

Prof. dr hab. n. med. Piotr Jurowski

Klinika Okulistyki i Rehabilitacji Wzrokowej

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

19.09.2019

**Ocena rozprawy na stopień doktora nauk medycznych**

DZIEKAN I lekarz Ewy Studzińskiej  
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**pt.: Ocena częstości występowania zakrzepicy żył siatkówki u pacjentów z żylną  
chorobą zakrzepowo–zatorową**

Żylna choroba zakrzepowo–zatorowa (ŻCHZZ) jest istotnym problemem klinicznym ze względu na wiążące się z nią powikłania w tym np. zatory tętnicy płucnej ale także na względnie wysoką częstość jej występowania kształtująca się na poziomie ok 4 na 1000 osób. Patogeneza schorzenia jest złożona i wieloczynnikowa i związana jest z jednej strony z uszkodzeniem ściany naczynia żylnego i/ lub w nieprawidłowym składem i przepływem krwi w naczyniach krwionośnych. Wśród głównych przyczyn powikłań ŻCHZZ wymienia się zatory skrzeplinami powstającymi w głębokich żyłach kończyn dolnych, prawym przedsionku serca czy po przebytych operacjach z zakresu chirurgii ogólnej i ortopedycznej.

Z kolei zakrzep żyły siatkówki odnosi się do zamknięcia odpływu krwi żylny w obszarze pnia żyły lub jej gałązki stanowiącej dopływ krwi żylny z części siatkówki do pnia żyły środkowej siatkówki. Jak się uważa przyczyny utrudnienia lub zamknięcia przepływu żylny w odgałęzieniu żyły środkowej siatkówki może wynikać z ucisku tętnicy środkowej siatkówki lub jej gałęzi, które na dnie oka spięte są ze sobą wspólną pochewką. Z kolei zakrzep pnia żyły środkowej siatkówki występuje na poziomie blaszki sitowej nerwu wzrokowego lub za nią gdzie ucisk pnia tętnicy znacznie zaburza przepływ żylny. O ile rozpoznanie zakrzepu żyły środkowej siatkówki jest relatywnie proste ze względu na gwałtowny przebieg, znaczne obniżenie funkcji oka i typowy obraz funduskopowy, o tyle rozpoznanie żylny choroby zakrzepowo–zatorowej wymaga skrupulatnego

wywiadu, badań ultrasonograficznych, oznaczeń czynników laboratoryjnych jak np. D-dimery. Należy podkreślić, że pomimo dostępności badań obrazowych oraz testów laboratoryjnych wciąż brakuje metod, które mogłyby z wyprzedzeniem rozpoznać ZCHZZ ale także metod które mogłyby wskazać osoby u których rozwiną się zmiany na dnie oka o typie zakrzepu żyły środkowej siatkówki. Z tego też powodu podjęcie decyzji o wyborze tematu przez lekarz Ewę Studzińską trzeba uznać za w pełni trafny i potrzebny.

Doktorantka postawiła sobie za cel pracy określić częstość występowania zakrzepicy żył siatkówki u chorych z ŻCHZZ, ocenić czy stosowane skale prognostyczne w ŻCHZZ mogą być pomocne w określeniu ryzyka powstawania zakrzepicy żył siatkówki. Dodatkowo doktorantka postanowiła wykazać, czy rozpoznanie zakrzepicy żył siatkówki może być jednym z pierwszych objawów uogólnionej ŻCHZZ.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska liczy 76 stron i ma typowy układ dla tego typu opracowań. Praca zawiera 17 tabel, 2 rysunki i 5 wykresów. Na oddzielnych kartach znajduje się 95 pozycji dobrze dobranego piśmiennictwa krajowego i zagranicznego z ostatnich lat. Układ pracy jest logiczny i przejrzysty. Kolejne rozdziały pracy tworzą ciekawe połączenie ogólnej wiedzy na temat patogenezы i klasyfikacji ŻCHZZ oraz zakrzepu żyły środkowej siatkówki (ZZŚŚ). Praca w sposób zwięzły prowadzi czytelnika przez trudne zagadnienia dotyczące symptomatologii, rozpoznania różnicowego oraz metod postępowania w ŻCHZZ i zakrzepie żyły środkowej siatkówki poprzez metody leczenia tych schorzeń. Wskazuje także co ważne na różnice w postępowaniu terapeutycznym we wspomnianych schorzeniach.

Badaniami objęto łącznie 184 osoby w tym 104 pacjentów z zylakami kończyn dolnych po przebytych operacjach na Oddziale Chirurgii Szpitala im. Karola Jonschera w Łodzi oraz 40 chorych hospitalizowanych na Oddziale Okulistycznym z powodu nagłego, bezbolesnego zaniewidzenia a także 40 osób bez dolegliwości ocznych i bez objawów ŻCZZ

Kryteria zastosowane do określenia i stworzenia badanych grup oraz sam zakres badań nie budzą większych wątpliwości chociaż przyjęcie kryterium włączenia do jednego z ramion grupy

porównawczej chorych z jak to zdefiniowano nagłym, trwałym, bezbolesnym obniżeniem wzroku jako charakterystycznym objawem ZZŚŚ, tak szerokiego zakresu schorzeń okulistycznych o różnej etiologii w tym przebiegających z zaburzeniami składu krwi i krzepnięcia jak zatory tętnicy środkowej siatkówki, wylewy do ciała szklanego o niejasnym pochodzeniu, odwarstwienia siatkówki powoduje że istotna z punktu widzenia analizy grupa, uległa znacznemu rozproszeniu, co może znacznie utrudniać interpretację wyników. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Przeprowadzone badania wykazały, że występowanie ZZŚŚ u chorych z żylakami kończyn dolnych jest rzadkie i wynosi od 3 do 5 % odpowiednio u kobiet i mężczyzn. Co ciekawe lokalizacja żylaków u chorych z ŻCHZZ częściej dotyczyła, niezależnie od płci, kończyny dolnej prawej a u osób z zakrzepem żył siatkówki ograniczała się do kończyny dolnej lewej. Szczególnie istotne wydaje się określenie stopnia ryzyka wystąpienia ZZŚŚ u chorych z ŻCZZ w oparciu o model oceny ryzyka Capriniego oraz uzyskanie za pomocą badań UGG informacji o drożności i lokalizacji skrzeplin w układzie żył głębokich i perforatorów łączących żyły powierzchowne z głębokimi. W grupie chorych z niewydolną żyłą odpiszczelową dominowali mężczyźni a żyły odstrzałkowej kobiety. Doktorantka wykazała, że wśród chorych z niewydolnością zastawkową żyły odpiszczelowej ZZŚŚ dotyczył jedynie 3% kobiet. Dla porównania u chorych bez ZZŚŚ wspomniane zaburzenia w żyły odpiszczelowej częściej obserwowano u mężczyzn. Z kolei dominującą grupą osób z niewydolnością żyły odstrzałkowej były kobiety co stanowiło 29 % badanych. Co ciekawe nie obserwowano współwystępowanie tego zaburzenia u chorych z ZZŚŚ. Podobnie nie stwierdzono zaburzeń w obszarze perforatorów u chorych z ZZŚŚ. Dowiedziono, że ZZŚŚ występuje u 5% chorych mężczyzn z niewydolnością żył głębokich. Natomiast nie stwierdzono ZZŚŚ u kobiet z zakrzepicą żył głębokich. Doktorantka wykazała także, że brak jest różnic pomiędzy wiekiem osób z ŻCZZ i ZZŚŚ. Dodatkowo nie wykazano różnic w parametrach układu krzepnięcia pomiędzy oboma wspomnianymi grupami chorych. Szczegółowa analiza chorych z ZZŚŚ wykazała, że zaburzenie to występuje równie często u obu płci w podobnym

wieku. Z kolei ciekawych danych dostarczają wyniki analizy częstości występowania zmian zakrzepowo–zatorowych w kończynach dolnych u chorych z ZZŚŚ. Żyłaki występowały w tej grupie jedynie w kończynach dolnych lewych. Niewydolność perforatorów kończyn dolnych odnotowano jedynie w przypadku izolowanej ŻCHZZ. Niewydolność żył głębokich wykryto jedynie u 2 kobiet z izolowaną ŻCHZZ.

Pracę kończą wnioski będące naturalną konsekwencją uzyskanych wyników. Zastanawiające jest jednak, że wspomniane wnioski znajdują się jedynie w streszczeniu pracy. Wydaje się, że wypunktowanie wniosków w głównej części dysertacji, przed dyskusją jest z jednej strony powszechnie przyjętą formą pisania tego typu pracy a z drugiej jest dobrą praktyką aby czytelnik, który z uwagą czyta dysertację nie musiał dodatkowo poszukiwać istotnych danych przedstawionych przez autora pracy w jej streszczeniu. Doktorantka dowiodła, że występuje większe ryzyko występowania ZZŚŚ u chorych obciążonych zmianami naczyniowymi w innych lokalizacjach niż zakrzepica kończyn dolnych. Szczególnie istotny wydaje się wniosek podkreślający, że obecnie nie jesteśmy w stanie stworzyć wiarygodnej skali prognostycznej pozwalającej na ocenę ryzyka zakrzepu żyły środkowej siatkówki.

Autorka słusznie podkreśla, że w takim przypadku istotna jest współpraca wielospecjalistyczna u chorych ze zmianami zakrzepowymi w naczyniach krwionośnych. Nie ma też podstaw by twierdzić, że wystąpienie ZZŚŚ należy traktować jako objaw uogólnionej ŻCZZ.

Przedstawioną mi do recenzji rozprawę na stopień doktora nauk medycznych, oceniam pozytywnie. Wybór tematu, celu badań, staranne ich przeprowadzenie, trafność obserwacji a także swoboda w posługiwaniu się piśmiennictwem, świadczy o dojrzałości naukowej lekarz Ewy Studzińskiej

Rozprawa doktorska pt.: **Ocena częstości występowania zakrzepicy żył siatkówki u pacjentów z żylną chorobą zakrzepowo–zatorową** w mojej ocenie stanowi samodzielny i oryginalny dorobek naukowy oraz spełnia warunki ustawy o nadaniu stopnia doktora nauk medycznych.

Biorąc powyższe pod uwagę mam zaszczyt zwrócić się do Wysokiej Rady Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi z wnioskiem o dopuszczenie lekarz Ewy Studzińskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK  
Kliniki Okulistyki i Rehabilitacji Wzrokowej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
  
prof. dr hab. n. med. Piotr Jurowski

Prof. dr hab. n. med. Piotr Jurowski

Kierownik Kliniki Okulistyki i Rehabilitacji Wzrokowej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

