

Dr hab. n. med. Zbigniew Kamocki
II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Ocena rozprawy na stopień doktora nauk medycznych lek. med. Anny Sokołowskiej
pt.: Ocena wyników leczenia pacjentów w wieku starszym i sędziwym leczonych na
oddziale chirurgicznym z uwzględnieniem charakteru zabiegów.**

Lekarz medycyny, Anna Sokołowska, podjęła się analizy wyników chirurgicznego leczenia chorych w podeszłym wieku. Temat prowadzonych badań jest aktualny i niezwykle ważny. Obserwowane w ostatnim stuleciu istotne wydłużenie długości trwania ludzkiego życia spowodowało zwiększenie się odsetka osób w wieku podeszłym. Oczekiwana średnia długość życia w Polsce w minionym roku wyniosła 77,8 lat. Proces starzenia się społeczeństwa nadal postępuje. W ciągu dekady odnotowuje się wydłużenie długości życia o 2 lata. Dodatkowo stwierdza się szybszy wzrost odsetka osiemdziesięciolatków i osób starszych w porównaniu do ogólnego tempa procesu starzenia. Jest to zjawisko podwójnego starzenia i występuje w podobnym odsetku zarówno w środowisku miejskim, jak i wśród ludności wiejskiej. W miarę starzenia się organizmu występuje wieloukładowe zmniejszenie się rezerw organizmu i rozwój zespołu kruchości. Zmniejsza się rezerwa fizjologiczna, obniża się aktywność fizyczna, stopniowo nasila się utrata sprawności umysłowej. Pojawiają się zaburzenia w odżywianiu prowadzące do niedożywienia, wzrasta podatność na urazy. Rozwijający się zespół kruchości charakteryzuje się aktywacją procesów zapalnych, zaburzeniem metabolizmu białek i dysregulacją neuroendokrynną. Skutkiem powyższych procesów jest współwystępowanie wielu schorzeń. Wielochorobowość wymusza konieczność częstszych interwencji medycznych i niejednokrotnie wielolekowej terapii. Powoduje to zjawisko polipragmazji, a nasilone u osób starszych zespoły bólowe przyczyniają się dodatkowo do nadużywania przez nich leków przeciwbólowych. W ten sposób powstaje jatrogeny zespół geriatryczny. Brak korzystnych efektów leczenia powoduje u tych chorych gorszą samoocenę i rozwój depresji, co w konsekwencji obniża zdolność do samodzielnego funkcjonowania.

Wraz z wydłużeniem ludzkiego życia, poza obserwowanym wzrostem liczby porad internistycznych, wzrasta także konieczność interwencji chirurgicznych. Z jednej strony jest to efekt rosnącej chorobowości, u podstaw której leży tak charakterystyczny dla procesów starzenia rozwój miażdżycy, a także nasilające się upośledzenie sprawności obronnych układu immunologicznego. Z drugiej strony, postęp wiedzy anestezyjologicznej i rozwój technologiczny chirurgii umożliwia wykonywanie większej liczby „bezpiecznych” procedur chirurgicznych, zarówno planowych, jak i interwencji doraźnych.

Przedstawiona do recenzji praca jest 127 stronicowym opracowaniem, spełniającym od strony redakcyjnej wszelkie wymogi obowiązujące dla tego rodzaju monografii.

Rozprawa składa się ze wstępu, założeń i celów pracy stanowiących uzasadnienie podjęcia badań, opisu materiału i metodyki badań, przedstawienia wyników oraz przeprowadzonej dyskusji i wniosków. Zawiera także wykaz stosowanych skrótów, spis piśmiennictwa oraz streszczenia w języku polskim i angielskim. Doktorantka podaje piśmiennictwo w kolejności cytowań. Stosunek piśmiennictwa archiwalnego do aktualnego jest dobrze dobrany. Jedynym niedopatrzeniem jest brak kropek na końcu niektórych, wymienionych pozycji, na stronach: 106, 107, 108, 109 i 110.

We Wstępie doktorantka definiuje starość i w syntetyczny sposób opisuje procesy starzenia się poszczególnych układów i narządów. Zwraca uwagę na stopniowo rozwijający się zespół kruchości, wymagający do prawidłowego leczenia przeprowadzania u osób w podeszłym wieku całościowej oceny geriatrycznej. W podrozdziale 1.4 dotyczącym hospitalizacji osób starszych autorka podkreśla utratę rezerw fizjologicznych i funkcjonalnych w tej grupie chorych, co musi być uwzględnione w nowoczesnym modelu opieki szpitalnej. Specyficzność tej grupy chorych autorka eksponuje w piątym podrozdziale wstępu. Przytacza badania dokumentujące zależność zaawansowanego wieku chorych z gorszymi wynikami leczenia choroby COVID-19.

Cel pracy jest jasno sprecyzowany. Przedmiotem badania była ocena wyników leczenia w oddziale chirurgicznym chorych w podeszłym i sędziwym wieku. Oceniono 314 leczonych, którzy pod względem wieku metrykalnego byli podzieleni na dwie grupy. Jedną stanowili osoby w przedziale wiekowym od 75 do 89 lat, drugą chorzy w wieku sędziwym, którzy przekroczyli 90. rok życia. Analizie poddano chorych hospitalizowanych zarówno ze wskazań nagłych, jak i przyjmowanych do leczenia planowego. Badanie zostało przeprowadzone w dwóch przedziałach czasowych. 207 leczonych w okresie od maja 2015 do listopada 2019 roku poddano retrospektywnej ocenie. U nich analizowano chorobę zasadniczą i współistniejące schorzenia, zbierano wywiad przebytych operacji i leczenia zachowawczego,

oceniano sposób zastosowanego leczenia i powikłania, stosowane leki oraz czas hospitalizacji. Ponadto wartościowano szeroki panel badań laboratoryjnych, wykonywanych przy przyjęciu oraz w momencie wypisu. Każdemu choremu wyliczano wskaźnik masy ciała i za pomocą skali NRS 2002 oceniano stan odżywienia. Analizowano zarówno stan fizyczny, jak i psychiczny leczonych. W kolejnym 2.letnim przedziale czasowym, badaniami już prospektywnymi, objęto następnych 107 chorych. W tej grupie zakres badań został poszerzony o ocenę sprawności umysłowej oraz stopień samodzielności stosując Skrócony Test Sprawności Umysłowej według Hodgkinsona, a także Skalę Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego według Katza. Powyższe testy przeprowadzano dwukrotnie: przy przyjęciu oraz przy wypisie chorego. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Liczba zebranych danych jest imponująca. Są one zwięźle omówione i przejrzysto zilustrowane w postaci 69 tabel i 63 rycin. W podrozdziałach opisujących poszczególne wyniki autorka dodatkowo umieściła wyjaśnienia zasadności wykonanych badań, opisując kliniczne znaczenie badanego parametru. Syntetycznie ujęte wyniki wraz z estetyką dołączonej grafiki czyni tę pracę łatwą i przyjemną w czytaniu. Analiza statystyczna została przeprowadzona w sposób właściwy i wyraziście przedstawiona. Sposób prezentacji wyników znakomicie ułatwia ocenę poszczególnych części pracy.

Badane grupy chorych różniły się nie tylko wiekiem metrykalnym. U osób w wieku sędziwym częstszym powodem hospitalizacji były wskazania nagłe. Były to głównie krwawienia z przewodu pokarmowego, bóle brzucha, czy też z zakażenia zmian martwiczych lub owrzodzeń w obrębie skóry i tkanki podskórnej. Chorzy do 89 roku życia byli leczeni w większym odsetku w trybie planowym, gdzie najczęściej stwierdzano schorzenia pęcherzyka żółciowego, przepukliny oraz guzy nowotworowe. U osób powyżej 90. roku życia częściej występowała demencja i niedosłuch. Mimo, że poza obniżonym stężeniem albumin u osób w sędziwym wieku, nie stwierdzono istotnych różnic w szerokim panelu badań laboratoryjnych między badanymi grupami, to oceniony przy przyjęciu stan ogólny chorych oraz stan ich świadomości był gorszy w grupie starszej. Ta grupa chorych była w większym odsetku leczona zachowawczo. Zabiegi chirurgiczne w obu grupach obejmowały radykalne resekcje metodą otwartą jelita grubego z powodu guzów nowotworowych, laparoskopowe wycięcie pęcherzyka żółciowego oraz zabiegi przepuklin pachwinowych. U osób w wieku sędziwym częściej wykonywano amputacje kończyn. Zaburzenia gojenia rany pooperacyjnej oraz powikłania infekcyjne rzadziej występowały w grupie osób młodszych. Te osoby były po operacji „bardziej spokojne i w lepszym kontakcie słownym”. Sadzę, że autorka tak określiła zespoły majaczeniowe. Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych w długości trwania

hospitalizacji, ani w odsetku zgonów między badanymi grupami. Przy wypisie odnotowano obniżenie sprawności umysłowej chorych w wieku sędziwym, ze znamionym pogorszeniem sprawności wykonywania czynności życia codziennego.

Przeprowadzone badania pozwoliły doktorantce na sformułowanie sześciu niezwykle istotnych w praktyce klinicznej wniosków. Autorka podkreśliła istotne znaczenie schorzeń współistniejących u osób w podeszłym wieku, mający negatywny wpływ na diagnostykę i leczenie chorych. Laboratoryjna ocena morfologii, gospodarki lipidowej, parametrów hemostazy, glikemii, elektrolitów, enzymów wydzielniczych wątroby, funkcji nerek oraz analiza tętna i ciśnienia tętniczego krwi wykazały nie tylko podobieństwo w obu badanych grupach, jak również nie odbiegały one od normy. Ważnym wnioskiem jest wykazanie, że u hospitalizowanych chorych powyżej 75 roku życia nasila się ryzyko pogorszenia sprawności umysłowej chorych oraz zaburzenia ich funkcjonowania. W konsekwencji osoby w wieku starczym i sędziwym wymagają adekwatnego nadzoru w zakresie przyjmowanych leków. Dwa ostatnie wnioski dotyczą stosowanego leczenia chirurgicznego. Doktorantka akcentuje stwierdzenie, że mimo współistniejących schorzeń wiek chorych nie jest przeciwwskazaniem do przeprowadzenia koniecznych procedur chirurgicznych. Wymagany jest jednak wybór odpowiedniej do stanu klinicznego procedury chirurgicznej, zarówno u osób w wieku starczym, jak i sędziwym.

Z ogromną przyjemnością zapoznałem się z powyższą rozprawą doktorską. Jest to znakomicie przygotowane naukowe opracowanie poruszające nadal nierozwiązany, a w polityce zdrowotnej wręcz temat tabu – problem chirurgii osób w podeszłym wieku. Sam geriatryczny chory stanowi wyzwanie nie tylko dla służby zdrowia, ale także dla opieki społecznej. Dodatkowy uraz, jakim jest zabieg operacyjny, istotnie pogarsza zarówno sprawność fizyczną, jak i umysłową chorych. Wywołuje to lawinę nowych, stale piętrzących się problemów, prześcigających się wzajemnie w pilności ich rozwiązań. Problematyka leczenia osób w podeszłym wieku wymaga nowej i nowoczesnej strategii kompleksowych rozwiązań. Recenzowana przeze mnie praca wyróżnia się innowacyjnym podejściem do zagadnienia, napisana jest poprawnie stylistycznie i wskazuje na dojrzały sposób przedstawiania wyników uzyskanych w drodze badań naukowych. Cele pracy zostały zrealizowane. Zebranie i przeanalizowanie tak olbrzymiej liczby danych wymagało od doktorantki wyjątkowego zaangażowania i rzetelności badacza. Powyższe opracowanie naukowe powinno być rozpowszechnione nie tylko w środowisku specjalistów tych gałęzi medycyny, którzy zajmują się leczeniem ludzi w podeszłym wieku, lecz także wśród osób odpowiadających za politykę zdrowotną państwa. Jedynym zastrzeżeniem, co absolutnie nie zmniejsza wartości pracy, jest

użycie w tabeli nr 6 nieprofesjonalnych określeń stosowanych przez chorych leków, np. leki na wątrobę, leki na POCHP, leki na zwyrodnienia stawów, czy również leki na tarczycę.

Pracę doktorską lekarza medycyny Anny Sokołowskiej 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 r. o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w 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 we Wrocławiu o przyjęcie pracy i dopuszczenie Autorki do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Jednocześnie wnioskuję o wyróżnienie niniejszej pracy doktorskiej. Chirurgiczne leczenie osób w podeszłym wieku stanowi swoiste wyzwanie. Przeprowadzone badanie kliniczne wyróżnia się nowatorskim charakterem, a przeprowadzona analiza ogromnej ilości danych objęła w sposób kompleksowy problematykę starości. Rozprawa dokumentuje dobre przygotowanie zespołów zabiegowych, a jednocześnie potrzebę ważnych zmian organizacyjnych służby zdrowia, takich jak np.: rozwój prehabilitacji, uzupełnienie personelu medycznego o geriatrów na oddziałach chirurgicznych, zwiększenie pomocniczego personelu pielęgniarskiego, odpowiedniej adaptacji oddziałów zabiegowych do potrzeb leczonych, czy też organizacji odpowiedniej opieki poszpitalnej.

Dr hab. Zbigniew Kamocki

Dr hab. n. med.
Zbigniew Krzysztof Kamocki
specjalista chirurg
4006601