



Białystok 02.09.2022.

Dr hab. n. med. Zbigniew Kamocki

II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu BIURO RADY DISCYPLINY NAUKI MEDYCZNE	
wpl. dnia	08 -09- 2022
L. dz. RN-BM/	MAKOR

Ocena rozprawy na stopień doktora nauk medycznych

lekarza medycyny Bartłomieja Czapla pt.: „Ocena skuteczności leczenia łagodnych zwężeń górnego odcinka przewodu pokarmowego”.

Lekarz medycyny, Bartłomiej Czapla, podjął się zadania oceny wyników endoskopowego leczenia nabytych, łagodnych zwężeń przełyku, które były przeprowadzone w rodzimej Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej oraz Pracowni Endoskopowej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Typowym objawem klinicznym zwężenia przełyku jest dysfagia, która pojawia przy ponad 50% okluzji jego światła. Kolejne objawy, takie jak: niedożywienie, utrata masy ciała, czy także aspiracyjne zapalenia płuc są konsekwencją narastających zaburzeń pasażu i istotnie pogarszają jakość życia chorym. Zwężenie przełyku może wystąpić w trzech mechanizmach: 1. wewnętrznego procesu patologicznego, jakim jest: zapalenie, włóknienie, czy rozrost nowotworowy; 2. ucisku z zewnątrz przez bezpośrednie naciekanie lub rozrost węzłów chłonnych oraz 3. w wyniku chorób uszkadzających perystaltykę przełyku lub motoryczną funkcję dolnego zwieracza przełyku. Lista chorób prowadząca do zwężenia przełyku jest obszerna, obejmująca: chorobę wrzodową, choroby infekcyjne, autoimmunologiczne, nowotworowe, wady rozwojowe, oparzenia chemiczne, jatrogenne, polekowe, po radioterapii, a także schorzenia o charakterze idiopatycznym. W praktyce klinicznej w 70 do 80% przypadków jest to zwężenie porefluksowe, jako następstwo zapalenia przełyku wynikające z zarzucania treści z żołądka do przełyku. Powodem tego procesu jest dysfunkcja dolnego zwieracza przełyku z charakterystycznym obniżeniem się ciśnienia zwieracza oraz upośledzenie motoryki przełyku uniemożliwiające skuteczne opróżnianie przełyku z treści pokarmowej. Dodatkowo procesy te mogą być nasilone poprzez współwystępującą przepuklinę

rozworu przełykowego, lub hypersekrecję soku żołądkowego, czy też zaburzenia motoryki żołądka. Tak różnorodne patologie wymagają odpowiedniej diagnostyki. W praktyce szeroko wykorzystywane są badania obrazowe rozpoczynając od radiologicznych badań czynnościowych z kontrastem, manometrii, endoskopii z pobraniem biopsji, uzupełniane w razie konieczności o chromoendoskopię, wirtualną chromoendoskopię czy również magnifikację endoskopową. Badania pozwalają znakomicie ustalić miejsce, długość i stopień zwężenia. W miarę potrzeb mogą być one uzupełnione przez ocenę tomografii komputerowej, czy też rezonansu magnetycznego. Tak przeprowadzona diagnostyka z badaniem klinicznym pozwoli na wybór nie tylko odpowiedniej metody leczenia, ale również na zaplanowanie całego procesu terapeutycznego i dalszego przebiegu choroby. Aktualnie standardowym postępowaniem leczniczym są zabiegi endoskopowe. Dominują terapie endoskopowego poszerzania zwężeń za pomocą rozszerzaczy mechanicznych lub balonowych. Zabiegi wymagają odpowiedniej kwalifikacji i dużego doświadczenia endoskopistów. Stopień zwężenia, jak i jego długość determinują liczbę przeprowadzanych zabiegów poszerzania. Przestrzeganie zasady 3, czyli poszerzenie światła do 3mm podczas jednej sesji, istotnie redukuje ryzyko perforacji przełyku. Dlatego też, w większości przypadków, nawet proste zwężenia wymagają od 1 do 3 rozszerzeń. W złożonych zwężeniach ustąpienie dolegliwości uzyskuje się zwykle po 7 do 10 seansach. W wybranych przypadkach endoskopowe rozszerzanie można uzupełnić o iniekcje sterydami lub cytostotykiem – mitomycyną. Rzadziej wykonywane są endoskopowe nacięcie zmian lub ich zniszczenie za pomocą argonu. W zwężeniach opornych na endoskopowe poszerzanie stosowane są samorozprężne stenty lub należy kwalifikować chorych do leczenia operacyjnego. Te, trudne do leczenia schorzenia stanowią, że podjęty przez doktoranta temat jest niezmiernie istotny klinicznie. Ponadto, znajomość wyników własnego leczenia warunkuje ocenę jakości leczenia.

Przedstawiona mi do recenzji praca jest 59. stronicowym opracowaniem, spełniającym od strony redakcyjnej wszelkie wymogi obowiązujące dla tego rodzaju monografii. Składa się ona ze wstępu, celów pracy, opisu grupy badawczej i zastosowanych metod. Uzyskane wyniki z wnikliwą analizą statystyczną przedstawione są zarówno w sposób opisowy, jak również w formie 17. tabel. Wybrane przypadki kliniczne dodatkowo ilustrowane są kolorową dokumentacją fotograficzną, doskonale obrazującą w wybranych przypadkach chorobę i przebieg jej leczenia. Zwieńczeniem przeprowadzonych badań jest postawienie siedmiu wniosków. W rozdziale pt.: „Dyskusja” doktorant przeprowadził analizę uzyskanych wyników w odniesieniu do aktualnego piśmiennictwa. Spis piśmiennictwa zawiera 55. publikacji, które

poza pięcioma podręcznikami, w większości są z okresu ostatnich 10 lat. W swojej rozprawie doktorant podaje piśmiennictwo w kolejności cytowań. Ponadto monografia zawiera takie rozdziały jak: Wykaz skrótów, Streszczenia w języku polskim i w języku angielskim, a także Spis rycin.

We wstępie autor w sposób bardzo przystępny przedstawił anatomię i fizjologię przełyku, a następnie wprowadza czytelnika do problemu epidemiologii i etiologii łagodnych zwężeń przełyku, ich diagnostyki klinicznej i metod leczenia. Doktorant postanowił ocenić chorych z łagodnym zwężeniem, którzy byli leczeni w pracowniach endoskopowych z analizą efektywności użytej metody endoskopowej. Podjął się również zadania określenia możliwości i celów leczenia endoskopowego oraz oceny skuteczności leczenia w zależności od rodzaju i etiologii zwężenia. W tym celu retrospektywnym badaniom podał 116 chorych w wieku od 30 do 81 lat, gdzie blisko 2/3 badanych stanowili mężczyźni. Ze względu na etiologię zwężenia przełyku chorzy zostali podzieleni na cztery grupy: ze zwężeniem porefluksowym, w wyniku oparzenia chemicznego, po radioterapii oraz zwężenie pooperacyjnego zespolenia przełykowo-jelitowego. Badanych podzielono również pod względem rodzaju zwężenia: prostego (93 chorych) lub złożonego (23). Zwężenie proste definiowane jest w literaturze jako proces zmian strukturalnych, nieprzekraczających 19 milimetrów. Doktorant, nie wiem, czy słusznie, rozszerzył definicję tego zwężenia o cechę wykonywania nie więcej niż trzech zabiegów jego poszerzania w ciągu 12 miesięcy. Stopień dysfagii oceniono w pięciostopniowej skali u wszystkich chorych i poddano ich zabiegom endoskopowym. Zastosowano endoskopowe techniki poszerzania zwężeń: głównie za pomocą poszerzadła lub balonu, podczas gdy protezowanie wykonano u pięciu, co stanowi 2,3% leczonych. Dobór metody był uzależniony od oceny klinicznej, opierającej się na etiologii i rodzaju zwężenia. Okres obserwacji 12. miesięcznej przerwy między zabiegami uzyskano u 96% leczonych, a 24. miesięcznej u ponad 79% chorych. To z pewnością duża grupa leczonych. Należy podkreślić bardzo niski odsetek powikłań, co świadczy o doskonałym wyszkoleniu i ogromnym doświadczeniu endoskopistów. W tak dużej grupie chorych perforacja wystąpiła zaledwie u trzech leczonych, co stanowi 2,6%. Ponadto, tylko jeden wymagał leczenia operacyjnego, dwóch pozostałych skutecznie leczono zachowawczo. Przeprowadzone badania niosą interesujące spostrzeżenia. Liczba przeprowadzonych zabiegów endoskopowego poszerzania korelowała z wiekiem i płcią chorych, a także ze średnicą zwężenia przełyku. Wraz z wydłużeniem zwężenia i zmniejszeniem światła przełyku rośnie konieczność wykonania większej liczby zabiegów. Zarówno męska płeć, jak i młodszy wiek chorych skracają odstęp między procedurami

terapeutycznymi. Wydłużenie wieku chorego o rok niezależnie redukuje ilość zabiegowych endoskopii blisko o 0,1%. Doktorant odnotował, że każde wydłużenie piętnastomilimetrowego zwężenia przełyku o 4 milimetry zwiększa ryzyko wystąpienia złożonego zwężenia o 67%. Dyskusja znakomicie dokumentuje zainteresowanie i wiedzę doktoranta. Autor umiejętnie wykorzystuje dane z piśmiennictwa obrazując wysoki poziom własnego ośrodka endoskopowego. Pewnej korekty wymagają przedstawione wnioski. Są one z pewnością prawdziwe, ale nie wynikają one z przeprowadzonych badań. Doktorant nie porównywał leczenia endoskopowego z innym sposobem postępowania, np. z chirurgicznym, więc pierwszy wniosek nie może być efektem pracy. Dziewiętnastomilimetrowe zwężenie przełyku samo w sobie definiuje rodzaj zwężenia jako złożone i trudno je uznać za niezależny wniosek. Tabele: 4, 7, 8, 9, 10, 14, 15 zawierające dane liczbowe z wartościami procentowymi, które w wierszach sumujących przedstawiają nie sumę procentową, lecz są odsetkiem od łącznej wartości. Takie wyjaśnienie powinno być dodane w opisie tabeli. Z kolei tabele 12 i 17, przedstawiające wyniki analizy statystycznej wymagają opisanie przedstawionych danych. Z punktu widzenia klinicysty zabrakło mi przedstawienia wyników ocenianej dysfagii, a także analizy stanu odżywienia chorych. Być może, stan odżywienia wpływa na wyniki endoskopowego poszerzania przełyku? Te zagadnienie nie było celem prowadzonych przez doktoranta badań, ale może być ich wartościowym uzupełnieniem, np. w kolejnej pracy. Stan odżywienia, między innymi, był przedmiotem analizy w retrospekcyjnych badaniach Koivosalo, oceniających efekty interwałowego, endoskopowego poszerzania przełyku w zależności od wskazań jego przeprowadzania: planowe lub interwencja w momencie zaostrzeń objawów.

Podsumowując, z wielką przyjemnością zapoznałem się z powyższą rozprawą doktorską. Jest to praca o nowoczesnym sposobie leczenia trudnej jednostki chorobowej, niosąca ważne implikacje kliniczne, a moje uwagi nie obniżają wartości pracy.

Pracę doktorską lekarza medycyny Bartłomieja Czaplą oceniam wysoko, zarówno pod względem formalnym, jak i merytorycznym. Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust.1 Ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach i tytule naukowym zakresie sztuki (Dz.U. nr 65, poz.595 z późn.zm). Mam zaszczyt zwrócić się do Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich o przyjęcie pracy i dopuszczenie Autora do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z poważaniem

Dr hab. Zbigniew Kamocki

