



Poznań, dnia 04.09.2022r.

Dr hab. med. Przemysław Pyda
Oddział Chirurgii Ogólnej i Minimalnie Inwazyjnej
Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu
ul. Mickiewicza 2
60-834 Poznań



Ocena rozprawy doktorskiej

lekarza medycyny Bartłomieja Mateusza Czapla pt.:

„Ocena skuteczności leczenia

łagodnych zwężeń górnego odcinka przewodu pokarmowego”

Tytuł pracy zapowiada, że autor będzie się zajmował łagodnymi zwężeniami całego górnego odcinka przewodu pokarmowego, w rzeczywistości ogranicza się do przełyku. Można się zastanawiać dlaczego tak go sformułował skoro nie zamierzał badać i omawiać np. zwężeń odźwiernika czy dwunastnicy.

Poszerzanie łagodnych zwężeń przełyku opiera się niemal wyłącznie na metodach endoskopowych. Metodą z wyboru jest poszerzanie balonem odpowiednio dobranym co do rozmiarów i docelowej średnicy jego rozprężenia z zastosowaniem kontrolowanego ciśnienia. Metodą historycznie starszą, nadal jeszcze stosowaną, jest używanie kalibrowanych poszerzadeł. Rozkład sił działających na ściany przełyku jest zdecydowanie bardziej korzystny przy poszerzaniu balonowym, mamy tu też możliwość stosowania obiektywnej kontroli siły poszerzania, w przeciwieństwie do poszerzadeł gdzie konieczne jest odpowiednie „wyczucie” endoskopisty.

Autor rozpoczyna pracę wstępem podzielonym na kilka części, pierwsze dwie to anatomia i fizjologia przełyku, dalej omawia łagodne zwężenia przełyku i kolejno diagnostykę i leczenie. Wstęp zawiera wszystkie potrzebne informacje i jest dobrym wprowadzeniem do pozostałej części pracy. W treści wstępu napotkałem dwie nieścisłości wymagające sprostowania.

Skrót „RTG” (str 13 w.16) został omyłkowo wyjaśniony przez autora jako „*Radioisotope Thermoelectric Generator*” i jak rozumiem autorowi chodziło w tym przypadku o zdjęcie rentgenowskie a nie o generator prądu elektrycznego w którym źródłem energii jest rozpad izotopu promieniotwórczego a wydzielane przy tym ciepło jest zamieniane na energię elektryczną. Urządzenia takie stosowane są np. w sondach kosmicznych Voyager. W innym miejscu wstępu (str. 14 w.1) autor błędnie przyjmuje, że działanie KT podobnie jak EUS oparte jest na „zastosowaniu fal o wysokiej częstotliwości” a nie detekcji promieniowania jonizującego.

Autor określił 4 cele pracy związane z endoskopowym leczeniem łagodnych zwężeń przełyku. Pierwszy to przedstawienie charakterystyki pacjentów, gdzie w wynikach przedstawiono ich wiek, płeć, rodzaje zwężeń i rodzaj wykonanej procedury. Pomimo tych informacji nie zostały one jednak opracowane i przedstawione w formie wniosków jak założył sobie autor w celu pracy.

Kolejny cel to „ocena efektywności w zależności od użytej metody” do którego trudno dopasować tu jakiś wniosek. Może najbardziej pasuje tu ten, że efekt leczenia zależy od etiologii zwężenia, z czym trudno się zgodzić. W dyskusji autor porównuje metody, jednak pomimo, że w celu pracy chciał zbadać efektywność w zależności od użytej metody taki wniosek w pracy się nie pojawił.

Trzeci cel, to możliwości i cele leczenia. Autor nie przedstawia i nie określa wskazań do określonego leczenia i nie podaje jak przebiegał proces kwalifikacji i czy w jakiś sposób określano możliwości leczenia.. Można się tylko domyślać, że leczenie podjęto u wszystkich chorych zgłaszających się do pracowni endoskopowej przy pomocy dostępnej aktualnie metody. Celem leczenia było po prostu poszerzenie zwężenia i cel ten realizowano w ramach możliwości danej pracowni.

Czwarty ostatni cel pracy – „ocena skuteczności leczenia w zależności od rodzaju i etiologii zwężenia” jest zamierzeniem niezwykle ambitnym i zawiera najbardziej obszerny zakres zagadnień do zbadania. Jego realizacja jest najbliższa z trzecim wnioskiem, gdzie autor stwierdził że procedury endoskopowe są bezpieczne. Przyjął to na podstawie ustalenia że wśród 116 badanych pacjentów wystąpiły 3 perforacje wyleczone skutecznie zachowawczo w dwóch przypadkach i zabiegowo w jednym. Być może można tu także dołączyć wniosek piąty mówiący że blizna niedokrwienna prowadzi do zwężenia złożonego, choć wówczas wymagałoby to szerszego omówienia i ustalenia czy niedokrwienie ściany bardziej związane jest z etiologią zwężenia czy z jego leczeniem. A jeśli z leczeniem to z jakim i czy przypadkiem sposób wykonywania poszerzania endoskopowego nie jest z tym powiązany ?

Czy konieczność wielokrotnego powtarzania poszerzania nie jest powikłaniem które świadczy o niedoskonałości metody lub sposobie wykonywania tej procedury. Mógłby tu również pasować wniosek szósty, który stwierdza, że czynnikiem rokowniczym jest średnica i długość zwężenia. Można się domyślić, że z gorszym rokowaniem mamy do czynienia jeśli ta średnica jest mniejsza a długość większa, czyli innymi słowy bardziej zwężony przełyk rokuje gorzej niż ten mniej zwężony, co wydaje się logiczne i co potwierdziła analiza danych przeprowadzona przez autora.

Wniosek pierwszy, zawiera stwierdzenie powszechnie przyjęte w piśmiennictwie i praktyce klinicznej, że leczenie endoskopowe jest tu postępowaniem z wyboru. Można przyjąć, że zebrany materiał potwierdził stosowanie tej zasady w pracowniach endoskopowych z których pochodzili pacjenci. We wstępie do pracy na str. 10 wiersz 25 autor przytoczył definicję zwężenia złożonego i później str. 19 w rozdziale materiał i metody potwierdził, że zwężenie proste nie przekracza 19mm długości. Jeśli jest to przyjęte z założenia kryterium podziału ujęte w definicji zwężenia, umieszczenie tego stwierdzenia jako wniosku pracy (wniosek nr 4) nie ma sensu. Kolejne wnioski prawdopodobnie nasunęły się autorowi przy pisaniu pracy chociaż nie były wymienione wcześniej jako jej cele. I tak wniosek piąty, stwierdzający że blizna niedokrwienna najczęściej prowadzi do zwężenia złożonego jest bardzo prawdopodobny i wynika najpewniej z poglądów autora, ale nie bardzo znajduje potwierdzenie w przedstawionych wynikach. Żadna tabela i żadne zestawienie nie zawiera takich danych, chyba, że autor stosując określenie „zwężenie niedokrwienne” utożsamia to jednoznacznie z jakimś rodzajem etiologii łagodnego zwężenia.

Na koniec wniosek siódmy – podobnie jak wniosek czwarty, wynika z definicji, że zwężenia łagodne dzielą się na proste i złożone i stwierdzenie, że zwężenie o każdej etiologii można zakwalifikować jako jedno z nich nie wynika z pracy ale z przyjętego założenia. Podobnie jak wniosek czwarty należałoby go usunąć.

W streszczeniu dla czytelnika anglojęzycznego autor dzieli pacjentów na więcej grup niż w streszczeniu polskim co pewnie jest błędem drukarskim. Z kolei streszczenie w języku angielskim jest wyraźnie krótsze co można uznać za zaletę. Spis piśmiennictwa obejmuje 55 pozycji, w większości zagraniczne. Sposób prezentacji spisu jest niejednorodny z pewnymi brakami. Polskie pozycje (1,2,3,4) to z wyjątkiem jednej publikacji wyłącznie podręczniki, wymienione są bez pełnego opisu lub bez wskazania miejsca cytowania (podobnie jak pozycja 11). W dobie istniejących obecnie baz danych nie stanowi to oczywiście większej przeszkody dla czytelnika, który zapewne bez trudu odszuka potrzebne informacje.

Zwężenia przełyku i związana z tym dysfagia jest ważnym problemem klinicznym i każda próba oceny przebiegu diagnostyki i leczenia jest ze wszech miar pożądana i może prowadzić do niezwykle cennych spostrzeżeń. Aby to uczynić konieczna jest długoletnia obserwacja skutków przyjętego sposobu leczenia. Dopiero na tej podstawie można próbować ocenić wyniki i w powiązaniu z publikowanym piśmiennictwem modyfikować własną strategię lub potwierdzać słusność dotychczas przyjętej. Z drugiej strony przy stale zmieniających się możliwościach terapeutycznych, przy postępie chirurgii i opieki okołoperacyjnej ta wiedza wymaga stałej aktualizacji. W tym kontekście każda praca, poszerzająca naszą wiedzę na ten temat, oparta na rzetelnie zebranych i opracowanych danych jest nieocenioną pomocą w wyborze strategii terapeutycznej. Właśnie temu służy przedstawiona mi do oceny praca.

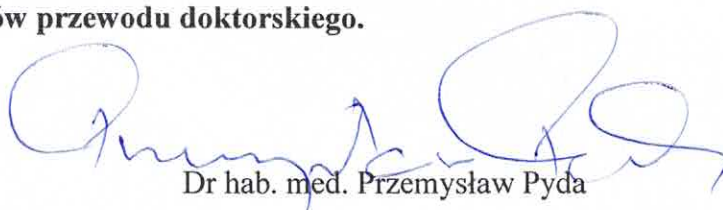
Podsumowując,

Praca ma typowy układ, podzielona jest na 6 rozdziałów. Do pracy dołączono 55 pozycji piśmiennictwa, streszczenie w języku polskim i angielskim, wykaz stosowanych skrótów oraz spis 9 rycin załączonych na końcu pracy. W tekście pracy znajduje się 17 tabel. W sumie całość pracy liczy 60 stron.

Choć tytuł pracy sugeruje badania związane z całym górnym odcinkiem przewodu pokarmowego autor ogranicza się w pracy do przełyku. Wstęp zawiera wszystkie niezbędne elementy wprowadzające do zagadnienia i przygotowujące każdego zainteresowanego do zapoznania się z przedstawionymi w pracy wynikami. Cele pracy jasno sformułowane. Materiał i wyniki zwięźle przedstawione. Omówienie wyników prowadzi do przedstawionych wniosków. Wnioski mieszczą się w zakresie tematycznym przyjętych celów. Dwa z nich uważam za nie wynikające z pracy a z przyjętych definicji.

Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.).

Wobec powyższego, wnioskuję o dopuszczenie lekarza medycyny Bartłomieja Mateusza Czaplę do dalszych etapów przewodu doktorskiego.


Dr hab. med. Przemysław Pyda