



Gdańsk, 21.05.2015

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr. Johna Callegari

pt.

Peritoneal Dialysis as a Mode of Treatment of Acute Kidney Injury in the sub-Saharan Region of Africa (Dializoterapia otrzewnowa jako metoda leczenia ostrej niewydolności nerek w regionie subsaharyjskim Afryki)

Afryka subsaharyjska to region zdominowany przez państwa o najniższych wskaźnikach rozwoju społecznego. Jest to obszar w skład którego wchodzi 48 państw, 33 zalicza się do grupy krajów o najniższym wskaźniku rozwoju społecznego Human Development Index. Podczas, gdy średnie roczne nakłady na opiekę zdrowotną na 1 mieszkańca wynoszą według danych za 2011r. w Polsce blisko 900 dolarów amerykańskich, w najbiedniejszych krajach regionu jest to kwota poniżej 10 dolarów.

W 2010 r Komisja Rozwoju Parlamentu Europejskiego wystąpiła z projektem rezolucji w sprawie systemów opieki zdrowotnej w Afryce subsaharyjskiej. W uzasadnieniu czytamy m.in., że „złe rządy w niektórych krajach, dramatyczne konsekwencje kryzysu finansowego, zmiany klimatu, klęski żywiołowe, skrajne ubóstwo, wojny, raje podatkowe wysysające życiowe soki Afryki, ultrakapitalistyczne wielkie koncerny międzynarodowe, konflikty etniczne, chęć zagarnięcia nadzwyczajnych zasobów naturalnych, wielkie epidemie, do których należy AIDS: wszystkie te czynniki, współdziałające i współzależne, tworzą złożoną sytuację”. Konsekwencją jest krótki czas życia przeciętnego obywatela wyżej wymienionego regionu, a różnica w średniej długości życia pomiędzy Europejczykami a mieszkańcami regionu subsaharyjskiego Afryki wynosi trzydzieści do czterdziestu lat. W najgorszej sytuacji

są dzieci poniżej 14 roku życia, których odsetek w regionie wynosi ponad 40 (w porównaniu do 20 % w USA), z których co siódme umiera przed ukończeniem piątego roku życia.

Pomoc dla wyżej wymienionych krajów jest na ogół fragmentaryczna: nie ma równowagi pomiędzy wspieraniem tzw. pionowych systemów zdrowotnych nastawionych na zwalczanie konkretnych chorób, takich jak AIDS, malaria, gruźlica, a finansowaniem tzw. systemów poziomych zajmujących się ogólnym dostępem do opieki zdrowotnej i leków przez wszystkich mieszkańców. Należy zdawać sobie sprawę, że dostęp do opieki medycznej w tych krajach jest limitowany nie tylko poprzez brak struktur opieki medycznej, ale również przez fakt braku powszechnych ubezpieczeń. W większości z wymienionych krajów główny koszt leczenia jest pokrywany przez pacjenta; ubezpieczenia państwowe ma w najlepszym przypadku kilkanaście procent społeczeństwa i pokrywa ono ograniczoną liczbę usług medycznych. W krajach „lepiej rozwiniętych” takich jak Ghana, ubezpieczenie państwowe pokrywa np. leczenie ostrej niewydolności nerek, ale nie przewlekłej ich niewydolności.

W działaniach pomocowych dąży się do wspierania dostępu do opieki zdrowotnej wykorzystując różnorakie inicjatywy, które rodzą się zarówno w sektorze publicznym jak i prywatnym.

W tym kontekście należy przytoczyć istotną inicjatywę doktoranta, który w 2006 r. był współzałożycielem i dyrektorem Fundacji Dostępnej Opieki Nefrologicznej (Sustainable Kidney Care Foundation), której celem jest zapewnienie chorym z ostrą niewydolnością nerek dostępu do leczenia nerkozastępczego metodą dializy otrzewnowej w krajach rozwijających się. Projekt pomocowy dotyczy zarówno dorosłych jak i dzieci.

W rozprawie doktorskiej doktorant podjął się oceny prowadzonego w czterech krajach Afryki subsaharyjskiej (Ghanie, Beninie, Kamerunie i Tanzanii) programu leczenia ostrego uszkodzenia nerek pod względem jakości i wyników leczenia. Warto podkreślić złożoność działań, które obejmowały organizację szkolenia personelu przy ogromnym wsparciu międzynarodowych towarzystw takich jak ISN, ISPD i IPNA i ośrodków szkoleniowych w Republice Pd. Afryki i Brazylii, które oferowały szkolenie w technice ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej oraz implantacji cewnika otrzewnowego dla lekarzy i firm produkujących sprzęt dializacyjny, które zapewniły szkolenie personelowi pielęgniarskiemu. Protokół postępowania w ostrym uszkodzeniu nerek obejmował zastosowanie dializoterapii otrzewnowej (tylko wymiany ręczne) do 30 dni choroby, po którym to okresie na ogół

ustępują objawy ostrej niewydolności nerek. Jeśli nie obserwowano powrotu czynności nerek, chorego kierowano do opieki przewlekłej, którą w warunkach regionu, przy braku programów przewlekłej terapii nerkozastępczej, stanowiła opieka paliatywna.

Przedłożona mi do oceny praca doktorska w języku angielskim ma typowy układ, obejmuje 56 stron, składa się z 6 rozdziałów z podrozdziałami, zawiera 4 ryciny i 10 tabel oraz 58 pozycji piśmiennictwa. Rozprawę poprzedzono wykazem skrótów używanych w tekście, co ułatwia czytanie pracy, a zakończono streszczeniem w języku angielskim i polskim.

We wstępie doktorant krótko omawia problematykę jakości opieki medycznej regionie subsaharyjskim Afryki, w tym szczegółowo możliwości leczenia nerkozastępczego. W tej części wykazuje się szeroką wiedzą na temat programów pomocowych ze strony Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Cele pracy zostały jasno sformułowane i obejmują poza wspomnianą wyżej ogólną oceną programu leczenia, szczegółowe aspekty terapii, takie jak porównanie wyników leczenia w różnych grupach chorych, poszukiwanie czynników wpływających na przeżycie chorych, ocena powikłań dializoterapii otrzewnowej. Praktycznym celem projektu była próba stworzenia programów leczenia ostrej niewydolności nerek z zastosowaniem dializoterapii otrzewnowej w krajach o niskim dochodzie oraz odpowiedzenia na pytanie jak radzić sobie z głównymi trudnościami, takimi jak szkolenie personelu, dostawa sprzętu dializacyjnego, dostęp do badań laboratoryjnych. Niewłaściwym wydaje się jeden z celów szczegółowych mających odpowiedzieć na pytanie, czy dializoterapia otrzewnowa jest najlepszym sposobem terapii chorych z ostrym uszkodzeniem nerek w krajach niskouprzemysłowionych. Doktorant nie porównywał innych metod np. hemodializoterapii i nie mógł ich porównać z prostego powodu, że w opisywanych krajach praktycznie nie ma dostępu do tej terapii jako drogiej, wymagającej z elektryczności i wody.

W rozdziale Materiał i metody doktorant omawia szczegółowo działanie Fundacji Dostępnej Opieki Nefrologicznej (Sustainable Kidney Care Foundation) i zasady projektu oraz jego finansowanie (dwa lata – Fundacja, kolejne - szpitale biorące udział w projekcie). W sposób jasny przedstawiono kryteria włączenia i rozpoznania ostrego uszkodzenia nerek (skala RIFLE) i wyłączenia. Właściwie dobrano metody statystyczne.

Najciekawszą część stanowią wyniki, w których przedstawiono szczegóły dt czterech ośrodków (Ghana, Benin, Kamerun i Tanzania), w tym: pokrywanie kosztów leczenia (głównie pacjent i rodzina), zasady ew. ubezpieczeń, sposób szkolenia personelu. Żyjąc w kraju, w którym dostęp do opieki medycznej jest całościowy i w większości nieodpłatny, z trudem można uwierzyć, że są kraje, w których pacjent nie ma dostępu do podstawowej opieki, bo nie ma ubezpieczenia, ani pieniędzy, w których decyzja, co do rozpoczęcia kosztownego leczenia wiąże się z rokowaniem (nie rozpoczyna się go, jeśli prognoza jest negatywna), w których niewiele ponad jeden procent personelu służby zdrowia na świecie sprawuje opiekę nad 25% ogółu chorych.

W badaniu obserwowano 89 pacjentów ze wstępnym rozpoznaniem ostrego uszkodzenia nerek, w tym 63 dzieci (poniżej 18 r.). Wśród przyczyn były malaria, sepsa, HIV, ostre lub podostre kłębuszkowe zapalenie nerek. Etiologia nie różniła się wśród kobiet i mężczyzn, jak również u dzieci i dorosłych, ale wobec małej liczby dorosłych (wśród których średnia wieku wynosiła niespełna 35 lat) taki wynik nie może dziwić. Doktorant wykazał zmienność rozpoznań pomiędzy krajami. Jedna trzecia chorych okazała się mieć schyłkową niewydolność nerek. Średni czas leczenia dializą otrzewnową wynosił 11 dni, powikłania w postaci dializacyjnego zapalenia otrzewnej były rzadkie. U ponad 40% powróciła czynność nerek, 1/5 zmarła w trakcie leczenia, u 1/3 stwierdzono schyłkową niewydolność nerek i wobec braku możliwości przewlekłego leczenia nerkozastępczego przeniesiono do opieki paliatywnej. W tej części zabrakło mi szczegółów dt sposobu prowadzenia dializoterapii. Wiadomo, że z powodu kosztu, braku prądu, niedostępna była automatyczna dializa otrzewnowa, jednak sposób ręcznych wymian (objętość, stężenie glukozy) nie został opisany. Zabrakło również informacji na temat innych powikłań np. zacieków płynu dializacyjnego do powłok, którego przyczyną może być użycie cewnika otrzewnowego tuż po jego założeniu i stosowaniu wymian ręcznych płynu dializacyjnego.

Wiele z wyników doktorant komentuje w niezwykle interesującej dyskusji, która jest najlepszym rozdziałem dysertacji. Sposób przedstawienia problemów logistycznych szkolenia personelu, prowadzenia dializ, trudności, a często brak możliwości wykonywania badań laboratoryjnych, świadczą o ogromnej wiedzy praktycznej doktoranta i znajomości szczegółów sytuacji w krajach Afryki subsaharyjskiej. Czasem opis ten jest bardziej dziennikarski np. zabójstwa na granicy krajów przy przewożeniu sprzętu, szczegóły korupcji,

ale daje wgląd w prawdziwą i tragiczną sytuację ludzi tam żyjących. W dyskusji doktorant stara się podjąć próbę nakreślenia sposobów rozwiązania konkretnych problemów, raz jeszcze wykazując dojrzałość w postrzeganiu problemu, wiedzę i umiejętność proponowania rozwiązań (wśród nich m.in. przypomnienie, że płyny do dializy otrzewnowej zostały wpisane na listę tzw. WHO List of Essential Medicines, że można je wytwarzać na miejscu, mniejszym kosztem, że test paskowy do oznaczenia azotu pozabiałkowego w ślinie może być prostszym w tych warunkach od badania BUN itp.). Dysertację kończą wnioski, które odpowiadają celom pracy.

Piśmiennictwo zawiera pozycje trafnie dobrane, prawidłowo cytowane w tekście, głównie z ostatnich lat, w tym odnośniki do stron internetowych zawierające aktualne dane epidemiologiczne.

Z obowiązku recenzenta, poza wyżej wymienionymi uwagami, muszę zwrócić uwagę na następujące błędy:

1. W wykazie skrótów ISPD wyjaśniono jako International Society of Peritoneal Dialysis podczas gdy powinno być IS for PD.
2. Na stronie 16 w wierszu 17 pomyłka edycyjna „is” niepotrzebne

W podsumowaniu, przedstawiona mi do recenzji praca, stanowi oryginalny i osobisty wkład w wiedzę dotyczącą praktyki stosowania dializoterapii otrzewnowej w leczeniu ostrego uszkodzenia nerek w krajach ubogich. Pragnę podkreślić duże walory poznawcze dysertacji i jej niewątpliwą rolę w poszukiwaniu kolejnych rozwiązań pomocowych dla najbiedniejszych krajów na świecie.

Przedstawione krytyczne uwagi nie podważają wartości merytorycznych i poznawczych rozprawy, a ona sama spełnia warunki określone w Art. 11. Ustawy o tytule naukowym i stopniach naukowych (Dz. U. Nr 65/90, poz. 386).

Wnoszę zatem do Wysokiej Rady Wydziału Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach o dopuszczenie mgr. Johna Callegari do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab.med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

Kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej

Ordynator Ośrodka Dializy Otrzewnowej

Kliniki Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

KIEROWNIK ZAKŁADU
Medycyny Paliatywnej


prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
Katedra Medycyny Rodzinnej
Zakład Medycyny Paliatywnej
80-211 Gdańsk, ul. Debinki 2
tel./fax 058 349 15 73