

Kl. Chirurgii Naczyniowej, Wewnętrzznacyniowej,
Angiologii I Flebologii Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu

Ocena rozprawy doktorskiej lek. med. Michała Kowalczewskiego

Pt.: Ocena wyników leczenia wewnątrznacyniowego chorych z penetrującym miażdżycowym owrzodzeniem aorty

Penetrujące owrzodzenie miażdżycowe aorty (PAU) jest ogromnym problemem i wyzwaniem diagnostycznym i terapeutycznym dla chirurgów naczyniowych. Jest to stosunkowo niedawno rozpoznawana i opisywana , co prawda pierwszy opis pojawił się w roku 1934, ale pierwsze charakterystyki i mechanizmy powstawania zostały dopiero usystematyzowane w roku 1986 i została zakwalifikowana jako odrębna jednostka chorobowa. Penetrujące owrzodzenie miażdżycowe aorty powstaje w wyniku przerwania ciągłości błony wewnętrznej , które penetruje przez blaszkę sprężystą doprowadzając do uszkodzenia błony środkowej naczynia co może spowodować powstanie krwaka śródściennego, rozwarstwienia czy tętniaka rzekomego . W wyniku nasilania i pogłębiania się zmian w owrzodzeniu dochodzi do penetracji przepływającej krwi w głębsze warstwy ściany naczynia co może doprowadzić do zamknięcia naczyń vasa vasorum, poszerzenia średnicy wrzodu penetrującego i jego głębokości co w konsekwencji prowadzi do osłabienia ściany naczynia, jej przebudowy czego wynikiem może być powiększenie średnicy i powstanie tętniaka rzekomego lub prawdziwego, co grozi jego pęknięciem i często zgonem chorego. Objawy kliniczne PAU w początkowej fazie zmian nie są charakterystyczne. Zwykle małe owrzodzenia są bezobjawowe i wykrywane przypadkowo w trakcie badań diagnostycznych (USG, angioKT), z chwilą powiększania ich średnicy i penetracji w głąb ściany

aorty mogą pojawiać się bóle w klatce piersiowej lub jamie brzusznej w zależności od lokalizacji zmian lub poszerzenia średnicy aorty.

Leczenie penetrujących miażdżycowych owrzodzeń aorty stanowi nadal ogromny problem w chirurgii naczyniowej. Brak jest jasnych wskazań co do techniki wykonywania zabiegów (klasyczna czy wewnątrznaczyniowa), kryteriów leczenia zachowawczego lub operacyjnego w zależności od wielkości zmian czy czasu i metod diagnostycznych stosowanych w leczeniu tej grupy chorych. Osobnym zagadnieniem jest leczenie i dalsze monitorowanie pacjentów po zabiegach operacyjnych lub leczeniu zachowawczym. Zwykle są to chorzy o bardzo dużym ryzyku operacyjnym, w podeszłym wieku, w złym stanie ogólnym z licznymi schorzeniami współistniejącymi takimi jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność krążenia czy mocznica i wybór sposobu leczenia jest bardzo ważny, a brak jest algorytmu postępowania w tych przypadkach. Większość ośrodków bazuje na własnym doświadczeniu, które jest bardzo różne, i danymi z piśmiennictwa.

Dlatego też dobrze się stało, że lek. med. Michał Kowalczewski postawił sobie za cel opracowanie wyników i wskazań do leczenia chorych z penetrującymi owrzodzeniami miażdżycowymi aorty oraz opracowanie algorytmu postępowania z tą grupą pacjentów w oparciu o największy materiał kliniczny w Polsce i pod patronatem wybitnego znawcy tego zagadnienia prof. Szmidta.

Przedstawiona mi do oceny praca doktorska ma układ typowy dla tego rodzaju publikacji. Składa się z wstępu, przeglądu piśmiennictwa, celu pracy, materiału i metody, wyników, omówienia wyników i wniosków wynikających z badań, praca zakończona jest opracowanym algorytmem postępowania diagnostycznego i leczniczego chorych z penetrującym miażdżycowym owrzodzeniem aorty oraz spisem piśmiennictwa w tym polskiego (szkoda że tylko 3 pozycje na 182). Praca zawiera również 27 tabel i 23 ryciny które znacznie ułatwiają zrozumienie tekstu i omawianej problematyki

We wstępie i przeglądzie piśmiennictwa autor z dużą znajomością tematyki i wiedzą omawia patomechanizm rozwoju PAU, przebieg kliniczny, historię naturalną oraz klasyfikacje i epidemiologię owrzodzeń penetrujących aorty piersiowej i brzusznej. W rozdziale tym doktorant dokonuje również przeglądu aktualnie stosowanych metod diagnostycznych w rozpoznawaniu, leczeniu i

obserwacji tych zmian w aorcie, podkreślając znaczenie angioKT jako metody z wyboru- najczulszej i najdokładniejszej. W kolejnym punkcie tego rozdziału omawia sposoby leczenia zarówno metodami klasycznymi jak i wewnątrznaczyniowymi podkreślając znaczenie terapii endowaskularnej, szczególnie w leczeniu zmian w odcinku piersiowym aorty. Opisuje również najczęściej występujące powikłania po zakładaniu stentgraftów aortalnych. Jednak zdaniem recenzenta nie potrzebne są ustępy opisujące technikę zakładania stentgraftów czy ich budowę oraz techniczne aspekty operacji otwartych czy wewnątrznaczyniowych. Nie jest to przedmiotem dysertacji a są one szeroko omówione w licznych podręcznikach i innych publikacjach dotyczących chirurgii naczyniowej

Doktorat postawił przed sobą 4 cele pracy, które w dalszych rozdziałach omawia i rozwiązuje. Zagadnienia te zostały jasno sformułowane i są bardzo konkretne. W rozdziale materiał i metody autor omawia ogólną charakterystykę 71 chorych, których podzielił na 2 grupy w zależności od lokalizacji PAU: w odcinku piersiowym 25 chorych i brzuszny (pod nerkowym) 46 chorych, których leczono wszczepieniem graftów naczyniowych. Omawia wskazania do leczenia operacyjnego w poszczególnych grupach. Najczęstszym wskazaniem w był tętniak aorty powstały w wyniku penetracji owrzodzenia miażdżycowego w ścianie aorty i to zarówno w aorcie piersiowej jak i brzusznej a z objawów klinicznych dolegliwości bólowe w klatce piersiowej i w jamie brzusznej. Zdaniem recenzenta niepotrzebnie doktorant w tym rozdziale opisuje poszczególne typy używanych stentgraftów opisując ich techniczne parametry i budowę oraz technikę implantacji co w znacznym stopniu zaburza przejrzystość rozdziału. Analiza statystyczna została wykonana z użyciem właściwych metod i testów matematycznych.

W kolejnym rozdziale doktorant analizuje otrzymane wyniki, które podzielił na wczesne do 30 dni i późne po 30 dobie od operacji. Wczesny dobry wynik w grupie A uzyskano u 68% chorych a u 7 chorych pojawiły się przecieki różnego typu a w grupie B przecieki te stwierdzono u 39% pacjentów. Przecieki te były leczone endowaskularnie lub zachowawczo w zależności od typu. Doktorant szczegółowo omawia typy przecieków oraz sposoby ich leczenia a także inne powikłania wczesne i odległe które stwierdzano w tych 2 grupach chorych. Odległe dobre wyniki uzyskano u 22 chorych z grupy A (88%) i u 45 chorych z

grupy B (97,8%). Z przeprowadzonej analizy przeżycia wynika, że istotnie dłuższe prawdopodobieństwo przeżycia stwierdzano u chorych u których nie występowały powikłania pooperacyjnie w porównaniu z grupą gdzie takie powikłania obserwowano.

W omówieniu autor z dużą znajomością badanej tematyki ustosunkowuje się do danych z piśmiennictwa i do wyników własnych. W sposób logiczny i ostrożny omawia własne rezultaty badań. Słusznie zwraca uwagę, że u chorych z bezobjawowymi owrzodzeniami i o niewielkich rozmiarach powinno się postępować zachowawczo poprzez obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, farmakoterapię i obserwację. Do pilnej interwencji powinni być zakwalifikowani chorzy z dolegliwościami bólowymi, z powiększającą się średnicą aorty i owrzodzenia. Z jednym stwierdzeniem doktoranta nie mogę się zgodzić. A mianowicie, że przewaga leczenia wewnątrznacyniowego nad metodami klasycznymi jest bezsporna (str. 139). Jest to stwierdzenie prawdziwe ale tylko do zabiegów w obrębie aorty piersiowej. Natomiast w odcinku podnerkowym, zdaniem recenzenta nie jest to tak oczywiste. W okresie odległym do 6 lat obserwacji stwierdza się ok 60% powikłań po implantacji stentgraftów co nie jest wynikiem satysfakcjonującym. Również stałe monitorowanie tych chorych przy pomocy USG, angioKT jest obciążające i kosztowne. Jakość życia jest również gorsza niż u pacjentów operowanych sposobem klasycznym. Moim zdaniem jeżeli stan chorego na to pozwala, a szczególnie u chorych młodszych, preferuję metodę klasyczną czyli wszycie protezy naczyniowej. Możliwe jednak, że doświadczenie kliniczne macierzystej Kliniki doktoranta jest inne. Wydaje mi się również, że wykonywanie badania angioKT w 3,6 i 12 msc a później co roku też zwiększa koszty leczenia i naraża chorego na powikłania. W Klinice recenzenta wykonujemy kontrolne angioKT po 30 dniach od implantacji a później preferujemy badanie USG i w razie powiększania się tętniaka czy utrzymujących się lub nowych przecieków wykonujemy badanie angioKT.

Dysertacja zakończona jest wnioskami, które w pełni odpowiadają postawionym celom pracy. Są one dość rozbudowane ale treściwe i w pełni udokumentowane wynikami przeprowadzonych analiz. Podsumowaniem pracy doktorskiej jest próba ustalenia algorytmu postępowania u chorych z penetrującymi miażdżycowymi owrzodzeniami aorty. Algorytm ten w pełni

oddaje aktualną wiedzę wynikającą z piśmiennictwa i bardzo bogatego doświadczenia własnego macierzystej Kliniki doktoranta.

Praca napisana jest językiem prostym i poprawnym, piśmiennictwo obejmuje całokształt poruszanej tematy i wyczerpuje aktualną wiedzę na omawiane zagadnienia, jest dobrze dobrane i trafnie cytowane.

Kończąc ocenę omawianej pracy doktorskiej muszę stwierdzić, że ma ona charakter wybitnego opracowania ogromnego materiału klinicznego, największego w Polsce i znaczącego w skali europejskiej. Doktorant wykonał ogromną pracę i przedstawił wnioski których kliniczne znaczenie trudno jest przecenić. Opracowany przez niego algorytm postępowania u chorych z owrzodzeniami miażdżycowymi aorty jest unikalny w skali kraju i ogromnie przydatny w codziennej praktyce klinicznej. Do tej pory brak było takiego opracowania w Polsce. W dobie szybkiego rozpowszechniania się metod endowaskularnych, gdzie coraz więcej ośrodków w kraju wykonuje takie zabiegi, takie opracowanie i zaproponowany algorytm postępowania jest unikalny i wskazane by było aby ukazał się w formie dostępnej dla wszystkich lekarzy zajmujących się tą problematyką. Dlatego też, zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału o nagrodzenie i wyróżnienie tego doktoratu.

Podsumowując mogę stwierdzić, że przedstawiona mi do oceny praca doktorska lek. med. Michała Kowalczewskiego w pełni spełnia wszystkie kryteria stawiane tego typu rozprawom. Te nieliczne uwagi które zostały zgłoszone w niczym nie ujmują wartości tej pracy, którą oceniam bardzo wysoko, a mogą być przyczynkiem ciekawej dyskusji podczas obrony doktoratu. Rozprawa doktorska pt.: „Ocena wyników leczenia wewnątrznacyniowego chorych z penetrującym miażdżycowym owrzodzeniem aorty” spełnia warunki określone w art.13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. nr 65 poz.595) w związku z art.179 ust.1 ustawy z dnia 3 lipca 2019 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz.1669 z późn. zm.)

Dlatego też zwracam się do wysokiej Rady Wydziału I Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie lek. med. Michała
Kowalczewskiego do dalszych etapów postępowania o nadanie stopnia
naukowego doktora nauk medycznych.

UNIwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra Chirurgii Ogólnej,
Naczyniowej i Transplantacyjnej
Klinika Chirurgii Naczyniowej,
Wewnętrzznacyniowej, Angiologii i Flebologii
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. 61 854 91 41, fax 61 854 90 82

Lekarz Kierujący Oddziałem

Z poważaniem

Prof. dr hab. med. Ryszard Staniszewski

Prof. dr hab. Ryszard Staniszewski