

Prof. zw. dr hab. n. med. Jacek Dadan

Białystok, 2026.04.21

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

OCENA

rozprawy na stopień doktora nauk medycznych lek. Przemysław Znamiorskiego pt.:
„Wpływ laparoskopowej resekcji rękawowej na przebieg choroby refluksowej przełyku u chorych otyłych”.

Chirurgia bariatryczna, zarówno na świecie, jak i w Polsce, w świetle narastającego ogólnosiwiatowego problemu otyłości nabiera coraz większego znaczenia i coraz więcej wiemy zarówno o jej zaletach, jak i wadach. Operacje bariatryczne, porównawczo do leczenia zachowawczego, uznane są za najskuteczniejszy sposób redukcji nadmiernej masy ciała oraz zmniejszenia bądź całkowitego ustąpienia związanych z otyłością chorób towarzyszących, stąd też coraz powszechniej chirurgia bariatryczna nazywana jest chirurgią metaboliczną. Poprzez lata ewaluowały techniki operacyjne i obecnie wyłączenie żołądkowo-jelitowe typu Roux-en-Y (*Roux-en-Y gastric bypass* – RYGB), a zwłaszcza rękawowa resekcja żołądka (*laparoscopic sleeve gastrectomy* – LSG) stanowią najczęściej wykonywane zabiegi operacyjne na świecie, zdobywając coraz większe uznanie oraz popularność. U wybranych pacjentów tego typu operacje pozwalają na uzyskanie znaczącej i trwałej redukcji masy ciała oraz poprawy ogólnej kondycji zdrowotnej aczkolwiek wraz ze stałym wzrostem ilości wykonywanych zabiegów coraz więcej wiemy o możliwych powikłaniach, które mają istotny wpływ na jakość życia operowanych chorych.

Dr Znamiorski za temat doktoratu obrał bardzo istotny z klinicznego punktu widzenia problem związany ze zwiększonym ryzykiem choroby refluksowej przełyku (GERD) u chorych otyłych po operacjach laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka (LSG). Rękawowa resekcja pomimo swoich licznych zalet i udowodnionej skuteczności w redukcji masy ciała u chorych z otyłością doprowadza do zmiany biomechaniki połączenia przełykowo-żołądkowego sprzyjając w konsekwencji refluksowi.

Rozprawa doktorska pod tytułem „Wpływ laparoskopowej resekcji rękawowej na przebieg choroby refluksowej przełyku u chorych otyłych” oparta została o trzy komplementarne prace opublikowane w anglojęzycznych renomowanych czasopismach

naukowych. Cykl prac łączy wspólna tematyka związana z patologiami górnego odcinka przewodu pokarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem choroby refluksowej przełyku oraz zmian endoskopowych i histopatologicznych powiązanych z otyłością oraz leczeniem bariatrycznym. We wszystkich publikacjach Doktorant jest pierwszym autorem.

We wstępie dr Znamirowski zwięźle przedstawił ogólnościowy problem związany z narastającą epidemią otyłości i poważne konsekwencje zdrowotne tego zjawiska, jak również wysokie koszty leczenia pacjentów otyłych. Krótco opisał zasady kwalifikacji chorych do leczenia bariatrycznego oraz patofizjologiczne podstawy tworzenia się przepuklin rozworu przełykowego u pacjentów otyłych u których dochodzi do wzrostu ciśnienia śródbrzusznego, zaburzenia motoryki przełyku oraz obniżenia napięcia dolnego zwieracza przełyku czego konsekwencją jest zwiększone ryzyko choroby refluksowej (*GERD - Gastro-Esophageal Reflux Disease*). GERD w połączeniu z otyłością trzewną może doprowadzić do rozwoju przełyku Barreta (*BE - Barrett's Esophagus*), który jest stanem przedrakowym. Osoby otyłe mają także większe prawdopodobieństwo zachorowania na raka gruczołowego przełyku oraz raka żołądka.

Autor słusznie stwierdza, że otyłość, zwłaszcza współcześnie stanowi duże wyzwanie terapeutyczne interdyscyplinarne. Prawdą jest również, że najskuteczniejsze jak dotychczas leczenie operacyjne obarczone jest możliwością różnorodnych powikłań, co wskazuje na konieczność dalszych badań i stałej pooperacyjnej kontroli. Refluks żółciowy, często obserwowany u pacjentów po zabiegach bariatrycznych, może prowadzić do zaniku i metaplazji błony śluzowej żołądka, stąd konieczność stałych, okresowych pooperacyjnych badań endoskopowych.

W kolejnych akapitach dr Znamirowski przedstawił szereg interesujących danych statystycznych odnośnie chirurgii bariatrycznej w Polsce, między innymi statystyki typów zabiegów operacyjnych, utraty masy ciała oraz programu kompleksowej opieki okołoperacyjnej u chorych z otyłością olbrzymią KOS-BAR. Wskazał na zalety oraz wady najczęściej wykonywanych zabiegów bariatrycznych. Niewątpliwie ogólnościowe badania wskazują, że chirurgiczne leczenie otyłości przynosi szereg pozytywnych korzyści, a przede wszystkim istotnie zmniejsza śmiertelność i wydłuża przewidywaną długość życia średnio o 9 lat u diabetyków i o 5 lat u pozostałych operowanych. Wspomniał ponadto o innych zaletach - istotnym obniżeniu ryzyka nowotworów, szczególnie jelita grubego, macicy, piersi i jajnika oraz znamiennej poprawie funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego, zmniejszeniu ryzyka udaru, zawału, migotania przedsionków oraz chorób niedokrwienych serca.

Każda z cyklu trzech prac stanowiących podstawę dysertacji została zaprojektowana w odmienny sposób ale ich cele i metodyka pozostają w wyraźnym związku z omawianym tematem, dostarczając wzajemnie uzupełniających się danych. Otyłość i jej konsekwencje dla górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz wpływ leczenia bariatrycznego na przebieg GERD i inne patologie jest obecnie jednym z kluczowych kierunków badań klinicznych i epidemiologicznych. Stąd też omawiający te zagadnienia cykl prac jest niezmiernie istotny, przede wszystkim z punktu widzenia codziennej praktyki klinicznej.

W pierwszej pracy pod tytułem „GERD—A Burning Problem after Sleeve Gastrectomy?” badaniem objęto pacjentów z jednej placówki – Kliniki Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach, u których przeprowadzono kontrolne badania endoskopowe. Procedury wykonano według standaryzowanego protokołu endoskopowego, stosując system Pentax HD. W trakcie gastroskopii pobierano rutynowo wycinki do badań histopatologicznych z przełyku. Zmiany oceniano zgodnie z wystandaryzowanym protokołem badania - wykonywano test ureazowy oraz analizowano cechy makroskopowe w górnym odcinku przewodu pokarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem zmian w obrębie wpustu. Dane poddano analizie statystycznej w programie Statistica.

Druga praca - „GERD as a Complication of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for the Treatment of Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis” stanowi systematyczny przegląd literatury i metaanalizę przeprowadzoną zgodnie z protokołem wytycznych raportowania protokołów przeglądów systematycznych i metaanaliz na podstawie wyszukiwania w bazie PubMed, obejmując dziewięć badań spełniających kryteria włączenia. Metaanaliza uwzględniła wartości BMI przed zabiegiem, obecność objawów GERD, a także wyniki badań endoskopowych, w tym występowanie przełyku Barretta i nadżerkowego zapalenia przełyku. Analizy statystyczne wykonano z wykorzystaniem testów chi-kwadrat i I^2 w programie R.

Trzecia praca - „Relationship Between BMI and Upper Gastrointestinal Pathologies” jest retrospektywną analizą kliniczną. Jej celem była ocena, w jakim stopniu niekorzystne zjawiska patologiczne, opisane w poprzednich publikacjach, wynikają z zaburzeń odżywiania jako niezależnego czynnika ryzyka. Grupę badaną stanowiło 368 pacjentów, u których gastroscopię przeprowadzono zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami. Dane kliniczne i antropometryczne uzyskano na podstawie kwestionariusza oraz dokumentacji medycznej. Podczas gastrokopii wykonano liczne biopsje, których wyniki również poddano analizie.

Analizy statystyczne obejmowały modele regresji logistycznej, testy nieparametryczne i analizy korelacyjne realizowane w programie Statistica.

Prace łączy wspólne odniesienie do korelacji pomiędzy występowaniem zmian patologicznych w górnym odcinku przewodu pokarmowego, a zaburzeniami odżywiania oraz stosowanym leczeniem chirurgicznym. Różni się spojrzeniem na omawiane zagadnienie i odmiennym charakterem badań – od badania prospektywnego w wyselekcjonowanej grupie pacjentów leczonych operacyjnie, poprzez metaanalizę populacyjną aż po retrospektywną analizę dużej liczby chorych poddanych rutynowej endoskopii.

Coraz więcej badań i obserwacji klinicznych wskazuje na zwiększone ryzyko refluksu i przełyku Baretta po najczęściej wykonywanej i bardzo skutecznej w redukcji masy ciała operacji bariatrycznej - rękawowej resekcji żołądka (LSG), co powinno być sygnałem alarmowym i wskazówką do głębokiej refleksji oraz pytania co dalej z tym rodzajem operacji. LSG zmienia biometrię i mechanikę połączenia przełykowo-żołądkowego, prowadząc do eliminacji kąta Hissa, wpływu na napięcie dolnego zwieracza przełyku, redukcji gradientu ciśnień między przełykiem, a pozostawioną po zabiegu częścią żołądka oraz do modyfikacji mechanizmu opróżniania żołądka. Czynniki te mogą sprzyjać rozwojowi refluksu, niezależnie od korzystnego wpływu utraty masy ciała. Pozytywny efekt utraty masy ciała w tym kontekście jest niwelowany niekorzystnymi zmianami anatomicznymi wynikającymi z przebytego zabiegu. Nasuwa się więc pytanie, czy gastric bypass powinien nadal pozostać „złotym standardem” i operacją z wyboru u pacjentów z otyłością i współistniejącym GERD.

Ponadto udowodniono, że wysokie BMI jest niezależnym czynnikiem ryzyka zmian zapalnych i przednowotworowych w przełyku i żołądku. Zwraca się również uwagę na molekularne i immunologiczne mechanizmy powiązań pomiędzy otyłością, refluksem i nowotworzeniem, co również zostało zasygnalizowane w cyklu prac doktora Znamirovskiego. Wiadomo, że już sama choroba otyłościowa modyfikuje anatomię i fizjologię górnego odcinka przewodu pokarmowego, predysponując do rozwoju przepuklin, niewydolności wpustu, zmian ciśnienia spoczynkowego dolnego zwieracza przełyku oraz wpływając na mechanikę opróżniania żołądkowego. Inne współistniejące schorzenia, takie jak choroby tarczycy czy kamica żółciowa również mogą wpływać na refluks żółciowy i na częstość występowania metaplastji jelitowej, co stanowi istotny czynnik do uwzględnienia przy ocenie wpływu samej LSG.

Omawiając złożoną problematykę kompleksowego leczenia pacjentów otyłych dr Znamirowski krótko odniósł się do alternatywnej metody leczenia jaką jest farmakoterapia nowej generacji - analogi glukagonopodobnego peptydu-1, GLP-1 (*glucagon-like peptide-1*), która, jako niewątpliwie znacznie mniej inwazyjna u wybranej grupy pacjentów może być skuteczna w redukcji masy ciała oraz w eliminacji pooperacyjny problemów związany z GERD. Farmakoterapia i istotne obniżenie BMI (*body mass index*) ma również pozytywny wpływ na poprawę parametrów kardiologicznych oraz metabolicznych, co jest bardzo korzystne w przygotowaniu do zabiegu operacyjnego, szczególnie u pacjentów bardzo otyłych i obciążonych schorzeniami dodatkowymi. Doktorant wskazuje na kompatybilność i zalety obu metod leczenia, podkreślając istotne znaczenie farmkoterapii, szczególnie u pacjentów z wysokim BMI w leczeniu przed i pooperacyjnym. Jako praktykujący chirurg optuje za niewątpliwą przewagą leczenia operacyjnego w długotrwałej utracie masy ciała, jak również w skutecznej kontroli cukrzycy. Należy również wspomnieć o stosunkowo wysokich kosztach długotrwałej farmakoterapii oraz o złej tolerancji leków przez niektórych pacjentów.

Problematyka prac dotyczy związku pomiędzy otyłością i leczeniem bariatrycznym, a patologiami górnego odcinka przewodu pokarmowego i jest niewątpliwie bardzo istotna z klinicznego punktu widzenia. To zagadnienie pozostaje aktualnie w kręgu zainteresowań badawczych i każde nowe doniesienie może wnieść szereg cennych informacji oraz przyczynić się do poprawy jakości leczenia chorych otyłych. Uzyskane wyniki mogą mieć istotny wpływ na modyfikację kwalifikacji pacjentów otyłych do leczenia operacyjnego, na wybór metody operacyjnej oraz na postępowanie pooperacyjne.

W założeniach i celach cyklu prac doktorant wskazuje na często niedoceniany problem refluksowego zapalenia przełyku po operacjach bariatrycznych, zwłaszcza po rękawowej resekcji żołądka. Przypomina, że zgodnie z wytycznymi Europejskiego Stowarzyszenia Chirurgii Endoskopowej (*EAES - European Association for Endoscopic Surgery*) oraz Międzynarodowej Federacji Chirurgii Otyłości i Zaburzeń Metabolicznych (*IFSO - International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders*) należy obowiązkowo przeprowadzać okresowe pooperacyjne badania endoskopowe oraz histopatologiczne według ujednoliconych protokołów, nawet u pacjentów bezobjawowych. Tego typu postępowanie wraz z oceną kliniczną jest kluczowe we wczesnym wykrywaniu choroby refluksowej po LSG i umożliwia szybkie wdrożenie właściwego leczenia.

Doktorant postawił cztery zasadnicze cele badawcze:

1. Ocena częstości występowania i stopnia progresji zmian charakterystycznych dla GERD u pacjentów, którzy przeszli laparoskopową rękawową resekcję żołądka w klinicznych obrazach endoskopowych i histologicznych biopsatów uzyskanych podczas endoskopii, oraz próba odniesienia uzyskanych wyników do skuteczności leczenia bariatrycznego.

2. Ocena danych z innych ośrodków pozyskanych z opublikowanych badań poprzez metaanalizę pod kątem częstości występowania zmian endoskopowych charakterystycznych dla GERD u pacjentów, którzy przeszli zabiegi LSG.

3. Ocena częstości występowania patologii w górnym odcinku przewodu pokarmowego u pacjentów po ezofagogastroduodenoskopii (*EGD, Esophago-Gastro-Duodenoscopy*), w tym jej związku z wartościami BMI pacjentów. Ocena zależności pomiędzy zgłoszeniem się na badanie endoskopowe, wskazaniami do badania (objawami) oraz chorobami współistniejącymi, a wartością BMI pacjentów. Ocena zależności między czynnikami innymi niż BMI, a występowaniem zmian patologicznych w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego.

4. Zaproponowanie spójnego schematu nadzoru endoskopowego po LSG.

Wydaje się, że w punkcie trzecim znalazły się aż trzy cele, które można by było zmoćfikować do jasno postawionego jednego np.: Ocena częstości występowania patologii w górnym odcinku przewodu pokarmowego u pacjentów po ezofagogastroduodenoskopii w korelacji z chorobami współistniejącymi i wartościami BMI oraz innymi czynnikami.

Wytyczone cele badawcze są tematycznie spójne, logicznie zaplanowane i mają istotną wartość praktyczną, szczególnie w aspekcie leczenia bariatrycznego oraz wzrastającej popularności rękawowej resekcji żołądka. Te zagadnienie pozostaje również w ogólnościowym kręgu zainteresowań badawczych, co czyni podjętą tematykę prac bardzo aktualną. Autor jako praktykujący chirurg, bardzo dobrze znający omawianą problematykę, logicznie zaplanował projekty badawcze, a pozyskane dane zostały zawarte w uzupełniających się, tematycznie spójnych pracach stanowiących podstawę dysertacji, opublikowanych w wartościowych, recenzowanych czasopismach medycznych. Niewątpliwie cenna, przede wszystkim z praktycznego punktu widzenia, jest opracowana autorska propozycja spójnego schematu nadzoru endoskopowego po LSG.

Z przedstawionego cyklu badawczego doktorant sformułował pięć wniosków.

1. Uwzględniając średni wiek pacjentów poddawanych chirurgicznemu leczeniu otyłości (*rękawowa resekcja żołądka – laparoscopic sleeve gastrectomy, LSG*), wskazane jest długoterminowe monitorowanie kliniczne z okresową kontrolą endoskopową w celu zmniejszenia ryzyka poważnych powikłań choroby refluksowej przełyku (GERD), w tym rozwoju nowotworu połączenia żołądkowo-przełykowego.

2. Na etapie kwalifikacji do zabiegu bariatrycznego należy rozważyć rozszerzenie standardowej oceny endoskopowej o pobranie wycinków z części nadwpustowej przełyku – zwłaszcza u pacjentów z grup ryzyka – nawet w przypadku braku makroskopowych cech patologii.

3. Pacjenci kwalifikowani do LSG, u których występują objawy GERD, powinni zostać poinformowani przed zabiegiem o możliwości nasilenia dolegliwości po operacji oraz o ewentualnej konieczności wdrożenia innych, także chirurgicznych metod leczenia w dłuższym okresie obserwacji.

4. Przedstawione dane wskazują, że LSG zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia GERD i zapalenia przełyku, w tym przełyku Barretta. Zabiegi LSG są często wykonywane u osób młodych, z oczekiwaną wieloletnią długością życia, co oznacza, że zmiany w obrębie przełyku mogą postępować i prowadzić do przedwczesnego zgonu lub obniżenia jakości życia, jeśli nie zostaną rozpoznane we wczesnym stadium. Podkreślono konieczność prowadzenia endoskopowego nadzoru i aktywnego poszukiwania zmian w obrębie przełyku po rękawowej resekcji żołądka.

5. Uzyskane w pracy kohortowej (porównawczej) wyniki wykazały, że pomimo silnej korelacji między BMI a obecnością przepukliny rozworu przełykowego, parametr ten był odwrotnie związany z częstością występowania refluksu jelitowego. Ponadto pacjenci z zanikiem błony śluzowej oraz aktywnym stanem zapalnym charakteryzowali się wyższym medianowym BMI niż cała badana populacja, jednak różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej. Z kolei współistniejące choroby tarczycy były związane z częstszym występowaniem refluksu żółciowego i przełyku Barretta, co sugeruje istnienie zależności wymagającej dalszych badań. Dodatkowo, płeć żeńska była istotnie częściej powiązana z obecnością refluksu żółciowego do żołądka. Refluks żółciowy oraz zakażenie *Helicobacter pylori* przyczyniały się do większej częstości występowania metaplazji jelitowej w błonie

śluzowej żołądka oraz przełyku Barretta w badanej grupie, choć zależności te nie były statystycznie istotne.

Ustosunkowując się do wniosków nasuwa się kilka refleksji. We wniosku numer 1 proponuję zamienić sformułowanie „okresowa” na np. „systematyczna kontrola wg ustalonego algorytmu”. We wniosku nr 3 być może korzystniej było by nie tylko „informować” ale od razu kwalifikować pacjentów do RYGB, gdyż prawdopodobieństwo nasilenia pooperacyjnych objawów GERD jest wysokie, o czym czytamy we wniosku czwartym. Wniosek nr 4, a szczególnie numer 5 są zdecydowanie za długie, skonstruowane w formie opisowej i w związku z tym nie mają jasnego przekazu. Duży fragment wniosku piątego należało by właściwie przenieść do podsumowania. Nie tak powinno się formułować wnioski końcowe, gdyż nazbyt długie stają się mniej czytelne, aczkolwiek niewątpliwie zawarto w nich wiele cennych informacji.

W podsumowaniu i wnioskach wynikających z ciekawie dobranej cyklu prac dr Znamirowski stwierdza, że uzyskane wyniki wskazują na fakt, że LSG zwiększa zachorowalność na chorobę refluksową przełyku, którą zdiagnozowano również u pacjentów bezobjawowych. Stwierdza, że zarówno sama otyłość, jak i dodatkowe schorzenia, w tym przepuklina rozworu przełykowego, refluks żółciowy oraz choroby tarczycy modulują fenotyp GERD i powinny zostać uwzględnione w praktycznej ocenie ryzyka oraz zaleceniach kontrolnych, zarówno w okresie przed, jak i pooperacyjnym.

Uzyskane wyniki i nieco nadmiernie rozbudowane wnioski odpowiadają na złożone cele badawcze, co ilustrują również czytelne tabele i ryciny. Jak już zasygnalizowałem wydaje się, że powinny być zdecydowanie skrócone i jasno sformułowane, gdyż przedstawione są w konwencji raczej opisowej. Wszystkie spostrzeżenia mają niewątpliwą wartość zarówno poznawczą, jak i praktyczną, w aspekcie poprawy standardów leczenia operacyjnego otyłości. Szczególnie cenne są refleksje związane z najbardziej popularną operacją bariatryczną - rękawową resekcją żołądka, które powinny zostać wdrożone do codziennej praktyki lekarskiej. Doktorant przypomniał kilka kardynalnych zasad związanych z technicznymi aspektami prawidłowego przeprowadzenia laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka, co jest niezmiernie ważnym elementem końcowego sukcesu terapeutycznego i pozwala zminimalizować powikłania. Dr Znamirowski wykazał wyraźny związek pomiędzy LSG, a ryzykiem wystąpienia GERD i zapalenia przełyku, w tym przełyku Barretta, i udowodnił konieczność oraz niewątpliwą sens długotrwałego pooperacyjnego monitorowania klinicznego z okresową kontrolą endoskopową chorych po LSG.

Dr Znamirowski powołując się na bariatryczne rekomendacje wskazuje na ominięcie żołądkowe metodą Reux-en-Y (RYGB) jako najlepszą alternatywę w stosunku do LSG u pacjentów z dużymi przepuklinami przeponowymi i powikłaną chorobą refluksową. W takich sytuacjach zalecana jest również jednoczasowa plastyka przepukliny. W wybranych przypadkach, przede wszystkim u pacjentów z przeciwwskazaniami do RYGB, dopuszczalna jest także LSG połączona z jednoczasową plastyką przepukliny przeponowej, aczkolwiek należy pamiętać o mniejszej skuteczności antyrefluksowej tego zabiegu. W każdym przypadku przed kwalifikacją do antyrefluksowej procedury chirurgicznej konieczne jest wykluczenie zaburzeń motoryki przełyku.

Doktorant ustosunkowując się do innych, rzadziej wykonywanych, technik operacyjnych, jak ominięcie dwunastniczo-krętnicze z rękawową resekcją (SADI-S) lub ominięcie żołądkowe z jednym zespoleniem (OAGB) rekomenduje zachowanie dużej ostrożności, gdyż wiążą się one z podwyższonym ryzykiem refluksu żołądkowego, a w konsekwencji ze zwiększonym ryzykiem rozwoju przełyku Barretta.

Dr Znamirowski podkreśla, że monitorowanie endoskopowo-histologiczne, niezależnie od objawów klinicznych, powinno być postępowaniem rutynowym. Ustosunkowując się do tego zagadnienia przedstawił opracowane przez ESCE w 2020 roku zalecenia podkreślające konieczność nadzoru endoskopowego u bezobjawowych pacjentów po LSG po upływie trzech lat. Rekomendacje te zostały w 2025 roku przyjęte przez Amerykańskie Towarzystwo Endoskopii Gastroenterologicznej (*ASGE - American Society for Gastrointestinal Endoscopy*) oraz ujęte w Polskich Wytycznych.

W oparciu o własne dane oraz dostępne wytyczne, zaproponował modyfikację schematu kwalifikacji do leczenia bariatrycznego oraz nadzoru pooperacyjnego, co niewątpliwie jest bardzo cenne, szczególnie w aspekcie praktycznym. Słuszna jest rekomendacja screeningu po LSG obejmującego czofagogastroduodenoskopię z biopsjami, z modyfikacją intensywności nadzoru w zależności od czasu jaki upłynął od zabiegów, czynników ryzyka GERD oraz czynników modulujących jego przebieg. Informacja o konieczności nadzoru powinna być w sposób jasny przekazana pacjentom oraz stanowić integralny element planowania leczenia w ramach chirurgii bariatrycznej.

Doktorant wskazuje, że dalszymi kierunkami analiz powinny być wielośrodkowe badania prospektywne uwzględniające pH-metrię i manometrię wysokiej rozdzielczości (*HRM - High-resolution manometry*) w poszukiwaniu innych czynników wpływających na przebieg

okresu pooperacyjnego u pacjentów poddanych LSG. Z przedstawionego cyklu prac wylania się również potrzeba dalszych długoterminowych obserwacji pacjentów leczonych farmakologicznie.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że lek. Przemysław Znamirowski podjął się analizy ważnej i nadal aktualnej problematyki leczenia chorych z otyłością olbrzymią. Po interesującym wstępie, który stanowił dobre wprowadzenie do omawianego zagadnienia wskazując na złożoność omawianej problematyki, Doktorant wytyczył jasne założenia i cele badawcze, zastosował przejrzystą metodykę oraz przedstawił wyniki swoich badań. Rozdział *Wyniki* stanowi bardzo dobrą dokumentację przeprowadzonych badań, a zamieszczone liczne tabele i ryciny czytelnie ilustrują uzyskane dane z uwzględnieniem różnic istotnych statystycznie. Ważne wnioski końcowe, chociaż nieco za bardzo rozbudowane, są odpowiedzią na postawione cele badawcze. Dojrzałe, wielowątkowe i profesjonalne spojrzenie na omawianą tematykę świadczy o bardzo dobrym przygotowaniu merytorycznym Doktoranta oraz doskonałej znajomości danych literaturowych.

Przedstawioną mi do oceny rozprawę doktorską lek. Przemysław Znamirowski, na którą złożył się cykl tematycznie spójnych trzech prac oceniam wysoko. Autor zajął się zagadnieniem niezwykle istotnym z klinicznego punktu widzenia. W sposób dojrzały klarownie i rzetelnie zaplanował cykl badawczy, wytyczył jasne cele, uzyskał interesujące wyniki i przeprowadził merytoryczną analizę własnych badań zakończoną sformułowaniem wielu istotnych wniosków końcowych stanowiących odpowiedź na postawione cele badawcze.

W podsumowaniu należy z uznaniem podkreślić również fakt, że dr Znamirowski jest czynnym chirurgiem na co dzień operującym chorych otyłych, co świadczy o jego bardzo dobrej znajomości omawianego zagadnienia oraz chirurgii bariatrycznej i w pełni uzasadnia powód podjętych badań. Pomimo stałego postępu wiedzy na temat złożonego problemu otyłości i sposobów jej terapii nadal istnieje wiele niewiadomych oraz kontrowersji, stąd też każde nowe opracowanie ma potencjalnie istotne znaczenie kliniczne i może wnieść szereg ciekawych informacji wpływając na dalszy postęp wiedzy, zarówno w zakresie techniki operacyjnej, jak też leczenia powikłań.

Uważam, że rozprawa doktorska lek. Przemysław Znamirowski pt.: „Wpływ laparoskopowej resekcji rękawowej na przebieg choroby refluksowej przełyku u chorych otyłych” jest oryginalnym opracowaniem, prezentuje klinicznie istotną wartość zarówno naukową, jak i praktyczną oraz spełnia wymogi zalecane pracom na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne, przeto stawiam Wysokiej

Radzie Dyscyplin Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie lek. Przemysława Znamirowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668) i stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego. Doktorant wykazał się wiedzą teoretyczną w dyscyplinie oraz posiada umiejętność samodzielnego prowadzenia badań naukowych.

Prof. zw. dr hab. n. med. Jacek Dadan

KIEROWNIK KATEDRY UMB
I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej