

*Prof. dr hab. n. med. Tomasz Urbanek  
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Naczyń, Angiologii i Flebologii  
Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice  
ul. Ziolowa 45/47, 40-635 Katowice*

*Katowice 15.06.2021*

## **Ocena rozprawy doktorskiej lekarza medycyny Cezarego Szarego „Niewydolność żylna miednicy: diagnostyka obrazowa, klasyfikacja, metody leczenia”**

Do oceny otrzymano dokumentację w formie cyfrowej (PDF) w postaci kopii 3 publikacji, o które oparta jest rozprawa, jak również cyfrową wersję rozprawy zawierającą omówienie i podsumowanie poruszanych w pracach tematów. Wszystkie 3 prace opublikowane zostały w czasopismach z IF - we wszystkich pracach lek med. Cezary Szary jest pierwszym autorem.

Niewydolność żył miednicy stanowi istotny i interdyscyplinarny problem medyczny. Zgodnie z doniesieniami piśmiennictwa jest ona odpowiedzialna za dużą liczbę wizyt ginekologicznych, a pacjentki z zespołem nadciśnienia żylnego w tym obszarze stanowią niemal 20% chorych z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi w zakresie miednicy. Wiedza na temat tego schorzenia w środowisku medycznym pozostaje nadal ograniczona, co więcej, problemy diagnostyczne i terapeutyczne w tej grupie pacjentek skłaniają zdecydowanie do dalszych badań zmierzających do ustalenia algorytmu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Poszukując przyczyn powstania nadciśnienia w obrębie krążenia żylnego miednicy na uwadze należy mieć zarówno niewydolność żył jajnikowych i biodrowych zewnętrznych jak i obecność zespołów uciskowych w zakresie żył biodrowych, czy też nerkowej lewej. Poza grupą chorych z objawami ze strony miednicy, osobny problem stanowią żylaki pochodzenia miedniczego obecne często u pacjentów z istotnymi hemodynamicznie przeciekami pomiędzy żyłami miednicy a układem żylnym kończyn dolnych. Prace opublikowane przez lek. med. Cezarego Szarego wnoszą istotne nowe informacje dotyczące patogenezy, jak również znaczenia zmian stwierdzanych w krążeniu żylnym miednicy i wpisują się w niezwykle aktualne i potrzebne badania dotyczące patologii układu żylnego w tym obszarze,

W pracy "Hemodynamic and Radiological Classification of Ovarian Veins System Insufficiency" ocenie retrospektywnej poddano wyniki badań obrazowych krążenia miedniczego oparte o ultrasonograficzne badanie dopplerowskie oraz wenografię CT lub

MR wg wprowadzonego w ośrodku Autora protokołu badawczego. W ocenie uwzględniono wyniki badań 535 pacjentek z objawami niewydolności żylnych kończyn dolnych, u których rozpoznano, bądź podejrzewano niewydolność żylną miednicy, i które w związku z tym poddane były rozszerzonej diagnostyce obrazowej. Wyniki badań obrazowych wszystkich pacjentek zostały ocenione pod kątem występowania istotnych zmienności anatomicznych w budowie układu żylnego oraz obecności potencjalnych żylnych zespołów uciskowych. Przeprowadzona analiza wyników wykonanych badań obrazowych pod kątem obecności anatomiczno-hemodynamicznych zmienności i nieprawidłowości w układzie żylnym jamy brzusznej i miednicy wykazała w badanej grupie, że częstość występowania takich zmian wynosi aż 37.4%. Równocześnie u 67,5% kobiet, u których występowały objawy niewydolności żylnych kończyn dolnych zaobserwowano poszerzenie oraz niewydolność lewej żyły jajnikowej. Podobne objawy po stronie prawej (prawa żyła jajnikowa) występowały u 33% badanych, co autor w dużej części wiąże z istotnym przekrwieniem miednicy powodowanym niewydolnością lewej żyły jajnikowej i prowadzącym do poszerzenia żyły jajnikowej prawej i jej następnej niewydolności. W oparciu o przeprowadzoną analizę wyników badań obrazowych, w ich zestawieniu z dostępnymi danymi klinicznymi, autor zaproponował system klasyfikacji niewydolności żylnych miednicy definiując cztery stopnie najczęściej występujących postaci niewydolności żył miednicy, związane z dysfunkcją układu żył jajnikowych.

Kontynuacją powyższych badań było badanie opublikowane w pracy "The Number of Pregnancies and Deliveries and Their Association with Selected Morphological and Hemodynamic Parameters of the Pelvic and Abdominal Venous System" dotyczące roli przebytych ciąż w rozwoju patologii układu żylnego miednicy. Badanie oparte było na dużej grupie 518 pacjentek i wykonanych badaniach obrazowych układu żylnego. W badanej populacji znalazły się pacjentki nie będące w ciąży oraz pacjentki, których wywiad dotyczył od 1 do 4 przebytych ciąż. W badaniu udokumentowano, że częstość występowania i nasilenie objawów niewydolności żylnych miednicy wzrasta proporcjonalnie do liczby ciąż donoszonych i wykazuje korelację ze zmianami morfologicznymi (stopniem poszerzenia) i hemodynamicznymi żył jajnikowych oraz żył przymaciczy. Podsumowując, analiza materiału przedstawionego w dwóch powyższych pracach sugeruje że najistotniejszymi czynnikami doprowadzającymi do powstania niewydolności żylnych miednicy, w tym do niewydolności żył jajnikowych, są zmienności anatomiczne układu żylnego oraz liczba przebytych ciąż i porodów.

W kolejnej pracy „The Analysis of Selected Morphological and Hemodynamic Parameters of the Venous System and Their Presumable Impact on the Risk of Recurrence

after Varicose Vein Treatment” ocenie poddano stopień zaawansowania niewydolności układu żylnego jak również stwierdzanych odchyleń w badaniach obrazowych w grupie pacjentów z nawrotowymi żylakami kończyn. Wyniki porównano z wynikami pacjentów grupy kontrolnej, z przewlekłą chorobą żylną, nie poddanych dotychczas leczeniu inwazyjnemu. W pracy tej poszukiwano również odpowiedzi na pytanie, czy niewydolność żylna miednicy może mieć związek z występowaniem nawrotów żylaków kończyn po wcześniejszym leczeniu. W obu badanych grupach odnotowano występowanie istotnych hemodynamicznie przecieków żylnych z miednicy do żył kończyn dolnych, a także wyraźne poszerzenie splotów żylnych przymacicz i żył jajnikowych, zwłaszcza po stronie lewej. Częstość występowania nieprawidłowości dotyczących żył miednicy i jamy brzusznej w obu grupach była zbliżona, a jej relatywnie częste rozpoznanie w badanym materiale wskazuje na potencjalnie istotne znaczenie niewydolności krążenia miedniczego w rozwoju i progresji przewlekłej choroby żylniej.

Podsumowując, badania lekarza Cezarego Szarego zwracają uwagę na istotną rolę diagnostyki opartej o wykonanie badań obrazowych w zakresie naczyń miednicy i jamy brzusznej w diagnostyce, nie tylko dolegliwości związanych z objawami nadciśnienia żylnego miednicy, ale również żylaków kończyn dolnych pochodzenia miedniczego. Podkreślając znacznie nieprawidłowości anatomicznych, jak i zaburzeń hemodynamicznych w obrębie krążenia miedniczego oraz innych czynników wpływających na progresję choroby żylniej, w tym liczby ciąż i porodów, Autor zwraca uwagę na znaczenie niewydolności żył miednicy w aspekcie potencjalnego ryzyka nawrotu choroby żylniej.

Nadesłane do recenzji prace stanowiące postawę rozprawy przesłanej do oceny, jak również wykonane badania oceniam wysoko. Ww doniesienia wpisują się w cykl ważnych prac badawczych mających na celu wyjaśnienie związku zaburzeń krążenia miedniczego z rozwojem i progresją przewlekłych chorób żył, zarówno na poziomie miednicy, jak i w obrębie kończyn dolnych.

Z obowiązku recenzenta chciałbym zwrócić uwagę na kilka zagadnień odnoszących się do podsumowania i wniosków załączonych przez Doktoranta do trzech nadesłanych prac. Uwagi te nie umniejszają mojej jednoznacznie pozytywnej oceny zarówno przeprowadzonych badań, jak i nadesłanych publikacji i rozprawy.

W podsumowaniu Autor sugeruje ze stosowane powszechnie leczenie chirurgiczne oraz leczenie wewnątrżylnie, polegające wyłącznie na usuwaniu, bądź zamykaniu głównych pni i ich poszerzonych odgałęzień, tj. żylaków na kończynach dolnych, skupia się jedynie na likwidacji objawów choroby żylniej, co zwykle skutkuje występowaniem nawrotów

choroby żyłnej. Chciałbym podkreślić, że charakter przewlekłej choroby żyłnej jest postępujący i niezależnie od wyboru metody leczenia obecność nawrotów choroby jest wpisana w jej naturalny przebieg kliniczny i w wielu przypadkach jest nie do uniknięcia. Zgodnie z doniesieniami piśmiennictwa odsetek nawrotów szacowany jest na od 25 do 50% po 5 latach obserwacji. Informacje te warte są uwzględnienia w tego rodzaju dyskusji, ponieważ zgodnie z dostępnymi badaniami i piśmiennictwem przyczyny nawrotu mogą być, i są, różne, wynikając zarówno z niewłaściwej kwalifikacji do zabiegu, czy też jego nieprawidłowego przeprowadzenia, jak i, częściej, progresji choroby, czy też tzw. neowaskularyzacji. Nie mogę się zatem zgodzić ze stwierdzeniem, że leczenie żyłaków kończyn dolnych metodami zabiegowymi „skupia się jedynie na likwidacji objawów choroby żyłnej, co zwykle skutkuje występowaniem nawrotów choroby żyłnej”. Pisząc tego typu stwierdzenia proponowałbym uwzględnić także inne niż miednicze pochodzenie refluku, jak również wspomniane przeze mnie czynniki takie jak progresja choroby. Oczywiście wśród potencjalnych przyczyn nawrotu choroby żyłnej istnieje również możliwość występowania przecieków z krążenia miedniczego o czym pisał Autor. Odnosząc się z wyników swojego badania lek. med. Cezary Szary zauważa że selekcja w wykonanym badaniu pacjentek z potencjalną i podejrzaną niewydolnością żył miednicy, w istotny sposób wpłynąć może na interpretację uzyskanych wyników oraz wpływające z tego wnioski. W podsumowaniu czytamy: „należy wyraźnie podkreślić, że ze względu na przyjęte kryteria selekcji danych, grupa objęta badaniem nie może, i nie powinna być traktowana, jako reprezentatywna dla całej populacji kobiet, czy tym bardziej – wszystkich pacjentów z niewydolnością żylną”. Powyższa słuszna uwaga odnosi się do materiału trzeciej ze zgłoszonych prac, gdzie w analizie przeprowadzone przez autora jedynie ok. 30% pacjentek z niewydolnością żylną kończyn dolnych, zarówno z niewydolnością nawrotową, jak i uprzednio nie leczonych, wykazywało w badaniu USG Doppler typową osiową niewydolność pniową. Byłbym zatem ostrożny z przenoszeniem wniosków z obserwacji dokonanych na wyselekcjonowanej grupie pacjentek na całą populację chorych, oraz jednoznacznym utożsamianiem niepowodzenia leczenia z brakiem zaopatrzenia niewydolności żył miednicy.

W dalszej części podsumowania Autor sugeruje że strategia leczenia niewydolności żyłnej powinna uwzględniać identyfikację i, w pierwszej kolejności, eliminację źródła refluku w miednicy małej i jamie brzusznej, a dopiero w kolejnym etapie – leczenie niewydolności żył kończyn dolnych. Popierając to stanowisko pozycjami piśmiennictwa lek. med. Cezary Szary uwzględnia jedynie prace przedstawiające pozytywny wynik tego rodzaju postępowania. O ile można się z tym zgodzić w zakresie dostępnego piśmiennictwa

odnoszącego się do redukcji objawów miednicznych, w podsumowaniu brakuje mi jako recenzentowi informacji o pracach, które nie potwierdzają skuteczności leczenia żyłaków kończyn dolnych pochodzenia miedniczego przy pomocy embolizacji żył miednicy. Nadesłana do oceny rozprawa nie przedstawia doświadczeń ośrodka Autora w tym zakresie na które powołuje się Autor, w podsumowaniu brak jest również odniesienia do jakiegokolwiek publikacji odnoszącej się do tego rodzaju wyników z ośrodka w którym Kandydat pracuje. Aktualne wytyczne w zakresie wykorzystania embolizacji żył miednicy w leczeniu żyłaków kończyn nie są jednoznaczne, dyskusyjne jest również piśmiennictwo dotyczące skuteczności tego rodzaju postępowania w profilaktyce nawrotów przewlekłej choroby żyłnej, co moim zdaniem należałoby uwzględnić w dyskusji.

#### Ocena metodologiczna

W przesłanych do oceny publikacjach będących podstawą rozprawy, lek med. Cezary Szary w prawidłowy sposób sformułował założenia i cele prac oraz zastosował właściwą metodologię i analizę statystyczną. Wszystkie 3 prace opublikowane zostały w czasopiśmie z wysokim współczynnikiem oddziaływania (łącznie IF 9,9) i poddane recenzji w trakcie kwalifikacji do druku. Ocena treści prac wskazuje na właściwy sposób analizy uzyskanych wyników prowadzący do istotnych klinicznie wniosków. Wyniki opisane w pracach zostały we właściwy sposób zinterpretowane i omówione w zawartych w nich dyskusjach prowadzących do wniosków. W nadesłanej do oceny rozprawie lek. med. Cezary Szary podsumował wyniki prac będących podstawą rozprawy oraz przedstawia wynikające z nich istotne klinicznie wnioski.

#### Podsumowanie

Nadesłana do oceny rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 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.) w związku z art. 179 ust. 1 ustawy z dnia 3 lipca 2018r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018r. poz. 1669 z późn.zm.).

Wnoszę do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie lek. Cezarego Szarego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

  
Prof. dr hab. n. med. Tomasz Olszewski  
Specjalista chirurgii naczyń,  
chirurgii ogólnej i angiologii  
5178980