

Prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej
Uniwersytetu Medycznego im K. Marcinkowskiego w Poznaniu

DZIEKANAT
Kolegium Wojskowo-Lekarskiego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Poznań, 2019-09-16
wpłynęło dn. 30.09.2019
podpis: A. C. J. M. S. B.

Ocena rozprawy doktorskiej lekarza medycyny Macieja Orłowskiego „Czynniki ryzyka niewydolności zespolenia jelitowego w chirurgii kolorektalnej”.

30.09.2019
Pan Doktor Maciej Orłowski - do
recenzji
DZIEKANAT
Kolegium Wojskowo-Lekarskiego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska lekarza medycyny Macieja Orłowskiego „Czynniki ryzyka niewydolności zespolenia jelitowego w chirurgii kolorektalnej” koncentruje się na bardzo istotnym w chirurgii kolorektalnej problemie nieszczelności zespożeń jelitowych. Jest to najpoważniejsze powikłanie zabiegów resekcyjnych jelita grubego. Jego częstość wynosi, zależnie od badanej populacji, wskazań do operacji, doświadczenia ośrodka od 5 do 20%. Wystąpienie objawowej nieszczelności sprawia, iż znacząco wydłuża się czas pobytu pacjenta, pojawia się ryzyko kolejnych powikłań i operacji, znacząco rosną koszty leczenia przede wszystkim jednak wzrasta ryzyko śmierci operowanego pacjenta. Dlatego też tak ważne są działania mające na celu potencjalne zapobieganie nieszczelnościom zespożeń, które może być najbardziej efektywne w grupie pacjentów ze szczególnie wysokim ryzykiem nieszczelności. Określenie czynników ryzyka, zwłaszcza w doniesieniu do uwarunkowań danego kraju, systemu opieki nad pacjentem, sposobem organizacji służby zdrowia i kształcenia chirurgów jest bardzo istotne dla określenia grup pacjentów ze szczególnie wysokim ryzykiem. Takie właśnie zadanie postawił sobie Doktorant. Tematyka pracy jest ważna klinicznie i bardzo aktualna badawczo.

Przedstawiona mi do recenzji rozprawa zredagowana jest w sposób typowy dla rozpraw doktorskich. Zawiera ona 102 strony wydruku komputerowego obejmującego 13 rozdziałów, z których rozdziały 2,4,5,8 zawierają dalsze podrozdziały. Tekst pracy jest bardzo dobrze zilustrowany przez liczne zdjęcia, ryciny i tabele. Piśmiennictwo obejmuje 216

prawidłowo dobranych pozycji, z czego większość to artykuły w pełni aktualne, niemal 30 pozycji pochodzi z ostatnich dwóch lat. Należy podkreślić dużą dbałość o przejrzysty układ pracy, staranność doboru rycin i tabel, ułatwiających zapoznanie się z przedstawionymi zagadnieniami.

Wstęp napisany jest w sposób ciekawy, umiejętnie i przejrzysto wprowadza czytelnika w problematykę zabiegów resekcyjnych jelita grubego oraz nieszczelności zespoleń jelitowych. Wstęp napisany jest poprawną polszczyzną, ciekawie ilustrowany i z pewnością stanowi dla Czytelnika zachętę do zapoznania się z dalszą częścią pracy.

Cele pracy sformułowane zostały w sposób bardzo jasny i jednoznaczny w formie 3 punktów. Wszystkie z nich są istotne, szczególnie cel 3 wydaje się być z jednej strony dużym wyzwaniem badawczym zaś, z drugiej jasno określa, iż celem pracy Doktoranta jest określenie istotnych klinicznie czynników ryzyka, w sposób przydatny w codziennej praktyce chirurgicznej.

Dobór metod badawczych uważam za trafny, również w zakresie metod statystycznych. Należy podkreślić zastosowanie krzywych ROC i pola pod krzywą (AUC) oraz punktów odcięcia dla analizowanej cechy w badanych grupach. Ten sposób analizy uważam za bardzo „przejrzysty” i przekonywujący, wciąż niestety zbyt rzadko spotykany w pracach naukowych. Pewnym ograniczeniem badawczym jest retrospektywny charakter pracy oraz stosunkowo mała ilość chorych z nieszczelnością zespoleń. Doktorant jednakże w dalszej części pracy wykazuje świadomość związanych z tym ograniczeń, poza tym należy podkreślić jednośrodkowość grupy (potencjalna homogenność w zakresie zabiegu i opieki okołoperacyjnej), stosunkowo mały przedział czasowy badania oraz kompleksowość i kompletność danych wszystkich pacjentów z nieszczelnością zespoleń. Wśród potencjalnych czynników ryzyka brakuje mi jedynie analizy stopnia odżywienia pacjenta.

Wyniki przeprowadzonych badań to bardzo dobra część prezentowanej pracy. Przy ich przedstawianiu Doktorant stosuje konsekwentnie schemat przedstawiony w celach pracy. Trafnie dobrane ryciny i tabele ułatwiają Czytelnikowi zorientowanie się w dużej ilości prezentowanych danych. Analiza wyników badań statystycznych, choć obejmuje bardzo wiele pozycji, przedstawiona jest w sposób bardzo przejrzysty graficznie, ułatwiający szybką i jednoznaczną orientację w osiągniętych wynikach. Wyniki przynoszą z pewnością wiele ciekawych spostrzeżeń. Z jednej strony Doktorant potwierdza istotność powszechnie przyjętych czynników ryzyka nieszczelności, jak ASA, lokalizacja guza czy płeć pacjenta. Wykazuje również dużą istotność okołoperacyjnej podaży płynów w dobie 0 i 1. Czynniki

ten jest wciąż „niedoszacowanym” czynnikiem ryzyka, stosunkowo rzadko pojawiającym się w publikacjach. Z drugiej strony w wykonanej analizie Autor pracy nie znalazł korelacji pomiędzy nieszczelnością zespolenia a takimi czynnikami, jak cukrzyca, steroidoterapia, radioterapia przedoperacyjna, tryb zabiegu, przedoperacyjne przetoczenia krwi czy doświadczeniem lekarza operującego. Czynniki te w wielu publikacjach uznawane są za potencjalne czynniki zwiększające ryzyko nieszczelności. Bardzo ciekawe spostrzeżenie dotyczy czasu zabiegu operacyjnego, którego wydłużenie uważa się również za zwiększenie ryzyka nieszczelności zespolenia. W prezentowanej pracy stwierdzono odwrotną zależność, to znaczy wydłużenie czasu zabiegu zmniejszało ryzyko nieszczelności zespolenia.

W części dotyczącej wyników chciałbym zwrócić uwagę na niezbyt fortunne określenie „Czyli – do odróżnienia pacjentów z nieszczelnością od tych z brakiem nieszczelności najbardziej przydatna jest wielkość ASA” Jest to z pewnością skrót myślowy, w którym podkreśla się rolę ASA jako czynnika ryzyka nieszczelności, albowiem do odróżnienia samej nieszczelności lub jej braku najbardziej przydatna jest ocena kliniczna (treść kałowa w drenach lub ranie, nasilający się stan septyczny itd.)

Przy tak ciekawych i niejednoznacznych wynikach dyskusja stanowi z pewnością duże wyzwanie. Muszę przyznać, iż jestem pod wielkim wrażeniem, w jak rzetelny, dokładny, krytyczny sposób poradził sobie z tą częścią pracy Doktorant! Dyskusja znacznie przekracza, nie tylko objęściowo, dyskusje spotykane w tego typu pracach.

Każdy czynnik ryzyka został poddany dokładnej analizie. Duża precyzja i dążenie do szczegółowego wyjaśnienia zaobserwowanych zależności spowodowało, iż na przykład w części dotyczącej płci jako czynnika ryzyka Autor zdecydowanie wychodzi poza najczęstszy schemat tłumaczenie „wąską miednicą”. Bardzo ciekawy jest fragment dyskusji analizujący wspomnianą powyżej nietypową, odwrotną korelację pomiędzy czasem zabiegu a ryzykiem nieszczelności. Autor posługuje się zarówno literaturą przedmiotu, bardzo logiczną analizą problemu jak również znajomością realiów technik chirurgicznych. Równie ciekawy jest fragment dotyczący braku korelacji pomiędzy doświadczeniem lekarza a nieszczelnością zespolenia. W pracy korelację tę oceniano poprzez odniesienie doświadczenia do posiadanej lub nie specjalizacji. Brakuje mi trochę w tym elemencie analizy odniesienia do konkretnej liczby zabiegów, ale Autor bardzo dobrze tłumaczy takie a nie inne kryteria podziału oraz zauważony brak różnicy, biorąc pod uwagę specyfikę polskiego modelu kształcenia chirurgów. To bardzo ważne elementy pracy, świadczą one o doskonałej znajomości czynników środowiskowych wykraczających poza ramy standardowej analizy, powodują

również potwierdzenie jak ważne są tego typu prace w odniesieniu do konkretnych krajów czy regionów.

Niezwykle ważny i dobrze poprowadzony jest fragment dyskusji dotyczący podaży płynów. Zdanie: „Innymi słowy chorzy, u których nie przekroczymy podaży płynów powyżej: 0-doba 3,3l, I-doba 2,6l z 95% pewnością będą w grupie o zmniejszonym ryzyku wystąpienia nieszczelności zespolenia” świadczy o wspomnianym wcześniej dążeniu Doktoranta do formułowania jednoznacznych, bardzo wymiernych, przydatnych klinicznie wniosków.

Wnioski odnoszą się do celów pracy i są na nie odpowiedzią. Moim zdaniem wniosek pierwszy: „Pacjenci płci męskiej oraz wszyscy chorzy z niewydolnością krążenia, którzy otrzymali powyżej 3 punktów w skali ASA powinni zostać objęci wzmożonym nadzorem w okresie okołoperacyjnym ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia nieszczelności zespolenia jelitowego” powinien być sformułowany nieco inaczej. Wspomniane czynniki ryzyka z pewnością zwiększają ryzyko nieszczelności, jednakże sam wzmożony nadzór w okresie okołoperacyjnym może nie być wystarczający i pozwolić ewentualnie na wcześniejsze wykrycie nieszczelności. Wydaje się, iż znając te przewidywalne wcześniej czynniki ryzyka należy raczej sugerować podjęcie działań profilaktycznych, takich jak odpowiednie odżywienie pacjenta, rezygnacja z palenia papierosów i ćwiczenia fizyczne (istotne zwłaszcza u chorych poddanych przedoperacyjnej chemioradioterapii z kilkutygodniowym okresem oczekiwania na zabieg), żywienie okołoperacyjne, utrzymanie prawidłowej glikemii, niedopuszczenie do śródoperacyjnej hipotermii, zasygnalizowana wcześniej prawidłowa podaż płynów, działania chirurgiczne („uszczelnienie” zespołań, wyłonienie stomii protekcyjnej), wczesne żywienie chorego itd.

Podsumowując chciałbym raz jeszcze podkreślić aktualność i znaczenie praktyczne poruszonego przez lekarza medycyny Macieja Orłowskiego problemu klinicznego, prawidłowy dobór metodyki badań i bardzo dojrzały warsztat. Na szczególne podkreślenie zasługuje wyciągnięcie ważnych i przydatnych klinicznie wniosków, ułatwiających z pewnością kompleksową opiekę nad pacjentem po zabiegach resekcyjnych w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Uważam, iż przedstawiona mi do oceny praca doktorska spełnia wymogi Ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach naukowych i tytule naukowym(...), artykułu 13, ustępu 1 (Rozprawa doktorska, przygotowywana pod opieką promotora albo pod opieką promotora i promotora pomocniczego, o którym mowa w art. 20 ust. 7, powinna stanowić oryginalne rozwiązanie problemu naukowego (...) oraz wykazywać ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w danej

dyscyplinie naukowej (...) oraz umiejętność^ś samodzielnego prowadzenia pracy naukowej (...)). " Biorąc pod uwagę nowatorski kierunek badań, ich szerokie spektrum i osiągnięte wyniki, wnioskuję również o wyróżnienie powyższej pracy.

Wobec powyższego wnioskuję do wysokiej Rady Wydziału Wojskowo - Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie lekarza medycyny Macieja Orłowskiego do dalszych etapów pracy doktorskiej. Biorąc pod uwagę aktualność poruszanego problemu, jakość przeprowadzonej analizy a przede wszystkim niezwykle krytycznie i analitycznie poprowadzoną dyskusję postuluję również wyróżnienie dla ocenianej przez mnie pracy.

Z poważaniem

Prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej
Uniwersytetu Medycznego im K. Marcinkowskiego w Poznaniu

