

Dr hab. n. med. Stanisław Przywara
Katedra i Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 11, 20-081 Lublin

KATEDRA I KLINIKA
Chirurgii Naczyń i Angiologii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
20-081 Lublin, ul. Staszica 11
tel./fax.: (081) 53-257-07

Akceptuję


Lublin, 23.01.2023

Ocena rozprawy na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu lekarz medycyny
Magdaleny Rongies-Kosmol, w dyscyplinie nauki medyczne:
„Leczenie chirurgiczne zespołu uciskowego pnia trzewnego”.

Przedstawiona do oceny praca ma typowy układ dla rozprawy doktorskiej i liczy 87 stron. Praca zawiera: spis treści; spis rycin i tabel; wykaz stosowanych skrótów; streszczenie w języku polskim i angielskim; wstęp i rozdziały szczegółowo omawiające dotychczasowe piśmiennictwo, anatomię prawidłową, diagnostykę, epidemiologię i leczenie chorych z zespołem uciskowym pnia trzewnego (ZUPT); założenia i cel pracy; materiał i metody; wyniki; omówienie wyników – dyskusję; wnioski; proponowany algorytm postępowania u chorych z podejrzeniem ZUPT; 67 pozycji piśmiennictwa oraz pozytywną opinię Komisji Bioetycznej.

Objawowe, izolowane zwężenie pnia trzewnego jest stosunkowo rzadko rozpoznawaną chorobą w związku z niespecyficznymi objawami, które mogą być przypisywane innym jednostkom chorobowym. Wiele aspektów tej choroby rodzi nadal pytania pacjentów i klinicystów. Dlatego, z dużym zainteresowaniem podjąłem się recenzji rozprawy na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu lekarki Magdaleny Rongies-Kosmol.

Najczęstszą przyczyną ZUPT jest ucisk pnia trzewnego przez więzadło łukowate pośrodkowe przepony, a wyjątkowo rzadko przez włókna nerwowe, łączące zwoje spletu trzewnego. Niezależnie od przyczyny, zwężenie pnia trzewnego spowodowane zewnętrznym uciskiem określa się mianem Zespołu Uciskowego Pnia Trzewnego – ZUPT. Należy podkreślić, że objawowe zwężenie tętnic trzewnych wywołane procesem miażdżycowym jest całkowicie odrębną jednostką chorobową, wymagającą zupełnie innego podejścia terapeutycznego. Do najczęstszych objawów ZUPT należą: postprandialny ból w nadbrzuszu,

nudności, wymioty, spadek masy ciała, wzdęcia, biegunka. W piśmiennictwie sporadycznie raportowano inne, potencjalne objawy ZUPT, takie jak zaburzenia rytmu serca i omdlenia, zawroty głowy i zasłabnięcia. Z kolei doniesienia dotyczące rodzinnego występowania ZUPT mają charakter czysto kazuistyczny. Diagnostyka ZUPT jest bardzo trudna, wielokierunkowa i na wstępie wymaga wykluczenia bardziej oczywistych schorzeń z pełnej gamy chorób gastroenterologicznych, kardiologicznych, naczyniowych i psychicznych. W ostatecznym rozpoznaniu ZUPT, poza objawami, najważniejszą rolę odgrywają badania obrazowe: USG Color Doppler i dynamiczne AngioTK w fazie wdechu i wydechu. W wyselekcjonowanych, trudnych diagnostycznie przypadkach zaleca się wykonanie selektywnej angiografii, szczególnie w prezentacji bocznej. W piśmiennictwie oraz w praktyce klinicznej brakuje również propozycji standardowego postępowania z chorymi z podejrzeniem ZUPT.

Przedstawiony przez Autorkę wstęp i następujące po nim rozdziały 2 do 6 bardzo dobrze wprowadzają czytelnika w tematykę związaną z ZUPT. Przegląd piśmiennictwa, anatomia prawidłowa tętnic trzewnych, diagnostyka, epidemiologia i opcje leczenia chorych z ZUPT zostały przedstawione i omówione w sposób obszerny i wyczerpujący.

Autorka rozprawy wyznaczyła w swojej pracy 4 cele związane z oceną leczenia chirurgicznego ZUPT, w oparciu o autorski kwestionariusz. Cele te odnoszą się zarówno do bezpieczeństwa i skuteczności leczenia operacyjnego ZUPT metodą otwartą, jak i oceny rodzinnego występowania choroby. W podsumowaniu swojej rozprawy, Autorka proponuje algorytm postępowania u pacjentów z podejrzeniem ZUPT.

Materiał badania objął 98 pacjentów z ZUPT leczonych w latach 1999 -2014 metodą otwartą, w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Należy jednak podkreślić, że docelowa grupa pacjentów spełniająca kryteria włączenia do badania została wyodrębniona w retrospektywnej analizie aż 422 pacjentów, operowanych w tej Klinice przez jednego Operatora.

Wyniki przedstawione przez Autorkę potwierdzają skuteczność i bezpieczeństwo leczenia operacyjnego pacjentów z ZUPT. Okres obserwacji po operacji wynosił od 90 do 187 miesięcy. U dziewięćdziesięciu jeden pacjentów (92,86 %) badanej grupy, po wykonanej operacji, dolegliwości związane z zespołem uciskowym pnia trzewnego całkowicie ustąpiły lub znacznie zmniejszyły się. U dziewięćdziesięciu czterech pacjentów (95,92%) nie zaobserwowano żadnych powikłań pooperacyjnych. Powikłania pooperacyjne dotyczyły jedynie 4 pacjentów, co stanowiło 4,08% całej, badanej populacji. Żadne z powikłań nie

doprowadziło do zgonu ani do reoperacji chorego. Występowanie rodzinne ZUPT stwierdzono u 51% chorych.

Zastosowane metody analizy statystycznej są adekwatne do celów pracy.

Praca jest bogato ilustrowana. Edukacyjne i artystyczne wręcz ryciny - często mające już wartość historyczną - wykonane zostały przez znakomitych chirurgów z Kliniki, w której Doktorantka pracuje i również przez samą Doktorantkę. Przykładowe zdjęcia z diagnostyki obrazowej, obejmujące USG Color Doppler, Angio-CT i arteriografię bardzo dobrze dokumentują wskazania do zabiegu operacyjnego.

W rozdziale „Omówienie wyników - dyskusja”, Autorka w umiejętny sposób odnosi się do wyników swoich badań i bardzo dobrze porównuje i konfrontuje je z danymi z piśmiennictwa. Praca doktorska oparta jest o 67, bardzo starannie dobranych pozycji piśmiennictwa, w tym 18 najbardziej aktualnych publikacji z lat 2018-2021. Piśmiennictwo zawiera najważniejsze pozycje związane z tematem rozprawy doktorskiej. Pracę kończy 4 prawidłowo sformułowane wnioski końcowe.

Retrospektywna analiza objęła 422 chorych, z czego 98 pacjentów spełniło kryteria włączenia do badania. Według mojej wiedzy, bardzo duża, analizowana grupa chorych z ZUPT, jest najliczniejszą z dotychczas opisywanych w literaturze. Należy podkreślić, że wszystkie zabiegi operacyjne zostały wykonane przez jednego operatora, Pana Profesora dr n. med. Jacka Szmidta, co z pewnością miało wpływ na bardzo dobre wyniki wczesne i odległe zaprezentowane w rozprawie. Kolejną, dużą wartością rozprawy Doktorantki jest bardzo długi okres obserwacji pacjentów po zabiegu operacyjnym, sięgający 187 miesięcy. Jest to najdłuższy okres obserwacji, tak licznej grupy pacjentów, raportowany w dotychczasowym piśmiennictwie. Niezwykle ważnym wnioskiem z pracy doktorskiej jest potwierdzenie, po raz pierwszy, na tak dużej grupie badanej, rodzinnego występowania ZUPT (51% chorych). Dotychczasowe doniesienia o możliwości dziedziczenia choroby miały raczej charakter kazuistyczny. Zaproponowany na zakończenie rozprawy, algorytm postępowania u chorych z podejrzeniem ZUPT jest klarowny, wyczerpujący i wierzę, że znajdzie zastosowanie w praktyce klinicznej.

Pracę oceniam wysoko, jednak z obowiązku recenzenta mam kilka uwag i komentarzy, nie umniejszających w mojej opinii ostatecznej wartości przedstawionej do recenzji pracy:

1. W moim odczuciu rozdziały 2 do 6 powinny być częścią „Wstępu” i stanowić jego podrozdziały, ponumerowane odpowiednio od 1.1 do 1.6

2. W ogólnym spojrzeniu na przedstawioną strukturę rozprawy zwraca uwagę pewna dysproporcja ilości informacji zawartych we „Wstępie” i rozdziałach z nim związanych a „Omówieniem wyników i dyskusją”. Według mnie, istotne fragmenty z rozdziałów 2 do 6 powinny jednak zostać przeniesione do rozdziału „Omówienie wyników – dyskusja”.
3. W rozdziałach powiązanych ze wstępem brakuje mi chociażby jednorazowego wspomnienia historycznej nazwy choroby, a mianowicie „Zespół Dunbara / Zespół Harjola-Marabla” oraz wymienienia i rozwinięcia skrótu nazwy schorzenia w języku angielskim: MALS – Median Arcuate Ligament Syndrome. Dość często nazwy te pojawiają się w podręcznikach chirurgii ogólnej i naczyniowej, piśmiennictwie oraz w pytaniach egzaminacyjnych. Uważam, że ta nomenklatura powinna być jednak utrwalana i stosowana również w opracowaniach naukowych w języku polskim, przynajmniej w aspekcie czysto edukacyjnym i historycznym.
4. Dla lekarzy pierwszego kontaktu, wspomniałbym w rozprawie, że czasem, w podstawowym badaniu fizykalnym pacjenta, obecność szmeru naczyniowego w nadbrzuszu wraz z objawami subiektywnymi może sugerować ZUPT.
5. Nasuwa się również pytanie, dlaczego analiza obejmuje tylko przypadki do 2014 roku? Jestem przekonany, że zabiegi leczenia ZUPT w Klinice, w której pracuje Doktorantka, wykonywane są nadal techniką otwartą lub laparoskopową zgodnie ze wskazaniami i algorytmem postępowania zaproponowanym w rozprawie doktorskiej. Rozwój minimalnie inwazyjnych technik wewnątrznaczyniowych stwarza pokusę zastępowania operacji klasycznej, łatwiejszą technicznie, przezskórną angioplastyką balonową z implantacją stentu, która podkreślam, w przypadku ZUPT jest przeciwwskazana. Chorzy z objawowym ZUPT powinni być leczeni wyłącznie metodą otwartą, laparoskopową lub z asystą robota.
6. W przedstawionej rozprawie zauważyłem drobne błędy literowe, frazeologiczne i semantyczne; przykładowo:
 - Strona 8: opis ryciny 33: powinno być „związany” zamiast „związanymi”.
 - Strona 10: w „Wykazie stosowanych skrótów”, powinno być „dwunasty” zamiast „dwunastym”.
 - Strona 10: w „Wykazie stosowanych skrótów” powinny zostać wytłumaczone - a stosowane później w pracy - skróty VAS i SD.
 - Strona 12: we wnioskach pracy należy zmienić „metoda” na „metodą”, „postępowania” na „postępowania”.

- Strona 19: w opisie podziału pnia trzewnego określenie „tętnicę wątrobową” należy poprawić na „tętnicę wątrobową wspólną”.
- W rozdziale 4: „Diagnostyka ZUPT”, na stronie 30, brakuje mi wymienienia nefropatii pokontrastowej jako powikłania arteriografii.
- W rozdziale 5: „Epidemiologia ZUPT”, na stronie 33, sformułowanie „Stopień zwężenia tętnicy trzewnej”, należałoby zmienić na „Stopień zwężenia pnia trzewnego”.
- W rozdziale 6: „Leczenie chorych z ZUPT”, na stronie 36, a także w dalszych częściach rozprawy, sugerowałbym zmianę określenia „przeszczep dakronowy” na „pomost z protezy dakronowej”. Podobnie, w podrozdziale 8.9, „Technika zabiegu operacyjnego ...” sformułowanie / skrót myślowy „przeszczep z PTFE”, zmieniłbym na „pomost z protezy politetrafluoroetylenowej - PTFE”.
- W podrozdziale 8.11: „Metody oceny wyników”: do oceny poprawy jakości życia, zamiast własnych autorskich pytań, sugerowałbym zastosowanie standaryzowanych kwestionariuszy jakości życia, adekwatnych do tematu rozprawy.
- Brak niektórych znaków interpunkcyjnych w ankiecie.
- Niepełna informacja bibliograficzna pozycji 34 i 35 piśmiennictwa.

Chciałbym ponownie podkreślić, że żadne z powyższych uwag i komentarzy nie obniżają wartości pracy. Wyniki badań Autorki stanowią istotny wkład w poszerzanie wiedzy o zespole uciskowym pnia trzewnego.

Reasumując, nadesłaną do oceny pracę oceniam bardzo dobrze. Autorka umiejętnie wprowadza czytelnika w problematykę zespołu uciskowego pnia trzewnego. Założenia i cele pracy zostały prawidłowo sformułowane. Układ pracy i jej struktura odpowiada typowej rozprawie doktorskiej. Metodologia jest właściwa, a zastosowana analiza statystyczna jest adekwatna do analizowanej populacji pacjentów. Wyniki badania potwierdzają bezpieczeństwo i skuteczność leczenia chirurgicznego ZUPT i są zbieżne z raportowanymi w piśmiennictwie światowym. Bardzo dobrze dobrane pozycje piśmiennictwa pozwoliły Autorce na omówienie, konstruktywną dyskusję i ocenę wyników. Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska świadczy o dobrym warsztacie naukowym Doktorantki i posiadaniu dużej wiedzy.

W mojej opinii, nadesłana 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.)”.

Mam zaszczyt zwrócić się do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, o dopuszczenie lekarz medycyny Magdaleny Rongies-Kosmol do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z poważaniem,



Dr hab. n. med. Stanisław Przywara

Dr hab. n. med. Stanisław Przywara
Specjalista chirurgii naczyniowej
Specjalista chirurgii ogólnej
1473470