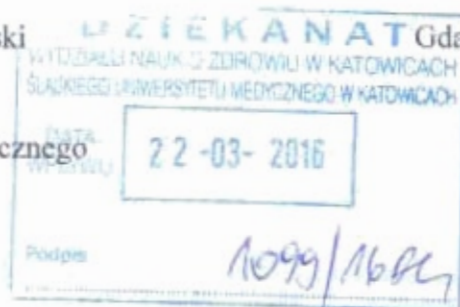


Dr hab. n. med. Maciej Śmiateński
II Zakład Radiologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego



Gdańsk, 2016.03.20

PRODZIEKAN
Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
dr hab. n. med. Grażyna Markiewicz-Loskot

OCENA

rozprawy na stopień doktora nauk medycznych lek. **Sławomira Koziela** pt.:

„Prospektywna ocena plastyki przepukliny pachwinowej metodami: Lichtensteina, Valentiego i Shouldice'a.”

Przepukliny pachwinowe są najczęściej leczoną patologią wśród planowych zabiegów wykonywanych na oddziałach chirurgii ogólnej. Postęp wiedzy w tym zakresie w ostatnich kilkudziesięciu latach pozwolił na wypracowanie nowych metod operacyjnych i wprowadzenie na rynek wielu nowoczesnych implantów. W tym kontekście podejście do zabiegu i okresu rekonwalescencji uległo również rewizji. W dzisiejszych czasach plastyka przepukliny z siatką syntetyczną to często zabieg chirurgii jednego dnia, a rekonwalescencja po plastyce zamyka się w okresie kilku tygodni, przywracając choremu całkowitą sprawność fizyczną i możliwość powrotu do pracy, aktywności rodzinnej i sportu.

Jednak nie we wszystkich szpitalach postęp ten dokonuje się jednakowo. Zastosowanie nowoczesnych implantów i metod tak otwartych, jak i laparoskopowych zgodnie z aktualnymi wytycznymi towarzystw naukowych napotyka na wiele barier. Dotyczy to w mniejszym stopniu krajów wysoko rozwiniętych, gdzie barierą, tak jak w Polsce jest przede wszystkim ignorowanie potrzeby zmian, ale krajów rozwijających się od Azji południowej, przez Afrykę do Południowej i Łacińskiej Ameryki. W tych krajach podstawowymi barierami są: brak sprzętu do laparoskopii i zaporowe w zastanych warunkach ekonomicznych ceny implantów. Autor ocenianej pracy jako wielokrotny uczestnik misji humanitarnych wraca do pytania o zastosowanie prostych i „pierwotnych” metod zaopatrzenia przepukliny pachwinowej. Metody te oceniane dawniej, opisano na bazie wizji chirurgii sprzed kilkudziesięciu lat, wymagają więc one zrewidowania w świetle dzisiejszego stanu wiedzy.

W tym świetle, jak również na podstawie aktualnych, niejednoznacznych danych z piśmiennictwa, każde nowe opracowanie, szczególnie oparte o wysokiej jakości metodologię

jest cenne i wnosi szereg nowych wartości do dyskusji o sposobach zaopatrzenia przepukliny pachwinowej.

Przedstawiona mi do oceny praca zawarta jest na 130 stronach, i jest podzielona na 9 rozdziałów. Doktorant przedstawił obszerny wstęp oraz dokładnie opisał projekt badania.

We *Wstępie* Autor opisał problematykę leczenia przepuklin pachwinowych z uwzględnieniem, wyczerpującego rysu historycznego oraz w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej i dane z publikacji naukowych. Doktorant krótko zobrazował anatomię oraz topografię miednicy, nie znalazłem jednak w pracy opisu kanału pachwinowego, jego struktur, a zwłaszcza topografii nerwów. Brakuje tego fragmentu w kontekście późniejszych rozważań na temat etiologii bólu pooperacyjnego, jego zapobiegania i leczenia. W dalszej części wstępu Doktorant omówił anatomię patologiczną przepuklin, z uwzględnieniem opublikowanych przez Europejskie Towarzystwo Przepuklinowe klasyfikacji topograficznej i opisem rozległości defektów. Kolejno Autor przedstawił zagadnienie epidemiologii i etiologii przepuklin przedniej ściany jamy brzusznej wskazując na rolę kolagenu, czynników genetycznych oraz biochemicznych i enzymatycznych. Ciekawie i treściwie napisany wstęp, który wskazuje na dobrą znajomość omawianego zagadnienia i danych literaturowych, kończy opis diagnostyki przepuklin rzadkich i nietypowych, oraz innych powikłań leczenia, z najistotniejszym bólem przewlekłym.

W podrozdziale dotyczącym leczenia (1.1.4.) Doktorant wyczerpująco przedstawił problematykę sposobów zaopatrywania przepuklin pachwinowych z uwzględnieniem technik laparoskopowych w operacjach naprawczych przepuklin z umieszczeniem siatki w pozycji przedotrzewnowej. Zostały poruszone zagadnienia związane ze wskazaniem do operacji, jak również z kryteriami oceny skuteczności zabiegu z uwzględnieniem czynnika bólowego oraz nawrotów tożsame z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego (EHS). W tej części pracy Autor wskazał na najbardziej istotne momenty związane z leczeniem przepuklin brzusznych, przedstawił możliwości zastosowania różnych technik operacyjnych w oparciu o najnowsze wytyczne EHS (European Hernia Society), oraz trafnie zacytował najnowsze dane z piśmiennictwa.

W rozdziale *Założenia i cele pracy* Doktorant klarownie ujął założony cel swojego prospektywnego, randomizowanego badania sprowadzający się do porównania skuteczności oraz bezpieczeństwa użycia trzech rodzajów współcześnie używanych metod operacyjnych w grupach równoległych. W tym rozdziale wydaje się że uszczegółowienie celów pracy poprzez podanie metodologii ich opisu mogłoby wnieść więcej klarowności do układu pracy. Co prawda hipotezy te zawierają się w rozdziale 4 w postaci punktów końcowych badania a

opisane w rozdziale 4.1 metody statystyczne opisują ich istotność kliniczną, to podanie celów szczegółowych pozwoliłoby na możliwość oceny na ile przeprowadzone badanie zostało zrealizowane w zakresie odpowiedzi na konkretne hipotezy badawcze.

W rozdziale *Założenia i cel pracy* Autor początkowo szczegółowo wyjaśnił i uzasadnił teoretyczne założenia badania powołując się i cytując wyniki prac istotnych dla w/w projektu. Konkluzje tych rozległych, wcześniejszych badań stanowiły wiarygodną bazę dla opisanego projektu własnego jako prospektywnego, randomizowanego i jednośrodkowego badania klinicznego. Jako jedno z założeń autor opisuje fakt, że metody z użyciem implantu charakteryzują się mniejszą liczbą nawrotów w porównaniu z metodami napięciowymi. Włączając do badania metodę Shulidice'a Autor niejako naraża chorych na ryzyko nawrotu, i choć metoda ta jest uznana i stosowana w świecie, to w świetle założenia badania ciekawym byłoby zasięgnięcie opinii Komisji Bioetycznej.

Przedstawiając projekt badania Autor wskazał kryteria włączające oraz wykluczające dla uczestników projektu, scharakteryzował właściwości i technikę wybranych i ocenianych metod operacyjnych, jak również parametry oceniane w okresie obserwacji. Ponieważ nie wszyscy członkowie komisji w przewodzie doktorskim są chirurgami, można było dołączyć do pracy schematy ułatwiające zrozumienie techniki operacyjnej lub dokumentację fotograficzną. W ocenie rodzaju przepukliny, w moim odczuciu należało ściślej trzymać się powszechnej i rekomendowanej klasyfikacji EHS, i być może pominąć oddziałową, „gastronomiczną” klasyfikację wielkości worka.

W rozdziale *Wyniki* Doktorant przedstawia dane demograficzne i charakteryzuje badane grupy. Załączone wykresy obrazują trend intensywności bólu w zależności od kolejnych wizyt, analizę zależności natężenia bólu w jednostce czasu oraz porównanie natężenia dolegliwości bólowych w skali opisowej podczas kolejnych wizyt kontrolnych. W dodatkowych podrozdziałach przedstawiono również średnie czasy trwania zabiegów operacyjnych, czas hospitalizacji w obu badanych grupach. Autor opisał także odnotowane powikłania i obserwację związaną z wystąpieniem nawrotów oraz surowiczaków w okresie pooperacyjnym. Dokumentacja wyników jest precyzyjna, pozwala na czytelne porównanie analizowanych danych zawartych w badanych grupach. Doktorant wykazał nieliczne zależności istotnych statystycznie różniące poszczególne interwencje.

W rozdziale *Dyskusja* Autor w sposób obiektywny, świadczący o pełnej znajomości przedstawianych zagadnień oraz doskonałej aktualnego piśmiennictwa, omawia wyniki swych badań porównując je z innymi ośrodkami oraz z danymi literaturowymi. Dyskusja jest

podzielona na podrozdziały, które również narzucają jej zwięzłość. Pomimo, iż dyskusja mieści się na 14 stronach tekstu syntetycznie opisuje zarówno generalne zastosowanie wyników, ich interpretację, jak i ograniczenia. Doktorant zwraca uwagę trudności przed jakimi staje autor w randomizowanym badaniu w przypadku procedur chirurgicznych. Autor podkreśla, że głównym ograniczeniem badania jest mała liczebność grup, podaje jednak, że pisano już prace na grupach mniejszych. Wspomniane przeze mnie wcześniej uszczegółowienie założeń pracy o konkretne pytania, być może wg. schematu PICO (patient, intervention, comparator, outcome) pomogłoby we właściwym dobraniu liczebności grup do badania. Prawie 4 strony Autor poświęca na przedstawienie ankiety z berlińskiego spotkania chirurgów niemieckich. Wnioski z tej ankiety wydają się wskazywać na wzrastające znaczenie metod bez implantu. To ciekawe, lecz zabrakło krytycznej oceny faktu, że ankietowani mogą być pod wpływem różnych opinii, a sam ankietujący (K.J. Conze) jest wieloletnim zwolennikiem metody Shouldice'a. Pomimo dobrego przeprowadzenia dyskusji prowadzącej do właściwych wniosków mało trafiony, moim zdaniem jest zamykający dyskusję cytat z Kirka, który kwestionuje wartość badań naukowych i podkreśla wartość perfekcji i entuzjazmu chirurga dla własnego wyboru. Wolałbym tu znaleźć nestora chirurgii amerykańskiej J. M. McGreevy'ego (Groin Hernia and Surgical Truth. *American Journal of Surgery* 1998;176:301-304), który napisał, że nie ma absolutnej prawdy w leczeniu przepuklin, a chirurdzy muszą być przygotowani na zmiany, otwarci na nowe idee, uczciwi w ocenie własnych doświadczeń i krytycznie myślący. Ten wniosek bardziej pasuje do przedstawionej dysertacji, ponieważ Autor właśnie takim krytycyzmem się wykazał.

W rozdziale *Wnioski* Doktorant zastosował formę punktową. Ostatnie zdanie tego rozdziału jest wnioskiem nieodpowiadającym założeniu pracy, nie postawiono bowiem tego pytania w metodach i celach. W mojej opinii można było uszczegółowić cele pracy, wówczas wnioski klarownie odnosiłyby się do postawionych celów. Jakkolwiek dla uważnego czytelnika wyniki pracy są całkowicie jasne i wynikają z zaprezentowanego materiału, uszczegółowienie mogłoby pomóc w ich ekspozycji. Wydaje się, że jest to szczególnie ważne w pracach skierowanych do chirurgów ceniących sobie jasny i konkretny przekaz.

Pracę uzupełnia aktualne piśmiennictwo zawierające 215 pozycji. Dobór piśmiennictwa jest trafny, obszerny, obejmuje pozycje zarówno rodzime, jak i przede wszystkim anglojęzyczne. Autor wykazał się jego dobrą znajomością i umiejętnie wykorzystał w swojej pracy. Układ rozprawy jest logiczny a jej strona graficzna przejrzysta. Umieszczone w tekście tabele, wykresy oraz ryciny ułatwiają zapoznanie się z pracą jak

również trafnie ją ilustrują. Praca napisana jest poprawną polszczyzną i oprócz nielicznych błędów literowych nie dostrzegłem istotnych błędów stylistycznych oraz gramatycznych.

Podsumowując, pracę lek. Sławomira Koziela oceniam wysoko. Doktorant zaplanował i starannie wykonał pracę naukową o wysokiej złożoności i wysokim poziomie naukowym. Stworzenie badania o charakterze prospektywnej i randomizowanej próby klinicznej wymaga dużego nakładu pracy i zastosowania nowoczesnych narzędzi badawczych. Dowodzi to rozeznania w temacie pracy, ale również wskazuje na umiejętność zjednywania sobie partnerów dla realizowanych zamierzeń klinicznych i naukowych, co stanowi dobry prognostyk na przyszłość. Również wybór tematu pracy jest bardzo aktualny i odpowiada na zapotrzebowanie środowiska medycznego. Poprzez konstrukcję pracy Doktorant pokazuje nie tylko wynik badania i wyniki leczenia dla danych metod. Wynikiem, choć nieopisanym wprost w pracy jest wniosek o wyższości techniki Lichtensteina. Wynika on z wprowadzonego między wierszami komentarza, o tym, że gdy chorzy nie mogli być zoperowani metodami z randomizacji, odrzucano ich z badania i operowano metodą Lichtensteina. Gdyby ta część pracy została włączona do badania, dyskusji i wnioskowania, praca nabrałaby dużo szerszego charakteru i zasłużyła na wyróżnienie. Myślę, że czasami warto pokusić się o takie wyjście ponad standard. Ta uwaga nie umniejsza jednak charakteru pracy, jest jedynie wskazówką dla przyszłej kariery doktoranta.

Uważam, że rozprawa doktorska lek. Sławomira Koziela pt.: „*Prospektywna ocena plastyki przepukliny pachwinowej metodami: Lichtensteina, Valentiego i Shouldice'a.*” jest oryginalnym dorobkiem, prezentuje wartość naukową i przede wszystkim praktyczną oraz spełnia wymogi stawiane pracom na stopień doktora nauk medycznych, dlatego stawiam Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie lekarza Sławomira Koziela do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

(-) Maciej Śmietański

