

Dr hab. n. med. Janusz Wójcik
Z-ca Kierownika Kliniki
Chirurgii Klatki Piersiowej i Transplantacji PUM
W Szczecinie

Szczecin 06.11.2019

Samodzielny Publiczny
Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4, REGON 000290274
Szpital Wojewódzki w Szczecinie Zdunowie
70-891 Szczecin, ul. Alfreda Sokolowskiego 11
KLINIKA CHIRURGII KLATKI PIERSIOWEJ I TRANSPLANTACJI - VII
resortowe kody ident.: cz. I: 17656; cz. V: 09, cz. VII: 208, cz. VIII: 4520
tel. 91 44 27 272, fax 91 44 27 497

RECENZJA PRACY DOKTORSKIEJ

Lek. Joanny Lipińskiej pt. „Trajektorie choroby pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka niedrobnokomórkowego płuca”.

Współczesna medycyna ulega „odhumanizowaniu”, koncentrując się na procedurach, zbiorach ICD-9 i ICD-10, wyniku finansowym procesu leczenia, stosowaniu tańszych zamienników leków, a w wielu szpitalach „odbijaniu” kart obecności - jak w fabryce. Odarto ją z magii i tajemniczości języka łacińskiego, sprowadzono lekarza z pozycji autorytetu etyczno-moralnego do roli pracownika, wypełniającego dziesiątki stron formularzy i nikomu wydawałoby się niepotrzebnych dokumentów. Rozdzielono pacjenta i lekarza przepisami RODO, wprowadzając anonimowość tego pierwszego. Zaostrzono kary bezwzględnego więzienia dla lekarzy za niepowodzenia leczenia z paragrafu nieumyślnego spowodowania śmierci chorego, przesuując pozycję pacjenta na dalszy, co najmniej „drugi plan” w całym procesie terapeutycznym. Stąd w zmieniającym się świecie „Nikt prawie nie wie, dokąd go zaprowadzi droga, dopóki nie stanie u celu” jak napisał J. J. Tolkien¹.

Problem oceny jakości życia po zastosowanym leczeniu może stanowić punkt zwrotny ponownej orientacji medycyny w kierunku pacjenta, co wydaje się niezbędne. Rozprawa doktorantki porusza ten ważny problem i stanowi Jej wyraźny głos w tej dyskusji. Przedstawiona praca napisana pod kierunkiem naukowym Prof. dr. hab. n. hum. Mieczysława Gałuszki i dr n. med. Marcina Wawrzyckiego liczy 165 stron, składa się z 5 rozdziałów, zawiera 26 tabel, 36 rysunków i 94 pozycje piśmiennictwa cytowane w 158 przypadkach. Praca ma układ redakcyjny składający się z wprowadzenia, rozdziału obejmującego zagadnienie raka płuca, kolejno rozdziału wprowadzenia do teorii jakości życia i trajektorii choroby, rozdziałów metodologii badań własnych i wyników oraz podsumowania wyników i zakończenia. Typowe dla większości rozpraw rozdziały dotyczące celów, materiału, dyskusji i wniosków są zawarte w obrębie istniejących rozdziałów. Należy dodać, iż dla uporządkowania prezentacji poszczególnych części rozprawy, rozdziały podzielono na podrozdziały, a lekturę pracy ułatwiają zarówno lista skrótów jak i spis tłumaczeń nazw obcojęzycznych.

¹Lipińska J. Trajektorie choroby pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka niedrobnokomórkowego płuca. Rozprawa doktorska. UM Łódź 2019, s. 3

Wprowadzenie przygotowuje do lektury rozprawy, definiując jej części i treść rozdziałów, a nade wszystko wprowadzając pojęcie trajektorii choroby (w uproszczeniu - przeżywania choroby), rozwinięte w kolejnych rozdziałach. Wprowadzenie kieruje też uwagę na problematykę jakości życia chorych i narzędzi jego pomiaru.

W pierwszym rozdziale dotyczącym raka płuca opisano jego epidemiologię, etiologię, podstawowe dane dotyczące cech patomorfologicznych, przebiegu klinicznego, diagnostyki i strategii jego leczenia. Zakres informacji w sposób kompleksowy opisuje skalę problemu klinicznego zarówno od strony medycznej jak i od strony pacjenta. Całość rozdziału kończy zagadnienie kosztów społecznych raka płuca, stanowiące wymiar globalny trajektorii każdego, pojedynczego przypadku zachorowania w tej grupie chorych. Ta część rozprawy przygotowuje do lektury kolejnego rozdziału.

Rozdział ten poświęcono definicji jakości życia, genezy powstania tej definicji i opisie różnych jej wariantów. Co oczywiste, doktorantka najwięcej uwagi poświęciła jakości życia uwarunkowanej zdrowiem, a nade wszystko jakości życia u chorych na raka płuca, zwłaszcza poddanych leczeniu operacyjnemu. Wcześniejsze opracowania donosiły o przejściowym pogorszeniu jakości życia po operacji u tych chorych, z powrotem do stanu sprzed operacji przy niepowikłanym przebiegu po 3-6 miesiącach, a nawet w dłuższym okresie czasu. W tym miejscu pracy dokonano przeglądu narzędzi służących do pomiaru jakości życia, a zwłaszcza dedykowanych dla będących przedmiotem rozprawy chorych na raka płuca, takich jak np. kwestionariusz EORTC QLQ-C30. Na podstawie precyzyjnie dobranej literatury przytoczono też zbiór czynników zarówno obniżających, jak i poprawiających jakość życia w tej grupie chorych, ale także szczegółów dotyczących definicji trajektorii choroby, a zwłaszcza nowotworowej, trajektorii niedożywienia i starości i ich etapy. Całość rozdziału uzupełnia opisana tematyka wywiadu narracyjnego, jako formy analizy biograficznej każdego chorego, której to formy zbierania danych użyto przy analizowaniu grupy badanej, i wprowadza do zasadniczej części rozprawy.

Rozdział dotyczący metodologii badań własnych definiuje problem badawczy dotyczący wyselekcjonowania tzw. „społeczeństwa remisji”² w grupie chorych z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, leczonych operacyjnie w jednym ośrodku, z analizą ich trajektorii choroby, wyznaczonej przez ocenę jakości życia. Kryterium kwalifikacyjnym zostali objęci chorzy, którzy przeżyli co najmniej 3 lata od zabiegu. W tej grupie chorych możliwe było zastosowanie czterokrotnego pomiaru jakości życia wg przyjętych kryteriów: dzień przed zabiegiem, w dniu wypisu ze szpitala, w trakcie pierwszej wizyty kontrolnej w Poradni Torakochirurgicznej i po 3 latach od operacji.

²Tobiasz-Adamczyk B., „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny, *Przegląd Socjologiczny*, 2012; 61 (2)

Projekt badawczy dotyczący pomiaru jakości życia ma też szerszy wymiar, dotyczący przeprowadzania i wykorzystania tej oceny przez oddziały leczące chorych z rakiem płuca w polskich szpitalach, z potencjalnym wpływem tej oceny na plany leczenia w tej grupie chorych.

Grupę badaną stanowiło 45 chorych leczonych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej USK im. WAM CSW w Łodzi, u których zastosowano zarówno kwestionariusz EORTC QLQ-C30 jak i autorski kwestionariusz przygotowany specjalnie na potrzeby badania jakości życia chorych po zabiegu operacyjnym oraz kwestionariusz ankiety dotyczącej odczuć względem palenia papierosów jako przyczyny rozwoju choroby. 15 chorych (30% operowanych) spełniło główne kryterium kwalifikacyjne przeżycia co najmniej 3 lat od zabiegu operacyjnego, co świadczy o skali problemu klinicznego efektywnej walki z rakiem płuca. W wymiarze liczb skala nowych zachorowań w Polsce przekracza 21 tys. przypadków z odsetkiem ok. 10% 5-letnich przeżyć dla ogółu chorych. Z tej grupy śr. 16% tj. ok. 3500 przypadków ma szansę na leczenie operacyjne z najlepszym, możliwym przeżyciem, choć nadal ściśle powiązanych z zaawansowaniem choroby. Grupa badana wpisuje się w tą statystykę. Uzyskane wyniki dały odpowiedzi na postawione pytania. Doktorantka wykazała spodziewane krótkoterminowe pogorszenie jakości życia po operacji, z powrotem do stanu sprzed operacji w wymiarze długoterminowym. Nie stwierdzono zależności pomiędzy jakością życia przed zabiegiem, a wynikami przeżycia. Jednak co ważniejsze, wykazano, iż zmniejszenie jakości życia po zabiegu w ocenie długoterminowej może być negatywnym czynnikiem prognostycznym długości przeżycia. Z punktu widzenia badacza niezwykle ciekawym obszarem analizy był stosunek badanych do nałogu palenia tytoniu. Jedynie co drugi chory odczuwał winę powstania raka płuca związanego z wieloletnim paleniem tytoniu. Dość popularna w tej grupie jest niska świadomość szkodliwości palenia tytoniu, choć zarazem daje się zauważyć postawa refleksyjna, iż gdyby można było cofnąć czas, to zrezygnowaliby z palenia.

Zbudowany model trajektorii choroby u chorych leczonych radykalnie z intencją długoletniego przeżycia wykazał pooperacyjny spadek, a następnie powrót jakości życia do poziomu sprzed operacji po 3 latach od zabiegu. Jednocześnie doktorantka wskazała na rolę lekarzy i personelu medycznego oraz najbliższych członków rodziny w modyfikowaniu warunków przebiegu choroby i leczenia, które w największym stopniu dotyczą osób relatywnie młodych i aktywnych zawodowo, w porównaniu do grupy emerytów. Podstawą takiego zjawiska jest zmiana warunków finansowo-życiowych w tej grupie chorych, uzależnionych w prosty sposób od możliwości zarobkowania. Analizę pomiaru jakości życia w szpitalach w Polsce dokonano w oparciu o dane z 43 ankietowanych ośrodków. Analiza ta wykazała, iż w większości placówek medycznych w Polsce nie prowadzi się pomiaru jakości życia chorych na raka płuca podczas hospitalizacji, ani też po opuszczeniu szpitala. Próby wprowadzenia pomiaru jakości życia w najczęściej dotyczą ośrodków

klinicznych i placówek, w których wdrożony jest system kontroli jakości świadczeń zdrowotnych, a tam gdzie je wdrożono są uwzględniane przy modyfikacji taktyki leczenia, choć często w negatywnym wymiarze planu leczenia. Panuje zarazem dość powszechna opinia, iż poziom jakości życia winien być systematycznie monitorowany i wykorzystywany w modyfikacji taktyki leczenia raka płuca.

Tytułem komentarza należy dodać, iż dalszą poprawę jakości życia w grupie chorych na raka płuca trzeba wiązać z szerokim wdrożeniem badań przesiewowych z wykorzystaniem tomografii komputerowej dla rozpoznania przypadków wczesnych, i leczenia operacyjnego z wykorzystaniem technik małoinwazyjnych. Taka taktyka zapewnia jak najlepszą trajektorię choroby, najszybszy powrót do pełnej sprawności, wyniki przeżycia nieosiągalne przy stadiach zaawansowanych i wreszcie najwyższą z możliwych jakość życia. Jednakże sprawą o podstawowym znaczeniu winno być wzmocnieniem świadomości społecznej o negatywnych skutkach palenia tytoniu.

W moim odczuciu najważniejszym przesłaniem pracy jest wykazanie możliwości powrotu jakości życia po skutecznym zabiegu operacyjnym, połączonego ze stworzeniem nowego statusu chorych na raka płuca, traktowanych „jako zwycięzcy - czyli ci, którzy pokonali chorobę”³.

Ocena samej pracy jest pozytywna, choć z obowiązku recenzenta widziałbym drobne korekty w prezentacji piśmiennictwa, które jednak w żaden sposób nie umniejszają wartości pracy. Praca została przygotowana niezwykle starannie, z czytelnym przekazem i bardzo dobrą stylistyką. Piśmiennictwo zostało dobrane z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć nauki, co wskazuje na znajomość doktorantki w zakresie poruszanego tematu. Wartość pracy podnosi fakt, iż jest to jedno z pionierskich opracowań środowiska torakochirurgów polskich w tym zakresie. Słabą stroną opracowania jest niska liczebność grupy badanej, jednakże należy docenić duży wkład pracy i zaangażowania, niezbędny przy tego typu opracowaniach.

W kontekście przedstawionej pracy i sformułowanych wniosków chciałbym zapytać doktorantkę o wykorzystanie tak ujętej techniki socjologicznej w miejscu jej pracy i perspektywy takich badań na przyszłość w wymiarze ośrodków torakochirurgicznych w Polsce.

W podsumowaniu stwierdzam, iż doktorantka wykazała się znajomością przedmiotu rozprawy i umiejętnością pracy naukowej. Praca spełnia wymogi rozprawy doktorskiej i wnoszę o dopuszczenie jej do dalszych etapów przewodu doktorskiego oraz publicznej obrony.

Z-CA KIEROWNIKA
Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Transplantacji
Pomorskiego Centrum Onkologicznego w Szczecinie
Janusz Wójcik
Dr hab. n. med. Janusz Wójcik

³Tobiasz-Adamczyk B., „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny, Przegląd Socjologiczny, 2012; 61 (2)