

Wpł. 16.08.22  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
RADA DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE  
zastępca przewodniczącego  
M. Podhorska-Okołów  
prof. dr hab. Marzenna Podhorska-Okołów

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu BIURO RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE	
wpł. dnia	16-08-2022
L. dz. RN-BM/	1308/2022

**Recenzja rozprawy doktorskiej lekarza Wiktora Kawałko**  
**pt. „Ocena zależności pomiędzy rodzinnym występowaniem chorób układu**  
**sercowo-naczyniowego a nawykami żywieniowymi**  
**u pacjentów z chorobą wieńcową”**

wykonanej

**w Katedrze i Klinice Geriatrii**

**Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

pod kierunkiem

**Prof. dr hab. n. med. Małgorzaty Sobieszkańskiej**

Prowadzone od wielu lat badania wielośrodkowe wskazują, iż przewlekły zespół wieńcowy, stanowi najczęstszą przyczynę śmierci w krajach rozwiniętych. Również w Polsce choroba sercowo-naczyniowa stanowi bardzo poważny problem zdrowotny. Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, iż w 2018 roku choroby sercowo-naczyniowe stanowiły przyczynę 40,5% wszystkich zgonów. Dlatego też, kluczową rolę w pierwotnej i wtórnej prewencji choroby sercowo-naczyniowej odgrywa ograniczanie wpływu modyfikowalnych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy, do których należą: nieprawidłowa dieta, palenie tytoniu, nadwaga i otyłość oraz mała aktywność fizyczna. Najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2021 roku dotyczące prewencji miażdżycowej choroby sercowo-naczyniowej podkreślają kluczową rolę prozdrowotnego stylu życia w zmniejszaniu ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych i zgonu. Ograniczenie wpływu modyfikowalnych czynników ryzyka, a w szczególności wprowadzenie prawidłowych nawyków dietetycznych jest niezwykle istotne u osób obciążonych rodzinnie przypadkami przedwczesnych zachorowań i zgonów spowodowanych miażdżycową chorobą sercowo-naczyniową.

Zatem przeprowadzone przez lekarza pana Wiktora Kawałko porównanie efektywności prewencyjnej edukacji dietetycznej u pacjentów obciążonych rodzinnym występowaniem chorób układu sercowo-naczyniowego z nowo rozpoznaną chorobą wieńcową oraz z kilkuletnim przebiegiem choroby stanowi nowe podejście do oceny skuteczności działań prewencyjnych.

Przedstawiona w postaci monografii rozprawa doktorska lekarza Wiktora Kawałko licząca 103 strony posiada typowy dla tego typu opracowań układ i zawiera poza stroną tytułową następujące rozdziały: spis treści, wykaz skrótów użytych w tekście, wstęp, założenia i cele pracy,

materiał, metodyka badań, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo, streszczenie w języku polskim i angielskim, spis tabel i spis rycin oraz aneks zawierający przeprowadzoną przez Doktoranta ankietę.

Sposób omówienia we wstępie rozprawy aspektów patofizjologicznych i klinicznych choroby wieńcowej, zasad pierwotnej i wtórnej prewencji spowalniających progresję miażdżycowej choroby sercowo-naczyniowej, ze szczególnym uwzględnieniem zmiany nawyków dietetycznych wskazuje na umiejętność selekcjonowania przez Doktoranta informacji z obszernej literatury dotyczącej tych zagadnień.

Celem rozprawy doktorskiej była weryfikacja hipotezy badawczej zakładającej, iż prewencyjna edukacja dietetyczna i wynikająca z niej świadomość powoduje, iż osoby obciążone rodzinnie miażdżycową chorobą sercowo-naczyniową wprowadzają na stałe prozdrowotne nawyki żywieniowe.

Weryfikacja tej hipotezy została przeprowadzona poprzez ocenę wpływu rodzinnego obciążenia podwyższonym ryzykiem ASCVD na model żywienia wprowadzony przez pacjentów po rozpoznaniu choroby wieńcowej oraz na utrzymanie prawidłowych nawyków dietetycznych przez pacjentów z wieloletnim, przewlekłym przebiegiem tej choroby. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 595 mężczyzn w wieku 28–85 lat, (mediana wieku: 61 lat), z rozpoznaniem choroby wieńcowej. Badani zostali zrekrutowani spośród pacjentów poddawanych poszpitalnej rehabilitacji kardiologicznej w Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach podczas turnusów trwających od 2 do 6 tygodni.

Do grupy 1 zakwalifikowano 213 pacjentów w przedziale wieku od 28 do 73 lat, którzy zostali skierowani na rehabilitację kardiologiczną od 1 do 2 miesięcy po hospitalizacji w Oddziale Kardiologicznym, gdzie po raz pierwszy postawiono rozpoznanie choroby wieńcowej. Grupę 2 stanowiło 382 pacjentów w wieku od 32 do 85 lat z kilkuletnią historią choroby wieńcowej, którzy zostali skierowani na rehabilitację kardiologiczną po interwencji szpitalnej z powodu kolejnego zaostrzenia przewlekłej choroby wieńcowej lub przeprowadzenia planowych zabiegów przezskórnej plastyki wieńcowej (PCI) lub pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG).

U wszystkich pacjentów wykonano pomiary antropometryczne oraz obliczano wskaźnik masy ciała (BMI). Na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania przedmiotowego oraz dostępnej dokumentacji medycznej zebrano informacje dotyczące czasu rozpoznania i trwania choroby wieńcowej, jak również współwystępowania istotnych dla globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego chorób takich, jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia oraz cukrzyca.

Podstawowym narzędziem przeprowadzonych badań był kwestionariusz autorskiej ankiety Doktoranta. Pytania z pierwszej części dotyczyły danych socjodemograficznych. Szczegółowe pytania z drugiej części ankiety dotyczyły stosowanej diety oraz używek. Otrzymane wyniki badań poddano wielostronnej analizie statystycznej, do której zastosowano prawidłowo dobrane metody statystyczne. Wyniki badań zostały przedstawione w postaci 56 rycin z dołączonymi do nich 56 tabelami.

Przeprowadzone przez Doktoranta badania wykazały, iż pacjenci z pierwszą manifestacją przewlekłego zespołu wieńcowego byli statystycznie istotnie młodsi (mediana 55 lat), aniżeli pacjenci z kolejnym incydem choroby wieńcowej (mediana 63 lata). Obie grupy mężczyzn nie różniły masą ciała i BMI, natomiast obwód pasa w grupie 2 okazał się istotnie większy, niż w grupie 1. Aż 99% badanych zadeklarowało prawidłową masę ciała przed ukończeniem 18 roku życia, bez istotnej różnicy pomiędzy badanymi grupami.

U ponad połowy (53%) pacjentów stwierdzono jednoczesne występowanie trzech schorzeń miażdżycogennych: nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii (hipercholesterolemia i hipertriglicydemia łącznie) oraz cukrzycy, których częstość była w obu grupach porównywalna.

Odsetek pacjentów, którzy palili kiedykolwiek i/ lub obecnie, był istotnie statystycznie wyższy w porównaniu z odsetkiem pacjentów palących obecnie (77% vs 6%).

Wprowadzenie zmian w diecie po rozpoznaniu choroby wieńcowej zadeklarowało 76% badanych, przy czym nie wykazano istotnej różnicy pomiędzy pacjentami z krótkotrwałą i długotrwałą chorobą wieńcową.

Większość wszystkich badanych (67%) spożywało posiłki regularnie, ale pacjenci chorujący przewlekle istotnie częściej przestrzegali regularności posiłków. Pacjenci przewlekle chorzy, w porównaniu z nowo zdiagnozowanymi, istotnie częściej deklarowali jedzenie śniadania rzadziej przyznawali się do spożywania posiłków typu „fast food” oraz podjadania między posiłkami i spożywania wysokokalorycznych przekąsek oraz istotnie częściej interesowali się jakością spożywanych pokarmów.

Preferencje żywieniowe (spożywanie warzyw, ryb, potraw mięsnych i mleka oraz potraw węglowodanowych) nie różniły się istotnie pomiędzy badanymi grupami, jednakże pacjenci z pierwszą manifestacją choroby wieńcowej istotnie częściej spożywali tłuste potrawy, aniżeli pacjenci z dłuższą historią choroby. Również ilość wypijanej dziennie wody nie różniła się istotnie pomiędzy badanymi grupami pacjentów.

W interesująco napisanej dyskusji Doktorant doskonale poradził z interpretacją otrzymanych wyników badań oraz omówił wyniki wieloośrodkowych badań: EUROASPIRE IV

i V oraz *The Framingham Heart Study* wskazujących na zależność progresji choroby wieńcowej od otyłości, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy, czynników ocenianych w przeprowadzonych przez Doktoranta badaniach. Ponieważ w przeprowadzonej przez Autora rozprawy ankiecie aż 82 % pacjentów przyznało się do sporadycznego picia alkoholu, z istotną przewagą wśród pacjentów z kilkuletnim wywiadem choroby wieńcowej Doktorant przedstawił, budzące od wielu lat dyskusję, kontrowersyjne dane literaturowe dotyczące wpływu picia alkoholu na ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej. Z jednej strony przytoczył wyniki badania opublikowanego przez Ronksley'a i wsp. z roku 2011 roku wskazującego, iż małe i umiarkowane spożycie alkoholu (np. 1–2 kieliszki wina czerwonego codziennie) zmniejsza ryzyko miażdżycowych chorób sercowo-naczyniowych, do którego chętnie sięgają autorzy wielu publikacji. Z drugiej strony przytoczył wyniki obszernych metaanaliz, takich jak meta-analiza 59 badań epidemiologicznych z roku 2014 r. przedstawiona przez Holmesa i wsp., którzy poddali w wątpliwość korzystny efekt umiarkowanego spożycia alkoholu, z której wynika, iż najniższe ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych występuje u abstynentów, a każda ilość alkoholu wiąże się z podwyższonym ciśnieniem tętniczym i większą masą ciała. Pomimo, iż przytoczone przez Doktoranta aktualne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego uznają za górną bezpieczną granicę około 100 g czystego alkoholu tygodniowo, ostatnio coraz częściej pojawiają się publikacje wskazujące na niekorzystne działanie każdej ilości alkoholu zwiększającego ryzyko nie tylko chorób sercowo-naczyniowych, ale również chorób nowotworowych.

Szczególnie dużo miejsca Autor rozprawy poświęcił omówieniu wyników ankiety dotyczących nawyków żywieniowych badanych grup pacjentów. Nowatorskie podejście Doktoranta do oceny stylu życia pacjentów obciążonych rodzinnie chorobą wieńcową polegające na porównaniu dwóch grup pacjentów z nowo rozpoznaną chorobą i z kilkuletnim wywiadem chorobowym pozwoliło Doktorantowi na poczynienie kilku bardzo istotnych, w większości pesymistycznych spostrzeżeń. Występowanie u ponad połowy badanych trzech schorzeń: nadciśnienia, cukrzycy i hiperlipidemii, sprzyjających szybkiemu rozwojowi miażdżycy, zdaniem Autora rozprawy wskazało na brak efektywnych interwencji medycznych w ramach pierwotnej prewencji miażdżycowej choroby sercowo-naczyniowej. Pomimo, iż porównywane grupy pacjentów nie różniły się istotnie masą ciała i BMI, w całej badanej grupie pacjentów zarówno średnia masa ciała jak i średnia wartość BMI wskazywały na znaczne rozpowszechnienie otyłości. Pomimo deklarowanej zmiany nawyków żywieniowych średni obwód pasa w grupie pacjentów z kilkuletnim wywiadem choroby wieńcowej okazał się statystycznie istotnie większy, co zdaniem Doktoranta może wskazywać na niezbyt efektywną prewencję wtórną choroby wieńcowej.

Pozytywnym zaskoczeniem był natomiast fakt, że jedynie 6% pacjentów przyznało się do palenia papierosów, chociaż zdecydowana większość (ponad 70%) była wcześniej pod wpływem tego nałogu. Jednakże ten pozytywnie zaskakujący wynik Doktorant wiąże częściowo z faktem, iż badanie zostało przeprowadzone podczas turnusów rehabilitacyjnych, w czasie których obowiązuje zakaz palenia.

Wyniki przeprowadzonych badań, wszechstronnie przedyskutowane przez Autora rozprawy w rozdziale Dyskusja nie potwierdziły przedstawionej przez Autora rozprawy w celu pracy hipotezy zakładającej, iż prewencyjna edukacja dietetyczna i wynikająca z niej świadomość powoduje, iż osoby obciążone rodzinnie miażdżycową chorobą sercowo-naczyniową wprowadzają na stałe prozdrowotne nawyki żywieniowe.

Wyniki badań wielośrodkowych, do których odniósł się Autor rozprawy, dotyczące częstości występowania modyfikowalnych czynników ryzyka choroby wieńcowej, w tym nieprawidłowości dietetycznych, podobnie jak wyniki badań przedstawione przez Autora rozprawy również nie napawają optymizmem. Jednakże autorzy publikacji przedstawiających omówienie tych badań nie podejmowali próby wyjaśnienia przyczyn niskiej efektywności w eliminacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Taką próbę podjął Autor rozprawy zadając pytanie, czy działania edukacyjne na trwałe zmieniają nawyki żywieniowe u pacjentów z kilkuletnim wywiadem choroby wieńcowej w porównaniu z nawykami pacjentów z nowo rozpoznaną chorobą.

W dobie wszechobecnej promocji zdrowego stylu życia i odżywiania należałoby przypuszczać, iż osoby obciążone rodzinnie miażdżycową chorobą sercowo-naczyniową, poddane prewencyjnej edukacji dietetycznej, wprowadzają na stałe prozdrowotne nawyki żywieniowe, dające obiektywne odzwierciedlenie w wartościach BMI, obwodzie pasa oraz prawidłowych wartościach profilu lipidowego. Przeprowadzone przez lekarza pana Wiktora Kawałko badania oparte na szczegółowej ankiecie dotyczącej nawyków żywieniowych i używek oraz obiektywnych kryteriach weryfikujących skuteczność podjętych przez pacjentów działań prewencyjnych wyraźnie wskazują, iż stosowane działania edukacyjne nie są wystarczająco efektywne.

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz obszernej wszechstronnej dyskusji otrzymanych wyników Autor rozprawy przedstawił 5 wniosków w pełni odpowiadających na postawione w celu pracy pytania. Jednakże mają one formę zbliżoną do syntetycznego podsumowania wyników. Dlatego też, przesłałam Doktorantowi propozycję przeredagowania wniosków oraz przedstawienia wniosku 1 i 5 w postaci 2 osobnych wniosków w celu wyeksponowania interesującego spostrzeżenia dotyczącego istotnego ograniczenia palenia papierosów w obu

badanych grupach pacjentów oraz częstego występowania u pacjentów z kilkuletnim wywiadem choroby wieńcowej otyłości brzusznej, wskazującej, iż deklarowane przez nich korzystne zmiany w nawykach żywieniowych nie były wystarczająco restrykcyjne.

W podsumowaniu stwierdzam, iż rozprawa doktorska lekarza, pana Wiktora Kawałko stanowi oryginalne osiągnięcie naukowe. Przedstawiona do oceny monografia, napisana pięknym polskim językiem została oparta na precyzyjnie sformułowanej hipotezie badawczej, w weryfikacji której Autor rozprawy zastosował prawidłowo dobrane metody. Przedstawione w dysertacji wyniki badań, wskazujące na niewystarczającą efektywność prewencyjnej edukacji dietetycznej oraz na konieczność systematycznej edukacji w zakresie żywienia i zmiany stylu życia osób obciążonych rodzinnie miażdżycową chorobą sercowo-naczyniową mają istotną wartość praktyczną.

Z prawdziwą przyjemnością i z głębokim przekonaniem o istotnym znaczeniu praktycznym przedłożonej przez lekarza pana Wiktora Kawałko rozprawy doktorskiej pt. **„Ocena zależności pomiędzy rodzinnym występowaniem chorób układu sercowo-naczyniowego a nawykami żywieniowymi u pacjentów z chorobą wieńcową”** zwracam się do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z wnioskiem o dopuszczenie lekarza, pana Wiktora Kawałko do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ponadto stwierdzam, iż rozprawa doktorska lekarza, pana Wiktora Kawałko pt. **Ocena zależności pomiędzy rodzinnym występowaniem chorób układu sercowo-naczyniowego a nawykami żywieniowymi u pacjentów z chorobą wieńcową**” spełnia warunki określone w art. 13 ust.1 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz.595, z późn.zm.).

Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej  
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

*prof. dr hab. Maria Małgorzata Winnicka*