

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek  
Katedra Medycyny Zabiegowej z Pracownią Genetyki Medycznej  
Instytutu Nauk Medycznych Collegium Medicum  
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Klinika Chirurgii Onkologicznej  
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii/UJK

Kielce, dn. 2 listopada 2022 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej lek. Piotra Kluski

**Analiza czynników ryzyka wczesnych i późnych powikłań stomijnych u chorych z wyłonioną stomią jelitową**

Rozprawa doktorska lek. Piotra Kluski „**Analiza czynników ryzyka wczesnych i późnych powikłań stomijnych u chorych z wyłonioną stomią jelitową**” zajmuje 126 ponumerowanych stron maszynopisu, który obejmuje spis treści, spis skrótów, właściwy tekst rozprawy z piśmiennictwem i streszczeniami w języku polskim i angielskim, spis piśmiennictwa (103 pozycje), spis tabel, wykresów i rycin oraz dodatek z ankietą wraz z formularzem informacyjnym wykorzystanym w badaniu i Zgodą Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Układ redakcyjny rozprawy jest poprawny, powszechnie akceptowany w podmiotach doktoryzujących w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Wstęp zamieszczony na 18 stronach maszynopisu, jest zwięźle przygotowanym wprowadzeniem do projektu rozprawy, przedstawiającym najważniejsze zagadnienia związane ze wskazaniami do wytworzenia stomii, niebezpieczeństwami i powikłaniami w przebiegu pooperacyjnym, wczesnymi i późnymi oraz ważną problematyką jakości życia, a jednocześnie konieczności założenia i utrzymania stomii dla zachowania życia i zdrowia w licznych sytuacjach klinicznych. Doktorant interesująco omówił historię wytwarzania stomii. Stomia jelitowa została wytworzona po raz pierwszy w 1776 r. przez francuskiego chirurga M. Pillore. Wyłonił on przetokę jelitową na kątnicy z powodu nieoperacyjnego raka esicy i odbytnicy, pacjent zmarł w 28. dniu po zabiegu. Ileostomię, której znaczenie przy poszerzonej chirurgii raka odbytnicy jest szczególnie ważne, po raz pierwszy wyłonił Wilhelm Baum dopiero w roku 1879, a więc ponad 100 lat później niż kolostomię. Doktorant we wstępie przedstawił klasyfikacje stomii, omówił podział stomii jelitowej ze względu na technikę wyłonienia oraz omówił wskazania do wyłonienia stomii i powikłania stomii, które są **przedmiotem projektu rozprawy doktorskiej**. Powikłania stomii stanowią istotną część pracy klinicznej i ważnych

problemów w prowadzeniu pooperacyjnym chorych zarówno z chorobami nienowotworowymi, jak i nowotworowymi, u których istnieje konieczność wytworzenia stomii. Autor przedstawił systematycznie, klarownie w tabeli powikłania stomijne i okołostomijne wg organizacji **Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN)**, wykorzystując do ilustracji autorskie zdjęcia medyczne. Ponadto scharakteryzował technikę wyłonienia stomii metodami chirurgii otwartej i laparoskopowej. Zagadnienia profilaktyki powikłań stomii, ich prognozowania oraz leczenia są ważnym problemem klinicznym. Celem doktoratu jest poszukiwanie nowych możliwości prognozowania (przewidywania), a w następstwie dokładnego prognozowania - prowadzenie bardziej skutecznego leczenia powikłań. **Ta konstatacja sprawia, że rozprawa staje się bardzo wartościowa z punktu widzenia klinicysty poszukującego większego bezpieczeństwa pooperacyjnego, a więc poprawy losu chorych.** Najczęstszymi powikłaniami w okresie odległym jest przepuklina okołostomijna, ale we wczesnym okresie obawiamy się najbardziej powikłań niedokrwiennych stomii, wpadnięcia stomii, następowego zapalenia otrzewnej i konieczności interwencji operacyjnej, a w późniejszym okresie zwężenia stomii i przepuklin okołostomijnych. Doktorant we wstępie wykorzystał współczesne pozycje piśmiennictwa, głównie w języku angielskim, ostatnich kilku lat, właściwie, trafnie i zasadnie wybrane i odpowiednio cytowane, co również świadczy o umiejętności przygotowania się do rozpoczęcia i realizacji projektów naukowych.

**Doktorant przedstawił następujące cele rozprawy:** 1. Ocenę częstości występowania powikłań stomijnych u pacjentów z wyłonią stomią jelitową, 2. Analizę czynników ryzyka występowania powikłań stomijnych, a) czynników ryzyka zależnych od pacjenta, b) czynników ryzyka zależnych od choroby i przeprowadzonego leczenia. **Warto wspomnieć, z obowiązku recenzenta, że cel pracy w zapisie powinien być w czasie przeszłym, gdyż raportowane badanie zostało już zrealizowane.**

W **Materiale i metodyce** Autor przedstawił kryteria włączenia i wyłączenia, scharakteryzował procedurę badania oraz ankietę autorską i jej znaczenie w badaniu. Czynniki ryzyka wystąpienia powikłań stomijnych podzielił na: zależne od pacjenta (wiek, płeć, BMI, przyczyna zabiegu, choroby współistniejące) oraz zależne od operacji (tryb operacji, rodzaj wyłoniętej stomii, wyznaczenie miejsca stomii przed zabiegiem).

Ocenie poddał także wpływ poniższych czynników na wystąpienie powikłań stomijnych:

wiek, płeć, BMI, nikotynizm, czy stomia była wyłonią na jelicie cienkim czy grubym?, czy stomia była jedno czy dwulufowa?, czas od wyłonienia stomii kolejno: <1 roku, 1-5 lat, >5 lat, miejsce wyłonienia stomii: lewa lub prawa strona jamy brzusznej, przyczynę wyłonienia stomii, którą podzielił na kategorie: nieswoiste choroby zapalne jelit, choroba nowotworowa, pourazowo, przetoka jelitowa oraz wtórnie do powikłanej choroby uchyłkowej, ponadto: przebycie radio lub chemioterapii, opiekę onkologiczną po zabiegu, tryb operacji nagły lub planowy, wyznaczenie miejsca stomii przed



zabiegiem, opiekę pielęgniarki stomijnej po zabiegu, występowanie chorób przewlekłych oraz chorób skóry, stosowanie przed zabiegiem leków przeciwzakrzepowych, stosowanie glikokortykosteroidów (GKS) lub leków immunosupresyjnych, występowanie owłosienia skóry brzucha, wcześniejsze operacje w zakresie jamy brzusznej. Powikłania stomijne analizowane w pracy Doktorant podzielił na: zapalenie skóry wokół stomii, przepukliny okołostomijne, wypadanie stomii, zwężenie stomii, zapadanie stomii, niedokrwienie stomii, głębokie owrzodzenie skóry wokół stomii, martwicę stomii, krwawienie ze stomii, przetokę okołostomijna, wznowę guza w miejscu stomii, hiperplazję skóry wokół stomii, zmiany polipowate na stomii, brak zrostu śluzówkowo – skórny.

W tym rozdziale pracy Doktorant opisał zastosowane metody statystyczne analizy wyników badań, w tym analizy korelacji i analizę regresji. Na koniec tego rozdziału Doktorant przedstawił następujące pytania badawcze:

1. Analiza opisowa wszystkich zmiennych zbioru (osobno dla zmiennych na skali ciągłych i nominalnych bądź porządkowych).

2. Określenie czynników ryzyka, zależnych od pacjenta lub od choroby i leczenia, mających statystycznie istotny wpływ na ryzyko wystąpienia powikłań stomijnych (osobno dla każdego typu powikłań).

3. Analiza zależności:

- pomiędzy czynnikami ryzyka wystąpienia powikłań stomijnych zależnych od pacjenta (osobno dla każdego typu powikłań);

- pomiędzy czynnikami ryzyka powikłań stomijnych zależnych od choroby i przeprowadzonego leczenia (w tym: rodzaju wyłonionej stomii, wyznaczenia miejsca stomii przed zabiegiem - osobno dla każdego typu powikłań).

**Wyniki.** Spośród 438 pacjentów (grupa badana) zakwalifikowanych do badania, w pełni uzupełnioną ankietę zebrano jedynie u 101 chorych (23% badanych). Doktorant wyjaśnił, że jest to związane z faktem, że większość pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu wyłonienia stomii była pacjentami nowotworowymi (283 pacjentów – zabiegi paliatywne, śmierć chorych, a część chorych miała odtworzoną ciągłość przewodu pokarmowego). Część pacjentów zakwalifikowanych do badania nie wyraziła zgody na ankietę telefoniczną lub osobistą (91 pacjentów - 20,7%) pomimo wcześniejszej zgody na wzięcie udziału w badaniu. **Autor napisał, że nie utworzono grupy kontrolnej, ale nie rozszerzył tej informacji.**

W dalszej części pracy dokonał analizy demograficznej badanej grupy, uwzględniając podstawowe dane demograficzne (wiek, płeć, wysokość, BMI, ubytek masy ciała itp.), wykształcenie pacjenta. **U większości pacjentów (59,4%) nie odtworzono ciągłości przewodu pokarmowego** po operacji wyłonienia stomii. Kolostomię wyłoniono u 32 pacjentów, a ileostomie u 71. Ileostomię końcową wyłoniono u 22 kobiet, natomiast pętlową u jedynie 6. Wśród mężczyzn u 30 wyłoniono ileostomię końcową, zaś pętlową u 13. Następnie były analizowane: okres wyłonionej stomii, miejsce wyłonienia stomii na brzuchu (częściej po prawej stronie). **Wśród tych analiz nie stwierdzono istotnych**



**zależności od płci.** W wynikach badań stwierdzono, że najczęstszą przyczyną wyłonienia stomii w grupie badanej były nieswoiste choroby zapalne jelit (NZJ) (45%), choroby nowotworowe (36%), pozostałe 19% stanowiły inne przyczyny wyłonienia stomii, do których zaliczono: urazy jamy brzusznej, powikłania poporodowe, przetoki jelitowe, choroby genetyczne takie jak: rodzinna polipowatość gruczolakowata (FAP) oraz choroba Hirschprunga. Wśród pacjentów nowotworowych opiekę onkologa po zabiegu zapewnioną miało 75% chorych. Chemioterapię przed zabiegiem przyjęło 55,6% pacjentów, zaś radioterapię 52,8%. Chemioterapii po zabiegu zostało poddanych 41,7% pacjentów. Natomiast radioterapii po zabiegu poddano 16,7% pacjentów. W grupie badanej operację wyłonienia stomii u większości pacjentów (65,3%) przeprowadzono w trybie planowym, przy czym planowo zoperowano więcej mężczyzn (39) niż kobiet (27). Przedmiotem analiz statystycznych były też choroby współistniejące w grupie badanej, stosowanie leków przeciwzakrzepowych i przeciwplatekcyjnych, sterydów, leków immunosupresyjnych, wcześniejszych operacji w jamie brzusznej, przebywanie pod opieką pielęgniarki stomijnej po operacji oraz stosowania różnych technik zaopatrzenia stomii.

#### **Analiza występowania poszczególnych powikłań stomijnych**

Doktorant dokonał analizy powikłań stomijnych z podziałem na płeć. Poniżej analizy przedstawione przez Autora rozprawy. Spośród grupy badanej, po operacji wyłonienia stomii **aż u 87,1% pojawiły się powikłania**, przy czym występowały one częściej u mężczyzn niż u kobiet. Najczęściej występującym powikłaniem, zarówno wśród kobiet (36,6%) jak i mężczyzn (38,6%), było zapalenie skóry wokół stomii. Wśród kobiet najrzadziej pojawiało się wypadanie stomii (4,9%), zaś wśród mężczyzn najrzadziej dochodziło do zwężenia stomii (8,9%). Ryzyko wystąpienia zapalenia skóry wokół stomii było większe u pacjentów, którzy leczyli się na choroby skóry. Opieka pielęgniarki stomijnej po operacji wyłonienia stomii zmniejszała ryzyko pojawienia się zapalenia skóry wokół stomii. Podobnie sytuacja wyglądała w przypadku chemio i radioterapii po zabiegu, które również zmniejszały ryzyko wystąpienia zapalenia skóry wokół stomii. Ryzyko wystąpienia przepukliny okołostomijnej u pacjentów zwiększały: palenie tytoniu, choroby serca, owłosienie brzucha. Również stosowania pasa brzuszno-przepuklinowego było silnie związane z obecnością przepukliny okołostomijnej.

Z kolei stosowanie leków immunosupresyjnych obniżało ryzyko wystąpienia przepukliny okołostomijnej.

Analiza nie wykazała istotnego statystycznie wpływu żadnego z badanych czynników ryzyka na wystąpienie wypadania stomii.

Ryzyko wystąpienia zwężenia stomii zwiększało stosowanie GKS przed zabiegiem. Stosowanie wklęsłych płytek stomijnych było związane z częstszym występowaniem zwężenia stomii. Z kolei u pacjentów starszych, chorujących na nadciśnienie bądź przyjmujących leki przeciwkrzepliwe ryzyko wystąpienia zwężenia stomii było mniejsze. Przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych oraz wcześniejsze hospitalizacje w wywiadzie wiązały się z większym ryzykiem wystąpienia powikłań takich jak: niedokrwienie stomii, głębokie owrzodzenie skóry wokół stomii, martwica stomii,



krwawienie ze stomii, przetoka okołostomijna, hiperplazja skóry wokół stomii, zmiany polipowate na stomii.

### **Zależność pomiędzy czynnikami ryzyka powikłań stomijnych zależnych od przeprowadzonego zabiegu chirurgicznego, rodzaju wylonionej stomii, wyznaczenia miejsca stomii przed zabiegiem a ryzykiem wystąpienia powikłań stomijnych**

Na podstawie danych przedstawionych Doktorant stwierdził, że: wyznaczenie miejsca wylonienia stomii przed zabiegiem zmniejszało ryzyko zapalenia skóry okolicy stomii po operacji; wylonienie stomii w trybie ostrodyżurowym zmniejszało ryzyko wystąpienia przepukliny okołostomijnej; wylonienie stomii w trybie planowym zwiększało ryzyko wystąpienia przepukliny okołostomijnej; wypadanie lub zwężenie stomii nie posiadało istotnych zależności z żadnym z badanych czynników ryzyka.

### **Ocena czynników ryzyka powikłań stomijnych w analizie wieloczynnikowej**

W grupie badanej na ryzyko wystąpienia zapalenia skóry wokół stomii miało wpływ sześć czynników. Wśród czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tego powikłania, największy wpływ miały występujące u pacjentów choroby skóry oraz alergie, ponadto owłosienie brzucha, znaczny ubytek masy ciała (powyżej 10 kg) przed operacją. Jedynym czynnikiem, który w sposób istotny i wyraźny zmniejszał ryzyko wystąpienia tego powikłania było przebywanie po operacji pod opieką pielęgniarki stomijnej. Na ryzyko wystąpienia przepukliny okołostomijnej największy wpływ miały: płeć pacjentów (u mężczyzn występowały częściej), wiek oraz przeprowadzenie innego zabiegu w obrębie jamy brzusznej przed operacją wylonienia stomii (8,3x). Występowanie chorób skóry było jedynym czynnikiem zwiększającym ryzyko wypadania stomii w grupie badanej, natomiast do czynników obniżających ryzyko wypadania stomii należały wiek, WZIG w wywiadzie, ubytek masy ciała, nadeśnienie tętnicze, opieka pielęgniarki stomijnej. Do czynników zwiększających to ryzyko należały: wylonienie stomii z powodu choroby nowotworowej i sterydoterapia przed zabiegiem. Stosowanie wklęsłych płytek stomijnych było istotnie statystycznie częstsze u pacjentów ze zwężeniem stomii. Wiek jest czynnikiem obniżającym ryzyko zwężenia stomii.

Na początku rozdziału **Dyskusja** Doktorant słusznie konstatuje, że przygotowanie zarówno pacjenta, jak i personelu do wystąpienia spodziewanych powikłań stomijnych oraz niezwłoczne wdrożenie adekwatnego leczenia pozwoli zminimalizować konsekwencje tych powikłań oraz koszty hospitalizacji i opieki ambulatoryjnej. W **Dyskusji** Autor konfrontuje swoje wyniki z doniesieniami światowymi dotyczącymi powikłań stomijnych omawiając czynniki ryzyka związane z pacjentem oraz z zabiegiem chirurgicznym. Ta część pracy napisana jest interesująco, z dużym znawstwem problematyki badawczej. **Wątpliwości pozostawia następujący fragment dyskusji.** „Z drugiej strony Cottam po przeanalizowaniu łącznie 3970 stomików stwierdził, że ryzyko powikłań związanych ze stomią zmniejsza się wraz z wiekiem. Pacjenci w wieku 26-40 lat wykazywali statystycznie niższy odsetek powikłań niż osoby w wieku 71-85 lat (38,5% vs. 31,1% p = 0,009) (52)”.



*„W badaniach Koc'a i Young Hee Sung wczesne powikłania stomijne były znamienne częstsze u pacjentów ze złośliwą chorobą nowotworową jelita w porównaniu z pacjentami z chorobami nienowotworowymi [5] [7]. Również Malik w swojej pracy zauważył większą ilość powikłań stomijnych u pacjentów z wylonioną kolostomią końcową w przebiegu złośliwej choroby nowotworowej jelita grubego i odbytnicy (23).”* W tej części dyskusji cytowany jest podręcznik Brzeziński T. Historia Medycyny. Wyd. IV. PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa 2022, w którym nie ma odniesienia do badań Koc'a i wsp., a poz. 7. to z kolei praca Pachockiej i wsp., poza tym w poz. 22. Malik i wsp. brak nazwy (skrót) czasopisma, z którego ta praca pochodzi.

Wprawdzie Doktorant nie dowiódł takiej korelacji - zwiększonego ryzyka powikłań u chorych na NZCHJ – w tym ChLC - ze względu na niską liczebność grupy, ale należy podkreślić istotną część dyskusji jaką przeprowadził Doktorant na ten temat. Cytowani autorzy sugerowali bowiem, że w chirurgicznym leczeniu NZCHJ należy zwrócić szczególną uwagę na wysoką częstość występowania powikłań stomijnych u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna, którzy częściej wymagają zabiegów naprawczych.

**Z problemów, które Autor rozprawy omawia w dyskusji, należy wyeksponować ważny praktycznie aspekt chirurgii ostrodyżurowej.** Cytowani przez Autora rozprawy Qureshi A. i wsp. w swojej pracy stwierdzili, że w przypadku powikłań stopnia 3. i 4. istotnie większa liczba powikłań była obecna w grupie pacjentów operowanych ostrodyżurowo (odpowiednio 20% vs. 6% dla stopnia 3 i 8% vs. 1% dla stopnia 4 ). Powikłanie te obejmowały niedokrwienie stomii, zapadanie stomii, przetokę okołostomijną i wszystkie wymagały reoperacji. Większość z tych pacjentów była operowana przez chirurga, który nie pracował w ośrodku referencyjnym kolorektalnym. Autorzy sugerowali, że większość tych zabiegów była wykonywana przez chirurgów „ratunkowych” (z ang. trauma surgeons), a większe doświadczenie operującego w zakresie chirurgii kolorektalnej może zmniejszyć ilość powikłań stomijnych.

### **Podsumowanie**

Wielorakość i różnorodność czynników, które mogą mieć wpływ na ryzyko wystąpienia powikłań stomijnych, czynią każde tego typu opracowanie bardzo złożonym, a wyniki uzyskane mogą być zróżnicowane. Jednak, mimo tych zastrzeżeń, analiza badań przedstawionych w rozprawie doktorskiej Piotra Kluski uświadamia kliniczną korzyść z takich badań, poszerza wiedzę na temat stomii, profilaktyki powikłań i wskazuje na konieczność głębszej analizy przedoperacyjnej, umożliwiając zmniejszenie ryzyka.

*Prezentacja grupy badanej oraz przedstawiona metodyka, w mojej ocenie, jest przejrzysta i wiarygodna naukowo, umożliwiającą powtórzenie tego badania wg zapisu przebiegu badań. Wykorzystane metody statystyczne pozwoliły na odpowiednią prezentację wyników badań i wartościową naukowo-kliniczną identyfikację zależności między powikłaniami stomijnymi a czynnikami, które miały wpływ zwiększający bądź zmniejszający na ryzyko wystąpienia tych powikłań. Określenie tych zależności stanowi istotną*



wartość pracy, ma znaczenie badawcze i kliniczne, wskazuje na jeszcze większą potrzebę klinicznej analizy przedoperacyjnej, aby zmniejszyć ryzyko powikłań stomijnych, a z drugiej strony, w przypadku ich wystąpienia, być przygotowanym, jako klinicysta, do ich leczenia.

W rozdziale **Dyskusja** słusznie Doktorant stwierdza, że przygotowanie zarówno pacjenta jak i personelu do wystąpienia spodziewanych powikłań stomijnych oraz niezwłoczne wdrożenie adekwatnego leczenia pozwoli zminimalizować konsekwencje tych powikłań oraz koszty hospitalizacji i opieki ambulatoryjnej. Autor konfrontuje swoje wyniki z doniesieniami światowymi dotyczącymi powikłań stomijnych omawiając czynniki ryzyka związane z pacjentem oraz z zabiegiem chirurgicznym. **Zebrane piśmiennictwo** (tylko 103 pozycje !) jest w większości dobrze wykorzystane, cytowane (**poza przedstawionymi nieścisłościami w zapisie i cytowaniu**) i trafnie są wyeksponowane najważniejsze informacje. **Przedstawiono 8 wniosków rozprawy doktorskiej.** Część tych wniosków należy potraktować jako podsumowanie wyników badań, natomiast zasadniczo wnioski powinny być dalej idącymi spostrzeżeniami opartymi tylko na uzyskanych wynikach badań (ale nie będącymi podsumowaniem wyników badań) i takim warunkom odpowiadają wnioski 4., 5., 6., 7.

**Wartościowe jest również określenie ograniczeń pracy przez Autora.** Głównym ograniczeniem niniejszej pracy była niewielka grupa osób, które odpowiedziały na ankietę. Spośród 438 osób zakwalifikowanych do badania na ankietę odpowiedziało jedynie 101 osób. Kolejnymi ograniczeniami były: duża ilość analizowanych zmiennych, która utrudniała uzyskanie jednoznacznych, istotnych statystycznie wyników, niska liczba pacjentów mających powikłania stomijne zaliczane do grupy „inne powikłania”, m.in. zapadanie stomii, niedokrwienie stomii, głębokie owrzodzenie skóry wokół stomii i inne. **Zdaniem Doktoranta** uniemożliwiło to istotne statystycznie powiązania czynnika ryzyka z danym powikłaniem stomijnym. Według Doktoranta ( zgadzam się z tą opinią jako recenzent) brak jest jednoznacznych danych w piśmiennictwie oceniających czynniki ryzyka powikłań stomijnych, a wyniki prezentowane w dostępnych publikacjach są często rozbieżne.

Spis piśmiennictwa zawiera 103 pozycje, z tego 25 publikacji pochodzi z lat 2017-2021. Niektóre pozycje są niewłaściwie zapisane, np. poz.23. W większości tekstu rozdziałów Wstępu i Dyskusji piśmiennictwo jest cytowane właściwie, z wyjątkiem przytoczonych i przedstawionych powyżej przykładów.

**Rozprawa doktorska lek. Piotra Kluski** jest przydatnym klinicznie, wartościowym i oryginalnym rozwiązaniem problemu naukowego, prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w dyscyplinie nauki medyczne oraz dowodzi umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. W rozprawie stwierdzono niewiele uchybień metodologicznych i redakcyjnych. **Podsumowując** - stwierdzam, że **rozprawa doktorska lek. Piotra Kluski** „Analiza czynników ryzyka wczesnych i późnych powikłań stomijnych u chorych z wyłonioną stomią jelitową” spełnia warunki w art.13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie

sztuki (Dz.U. nr 65, poz, 595 z późn. zm.) w związku z art.179 ust.1 Ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz. 1669 z późn.zm.) i wnioskuję do Rady Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie lek. Piotra Kluski do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

REKTOR  
  
prof. dr hab. Stanisław Głuszek