

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Łukasza Szemisa pod tytułem „Budowa szpitalnego systemu jakości pozyskiwania narządów od dawców po zatrzymaniu krążenia w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie”.

Recenzowana praca doktorska liczy 152 strony, zawiera liczne tabele, ryciny i załączniki numerowane stosownie do numerów rozdziałów w których zostały użyte. Piśmiennictwo dobrane i cytowane odpowiednio do zawartości pracy liczy 81 pozycji. Układ i treść pracy są zgodne ze standardem przyjętym dla prac doktorskich wykonanych w „starym trybie”.

Pracę otwiera spis definicji i skrótów ułatwiający późniejsze zapoznawanie się z tekstem, szczególnie w jego części teoretycznej. I tu dopatrzyłem się pewnego braku precyzji. Otóż skrót MZ przedstawiono jako „Minister Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia”, a więc dwa różne podmioty. Tymczasem niedawno pojawił się trzeci podmiot „Ministra Zdrowia”. W tej złożonej sytuacji proponowałbym skrót MZ objaśnić jako (Minister/Ministra Zdrowia) a dla instytucji Ministerstwa Zdrowia użyć innego skrótu.

We wstępie, w początkowej jego części Doktorant zajmuje się ewolucją polskich kryteriów rozpoznawania śmierci mózgu. I tu, posługując się cytowaniami pośrednimi nieco się pogubił. Otóż pierwszy Komunikat Krajowych Zespołów Specjalistycznych powstał w 1984 roku i rekomendował zastosowanie kryteriów całego śmierci mózgu. Konwersja na koncepcję śmierci pnia mózgu powstała pod kierunkiem Ś.P. Profesora Marka Sycha w 1990 roku i była od tego czasu stosowana w praktyce do 2007 roku, kiedy to zakończono pracę Zespołu Ekspertów powołanego na skutek nowelizacji Ustawy o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty oraz nowelizacji Ustawy o Pobieraniu Przechowywaniu i Przeszczepianiu Komórek Tkanek i Narządów które miały miejsce w 2005 roku. Tak więc kryteria śmierci całego mózgu zostały obwieszczone przez Ministra Zdrowia po zakończeniu prac Zespołu w 2007 roku. Nowelizacja tych kryteriów, również zgodnie z koncepcją śmierci całego mózgu została zakończona i ostatecznie przedstawiona w formie obwieszczenia w grudniu 2019 roku.

W dalszej części wstępu doktorant omówił drugą grupę potencjalnych dawców narządów, u których doszło do nieodwracalnego zatrzymania krążenia DCD (donation after circulatory death – dawstwo po śmierci krążeniowej) nawiązując do podstawowej publikacji H. Kootstry na konferencji w Maastricht w 1995 roku. Przedstawił grupę "dawców niekontrolowanych" jako tych u których nie uzyskano powodzenia w czynnościach ratowniczych. I tu też wkradł się błąd ponieważ kategoria pierwsza (Maastricht I) według Kootstry obejmowała potencjalnych dawców u których w ogóle nie podjęto resuscytacji na miejscu wypadku ze względu na oczywisty brak możliwości powodzenia w związku z czym trudno uznać to za brak powodzenia czynności resuscytacyjnych. Grupę tę oryginalnie określono mianem „dead at arrival”. W dalszej części Doktorant stwierdził, że dawcy po kontrolowanym zatrzymaniu to tacy chorzy u których można było spodziewać się zatrzymania krążenia i niepowodzenia działań ratunkowych. To też jest nie do końca prawdziwe, ponieważ u pacjentów tych nie podejmuje się czynności ratunkowych z powodu uznania ich daremności, a co więcej zatrzymanie krążenia wywoływane jest planowym zakończeniem leczenia z wyłączeniem respiratora i ekstubacją włącznie. I to należało w tym miejscu bardzo wyraźnie wyartykułować. Wymienione uchybienia zostały częściowo poprawione poprzez prezentację tabeli 1 na stronie 13 zawierającej ustalenia konferencji w Paryżu z 2013 roku. I tu w przywołaniu literatury należało raczej jako źródło przedstawić publikację oryginalną, nie zaś pochodną z 2022 roku.

Kontynuując wstępne rozważania Doktorant słusznie zauważa, że dawcy kategorii Maastricht II mogą być w Polsce w dzisiejszym stanie prawnym dodatkowym znaczącym źródłem narządów pobieranych po stwierdzeniu nieodwracalnego zatrzymania krążenia według kryteriów opublikowanych przez Ministra Zdrowia w Obwieszczeniu w 2010 roku. Porównuje przy okazji dane ze światowych rejestrów pobrań DCD z danymi polskimi z których wynika że w Polsce DCD w praktyce nie istnieje co znakomicie ilustruje tabela 2. Jednakże uszło uwadze Autora pracy, że dane z krajów przodujących w pobraniach w programie DCD dotyczą głównie dawców kategorii Maastricht III tj. takich u których planowo zakończono terapię daremną i wyłączono respirator oraz dokonano ekstubacji.

Opcja dawców kategorii Maastricht III nie była w ogóle brana pod uwagę przez członków Zespołu układających polskie kryteria rozpoznania zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów w 2010 ze względu na spodziewany opór zarówno w kręgach politycznych, wyznaniowych jak i we własnym środowisku medycznym. W tym okresie rozpoczęły się już w Polsce dyskusje na temat potrzeby uregulowania sposobu kończenia terapii daremnej, ale żadnych uzgodnionych i zredagowanych zasad jeszcze

nie było. Pierwsze rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii opublikowane w 2014 roku co prawda przewidywały możliwość zakończenia terapii daremnej z zakończeniem wentylacji włącznie, ale dotychczas zakończenie wentylacji w takich okolicznościach nie jest w Polsce szerzej praktykowane. Negatywne stanowisko w tej sprawie zajął również Zespół Ekspertów do Spraw Medycznych Konferencji Episkopatu Polski w dniu 28 czerwca 2018 uznając zakończenie wentylacji jako niedopuszczalną eutanazję bierną.

Kontynuując rozważania na temat procedur DCD w krajach przodujących w tej dziedzinie należy podkreślić, że u wielu dawców od których pobrano narządy po zakończeniu terapii daremnej w niedługim czasie i tak dokonałaby się śmierć mózgu możliwa do stwierdzenia według obowiązujących kryteriów. Jednakże w tych przypadkach procedurę DCD uznano za szybszą i łatwiejszą do przeprowadzenia. Prowadzi to ostatecznie do zafałszowania proporcji pomiędzy pobraniami w trybach DCD i DBD.

Niezależnie od powyższych krytycznych uwag inicjatywę Doktoranta zmierzającą do ustalenia rzeczywistego potencjału pobrań narządów w obrębie kategorii Maastricht II w dużym szpitalu klinicznym jakim jest Szpital im Dzieciątka Jezus Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego uważam za bardzo cenną ponieważ dotychczas takich informacji po prostu nie było. Oczywista jest też potrzeba zmniejszenia ogromnej różnicy w pobieralności między Polską a większością krajów europejskich.

W następnej części, określonej jako część teoretyczna, Doktorant bardzo szczegółowo opisał uwarunkowania prawne i administracyjne towarzyszące potencjalnej reaktywowania pobrań od dawców kategorii Maastricht II w okolicznościach i rzeczywistości innych niż miało to historycznie miejsce przed rokiem 1984. Otóż w dużych szpitalach, w trakcie trwania pandemii Covid 19 w oddziałach intensywnej terapii (OIT) opanowano procedury stosowania ECMO (extracorporeal membrane oxygenation). Obecnie głównym ogranicznikiem może być bardzo wysoka cena zestawu. Ale nie należy wykluczać możliwości zastosowania zestawu do krążenia pozaustrojowego który zawsze stoi gotowy do użycia w klinikach kardiochirurgii i jest wielokrotnie tańszy niż zestaw ECMO.

Przedstawienie przez Doktoranta algorytmów i schematów rysunkowych towarzyszących rozpoczęciu procedury rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia, a następnie przygotowania do pobrania narządów i ostatecznie jego realizacji

jest bardzo czytelne i może być użyte jako przewodnik do wprowadzenia tych procedur w innych dużych szpitalach.

W części II pracy, określonej jako część badawcza Doktorant przeanalizował dane 718 pacjentów którzy zmarli w okresie od 01.08.2010 do 31.07.2024 w czterech oddziałach kluczowych z punktu widzenia możliwości skutecznego zorganizowania pobrania narządów od dawców kategorii Maastricht II. Doktorant stwierdził, że 54 pacjentów z tej grupy spełniało kryteria potencjalnych dawców narządów w większości w OIT i w SOR(szpitalny oddział ratunkowy) co jest najpewniej podobne do danych możliwych do uzyskania w innych dużych szpitalach. Jest to duża liczba, niewątpliwie warta uwagi, choć sam doktorant przyznaje wykorzystanie jej może być trudne a nawet niemożliwe z kilku istotnych powodów które po kolei wymienił za wyjątkiem jednego, który może być kluczowy przy próbie zorganizowania pobrania narządów w grupie dawców Maastricht II. Otóż takie nieplanowane zatrzymania krążenia zdarzają się najczęściej nagle i bezzwiastunowo. Przy aktualnych brakach kadrowych i przeciążeniu pracą może być niezmiernie trudno oderwać odpowiedni kompetentny personel różnych specjalności od innych zaplanowanych wcześniej prac. Wszakże pobranie narządów nie jest jednak powszechnie postrzegane jako bezpośrednio ratujące życie. Na zakończenie tej części pracy zabrakło wyraźnego wniosku podsumowującego uzyskane wyniki z próbą ekstrapolacji w skali kraju w odniesieniu do podobnych lub większych jednostek. Przedstawione opracowanie wykazało ogromny potencjał w zakresie identyfikacji dawców kategorii Maastricht II. Liczba 13 przypadków rocznie w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie przy ostrożnych szacunkach daje liczbę pomiędzy 500 a 1000 przypadków rocznie w skali kraju. I te dane właśnie stanowią największy walor recenzowanej pracy.

W tym miejscu pozwolę sobie na osobistą refleksję uczestnika złożonych i trudnych procesów opracowywania wszystkich dotychczasowych kryteriów rozpoznawania śmierci mózgu i rozpoznania zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów. Przewiduję, że rozpoczęcie pobrań od dawców kategorii Maastricht II będzie bardzo trudne i marginalne podobnie jak ma to miejsce w innych krajach europejskich, co oczywiście nie wyklucza próby zajęcia się tą grupą. Ponadto przewiduję, że w Polsce prędzej czy później zostanie skutecznie wprowadzone pobieranie narządów od dawców kategorii Maastricht III, oczywiście po wcześniejszej nowelizacji kryteriów rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów.

W części III określonej jako opracowanie szpitalnego systemu jakości na bazie Szpitala Uniwersyteckiego Dzieciątka Jezus Doktorant systematyzuje wszystkie

poruszane poprzednio aspekty co ostatecznie prowadzi do tego, że część ta staje się podstawą gotową do implementacji w innych pełnoprofilowych szpitalach podobnej wielkości.

Podsumowując, stwierdzam że oceniana rozprawa doktorska spełnia warunki oceniana rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ustawy z dn. 14.03.2003r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki. W związku z powyższym składam wniosek do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie mgr. Łukasza Szemisa do dalszych etapów przewodu doktorskiego.


prof. dr hab. med. Romuald Bohatyrewicz
specjalista
anestezjologii i intensywnej terapii
1562754

Prof. dr hab. med. Romuald Bohatyrewicz