

Dr hab. med. Leszek Brongel  
Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof  
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

**OCENA DOROBKU ZAWODOWEGO, NAUKOWEGO  
I DYDAKTYCZNO-ORGANIZACYJNEGO ORAZ ROZPRAWY HABILITACYJNEJ  
DR N. MED. DARIUSZA TIMLERA**

**Dane biograficzne i ocena dorobku zawodowego**

Dr med. Dariusz Timler ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi (obecnie Uniwersytet Medyczny), gdzie w 1994 roku uzyskał dyplom lekarza medycyny. Po odbyciu stażu podyplomowego w Centrum Zdrowia Matki Polki podjął pracę w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, równocześnie, jako wolontariusz, odbywał staż specjalizacyjny w Klinice Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Onkologicznej, następnie jako wolontariusz i asystent w Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W tym czasie uzyskał pierwszy (1998 rok) i drugi (2002 rok) stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. W dn. 23.10.2001 roku, pod kierunkiem Prof. dr hab. Jana Brzezińskiego, obronił rozprawę doktorską pod tytułem „Analiza ekspresji białek c-MET, RET, cykliny D1, p16 INK4A oraz Ki-67 w rakach brodawkowatych gruczołu tarczowego przy użyciu metody immunohistochemicznej”.

W latach 2000-2006 pracował w oddziale klinicznym medycyny ratunkowej. Tu, w roku 2003, uzyskał drugi stopień specjalizacji z medycyny ratunkowej. Od 2006 związany jest z Zakładem Medycyny Ratunkowej i Katastrof Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, którym obecnie kieruje, a od 2016 kieruje również Uczelnianym Laboratorium Dydaktyki Medycznej Stanów Nagłych. Ponadto w latach 2010-2016 zatrudniony był w Collegium Masoviense – Wyższej Szkole Medycznej w Żyrardowie.

Dr Timler stale poszerzał swoją wiedzę i doskonalił umiejętności zawodowe bardzo przydatne w medycynie ratunkowej. Uczestniczył w licznych kursach i szkoleniach tak w kraju, jak i za granicą. I tak m.in. w dwóch kursach ultrasonograficznych i w dwóch kursach dotyczących ratownictwa lotniczego w Polsce oraz w dwóch kursach European Resuscitation Council – European Trauma Care oraz Generic Instructor Course. Ukończył studia podyplomowe w zakresie „Ubezpieczenia zdrowotne i zarządzanie ochroną zdrowia” na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Przez cztery lata był zastępcą dyrektora ds. leczenia w szpitalu im. M. Kopernika w Łodzi, udzielał się też w Okręgowej Izbie Lekarskiej (zastępca orzecznika). Przez trzy lata był biegłym sądowym. W Uniwersytecie Medycznym w Łodzi jest przewodniczącym Wydziałowego Zespołu ds. Zapewnienia jakości kształcenia na kierunku ratownictwo medyczne oraz członkiem kapituły programu „Granty dla UMedu”.

**Ocena działalności dydaktyczno – wychowawczej i organizacyjnej**

Dr n. med. Dariusz Timler od lat prowadzi ćwiczenia i seminaria dla studentów wydziału lekarskiego i stomatologicznego oraz wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z zakresu medycyny ratunkowej i chirurgii. Był opiekunem studenckiego koła naukowego przy oddziale medycyny ratunkowej, a dwie prace

studenckie przygotowane pod jego nadzorem, zostały nagrodzona na ogólnopolskich konferencjach naukowych.. Był promotorem czterech prac licencjackich i 30 magisterskich na Wydziale Nauk o Zdrowiu a także promotorem pomocniczym w trzech przewodach doktorskich w Uniwersytecie w Łodzi, Uniwersytecie we Wrocławiu i w Politechnice Łódzkiej. Habilitant był wreszcie kierownikiem jednej zakończonej specjalizacji z medycyny ratunkowej, obecnie prowadzi dalsze trzy.

Wybitnie aktywny jest dr Timler w zakresie dydaktyki podyplomowej. Od 2003 roku corocznie organizuje ogólnopolskie konferencje naukowe medycyny ratunkowej KOPERNIK, przewodnicząc lub współprzewodnicząc obradom, w których licznie uczestniczą zainteresowani tym tematem lekarze z całej Polski, a także z innych krajów. W roku bieżącym zorganizował również konferencję ordynatorów SOR w centrach urazowych.

Dr Timler uczestniczy również w europejskim projekcie Leonardo da Vinci (stworzenie szkoleniowego programu dla centrum urazowego) oraz HOPE (innowacje w szpitalach i opiece zdrowotnej). Był aktywnym uczestnikiem wielu ogólnopolskich konferencji naukowych, a w kilkunastu z nich pełnił funkcję członka komitetu naukowego i zaproszonego wykładowcy.

Jest członkiem Państwowej Komisji Egzaminacyjnej CEM w dziedzinie medycyny ratunkowej. Jest też członkiem redakcji czterech czasopism naukowych związanych z medycyną ratunkową i ratownictwem medycznym, a to Emergency Medical Service, Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue, Na Ratunek oraz Acta Clinica et Morphologica. Organizował i prowadził różne akcje związane z promocją ratownictwa na terenie Łodzi i łódzkich szkół.

Dr Timler jest członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich, członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, prezesem łódzkiego oddziału tego towarzystwa, członkiem Polskiego Towarzystwa Stanów Nagłych, Polskiego Towarzystwa Ekonomii Zdrowia, a także członkiem European Society for Trauma and Emergency Surgery i European Society for Emergency Medicine.

Za swą działalność naukową i organizacyjną dr Dariusz Timler otrzymał nagrodę marszałka Województwa Łódzkiego, Rektora Łódzkiego Uniwersytetu Medycznego oraz dwukrotnie został wyróżniony za prezentacje podczas konferencji naukowych.

### **Ocena dorobku naukowego**

Dr n. med. Dariusz Timler jest autorem 54 prac oryginalnych, opublikowanych w recenzowanych czasopismach, z czego 21 ukazało się w czasopismach z listy filadelfijskiej. Łączna punktacja KBN tych prac wynosi 621 punktów, a *impact factor* 31,727. Dariusz Timler jest również autorem lub współautorem 4 prac kazuistycznych i 14 poglądowych oraz autorem jednego rozdziału w książce. Ponadto dr Timler jest autorem lub współautorem 8 publikowanych streszczeń i komunikatów zjazdowych, w tym 3 na zjazdach zagranicznych. Prace te były cytowane 49 razy, co przyniosło habilitantowi punkty wskaźnika Hirscha. Jest też dr Timler współautorem trzech patentów dotyczących poliestrowych nici chirurgicznych o właściwościach antybakteryjnych.

Bardzo szerokie zainteresowania naukowe dr Dariusza Timlera początkowo skupiały się wokół problemów chirurgii ogólnej, endokrynologicznej i naczyniowej, później głównie na medycynie ratunkowej.

I tak w 2002 i 2003 był autorem lub współautorem dwóch prac na temat raka brodawkowego tarczycy, Zainteresowanie tematem raka brodawkowego tarczycy doprowadziło do przygotowania wspomnianej już pracy doktorskiej, w której poszukiwał innego kryterium operacyjnego niż sama tylko wielkość guza i podzielił go na mniej lub bardziej agresywnego. W wyniku przeprowadzonych badań immunohistochemicznych udało się bowiem ustalić, że białko p16INK4A i Cyklina D1 działające przeciwstawnie w rozwoju raka mają znaczenie w patogenezie. Białko Cyklina D1 stymuluje rozwój komórek guza, a ekspresja tego białka jest zarówno w mikroraku jak i bardziej zaawansowanym raku nieistotna statystycznie, co świadczy o roli tego białka już na wczesnym etapie patogenezy raka brodawkowego. Natomiast białko p16INK4A różni się co do ekspresji w zależności od zaawansowania raka brodawkowego. W mikroraku brodawkowym białko to wykazuje ekspresję i obecność jego hamuje rozwój guza. W zaawansowanej formie raka brodawkowego ekspresja tego białka zanika. Mikroraka z ekspresją białka p16INK4A można uznać za mniej agresywnego raka brodawkowego, a białko p16INK4A za czynnik, który może stanowić kryterium co do rozległości operacji. W latach następnych powstały jeszcze dwie prace na ten temat.

Habilitant jest też autorem lub współautorem 5 prac z zakresu angiologii i chirurgii na czynowej. Dotyczyły one problemu udarów mózgu, zwężenia tętnicy szyjnej, żylaków. Są dwie główne metody stosowane w leczeniu zwężenia tętnicy szyjnej: chirurgiczne usunięcie zwężenia lub założenie stentu w miejscu zwężenia. Analizie poddano ponad 200 pacjentów z ponad 2 lat i stwierdzono, że obie metody są bezpieczne i dają podobne rezultaty w poszczególnych podgrupach. Niemniej wydaje się, że zastosowanie stentów powinno odnosić się do osób o wysokim ryzyku operacji i rokujących krótszy czas przeżycia. W innej pracy wysnuł wniosek, że u pacjentów symptomatycznych nieregularna płytką miażdżycy w angiografii koreluje z płytką miażdżycy typu VI wg AHA. Jednocześnie wysunął też przypuszczenie, że angiografia w tych przypadkach nie jest wystarczającą metodą diagnostyczną co do decyzji operacyjnej z powodu małej specyficzności i czułości w identyfikowaniu morfologii płytki miażdżycowej.

Zainteresowanie sztucznymi tworzywami w chirurgii owocowało nie tylko udziałem w pracach patentowych, ale także dwoma innymi doniesieniami na temat zastosowań siatek w operacjach przepuklin pachwinowych. Chirurgia ogólna jest zresztą reprezentowana przez kolejne prace na temat diagnostyki zapalenia wyrostka robaczkowego oraz cholecystektomii w przebiegu kamicy żółciowej. Chirurgiczne się zacięcie habilitanta potwierdzają wreszcie prace z zakresu traumatologii. Dotyczyły one obrażeń głowy, klatki piersiowej czy jamy brzusznej, ale też narządu ruchu. Zajmował się również organizacją i funkcjonowaniem centrów urazowych.

Z czasem jednak główny ciężar zainteresowań dr Timlera przeniósł się na medycynę ratunkową, a w szczególności na resuscytację krążeniowo-oddechową. Tym problemom poświęcił ponad połowę swoich prac, z tego na sama resuscytację aż 11. Zajmował organizacją pracy SOR (triage, powiadamianie), prowadzoną tam diagnostyką (obrazowanie) i leczeniem, szkoleniem personelu. Nic więc dziwnego, że sprawy resuscytacji stały się tematem jego habilitacji.

Oceniając całość działalności naukowej dr Dariusza Timlera, należy podkreślić jej interdyscyplinarny charakter, przydający jej szczególną wartość. Większość prac, których Kandydat jest autorem lub współautorem, to połączenie elementów badań klinicznych i rozważań teoretycznych. Dzięki temu mógł on w obiektywny sposób przedstawiać przydatność rozmaitych form samego leczenia chorych w stanie zagrożenia życia i zdrowia, a także badać i opiniować rozmaite rozwiązania

organizacyjne i działania dydaktyczne, sprzyjające poprawie zauważonych niedociągnięć czy błędów. Konsekwentnie podejmowane tematy badań, których kontynuacją jest rozprawa habilitacyjna, pozwoliły dr Timlerowi nie tylko na opracowanie autorskiej karty RKO ale też na wskazanie czynników w największym stopniu przyczyniających się tak do powodzenia resuscytacji jak i pogarszających rokowanie chorego. Wysokie, jak na ten etap, wartości analizy bibliometrycznej potwierdzają tę ocenę.

### **Ocena praca habilitacyjnej**

Praca „Autorska karta resuscytacji krążeniowo-oddechowej jako narzędzie badawcze w medycynie ratunkowej” z podtytułem „Determinanty przeżycia pacjentów z zatrzymaniem krążenia leczonych na szpitalnym oddziale ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Mikołaja Kopernika w Łodzi w latach 2007-2012 i 2014-2015” została przedstawiona w postaci książki, wydanej w 2016 r. przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Na 151 stronach, między tekstem, rozmieszczono we właściwych miejscach 23 dobrze opisane tabele oraz 32 wykresy, fotografie i rysunki. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w tego typu publikacjach, praca podzielona została na wstęp, cel pracy, materiał i metodykę badań, wyniki, omówienie i wnioski. Całość uzupełniają streszczenie w języku polskim i angielskim, lista 212 pozycji piśmiennictwa w kolejności ich cytowania i 2 załączniki. Nie załączono spisu tabel i ilustracji.

We wstępie Autor dokonuje wprowadzenia do zagadnienia resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Odwołując się do ustaleń z Utstein Abbey (1991) podaje definicję nagłej śmierci, omawia określenie zatrzymania krążenia, wykazuje różnice między śmiercią wewnątrzszpitalną i pozaszpitalną, podaje główne przyczyny zatrzymania krążenia oraz epidemiologię tych stanów. Wszystkie te elementy mają istotne znaczenie w postępowaniu resuscytacyjnym, zarówno jeśli chodzi o dobór metod (np. wskazania do defibrylacji) jak i farmakoterapii. Najczęściej przyczyną zatrzymania krążenia są zaburzenia sercowe, znacznie rzadziej oddechowe czy mózgowie. Hipowolemia jako przyczyna zgonu reprezentowana jest głównie w przypadkach pourazowych. Częstość pozaszpitalnego zatrzymania krążenia ocenia się na około 80 na 100 tysięcy mieszkańców na rok. Część tych chorych trafia do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). Jest to niespełna 2% wszystkich hospitalizowanych tam chorych), Tam zwykle kontynuowana jest resuscytacja podjęta wcześniej przez zespół ratownictwa medycznego. Doraźną skuteczność resuscytacji ocenia się na 25 do 35%, jednak tylko niespełna 10% resuscytowanych dożywa do wypisu ze szpitala.

Dokładne udokumentowanie wszystkich podejmowanych działań zdaniem autora pozwoliłoby zorganizować rejestr zatrzymania krążenia, a przez to doprowadzić do szczegółowej analizy wszystkich przypadków. Do tego celu ma służyć zaproponowana przez autora karta resuscytacji, stanowiąca rozszerzenie protokołu z Utstein.

W tym aspekcie omawia autor znaczenie SOR w państwowym systemie ratownictwa, oraz znaczenie poziomu wyszkolenia personelu udzielającego tam pomocy. Jest to, mimo precyzyjnych wytycznych i jednoznacznych schematów, najważniejszy element w całym postępowaniu resuscytacyjnym, biorąc pod uwagę złożoność tego procesu, w tym choćby kwestia zapewnienia drożności dróg oddechowych, skoordynowania oddechów z uciskaniem na mostek, priorytet ucisków nad oddechami. Wreszcie omawia autor sprzęt pomocny przy resuscytacji, gdzie

oprócz defibrylatora przydatny może okazać się respirator, czy urządzenie do uciskania mostka.

Cele pracy autor określił jako opracowanie zaawansowanej karty resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz prezentacja wybranych problemów z nią związanych, w tym zastosowania urządzenia do uciskania klatki piersiowej. Jako dodatkowe cele wyznaczył sobie badanie epidemiologii zatrzymania krążenia w SOR oraz ocenę efektywności resuscytacji po przejściu chorego od pogotowia, a ponadto także analizę „krzywej uczenia się” zastosowania systemu Lucas i problemów związanych z intubacją dotchawiczą w trakcie resuscytacji. I cele te zostały zrealizowane, potencjał wykonanego badania był jednak daleko większy, co zresztą znalazło wyraz w przedstawionych dalej wynikach.

Badano materiał chorych z zatrzymaniem krążenia obejmujący 459 osób. Składała się na niego grupa 242 chorych leczonych w latach 2007-2012 i tych analizowano retrospektywnie, pozostałych leczono w latach 2014-2015 i tu dokumentację prowadzono prospektywnie. U 333 chorych do zatrzymania krążenia doszło podczas pobytu w SOR, natomiast 126 przejęto od zespołów ratownictwa medycznego, które resuscytację pojęły w czasie interwencji. W różnych latach odsetek takich pacjentów wśród wszystkich hospitalizowanych w SOR wahał się od 0,47 do 2,20, oscylując głównie około 2.

Na metodykę badania składa się kilka elementów. Po pierwsze kadrę SOR stanowiło m.in. siedmiu lekarzy i 10 pielęgniarek posiadających specjalizację z medycyny ratunkowej. Wszyscy pracownicy byli po kursach ALS/ATLS lub równoważnych. Tak zatem posiadali oni odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Po drugie do badania retrospektywnego użyto rejestru pacjentów z zatrzymaniem krążenia prowadzonego w SOR w latach 2007-2012, dane o tych resuscytacjach przeniesiono do opracowanej nowej karty resuscytacji, dane o chorych z lat 2014-2015, obejmujące siłą rzeczy większy zakres informacji, wprowadzano na bieżąco. Analizowano wreszcie losy pacjentów (w oparciu o historie choroby), którzy po skutecznej resuscytacji przyjęci zostali z SOR do innych oddziałów szpitala. Tytułową częścią pracy i narzędziem do zbierania i analizy danych była sama karta resuscytacji. Jak podaje Autor, wzorowana ona jest na ustaleniach z Utstein, modyfikowanych później przez Europejską (a za nią Polską) Radę Resuscytacji, ale zawiera o wiele więcej informacji o chorym, okolicznościach w jakich doszło do zatrzymania krążenia, schorzeniach towarzyszących, personelu, warunków intubacji itd. Dane zawarte w karcie możliwe są do przetwarzania komputerowego, co ułatwia poszukiwanie pewnych związków czy prawidłowości oraz prowadzenie statystyk. Rozwinięcie karty (nie tylko dodanie szeregu informacji ale i uszczegółowienie innych) powoduje jednak zwykle zmniejszanie się liczby przypadków spełniających te same kryteria, zatem badane tak grupy chorych muszą być liczniejsze, by uzyskać statystycznie istotne informacje.

Do obliczeń wykorzystano testy statystyczne: t Studenta i chi kwadrat, ale też wysoko zaawansowane metody analizy wieloczynnikowej dla zmiennych zależnych (ROC, CART).

Wyniki opracowano w starannie przygotowanych tabelach i wykresach, dzięki czemu ta trudna analiza, mimo wszystko, staje się zrozumiała dla czytelnika. W pierwszej części przedstawiono epidemiologię zatrzymania krążenia w SOR. Badano grupę 459 osób (co daje w całym okresie średnio jeden przypadek na tydzień) w średnim wieku ok. 65 lat, w której dominowali mężczyźni (nb. komentarz do tej tabeli jest przykładem jak niebezpieczna jest zabawa z liczbami), a wyjściową przyczyną

zatrzymania krążenia najczęściej było zachorowanie (ponad 80% przypadków). W ponad 15% wyjściową przyczyną zatrzymania krążenia były urazy, a tylko sporadycznie zatrucia. Niezbyt fortunnie Autor skupił się w tym fragmencie na poszukiwaniu różnic w porównaniach rok do roku, co nie mogło doprowadzić do żadnych istotnych stwierdzeń. Ciekawe natomiast jest zestawienie wyjściowych zapisów EKG. Oto dominują tu asystolia i PEA (*pulseless electrical activity*) – stwierdzono je aż u prawie 90% badanych. Z kolei chorych z rytmem VF/VT (*ventricular fibrillation, pulseless ventricular tachycardia*) było zaledwie 54. Ogółem co najmniej jedną defibrylację przeprowadzono u 112 pacjentów. Ciekawe też jest zestawienie chorób współistniejących w obu okresach. Najczęściej obserwowano chorobę nowotworową, niewydolność serca i zespół uzależnienia alkoholowego, ale też cukrzycę, nadciśnienie tętnicze czy migotanie przedsionków. Obecność tych schorzeń odnotowano w drugim (późniejszym) okresie nieraz dwu a nawet trzykrotnie częściej. Czyżby zdecydowała o tym lepsza diagnostyka?

Powrót spontanicznej akcji serca uzyskano w SOR u ponad 55% resuscytowanych (mimo, że ponad ¼ z nich była resuscytowana już w okresie przedszpitalnym, co zresztą, jak się okazało, nie miało znaczenia dla rokowania), ale tylko połowa z nich przeżyła do wypisu z SOR, a spośród tych z kolei tylko 40% przeżyło do wypisu ze szpitala.. .

Ważniejszą jednak częścią uzyskanych przez Autora wyników jest analiza wieloczynnikowa, wskazująca na determinanty powodzenia resuscytacji. Przed wszystkim wskaźniki przeżywalności uległy ponad dwukrotnej poprawie w drugim, późniejszym okresie badania, co Autor wiąże ze wzrastającym doświadczeniem zespołu, w tym użyciem urządzenia do kompresji klatki piersiowej LUCAS. Zdaniem Autora lepsze rokowanie co do wypisu z SOR mieli nieurazowi pacjenci z wyjściowym rytmem VF/VT, mężczyźni. Natomiast wypis ze szpitala rokowali (statystycznie) lepiej jedynie ci z rytmem VF/VT. Rokowania nie pogarsza intubacja w trakcie resuscytacji (choć znaczenie mają nieudane próby).

**Omówienie** poświęcił Autor różnym aspektom zatrzymania krążenia w SOR. Słusznie zwraca uwagę na fakt, że każdy taki przypadek angażuje praktycznie cały zespół pracowników, zaburzając codzienny rytm pracy oddziału. Fakt, że zdarza się to „tylko” raz na tydzień z kolei powoduje, że doświadczenie w prowadzeniu akcji resuscytacyjnej personel nabywa powoli, a większość umiejętności musi doskonalić na drodze ćwiczeń. Sprawność w wykonywaniu poszczególnych czynności ma tu bowiem podstawowe znaczenie dla powodzenia całej akcji. Logicznie zatrzymanie krążenia w SOR jest zdarzeniem szpitalnym. Trudno jednak porównywać SOR z innymi oddziałami szpitalnymi. Mamy tu często do czynienia z pacjentami, u których rozpoznanie przyczyny zatrzymania akcji serca może być trudne, nierzadko dochodzi do niego już w trakcie leczenia, stąd podejmowane kroki mogą nie zawsze być dobrze dobrane. Szczególnie, że bezpośrednia przyczyna zatrzymania krążenia może być różna w przebiegu tych samych schorzeń i odwrotnie, taka sama w następstwie bardzo różnych zdarzeń. Omawiając poprzednio badane czynniki wpływające na skuteczność zabiegów resuscytacyjnych posługuje się Habilitant obszernym piśmiennictwem, dotyczącym zgonów wewnątrzszpitalnych. Przywołani autorzy zgodni są co do tego, że o ile niektóre z nich, jak np. wiek czy płeć pacjenta, a także jego schorzenia i wyjściowa przyczyna zatrzymania krążenia są nam „dane”, o tyle na inne, w szczególności na przebieg resuscytacji, mamy wpływ. Kluczowy jest tu wyjściowy, udokumentowany rytm serca. Najlepiej rokują chorzy z rytmem wyjściowym VF/VT niestety znacznie rzadziej stwierdzanym w SOR niż PEA, czy asystolia. Tylko u tych pierwszych znajduje zastosowanie defibrylacja, niekiedy wielokrotnie powtarzana, co z kolei, jak

słusznie podkreśla Autor, prowadzić może do uszkodzenia mięśnia sercowego. Szczególnie dużo uwagi poświęca Habilitant intubacji. To, obok wprowadzenia do użytku automatycznej kompresji klatki piersiowej, jeden z najistotniejszych elementów resuscytacji i jeden z najbardziej zależnych od wykształcenia zespołu. To zresztą właśnie w „krzywej uczenia” upatruje Autor powód wyższej skuteczności resuscytacji w SOR w późniejszym z badanych okresów. Poziom wykształcenia zapewne daje też nieoczekiwany efekt w postaci gorszych wyników w dni świąteczne i w nocy, kiedy tych najbardziej doświadczonych pracowników nie ma w oddziale. .

Wnioski, jakie sformułował Autor w pełni odpowiadają celom jakie sobie postawił przystępując do pracy, jednoznacznie wynikają z przeprowadzonych badań, stanowiąc zarazem jasne wytyczne dla wdrożenia efektów tej pracy.

Piśmiennictwo, ułożone w kolejności cytowania, obejmujące 212 pozycji, uwzględnia we właściwej proporcji artykuły dotyczące konkretnych, poruszanych w pracy zagadnień. Zwraca jednak uwagę uwzględnienie tylko trzech prac polskich autorów. Poza podstawowymi wszystkie pozostałe cytowane prace pochodzą z ostatnich lat. Najważniejsze jednak jest to, że krytyczna analiza zawartych tam treści dobrze świadczy o wiedzy doktora Dariusza Timlera, a także o jego osobistym doświadczeniu w praktycznych problemach, z którymi boryka się medycyna ratunkowa – tak w sensie poszukiwania najlepszych rozwiązań terapeutycznych jak i najlepszych metod opisu chorych z zatrzymaniem krążenia.

Podsumowując, uważam, że dr n. med. Dariusz Timler ma znaczący dorobek naukowy, ukierunkowany głównie na problemy medycyny ratunkowej. Szczególną wartością tego dorobku jest umiejętne połączenie aspektów klinicznych i organizacyjnych leczenia ofiar wypadków. Praca habilitacyjna jest rezultatem wieloletnich, konsekwentnych badań tych zagadnień, w szczególności zasad i przebiegu resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Szkoda tylko, że nierzadkie błędy językowe Autora psują efekt całości. Jak się wydaje, również ustalenie lepszego rokowania dla mężczyzn bardziej jest wynikiem przekornej statystyki niż rzeczywistej determinacji wyników leczenia, dla których natomiast niewątpliwie decydujący jest rytm wyjściowy, a przez to, w przypadkach lepiej rokujących rytmów VF lub VT, wczesne zastosowanie defibrylacji. Dr n. med. Dariusz Timler ma też istotne osiągnięcia na polu dydaktyki i znaczne sukcesy organizacyjne, a fakt uczestnictwa w tak licznych zespołach na szczeblu krajowym i wojewódzkim świadczy, że jest jednym z niekwestionowanych autoritetów w dziedzinach, którymi się zajmuje.

Z tych powodów uważam, że całość dorobku naukowego, dydaktycznego, organizacyjnego oraz rozprawa habilitacyjna zawierająca mimo wszystko nowe wartości poznawcze i mająca istotną wartość praktyczną upoważniają do wystąpienia do Wysokiej Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie dr n. med. Dariusza Timlera do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

Kraków, 16.08.2017

Z poważaniem