

Ocena

Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu



RPW/7373/2023 P
Data: 2023-05-15

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu BIURO RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE	
wpł. dnia	15-05-2023
L. dz. RN-EM/	526

rozprawy na stopień doktora nauk medycznych nt. „ *Ocena powikłań pooperacyjnych i nawrotów u pacjentów leczonych w szpitalu w Trzebnicy z powodu przepukliny pachwinowej metodą beznapięciową z użyciem siatki samomocującej i wszywanej w latach 2008-2018*”

autorstwa lek. med. Dominiki Pupka ze studium doktoranckiego w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Praca napisana pod kierunkiem Prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Kaliszewskiego; przewód doktorski procedowany w Radzie Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Przedstawiona mi do oceny praca jest przygotowana w formie tradycyjnie oprawionej, na 90. stronach druku komputerowego jednostronnie. Zawarta jest w typowych dla rozpraw na stopień doktora nauk medycznych rozdziałach ponumerowanych: od Wstępu, przez Założenia i cel pracy, Materiały i metodykę, Wyniki, do Dyskusja, Ograniczenia pracy i Wnioski. Poza tym zawiera spis piśmiennictwa (tutaj Bibliografia), Streszczenie w języku polskim i angielskim (Summary), Spis rycin, Spis Tabel i Spis fotografii. Ponadto na początku pracy zamieszczono Wykaz używanych skrótów.

Autorka podjęła ciągle aktualny w obserwacjach klinicznych i badaniach naukowych problem wyników po operacjach przepukliny pachwinowej. Tutaj skupiła się na ocenie powikłań pooperacyjnych i nawrotów po operacji metodą beznapięciową z dojścia klasycznego z użyciem siatki samomocującej i wszywanej. Metoda beznapięciowa w operacjach przepukliny pachwinowej jest powszechnie uznana i stanowi metodę z wyboru w rozwiązywaniu tego problemu. Różnić się jednak może zastosowanym materiałem do wszczepień, tak pod względem rodzaju materiału, jego struktury i sposobu mocowania przy zamykaniu wrót przepuklinowych.

Już w tym miejscu należy wskazać na niewątpliwy walor podjętych badań : pacjenci z jednego ośrodka chirurgicznego (Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego im. Świętej Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy), operowani w ostatnim dziesięcioleciu przez doświadczony zespół , jednolitą metodą, z zastosowaniem takiego samego materiału do wszczepień wg. klasyfikacji Coda – mocowanego szwami i samomocującego.

Wymienione powyżej warunki powstania pracy są szczególnie istotne dla podjęcia badań retrospektywnych; wyniki tych badań mają nie tylko wskazywać na przydatność i wartość porównywanych metod operacyjnych, ale także odkrywać zalety i mankamenty w dokumentacji medycznej jako źródła danych do badań naukowych, co może przyczynić się do poprawienia jej stanu w najbliższej przyszłości.

Co do poszczególnych rozdziałów pracy, omówię je w kolejności następowania po sobie.

We Wstępie Autorka w zwięzły sposób przedstawia rys historyczny podjętego problemu badawczego, jego epidemiologię i etiologię, diagnostykę, anatomię kanału pachwinowego, rodzaje i podział przepuklin pachwinowych oraz metody leczenia – od zachowawczych, przez operacje napięciowe do beznapięciowych wskazując tu na zastosowanie różnych rodzajów wszczepów.

Uwagi i pytania do Autorki:

- str.7 jest - ...” na przepuklinę pachwinową zachoruje prawie 25% mężczyzn...” [11]

- str. 8 jest - ...” ryzyka zachorowania u mężczyzn sięgającego 27%...” [18]

Różnica w procentowym określeniu ryzyka zależy więc od badacza. Należało by podać procent ryzyka w zakresie, tutaj 25-27%

- str. 9 pierwsze zdanie – czy są to własne przemyślenia, przeświadczenia intuicyjne, czy mają podstawy w EBM ?

- str. 11 rodzaje przepuklin pachwinowych – skośna, prosta, mieszana. Czy w podziałach przepuklin uwzględnia się jeszcze stopnie zaawansowania choroby?

- str. 14 Fotografia 1, materiał własny?

W następnym rozdziale Autorka przedstawia Założenia i cel pracy. Są one jednoznacznie określone, oparte na przekonaniu o wyższości metod beznapięciowych nad napięciowymi z pozostawieniem otwartego pytania, czy technika operacji w grupie beznapięciowych metod zaopatrywania wrót przepuklinowych może mieć wpływ na wczesne i odległe wyniki leczenia. Z tak postawionego założenia wywodzi się cel pracy – porównanie metody z użyciem monofilamentnej siatki przyszywanej z metodą bez użycia szwów dla mocowania implantu samoprzylepnego.

Dla porównania tych dwóch sposobów Autorka proponuje analizę następujących kryteriów : doznania bólowe, zaburzenia czucia, uczucie obecności ciała obcego w miejscu operowanym; ponadto wystąpienie surowiczaka, krwiaka, czy zakażenie rany. W celach pracy wskazuje się także na zbadanie przydatności takich kryteriów porównawczych, jak: czas powrotu do aktywności zawodowej i codziennej, konieczność terapii przeciwbólowej, częstość wizyt poradzianych po operacji (nie „częstotliwości”, jak w tekście).

W rozdziale Materiały i metodyka (może lepiej „Materiał i metody badań” ?) znajdują się istotne informacje dotyczące charakterystyki oddziału, w którym operowano analizowanych chorych oraz jednoznacznie określone ramy czasowe, w których ich operowano; podano liczbę operowanych metodą beznapięciową w podejściu Lichtensteina z użyciem wszczepu (560 – ciu); precyzyjnie określono kryteria włączenia i wyłączenia z badań. Rozdział zawiera opis metod operacyjnych dla obydwu badanych metod bogato ilustrowany zdjęciami bardzo dobrej jakości, które odpowiadają kluczowym etapom operacji.

W przygotowaniu pracy do druku należy przy każdym tytule Fotografii dopisać – „materiał własny”.

Następne podrozdziały Wstępu poświęcone są: skalom oceny bólu, zebranych danym do analizy retrospektywnej – przy przyjęciu do szpitala, dotyczące operacji i przebiegu pooperacyjnego oraz kontroli pooperacyjnej (w 8.-12. dobie, 6 i 12 miesięcy po operacji). Ostatecznie po uwzględnieniu kryteriów włączenia do badań i wyłączenia (tutaj też według jakości i kompletności danych) do analizy zakwalifikowano 163. pacjentów podzielonych na dwie grupy badawcze. W grupie A znaleźli się operowani z użyciem implantu mocowanego szwami (53 chorych), a w grupie B operowani z użyciem implantu samoprzylepnego (110 chorych). Szkoda, że liczebność grup nie została wskazana jeśli nie wcześniej, to na samym początku rozdziału 4.1; w związku z tym do tych danych czytelnik musi dotrzeć analizując Tabelę 2.

Uwagi do Autorki:

- str. 23, przedostatni akapit - ...”są stosunkowo podobne...” . - Nie ma takiej miary, po prostu „podobne”

- str. 24 ...” klarowny przekaz...”; - lepiej ...” bardziej precyzyjny/bardziej zrozumiały...”

Rozdział kończy informacja dotycząca narzędzi analizy statystycznej. Ze względu na niezrównoważone liczebności grup badawczych i zaplanowane badanie związków przyczynowo-skutkowych dla danych dyskretnych (opisowych, jakościowych, nie liczbowych) oraz badanie tendencji prognostycznych narzędzia statystycznej analizy danych są dobrane tutaj właściwie i oryginalnie, tym bardziej że zadano im bardzo wymagające kryterium istotności ($p < 0.05$).

W rozdziale Wyniki zwraca uwagę bardzo staranne ich przedstawienie w odpowiednich tabelach i reprezentacja w postaci rycin (wykresów), po których następuje komentarz dotyczący istotności różnic między cechami w grupach badawczych.

Autorka zwraca uwagę na następujące istotności w różnicach między grupami:

- w grupie A odsetek pacjentów bezbólowych po operacji wynosił 75%, w grupie B – 93,6% ($p = 0.004$)

- w 1. dobie pooperacyjnej:

Krwiak pooperacyjny wystąpił częściej w grupie A ($p < 0.01$)

Obrzęk miejsca operowanego występował częściej w grupie A ($p = 0.02$)

Uczucie ciała obcego w miejscu operowanym było częściej w grupie A ($p < 0.01$)

Ból utrzymujący się - częściej w grupie A ($p < 0.01$)

- w 8.-12. dobie po operacji (w rozdziale 4.4 - ... w 10.dobie...):

Uczucie ciała obcego - częściej w grupie A ($p < 0.01$)

Ból utrzymujący się - częściej w grupie A ($p < 0.01$)

Ropienie rany, czy krwitek wystąpił w obu grupach , choć w nikłym procencie (1-5%) – bez istotnej statystycznie różnicy

- po 6.miesiącach od operacji:

Uczucie ciała obcego dominowało w grupie A ($p < 0.01$)

Podobnie zaburzenia czucia (parestezje) z $p < 0.01$

Nieznaczne dolegliwości bólowe (1-3 w skali NRS) wystąpiły w większym procencie w grupie A ($p = 0.03$)

- po 12.miesiącach od operacji:

Uczucie ciała obcego - częściej w grupie A ($p < 0.01$)

Zaburzenia czucia (parestezje) - częściej w grupie A ($p < 0.01$)

Dolegliwości bólowe przewlekłe - częściej w grupie A ($p = 0.03$)

Uwagi i pytania do Autorki:

- str. 30 ostatni akapit. - Co znaczy tutaj „tryb nagły” (w 15% przypadków)? Czy np. przyjęcie z powodu uwięźnienia?

- w Tabeli 4 liczebność grup w poszczególnych obserwacjach jest inna w porównaniu z innymi zestawieniami. Czy po 10.dniach zgłaszali się do badania w różnej liczbie?

- str. 41 w pierwszym zdaniu jest skrót VAS. Z założenia przecież stosowano w pracy skalę NRS; w zdaniu nad wykresem powinno być – 12 miesięcy

- str. 28 ostatnie zdanie przed Tabela 2 . - Skąd ten wynik, czy chodzi o nawrót w przeszłości zoperowany teraz analizowanymi metodami, czy o nawroty choroby po analizowanych operacjach; odpowiednio - w jakim czasie obserwacji, czy w ramach czasowych przedstawianych w pracy?

Rozdział Wyniki kończą bardzo wartościowe podrozdziały podsumowujące z ilustracją wykresową na rycinach 15. i 16. oraz oceniające funkcjonowanie zawodowe, czynniki ryzyka nawrotu choroby i zakażenia szpitalnego.

Uwaga i pytanie do Autorki:

- na str. 46 podano dane dotyczące nawrotów choroby, który wystąpił u 16. operowanych (9.82%) – u 3. w grupie A (5.7%) i u 13 w grupie B (11.8%). Jak to się ma do informacji ze str. 28?

Konsekwencją uzyskanych wyników z badań własnych jest Dyskusja, w której Doktorantka omawia ich wartość i znaczenie na tle wyników innych autorów. Dostrzega w nich różnice, próbuje je wyjaśnić na tle ograniczeń w badaniach własnych, ale i je dostrzega u innych badaczy. Rozdział ten dowodzi dobrego przygotowania Doktorantki do prowadzenia tego rodzaju badań i polemiki naukowej, a także umiejętności pozyskiwania inspiracji badawczej ze zgromadzonego piśmiennictwa. Budzi też nadzieję, że z powodzeniem ustosunkuje się do powyższych uwag recenzenta podczas uroczystej Obrony.

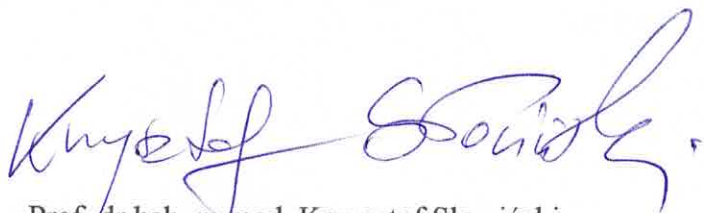
Merytoryczną część pracy kończą Wnioski, które w tym przypadku są opisowe, nie wypunktowane. Choć opowiadam się za formą wypunktowaną, to należy przyznać, że w coraz większej liczbie współczesnych artykułów naukowych spotyka się sposób przedstawiania wniosków zastosowany przez Doktorantkę. Przedstawione przez Nią wnioski odpowiadają w pełni założeniom i celom pracy.

Na Bibliografię (lepiej – „Piśmiennictwo”) składają się 122. pozycje (numer 121 występuje dwukrotnie), są one aktualne, właściwie dobrane i cytowane, wypisane według właściwego, jednolitego porządku, w kolejności pojawiania się w tekście pracy.

Praca jest napisana poprawnym językiem polskim i starannie edytowana. Stanowi ważny wkład w literaturę przedmiotu. Uzyskane w niej wyniki i wnioski mają dużą wartość dla praktyki klinicznej. Zgłoszone przeze mnie uwagi i pytania nie obniżają w żadnym stopniu jej wartości jako rozprawy naukowej. Sądzę, że mogą być pomocne w przygotowaniu do publikacji w recenzowanych czasopismach naukowych.

Rozprawa ta 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.).

Zwracam się więc do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z prośbą o dopuszczenie ocenianej rozprawy oraz jej Autorki, Pani lek. med. Dominiki Pupka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Słowiński

w Poznaniu, dnia 10 maja 2023 roku