Badania wykonywano przed operacją oraz w 6, 12, 18 i 24 miesiące po operacji. Pacjentki kolejno operowane podzielono na dwie grupy: A- u których wykonano jednoczasową z amputacją rekonstrukcję piersi (z zastosowaniem ekspandero-protezy Becker-25 [Mentor], grupę B - pacjentek, u których wykonano wyłącznie amputację piersi. Grupę kontrolną C stanowiły kobiety zdrowe, bez przeszłości onkologicznej u których nie przeprowadzano żadnych operacji. Statystyczna analiza uzyskanych wyników przeprowadzona była w Zakładzie Statystyki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W celu porównania mierzalnych

parametrów w każdym interwale, które spełniały początkowe kryteria dla jednokierunkowej ANOVA, analizę przeprowadzono za pomocą testu post hoc Newmane'a-Keulsa przy założeniu rozkładu Gaussa i jednorodności wariancji na poziomie $p < 0,05$. Gdy parametry nie spełniały powyższych kryteriów, stosowano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa z testem wielokrotnych porównań Dunna, również na poziomie $p < 0,05$. W celu porównania grup badanych kobiet dokonano ujednoliconej oceny danych nominalnych za pomocą testu dokładnego Fishera lub testu Chi-kwadrat. Analizę przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA (system analizy danych), wersja 8.0.

Najważniejsze wnioski z publikacji:

1. Jednoczasowa rekonstrukcja piersi u kobiet poddanych amputacji z powodu raka korzystnie wpływa na utrzymanie prawidłowej postawy ciała po operacji.
2. Dowiedziono statystycznie istotnych różnic w zmianach postawy ciała operowanych kobiet w dwóch grupach - u kobiet z amputacją i jednoczasową rekonstrukcją i u kobiet, u których wykonano wyłącznie amputację.
3. Kobiety, u których wykonano jednoczasową rekonstrukcję piersi, były bardziej świadome swojego ciała, bardziej zaangażowane w utrzymanie sprawności fizycznej. Rekonstrukcja powodowała w tej grupie chorych większy nacisk na swój wygląd, zwracano większą uwagę na utrzymywanie prawidłowej postawy ciała i zasadność przestrzegania reguł rehabilitacji pooperacyjnej.
4. Pogarszanie się postawy ciała po amputacji jest nie tylko niekorzystne ze względów funkcjonalnych, ale i psychicznych („kompleks połowy ciała”). U większości kobiet amputacja może być powodem poczucia znacznego okaleczenia, zmiany ogólnego wyglądu ciała, utraty poczucia pełnej kobiecości, braku akceptacji własnej osoby, obniżenia poczucia własnej wartości, zmniejszenia atrakcyjności seksualnej, strachu i depresji, uczucia beznadziejności, winy, wstydu, obawy przed nawrotem choroby.

Znaczenie praktyczne i naukowe publikacji:

1. Zmiana paradygmatu postępowania chirurgicznego u kobiet zakwalifikowanych do amputacji piersi.
2. Jednoczasowa rekonstrukcja piersi u kobiet po amputacji zdecydowanie poprawia jakość życia chorych zarówno w sferze psychicznej ale też dobrostanie fizycznym.
3. Przeciwdziałanie postępującym zmianom postawy ciała u kobiet po amputacji stanowi główny element utrzymania prawidłowej kondycji fizycznej leczonych kobiet.

4. Udowodniono, że rekonstrukcja piersi po amputacji z powodu raka jest koniecznym elementem leczenia chirurgicznego.

Powszechne stosowanie implantów silikonowych piersi w operacjach nie tylko estetycznych, ale w rekonstrukcjach po amputacji z powodu raka oprócz niewątpliwych korzyści niesie za sobą ryzyko niekiedy poważnych powikłań. Jednym z budzących wiele pytań i kontrowersji jest występowanie BIA-ALCL (breast implant associated anaplastic large cell lymphoma) anaplastycznego wielkomórkowego chłoniaka u kobiet z implantami silikonowymi piersi. Pierwszy przypadek ALCL towarzyszący implantom piersi opisali już w 1997 roku Keech i Creech (Plast Reconstr Surg 1997). Kolejne doniesienia na ten temat ukazały się w 2011 i 2012 roku. (Kim B 2011) (Aladily TN 2012). W tym samym roku przedstawił pierwszy raport na ten temat podczas corocznej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej dla chirurgów plastyków i onkologicznych w Lublinie. W 2016 WHO wyodrębniła ALCL jako osobną jednostkę chorobową bezpośrednio związaną z obecnością implantów texturowanych.

W pracach 3 i 4 zaprezentowano wyniki Polskich Wieloośrodkowych Badań prowadzonych w latach 2013-2020 dotyczące występowania chłoniaka wielkomórkowego BI-ALCL towarzyszącego implantom piersi. Dokonano szczegółowej analizy przypadków BI-ALCL potwierdzonych u 7 polskich pacjentek. Mimo, że jest to relatywnie rzadka choroba towarzysząca obecności implantu (w 2020 r w skali świata zarejestrowano 888 udokumentowanych przypadków, natomiast najświeższe dane z 1.10.2023 roku wg ASPS mówią już o 1355 przypadkach) opracowanie dokładnego postępowania diagnostycznego i leczenia stanowiło ważny wkład w jakość opieki onkologicznej nad kobietami po rekonstrukcji z zastosowaniem implantów piersi. Rezultatem prac są wytyczne w 10 punktach przedstawiające precyzyjnie sposób postępowania w przypadku podejrzenia i potwierdzenia chłoniaka. Najważniejsze wnioski z publikacji:

1. Wszystkie kobiety z wszczepionymi implantami silikonowymi muszą być objęte stałą kontrolą lekarską.
2. W przypadku stwierdzenia płynu wokół implantu należy wykonać punkcję i badanie płynu na obecność komórek chłoniaka.
3. W przypadku stwierdzenia masy guza w okolicy implantu konieczna jest diagnostyczna biopsja gruboigłowa.

Kolejna publikacja 5 ma ścisły związek z poprzednimi, bowiem jednym z możliwych czynników etiologicznych anaplastycznego chłoniaka wielkomórkowego

jest przewlekły subkliniczny proces zapalny związany z przetrwałą kolonizacją bakteryjną w okolicy implantu. Przewlekłe subkliniczne procesy zapalne towarzyszące implantom stanowią znaczący problem u kobiet po rekonstrukcji piersi zwłaszcza po wyczerpującym leczeniu onkologicznym, chemio i radioterapii. W naszej prospektywnej, doświadczalnej pracy analizie poddano próbki powietrza pobrane w zmiennych warunkach bezpośrednio na sali operacyjnej przy zastosowaniu mikrobiologicznego próbnika powietrza MicroFlow Alfa 90. W trakcie operacji z zastosowaniem implantów czterokrotnie pobierano próbki powietrza do laboratorium mikrobiologicznego. Płytki inkubowano przez 7 dni w warunkach tlenowych. Wykazano, że istnieje znacząca różnica między całkowitą liczbą hodowanych mikroorganizmów wyhodowanych z powietrza pobranego w zwyczajnych warunkach sali operacyjnej w porównaniu z zastosowaniem metody dodatkowego oczyszczenia środowiska operacyjnego poprzez recyrkulację powietrza bloku operacyjnego i oczyszczenie go z bakterii i cząstek. Z próbek powietrza pobranych z nawiewem nie wyhodowano jednostek tworzących kolonie podczas gdy z próbek powietrza pobranych bez recyrkulacji hodowano je w różnych ilościach.

Najważniejsze wnioski z publikacji:

1. Środowisko sali operacyjnej odgrywa zasadniczą rolę w zapobieganiu infekcjom okołooperacyjnym.
2. Zastosowanie dodatkowego urządzenia filtrującego powietrze sali operacyjnej w bezpośrednim sąsiedztwie pola operacyjnego i miejsca przygotowywania implantu do wszczepienia istotnie zmniejsza ryzyko biofilmu bakteryjnego i ryzyko zakażenia. Jednoczesne rekonstrukcje piersi z zastosowaniem ekspanderów lub implantów mimo stosunkowo mało obciążającej procedury operacyjnej wiążą się z dość wysokim procentem powikłań w różnym czasie po operacji. Wg niektórych autorów ilość powikłań może sięgać 50% (Browne, Ranjeet 2017). Wszczepienie ciała obcego, jakim jest implant w miejsce po amputacji piersi, w niektórych przypadkach może prowadzić do powikłań o łżejszym charakterze, jak chłonnokotok, krwiak, stan zapalny lub poważnych jak zakażenie, miejscowa martwica płatów skórnych, zaburzenie gojenia rany i w konsekwencji odślonięcie implantu. Czynnikiem sprzyjającymi powikłaniom są dodatkowo, choroba nowotworowa, osłabienie i zły stan pacjentki oraz leczenie w postaci chemioterapii i radioterapii. Szczególnie ekspozycja tkanek miękkich operowanej okolicy na promieniowanie prowadzi do ich destrukcji, włóknienia, utraty elastyczności i niedokrwienia. Zatem niezwykle ważnym elementem

powodzenia leczenia chirurgicznego jest zapobieganie tym powikłaniom lub minimalizowanie ryzyka ich wystąpienia.

Praca 6 opublikowana w 2023 przedstawia wyniki prospektywnego, randomizowanego badania przeprowadzonego w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w Zielonej Górze dotyczące wpływu terapii podciśnieniowej stosowanej na rany pooperacyjne u kobiet operowanych z rakiem piersi, u których wykonano amputację z jednoczasową dwuetapową rekonstrukcją piersi. Zastosowanie ciNPWT (opatrunki próżniowe) korelowało ze znacznym spadkiem powikłań w miejscu operacji w ciągu 1 roku od zabiegu (ogółem, 40%; ST, 60%; ciNPWT, 20%; $P = 0,003$) i skutkowało bardziej elastyczną tkanką blizny mierzoną za pomocą Cutometru (średni współczynnik elastyczności, 0,74; ST, 0,7; ciNPWT, 0,9; $P < 0,001$). SST każdej blizny 1 tydzień po zabiegu był znacznie wyższy w grupie ciNPWT (średni SST, 31,5; ST SST, 31,2; ciNPWT SST, 32,3; $P = 0,006$). Zgodnie ze skalą „Patient and Observer Scar Assessment Scale v2.0”, subiektywne wyniki blizn w obu grupach były porównywalne. Jest to pierwsze randomizowane, kontrolowane badanie, które wykazało znaczący spadek powikłań rany w miejscu operacji w ciągu 1 roku od zabiegu u pacjentów z IBR otrzymujących ciNPWT. Wysokie prawdopodobieństwo konieczności pooperacyjnej radioterapii może być wskazaniem do rutynowego stosowania ciNPWT.

Najważniejsze wnioski z publikacji:

1. Zastosowanie opatrunku próżniowego na świeżą ranę pooperacyjną po rekonstrukcji jednoczasowej znamienne statystycznie zmniejsza ilość powikłań rany operacyjnej oraz poprawia elastyczność blizny pooperacyjnej.
2. Wyniki wielowariantowej analizy potwierdzają niekorzystny wpływ radioterapii na proces gojenia.
3. Zastosowanie opatrunku próżniowego na świeżą ranę stanowi jedyny czynnik znamienne obniżający ilość powikłań gojenia w ciągu rocznej obserwacji.

Niezwykle ważnym elementem leczenia chirurgicznego w raku piersi są operacje resekcyjne guza oszczędzające pierś (BCS - breast conserving surgery) w ramach leczenia zachowawczego (BCT - breast conserving treatment). Przed 40 laty niezależnie Umberto Veronesi w Mediolanie i Fisher w USA przeprowadzili doskonale zaplanowane badania, w których dowiedli pełnej skuteczności onkologicznej chirurgii nowotworów z zachowaniem piersi. Warunkiem uzyskania bardzo dobrych wyników onkologicznych była następową radioterapia pooperacyjna. Metoda została

powszechnie przyjęta i leczenie oszczędzające pierś stało się standardem. Coraz częściej ukazywać zaczęły się prace, doniesienia i metaanalizy podnoszące problem niesatysfakcjonujących wyników estetycznych. Wycięcie większych objętości tkanek piersi z guzem nowotworowym często pozostawiało widoczne ubytki i zniekształcenia piersi. Problem pogłębiał się po zastosowaniu obligatoryjnej radioterapii na operowaną pierś. Problem pogłębiał się po zastosowaniu obligatoryjnej radioterapii na operowaną „zachowawczo” pierś. Losken A. w metaanalizie przedstawił wyniki leczenia BCS ponad 5 tys. grupy pacjentek (Ann Pl Surg 2014). Dowiódł, że zastosowanie technik onkoplastycznych zdecydowanie poprawia jakość chirurgii onkologicznej, a umiejętność odtworzenia ubytku po wycięciu guza poprawia też radykalność postępowania chirurgicznego. Metaanaliza wykazała znaczą korzyść w stosowaniu technik onkoplastycznych w porównaniu z leczeniem wyłącznie ablacyjnym w zakresie: nawrotów miejscowych (4,2% vs 7%), wczesnych powikłań (15,5% vs 25,9%) i efektów estetycznych (89,5% vs 82,9%)

Praca 7 przedstawia wstępne wyniki nowej, niezwykle obiecującej metody częściowej rekonstrukcji ubytku piersi po BCS (leczenie oszczędzające) polegającej na wykorzystaniu tkanek własnych - płatów skórno-tłuszczowych perforatorowych do wypełnienia ubytków piersi po usunięciu guza nowotworowego. Metody płatów perforatorowych doskonale nadają się do rekonstrukcji częściowych ubytków piersi po operacjach onkologicznych. Są bezpieczne, przy dobrym przygotowaniu przedoperacyjnym nie wydłużają nadmiernie operacji i dzięki tzw. "ukrytym bliznom" dają bardzo dobre wyniki estetyczne. Przedstawiona praca stanowi pierwsze doniesienie na ten temat w literaturze medycznej w Polsce.

Najważniejsze wnioski z publikacji:

1. Jednoczasowa częściowa rekonstrukcja piersi z zastosowaniem uszypułowanych płatów perforatorowych skórno-tłuszczowych stanowi doskonały sposób wypełnienia ubytku powstałego na skutek usunięcia nowotworu.
2. Dokładna ocena UDP przedoperacyjna i śródoperacyjna przebiegu perforatorów jest niezbędnym elementem powodzenia operacji.
3. Zastosowanie oceny ukrwienia przemieszczanych płatów tkankowych za pomocą angiografii z zielenią indocjaninową (ICG - indocyanine green) zapobiega martwicy częściowej przemieszczanych tkanek.

Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze

Dr n. med. Sławomir Szczepan Cieśla posiada bogaty dorobek naukowy.

Przed doktoratem: 12 MNiSW/MEiN

Po doktoracie: 1070 MNiSW/MEiN, IF 22.212

Cały dorobek: 1082 MNiSW/MEiN, IF 22.212

Liczba cytowań wg bazy Web of Science Core Collection: 141

Liczba cytowań wg bazy Scopus: 157

Indeks Hirscha wg bazy Web of Science Core Collection: 4

Indeks Hirscha wg bazy Scopus: 5

Działalność dydaktyczna, organizacyjna, popularyzatorska

Wysoko oceniam osiągnięcia dydaktyczne, organizacyjne i popularyzatorskie Habilitanta. Prowadził on wykłady zagraniczne na zaproszenie oraz na konferencjach krajowych. Organizował oraz prowadził szkolenia i warsztaty chirurgiczne.

W 2018 roku został członkiem międzynarodowego zespołu organizującego powstające międzynarodowe Konsorcjum Chirurgii Piersi mającego na celu poprawę wyników leczenia onkologicznego raka piersi na terenie państw Europy Środkowo-Wschodniej. Środkowo-Wschodnioeuropejskie Konsorcjum Chirurgii Raka Piersi (CEEBCSC-Central East European Breast Cancer Surgical Consortium) zostało oficjalnie utworzone 10 października 2018 r. podczas 38. Kongresu Europejskiego Towarzystwa Onkologii Chirurgicznej (ESSO) w Budapeszcie przez partnerskie instytuty i oddziały z Węgier, Polski, Federacji Rosyjskiej, Rumunii, Słowacji, Ukrainy, Armenii i Czech.

Naczelnym zadaniem Konsorcjum było wdrożenie działań mających na celu ułatwić ewolucję od poziomu chirurgii ogólnej do specjalistycznej chirurgii onkoplastycznej piersi w krajach Europy Środkowo-Wschodniej.

Poza aktywnością w ramach kongresów i zjazdów ważnym elementem działania CEEBCSC było utworzenie - Central Eastern European Academy of Oncology (CEEAO) miejsca edukacji chirurgów z całej Europy. Łącznie odbyło się już kilka spotkań

i wykładów SZKOLENIOWYCH prowadzonych w formie webinarów o zasięgu ogółouropejskim.

Trzykrotnie brał aktywny udział w gronie ekspertów z Polski w ramach PTChO w tworzeniu Polskiego Konsensusu leczenia chirurgicznego zmian nowotworowych piersi. Pierwsza edycja miała miejsce w 2017 roku, druga aktualizująca w 2019 roku i ostatnia, najaktualniejsza w 2023 roku.

Owocem tych spotkań były opublikowane w formie książek Biblioteki Chirurga Onkologa najaktualniejsze wytyczne postępowania onkologicznego dla Ośrodków Onkologicznych w Polsce. (w wydaniu z 2017 roku ukazał się rozdział: Sławomir Cieśla „Rekonstrukcje piersi”, w 2019 roku: Sławomir Cieśla, Agnieszka Kołacińska, Dawid Murawa „Onkoplastyka - postępowanie oszczędzające u chorych na raka piersi - wskazania ogólne” oraz Przemysław Jasnowski, Piotr Pluta, Sławomir Cieśla „Postępowanie rekonstrukcyjne u chorych na raka piersi”).

Bierze aktywny udział w organizacji i przeprowadzeniu zjazdów Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej:

Przez dwie kadencje 2005-2009 był członkiem zarządu Oddziału Wielkopolskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich.

W latach 2020-2021 pełnił obowiązki przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Fundacji Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Jest członkiem polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych:

1. Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej
2. Towarzystwo Chirurgów Polskich
3. European Society of Surgical Oncology
4. Central East European Breast Cancer Surgical Consortium (CEEBCSC)
5. Central Eastern European Academy of Oncology (CEEAO)

Brał aktywny udział w organizacji cyklu Konferencji Rak Piersi - Onkologia i Plastyka zapoczątkowanych w 2016 roku z inicjatywy prof. Dawida Murawy w Poznaniu:

Przez ponad 20 lat, od rozpoczęcia działalności w 1991 roku Leszczyńskiego Oddziału Stowarzyszenia Kobiet po Amputacji Piersi AMAZONKA brał aktywny udział w przygotowywaniu ogólnokrajowych sesji, konferencji i zawodów sportowych organizowanych przez Oddział Leszczyński dla kobiet po amputacji piersi. We współpracy z Zakładem Wychowania Fizycznego, a później Fizjoterapii Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Lesznie zorganizował program aktywnej rehabilitacji kobiet po operacjach onkologicznych piersi. Na zaproszenia wielu

oddziałów stowarzyszenia Amazonka (m.in. Głogów, Poznań) i grup pacjenckich brał udział w spotkaniach i organizacji kompleksowej opieki i rehabilitacji po operacjach piersi. W 2000 roku wykonał w WSzZ w Lesznie pierwszą w Wielkopolsce jednoczasową rekonstrukcję piersi u kobiety po amputacji z powodu raka. Od tego czasu aktywnie rozszerzał tę formę chirurgicznego leczenia nowotworów piersi. Aktywność w tym zakresie wymagała nie tylko wykładów i prezentacji dla lekarzy specjalistów różnych dziedzin onkologicznych uzasadniających konieczność szerokiego wprowadzania różnych form rekonstrukcji piersi, ale również propagowania tego nowoczesnego sposobu postępowania wśród pacjentek ich rodzin, wśród przedstawicieli mediów i przede wszystkim przekonywania płatnika usług medycznych (Wielkopolskiej Kasy Chorych, a później NFZ) do konieczności finansowania tych operacji. Już w 2001 roku udało mu się skłonić Wielkopolską Kasę Chorych do częściowej refundacji procedury jednoczasowej rekonstrukcji piersi, co wówczas było sytuacją wyjątkową. Od tego czasu aktywnie uczestniczy w każdej możliwej formie (publikacje prasowe, wystąpienia publiczne, wystąpienia medialne) w propagowaniu operacji rekonstrukcyjnych piersi po operacjach onkologicznych. Dotyczy to zarówno całkowitych rekonstrukcji piersi z zastosowaniem ekspanderów, implantów oraz tkanek własnych pacjentek jak i rekonstrukcji częściowych po operacjach oszczędzających piersi. W ramach edukacji najmłodszych i młodzieży przeprowadził kilkadziesiąt spotkań z młodzieżą szkół podstawowych i licealnych promując zachowania prozdrowotne. W ramach akademickiej działalności dydaktycznej był organizatorem dodatkowych spotkań anatomicznych dla studentów Wydziału Pielęgniarstwa i Fizjoterapii PWSZ ze zorganizowaniem na terenie Uczelni pracowni ćwiczeń sekcyjnych przeprowadzanych na preparatach zwierzęcych.

Podsumowanie

Całokształt dorobku naukowego, organizacyjnego, dydaktycznego oraz cyklu prac stanowiących blok tematyczny dotyczący znaczenia i korzyści stosowania nowoczesnych metod chirurgicznego leczenia raka piersi na podstawie wybranych problemów oceniam jednoznacznie wysoko. Jest to wartościowy dorobek naukowy. Po przeanalizowaniu dokumentacji uważam, że zarówno osiągnięcia naukowe, jak i dorobek naukowy dr med. Sławomira Cieśli spełniają warunki konieczne do uzyskania

stopnia doktora habilitowanego określone w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce”

W związku z powyższym zwracam się do Rady Naukowej Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” o dopuszczenie dr med. Sławomira Cieślę do dalszych etapów postępowania habilitacyjnego.

Wojciech Zepowski