



UNIwersytet WARMIŃSKO-MAZURSKI
w Olsztynie

WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej
Prof. nzw. dr hab. n. med. Jadwiga Snarska,
10-228 Olsztyn, ul. Al. Wojska Polskiego 37, tel. 089 539-85-51

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
DZIEKANAT WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

Olsztyn 17.02.2016

wpt. dn. 03 MAR. 2015

L.dz. DL 811/16

Znak sprawy DL-

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ LEK. MARCINA ZAWADZKIEGO p.t.
"ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA REOPERACJI W CHIRURGII JAMY BRZUSZNEJ
W MATERIALE WŁASNYM"

Ocena jakości leczenia w Klinikach i Oddziałach Chirurgicznych to jeden z podstawowych elementów naszej pracy i Centrum Monitorowania Jakości. Spośród 9 analiz jakie powinny być przeprowadzane w każdej jednostce to: zgony, zgony okołoperacyjne, skutki zabiegów operacyjnych w trakcie leczenia, readmisje, odmowy przyjęć, przedłużone pobyty, powikłania zatorowo-zakrzepowe, no i oczywiście reoperacje. Niejako te analizy na siebie się nakładają lub zająkują, bo nie sposób oddzielić przedłużonego pobytu chorego od reoperacji. Niektóre powikłania w swojej praktyce możemy przewidzieć jak to określa już we wstępie rozprawy lek. Marcin Zawadzki. Niektóre niestety są nie przewidywalne, a szczególnie w sytuacjach kiedy wszystko zostało wykonane lege artis, a mimo to doszło do powikłania szczególnie wymagającego reoperacji. Na niektóre elementy nie mamy istotnego wpływu są to czynniki od nas chirurgów niezależne np. rodzaj i asortyment materiału szewnego na Bloku Operacyjnym, rodzaj stosowanego staplera itp. Czynniki zależne, ale istotne to operator doświadczony chirurg czy szkolący się rezydent?, ale chirurgii tylko w znikomym stopniu można nauczyć się na fantomie.

W swoim wstępie Doktorant również poruszył istotny problem, a mianowicie opiekę okołoperacyjną, która jest równoważna w mojej ocenie jak wykonana operacja. Nie ma dobrej chirurgii bez właściwie pojętej i realizowanej opieki okołoperacyjnej, a więc przygotowanie do zabiegu operacyjnego i prowadzenie chorego w okresie pooperacyjnym. Doktorant w wprowadzeniu porusza jeszcze inne aspekty, które pojawiły się w ostatnim dwudziestolecu chirurgii, a mianowicie aspekt dyrektorsko-menedżerski, podmioty lecznicze jako spółki dochodowe co wiąże się niestety z tym, że najlepiej operować chorego bez obciążeń tzw. "zdrowego chorego" u którego ryzyko wystąpienia powikłań jest raczej w tym przypadku minimalne, a jeśli takowe wystąpią to najlepiej w jakiś niekoniecznie przejrzysty sposób przenieść do jednostki publicznej, gdyż taki chory wymagać już będzie dużych nakładów finansowych i nie tylko. Żaden podmiot leczniczy niepubliczny na pewno nie przejmie chorych z SORu tych, którzy wymagają wielodyscyplinarnej opieki i są obarczeni wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań.

Lekarz Marcin Zawadzki porusza wieloaspektowo wątek formalno-prawny związany z Komisją d/s Zdarzeń Niepożądanych, a "chirurgia bez powikłań nie istnieje". To wskazuje na to, że wszelkiego rodzaju niepowodzenia leczenia w Klinikach i Oddziałach Chirurgicznych powinny być szczegółowo w każdym przypadku analizowane, a także należy je ze wszech miar starać się minimalizować.

Powyżej przedstawiane przeze mnie wywody wskazują, że podjęcie tego tematu i jego realizacja przez Doktoranta jest niezwykle istotna nie tylko z punktu widzenia naukowego, ale w szczególności praktycznego, gdyż musimy w swojej praktyce chirurgicznej uwzględniać nie tylko potencjalne korzyści jakie wynikają z naszych działań wobec chorego, a więc całkowite wyleczenie czy też ulga i pomoc w niektórych sytuacjach, a przykładem tego są np. zabiegi zespoleniowe w nowotworach nieoperacyjnych. Swoje czynności również musimy uzależniać od zagrożenia skargami, zażaleniami, roszczeniami, a nawet postępowaniem sądowno-prokuratorskim, co również wyraźnie podkreśla Doktorant, a co niesie za sobą nie tylko konsekwencje moralne, wizerunkowe danego podmiotu leczniczego, chirurga, ale i finansowe. We wprowadzeniu Lek. Marcin Zawadzki również poruszył istotny problem reguł wolnorynkowych w których działania są nakierowane na maksymalizację zysku w realizacji procedur chirurgicznych (medycznych) przy minimalizacji kosztów. W chwili obecnej renomą danej jednostki leczniczej jest nie ilość wyleczonych ciężko chorych, a dodatni wynik finansowy co również podkreśla Doktorant.

Przedłożona mi przez Wysoką Radę Wydziału Lekarskiego rozprawa doktorska posiada układ zbliżony do tego rodzaju prac. Jest to jednostronny wydruk komputerowy liczący 89 stron z wkomponowanymi w tekst rycinami i tabelami zakończona zwięzłym streszczeniem w języku polskim i angielskim. We wstępie w oparciu o dane literaturowe i doświadczenia własne Lek. Marcin Zawadzki wprowadza czytelnika w problemy powikłań po zabiegach ze szczególnym wskazaniem na powikłania septyczne brzuszne z koniecznością reoperacji posługując się 45 pozycjami piśmiennictwa anglojęzycznego prawie w całości opublikowanego powyżej roku 2000. Wymienił także dogmaty chirurgii jamy brzusznej, które to wyznaczył nam chirurgom Halstedt i które to nierozzerwalnie powinny nam towarzyszyć w trakcie prowadzonych zabiegów operacyjnych. Informacje zawarte we wprowadzeniu i wstępie są dowodem dobrego przygotowania Doktoranta do planowania i przeprowadzenia badań klinicznych w materiale własnym II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Wyznaczony cel pracy poprzedzony jest założeniami i jest jasno sprecyzowany co do wystąpienia takiego powikłania jak reoperacja. Lek. Marcin Zawadzki za cel pracy przyjął określenie: - ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych w ocenie przedoperacyjnej, - wartość diagnostyki laboratoryjnej we wczesnym okresie pooperacyjnym w aspekcie reoperacji, - analizę wpływu chorób współistniejących na ryzyko wystąpienia reoperacji, - określenie czynników związanych z zabiegiem operacyjnym i ich wpływ na wystąpienie reoperacji. Ostatnim celem badawczym jest wpływ powyżej wymienionych czynników na możliwość ograniczenia ryzyka reoperacji. Badania miały charakter retrospektywny i obejmowały grupę 118 chorych reoperowanych w latach 2011-2014 ze średnią wieku 67,5 lat. Grupa porównawcza bo tak należy tą grupę określić lub grupa odniesienia, a nie kontrolna to 52 chorych wybranych losowo ze średnią wieku 65,04 lat. W grupie porównawczej nie stwierdzono w okresie przedoperacyjnym wskazań

do reoperacji. Ogólna liczba operacji w w/w okresie w Klinice to 2384 operacje wykonane techniką poprzez laparotomie i laparoskopie w trybie planowym (49,96%) i ostro dyżurowym (50,04%). Odsetek reoperacji to 4,94% wśród chorych poddanych operacjom jamy brzusznej. Doktorant tworząc bazę danych wziął pod uwagę :- wiek,- BMI, - czas trwania operacji,- znieczulenia,- przyjęcie do kliniki, a operacja,- operacja , a reoperacja, czas pobytu w Klinice, w OIT i zgon chorego. Uwzględnił On także wszystkie możliwe choroby współistniejące i styl życia w ocenie ryzyka reoperacji. Analizował też i wykorzystał w pracy rutynowo stosowaną skalę odżywienia NRS i formularz ryzyka wystąpienia zakażenia. W swojej pracy badawczej Doktorant wziął pod uwagę bardzo istotną dla nas chirurgów skalę, a mianowicie ASA (Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologów), konieczność przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych przed zabiegiem operacyjnym i rodzaj pola operacyjnego. Badania biochemiczne poddane były analizie przed operacją i w 1 i 2 dobie po operacji, a także w dniu reoperacji.

Lek. Marek Zawadzki wyżej wymienione parametry poddał analizie statystycznej dla prób niepowiązanych testem t-Studenta, a dla danych jakościowych zastosował test niezależności $(\chi)^2$. Jednowymiarową analizę wariancji z powtarzanymi parametrami Doktorant użył dla grupy badanej celem oceny zmienności parametrów w czasie. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą programu STATISTICA firmy StatSoft.

Doktorant wyniki swoich badań zawarł w 27 przejrzystych tabelach i zobrazował na 19 rycinach i są one zgodne z założeniami przeprowadzonych analiz, a także odpowiadają na postawione pytania przy formułowaniu celu. Lek. Marek Zawadzki wykazał, że w obu grupach najczęściej byli reoperowani chorzy, którzy wcześniej przebyli operacje z powodu zmian nowotworowych w obrębie jelita grubego. Najczęstszymi przyczynami reoperacji były nieszczelności zespolenia, a na drugim miejscu niedokrwienie jelit. Czas pomiędzy operacją pierwotną , a reoperacją w materiale Doktoranta to 7,75 doby, a więc tyle czasu przy sprzyjających warunkach potrzebuje zespolenie jelitowe do wygojenia. Stosując formularz wystąpienia ryzyka zakażenia potwierdził On i wyraźnie wykazał w swoim materiale jego przydatność w ocenie skali ryzyka reoperacji, gdyż wraz ze wzrastającą liczbą punktów wzrastało prawdopodobieństwo wystąpienia powikłania wymagającego reoperacji. Lek. Marek Zawadzki w swojej analizie danych retrospektywnych w oparciu o użycie skali stanu odżywienia NRS 2002 wykazał że niedożywienie lub ryzyko zagrożenia niedożywieniem jego chorych operowanych nie jest czynnikiem ryzyka mimo, że w jego materiale zdecydowany odsetek chorych miał 2,3, a nawet 4 punkty i w tym miejscu nasuwa się pytanie Czyżby? Czy skala NRS 2002 nie w pełni odzwierciedla stan niedożywienia lub jego zagrożenia gdyż według danych literaturowych ten parametr ma istotny wpływ na przebieg procesu gojenia, a więc dotyczy dużej grupy chorych reoperowanych z powodu nieszczelności zespolenia. Kolejnym istotnym i wartym podkreślenia dla nas chirurgów jest skala ASA, której wartość w przewidywaniu wystąpienia powikłań nie tylko chirurgicznych jest wysoka co potwierdził również Doktorant w swoich analizach. Podobnie ma się sprawa czystości pola operacyjnego. Czy w tym miejscu nie należało jeszcze zwrócić uwagi na

stosowanie profilaktyki okołoperacyjnej i jej wpływu na konieczność reoperacji. Istotny statystycznie wpływ na wystąpienie reoperacji w materiale Doktoranta miały współistniejące schorzenia takie jak: miażdżyca, niewydolność nerek i choroba niedokrwienna serca, w przypadku pozostałych chorób nie wykazał istotności statystycznej. Większe ryzyko reoperacji wiązało się także z trybem zabiegu operacyjnego, a więc bardziej zagrożeni byli chorzy operowani w trybie ostro dyżurowym i jednocześnie obarczeni zdecydowanie większym odsetkiem zejść śmiertelnych. Poddane analizie statystycznej parametry biochemiczne w badaniach Doktoranta istotne znaczenie miały wartości wskazujące na stan zapalny: Leukocytoza, CRP i parametry nerkowe: K, kreatynina, mocznik i EGFR.

Uzyskane wyniki swoich badań Lek. Marcin Zawadzki przedstawił bardzo ciekawie w sposób przejrzysty i omówił w 13 stronicowej dyskusji w kontekście światowej, obszernej literatury i własnych doświadczeń. Literatura dotycząca tego problemu i na której to podstawie były postawione cele i przeprowadzona w sposób dojrzały dyskusja to literatura w całości anglojęzyczna z cytowanych 78 pozycji - aż 29 pozycji to wydanie od 2010 roku i powyżej, a 47 to literatura obejmująca przedział od 2000 - 2009 roku. Jest to niezwykle istotne i cenne z praktycznego punktu widzenia w naszej codziennej pracy chirurgicznej. W obliczu postępu jaki dokonuje się w tej części chirurgii, a więc literatura cytowana przez Doktoranta obejmuje wszystkie najnowsze techniki stosowane w chirurgii, nowoczesne środki w prowadzeniu znieczulenia, a także elementy opieki okołoperacyjnej. Lek. Marek Zawadzki w oparciu o tą najnowszą literaturę i własne doświadczenie w szczególności sposób zwrócił uwagę i przeanalizował 4 najczęstsze powikłania będące wskazaniem do reoperacji: nieszczelność zespolenia, niedokrwienie jelit, wtórna niedrożność i krwawienie wewnątrzotrzewnowe. W Jego rozważaniach przewija się świadomość, że przewidywanie większego ryzyka powikłań chirurgicznych skłaniać może niektórych do ograniczenia zakresu operacji, unikania procedur o wysokim ryzyku powikłań, a na pewno dla wszystkich wzmożony nadzór pooperacyjny takich chorych. Doktorant swoje rozważania zamyka 7 wnioskami będącymi nie tylko odpowiedzią na postawione pytania, ale także stanowią one wskazówki dydaktyczne nie tylko młodym adeptom sztuki chirurgicznej. Wniosek 3 i 4 powinien być połączony. W pracy występują pojedyncze uchybienia w używanym słownictwie, czy też stylistyczne, a także drobne powtórzenia. W tym miejscu postawię pytanie do Doktoranta: Czy nie warto i miało by sens użycie w klasyfikacji powikłań pooperacyjnych skali Clavien-Dindo? Poczynione przez mnie uwagi do rozprawy doktorskiej Lek. Marka Zawadzkiego w żaden sposób nie umniejszają jej wartości merytorycznej, a wynikają z obowiązku recenzenta. Ocena niektórych parametrów przez Doktoranta i omówienie ich w świetle najnowszej literatury świadczy o Jego pokorze jako badacza i przyszłego specjalisty chirurga.

Praca wykonana przez Doktoranta pod nadzorem merytorycznym znanego i cenionego chirurga w środowisku nie tylko ogólnopolskim Prof. Zygmunta Grzebieniaka może stanowić podstawę i zainicjować badania wielośrodkowe dotyczące analizy powikłań pooperacyjnych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynniki ryzyka te modyfikowalne i nie modyfikowalne, a także prewencję ze strony

chirurgów, anestezyjologów i innych specjalności, bo ciężko chory chirurgiczny to chory wymagający wielodyscyplinarnego podejścia. Zapewne tak opracowany interesujący materiał w wiodącej Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu będzie udostępniony szerokiemu gronu, a więc znajdzie swoje odbicie w literaturze chirurgicznej w postaci publikacji.

Podsumowując ocenianą rozprawę doktorską należy podkreślić, iż jest ona właściwie zaplanowaną i wykonaną pracą badawczą retrospektywną. Uzyskane wyniki mają znaczenie nie tylko poznawcze, ale szczególnie praktyczne. Doktorant wykazał się nie tylko gruntowną znajomością tematu, ale także i umiejętnościami w samodzielnym rozwiązywaniu problemu badawczego. Recenzując tę rozprawę doktorską uważam, że może być ona przyczynkiem do zaprojektowania kolejnego zadania badawczego przez Lek. Marka Zawadzkiego w tym temacie, ale już prospektywnie.

Prezentowaną rozprawę p.t. **"ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA REOPERACJI W CHIRURGII JAMY BRZUSZNEJ W MATERIALE WŁASNYM"** oceniam bardzo dobrze i mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wniosek o dopuszczenie **lekarza Marcina Zawadzkiego** do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art.13 ust.1 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.).


KIEROWNIK
KATEDRY CHIRURGII
dr hab. i med. Jadwiga Siemka, prof. IWWi