



Klinika Chirurgii Kolorektalnej, Ogólnej i Onkologicznej
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej
Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki, 01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80
Kierownik Kliniki: Prof.zw.dr hab.n.med. Marek Szczepkowski
Tel/fax 56 90 222 ; e-mail:m.szczepkowski@bielanski.med.pl

Warszawa, 26 sierpnia 2019.

Recenzja pracy doktorskiej lek. med. Zbigniewa Małka pt.: „Opóźnienie w rozpoznaniu i leczeniu raka odbytnicy”

Zachorowalność na raka jelita grubego wyraźnie wzrosła na przestrzeni ostatnich 25 lat. Obecnie na świecie zajmuje on trzecie miejsce wśród nowotworów najczęściej występujących u mężczyzn i drugie wśród kobiet. Dynamika wzrostu zachorowań jest znacznie większa w krajach wysoko uprzemysłowionych. W wielu krajach znajduje się on wśród nowotworów na drugim miejscu pod względem śmiertelności i dotyczy obu płci. W Polsce zachorowalność na tę chorobę wzrasta o 3- 5% w stosunku rocznym. Rokowanie w raku jelita grubego jest poważne, a wyniki leczenia w Polsce wciąż dalekie są od zadowalających. Nowotwór jelita grubego stał się więc chorobą cywilizacyjną o charakterze społecznym. Jedną z najważniejszych przyczyn tego stanu rzeczy jest niedoskonała diagnostyka, zbyt późne postawienie rozpoznania a tym samym rozpoczęcie leczenia i niedostateczna świadomość zdrowotna społeczeństwa.

W nowotworach jelita grubego najczęstszą lokalizacją jest odbytnica. Mogło by się wydawać, że właśnie tak umiejscowiony nowotwór dzięki swojemu anatomicznemu położeniu ma szansę być diagnozowany szybko i leczony skutecznie. Niestety statystyki związane z

wczesną wykrywalnością i 5 letnim przeżyciem chorych z rakiem odbytnicy w Polsce nadal są bardzo złe.

Lek. med. Zbigniew Małek postanowił podjąć się trudnego zadania określenia czynników wpływających na opóźnienie rozpoznania i tym samym rozpoczęcia leczenia właśnie u chorych na raka odbytnicy.

Autor dysertacji określił 7. szczegółowych celów dotyczących zarówno informacji ogólnych, a więc wieku, płci, wykształcenia czy miejsca zamieszkania chorych jak również poszczególnych objawów, powszechności badania *per rectum* a także świadomości objawów i wiedzy samych chorych nt. raka odbytnicy.

Praca liczy 108 stron, 9 tabel, 46 rycin oraz 6 stron piśmiennictwa składającego się ze 61 pozycji. Na uwagę zwraca fakt, że tylko 25 pozycji (co stanowi ok. 40%) pochodzi z ostatnich 10 lat. Jednak piśmiennictwo jest dobrane prawidłowo a fakt, o którym mowa powyżej spowodowany jest brakiem liczniejszych publikacji w tym zakresie zarówno w literaturze polskiej jak i światowej.

Autor rozprawy uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej na prowadzenie badania a jej kopię umieścił na 108 stronie.

Pracę podzielono według ogólnie przyjętych schematów. Zawiera ona trzynaście ponumerowanych rozdziałów, w tym jako oddzielne wyróżniono: spis skrótów użytych w pracy, spis rycin, spis tabel a także jako oddzielne rozdziały streszczenia w j. polskim i angielskim. Podział ten w zasadzie nie budzi moich zastrzeżeń poza generalną uwagą. Wstęp i rozdział pt: „Rak okrężnicy i odbytnicy” stanowiący kontynuację wstępu (historia leczenia raka odbytnicy, anatomia, genetyka, ocena stopnia zaawansowania, *follow up* itp.) a które liczą w sumie 38 stron stanowią ponad 1/3 całej rozprawy. Argumentem za tak rozbudowanym wstępem może być fakt, iż może on stanowić cenne kompendium wiedzy dla lekarzy rezydentów, zwłaszcza tych, którzy w przyszłości pragną się poświęcić chirurgii kolorektalnej.

Cele pracy zostały sformułowane jasno i precyzyjnie.

Materiał i metodyka zostały przedstawione przejrzysto. Do badania zakwalifikowano 240 chorych z rozpoznaniem rakiem odbytnicy. Jednak ostatecznej analizie poddano 200 prawidłowo i w pełni wypełnionych ankiet. Tutaj zgłaszam pewną uwagę. Doktorant podaje,

że 130 chorych wypełniło ankiety w obecności badacza, który zadbał o to aby wszystkie pytania były zrozumiałe etc. Rozumiem, że wśród pozostałych 110. ankiet, które wypełniali pacjenci samodzielnie były właśnie wszystkie te (w liczbie 40.) odrzucone ze względów formalnych. Wydaje się więc, że dobrze byłoby gdyby wszystkie ankiety były wypełniane w obecności badacza ze względów o których mowa powyżej. Wydaje mi się też, że dla porządku kopia ankiety powinna stanowić część integralną pracy.

Rozpoznanie zostało postawione u wszystkich zakwalifikowanych pacjentów na podstawie badania histopatologicznego wycinków pobranych z guza w trakcie kolonoskopii. Wszyscy ankietowani pacjenci byli hospitalizowani i leczeni od stycznia 2012 do stycznia 2018 r. Ankieta składała się z 36 pytań dotyczących płci, wieku, zamieszkania, wykształcenia, rodzaju dolegliwości oraz szeregu pytań dotyczących przedziałów czasowych związanych ze zgłoszeniem się do lekarza, początkiem wystąpieniem objawów choroby i przedziałów czasowych od chwili rozpoznania do momentu rozpoczęcia leczenia. Badani również zostali zapytani czy i ewentualnie kogo winią za późne wykrycie choroby. 32 pytania były jednokrotnego wyboru, pozostałych 4 wielokrotnego wyboru.

Badanie, co jest warte podkreślenia przeprowadzono zgodnie z zasadami zawartymi w Deklaracji Helsińskiej oraz Good Clinical Practice, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 roku w sprawie szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. Nr 57, poz. 500).

Analiza statystyczna w badaniu została przeprowadzona przy pomocy pakietu statystycznego Statistica 12.0 i w oparciu o inne nowoczesne testy statystyczne.

Następnie na kolejnych 30 stronach doktorant przedstawił wyniki swojej pracy. Uczynił to w 8. podrozdziałach przez co praca stała się bardziej przejrzysta. Najliczniejszą grupę badanych stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 60-80 lat.

Płeć, wiek, miejsce zamieszkania i stopień wykształcenia nie miały istotnego wpływu na długość opóźnienia związanego zarówno ze zgłoszeniem się pacjenta do lekarza rodzinnego jak i leczeniem operacyjnym, choć logicznym mogłoby się wydawać, że miejsce zamieszkania a zwłaszcza wykształcenie może mieć wpływ na to opóźnienie.

Wśród dominujących objawów zgłaszanych przez chorych były: krwawienie z odbytu oraz parcie na stolec i nagle wypróżnienie. Autor wykazał dodatnią korelację pomiędzy liczbą występujących objawów a wydłużeniem okresu od wystąpienia pierwszych dolegliwości a czasem postawienia rozpoznania. Istotny statystycznie związek występował również w zakresie liczby występujących objawów a wydłużeniem okresu od wystąpienia pierwszych dolegliwości i zgłoszeniem się pacjenta do lekarza rodzinnego.

Według badania prawie 20% pacjentów przez ponad rok nie reagowało na objawy związane z chorobą nowotworową. Jednocześnie doktorant zauważa, że nie tak znaczne ale także istotne opóźnienie w zgłoszeniu się do lekarza dotyczyło znacznej większości chorych. W czasie krótszym niż miesiąc z konsultacji lekarskiej skorzystało zaledwie 29 (14,5%) chorych.

Te zatrważające dane świadczą niestety o bardzo niskiej świadomości zdrowotnej polskiego społeczeństwa.

Analiza pytań dotyczących przebytych krwawień lub rozpoznanej choroby hemoroidalnej wykazała, że u ponad 42% badanych występowały wcześniej krwawienia z odbytu lub mieli rozpoznaną chorobę hemoroidalną. Aż 34% chorych stwierdziło, że objawy które u nich występowały uznali jako dolegliwości związane z chorobą hemoroidalną.

U prawie 54% ankietowanych pacjentów nie wykonano podstawowego badania *per rectum* w trakcie pierwszej wizyty lekarskiej związanej z objawami choroby, którą później okazał się rak odbytnicy! Chirurg był z reguły pierwszym lekarzem, który wykonał to badanie. Spośród 71% pacjentów, którzy zgłosili się w pierwszej kolejności do lekarza rodzinnego tylko u 12% spośród z nich wykonano badanie *per rectum*. Taka sytuacja spowodowała, że ponad 10% ankietowanych pacjentów przez długi czas było leczonych przez swoich lekarzy rodzinnych z powodu podejrzenia choroby hemoroidalnej, jak autor pisze „poniekąd automatycznie, bez badania *per rectum*”. Te smutne dane recenzent pozostawia bez komentarza, który jest oczywisty.

Aż 67% badanych pacjentów nie zdawała sobie sprawy, że występujące u nich dolegliwości mogą mieć związek z chorobą nowotworową. Dlatego aż 45% ankietowanych określiło swoją osobę jako główną przyczynę opóźnienia w rozpoznaniu raka odbytnicy a ogółem aż 145 pacjentów uznało, że ich choroba mogła zostać rozpoznana wcześniej lub zdecydowanie wcześniej. 32% ankietowanych chorych obarczyło winą za późne rozpoznanie ich choroby nowotworowej lekarza rodzinnego, szpital bądź cały system opieki zdrowotnej w Polsce.

Aż 53% badanych nigdy nie słyszało o badaniach przesiewowych raka jelita grubego!

Jeśli chodzi o terminy rozpoczęcia leczenia od chwili postawienia rozpoznania (choć autor pisze o terminach operacji – co nie jest tożsame) tylko u ok. 30% chorych zachowano optymalny czas nie dłuższy niż 14 dni. Czas dłuższy niż 4 tygodnie należy ocenić jako już nieakceptowalny. W badaniu dotyczyło to 18,5% chorych. Należy też podkreślić, że kilkanaście procent chorych zrezygnowało z proponowanego leczenia i wybrało próbę

„leczenia niekonwencjonalnego” lub „leczenia na własną rękę”. Tak więc decyzje tej grupy chorych należy uznać jako porażkę zawodową nas lekarzy.

Na kolejnych 7 stronach doktorant przedstawił dojrzałą dyskusję opartą o dostępne piśmiennictwo polskie i światowe.

Autor w dyskusji, podkreśla, iż badanie po raz kolejny obnażyło duże braki w systemie leczenia i diagnostyki nowotworów jelita grubego w Polsce a w szczególności:

- niewydolny system lekarzy rodzinnych nadmiernie obciążonych obowiązkami, źle wyszkolonych w dziedzinie diagnostyki raka jelita grubego,
- niewydolny system pracowni endoskopowych oraz ograniczony dostęp do badań obrazowych (rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa)
- nieprawidłowa selekcja wykonywanych badań endoskopowych,
- niedobór w zakresie kadry chirurgów, onkologów i radioterapeutów który powoduje spadek wydolności systemu,
- bardzo niska świadomość zdrowotna społeczeństwa polskiego
- wszechobecna reklama środków „na hemoroidy” bez recepty.

Wnioski doktorant sformułował jasno w 5. punktach konstatując, że głównym powodem opóźnienia rozpoznania i leczenia raka odbytnicy w Polsce są:

1. Brak badania *per rectum* przez lekarza rodzinnego
2. Przebyte w przeszłości krwawienia z odbytu i/lub rozpoznana choroba hemoroidalna
3. Niska świadomość pacjentów o objawach i metodach rozpoznawania raka okrężnicy i odbytnicy
4. Screening endoskopowy obejmujący zaledwie skrawek docelowej populacji
5. W niektórych przypadkach długi okres oczekiwania na kolonoskopię, radioterapię czy zabieg operacyjny.

Doktorant nie ustrzegł się kilku błędów literowych, np. na stronie 14, 1 wiersz od dołu powinno być „przypada na przełom” a jest „przypada no przełom” czy na stronach 49, 7 wiersz od góry i na stronie 90, 5 wiersz od dołu powinno być „liczba” a jest „ilość” (dotyczy wielkości policzalnych). Także 34 pozycja piśmiennictwa powinna zawierać pełne dane bibliograficzne (przynajmniej rok wydania).

Jednak powyższe uwagi nie mają wpływu na wartość merytoryczną pracy, którą oceniam bardzo wysoko.

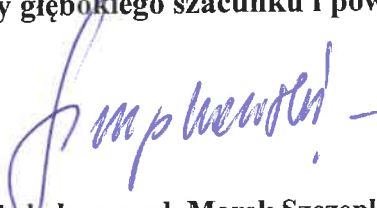
Przedstawiona mi do recenzji praca dowodzi, że autor, lek. med. Zbigniew Małek posiada odpowiednio duży zasób wiedzy oraz zdolność myślenia kategoriami naukowymi, co znalazło odzwierciedlenie w pracy.

Stwierdzam, że praca lek. med. Zbigniewa Małka spełnia zgodnie z Ustawą z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2003 nr 65 poz. 595 ze zm.) warunki niezbędne do ubiegania się jej autora o stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Stawiam zatem wniosek do Wysokiej Rady Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie niniejszej pracy do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ze względu na znaczące walory poznawcze i wymierny aspekt praktyczny przedstawionej mi do recenzji rozprawy uważam, że w/w należy uznać za pracę wyróżniającą się. Zatem wnoszę wniosek formalny w tej sprawie.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku i poważania



Prof. zw. dr hab. n. med. Marek Szczepkowski