

Sosnowiec, 17 maj 2014

Recenzja

rozprawy doktorskiej lekarza medycyny Jerzego Michałowskiego pt. „Kolonoskopia wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, ocena wybranych aspektów medycznych i socjoekonomicznych”

W obecnej dobie kolonoskopia jest rutynową metodą diagnostyki chorób jelita grubego, pozwalającą również na dokonanie niektórych zabiegów terapeutycznych np. jak polipektomia. Dzięki rozwojowi techniki i technologii dysponujemy obecnie endoskopią wysokiej rozdzielczości, oferującą powiększenie oraz całą gamę wzmocnień i wybarwienia cyfrowego obrazu, co pozwala na wykrywanie wczesnych zmian nowotworowych. Wiele czynników wpływa na bezpieczeństwo oraz skuteczność diagnostyczną i terapeutyczną kolonoskopii. Wśród nich wymienić należy jakość sprzętu endoskopowego, wyszkolenie i doświadczenie personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) oraz dostępność i skuteczność środków do oczyszczania jelita przed kolonoskopią itd. Równie ważne są też wskazania do wykonania badania, współistnienie innych chorób jak cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, mięśniowo-szkieletowego i nerwowego oraz stosowanie leków oddziałujących na perystaltykę przewodu pokarmowego (np. leki antydepresyjne).

Przedstawiona mi do oceny dysertacja doktorska lekarza medycyny Jerzego Michałowskiego liczy 71 stron typowego maszynopisu wraz z 7 tabelami, 10 rycinami



przedstawiającymi wykresy, spisem publikacji liczącym 86 pozycji, streszczeniami w języku angielskim i polskim oraz aneksem.

Praca ma typowy układ. We wstępie liczącym 27 stron Autor w sposób wyczerpujący przedstawia historię badań endoskopowych zwłaszcza dolnego odcinka przewodu pokarmowego jak również współczesne zastosowania kolonoskopii, szczególnie odnośnie do rozpoznawania raka jelita grubego i gruczolaków oraz nadzoru endoskopowego w tym u chorych z dziedzicznymi rakami jelita grubego. W kolejnym podrozdziale Autor omawia zastosowanie kolonoskopii jako narzędzia diagnostycznego i terapeutycznego w krwawieniu z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W kolejnej części wprowadzenia omówiony jest udział i rola kolonoskopii w badaniach przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego oraz sposoby przygotowania jelita do badania endoskopowego. W ostatniej części wprowadzenia Autor omawia aspekty kosztowe badania endoskopowego dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Cel pracy przedstawiony na stronie 29 jest tożsamy z tytułem. Autor oceny medycznych i socjoekonomicznych aspektów kolonoskopii dokonał w oparciu o materiał własny. Aspekty niemedyce badania kolonoskopowego, których analiza pozwala na szacunkową ocenę kosztów bezpośrednich niemedyce i kosztów pośrednich nie zostały jednak ujęte w punktowej liście celów pracy, choć sam Autor na stronie 55 pisze „ocena kosztów badań przesiewowych może więc ulec zmianie po włączeniu bezpośrednich pozazdrowotnych kosztów i kosztów czasu pracy pacjenta” i dalej „Wiele cytowanych badań oraz badania własne dokumentują, że pozamedyczne koszty bezpośrednie (np. transport) i pośrednie związane z czasem pracy pacjenta są duże i powinny być brane pod uwagę w wyliczaniu całkowitych kosztów działań medycznych, szczególnie wykonywanych w celach profilaktycznych”

Autor zakwalifikował do badań 233 chorych, w tym 139 kobiet i 94 mężczyzn, u których wykonał kolonoskopię w Pracowni Endoskopii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego oraz w Pracowni Endoskopii Poradni Medyk w Kaliszu. Badania ankietowe przeprowadził po zakończeniu badania kolonoskopowego.

Wyniki badań przedstawiono w postaci rycin obejmujących wykresy wygenerowane w programie Statistica PL v.8.0.



Uwagi redakcyjne.

1. Wykaz użytych w pracy skrótów oraz tytuły tabel i rycin powinny być zwyczajowo zamieszczone po podaniu spisu treści, co ułatwia analizowanie treści pracy.
2. Omówienie metod statystycznych zastosowanych w analizie uzyskanych wyników winno być umieszczone w rozdziale „Materiał i metodyka badań” a nie w rozdziale „Wyniki badania”.

Uwagi merytoryczne.

1. W wprowadzeniu na stronie 3 Autor pisze, że w nowych typach aparatów endoskopowych włókna światłowodowe zostały zastąpione elektronicznymi „czipami” co jest informacją mylną gdyż endoskopy wyposażone są w światłowody doprowadzające światło ze źródła, jakim jest lampa ksenonowa i wiązkę odprowadzającą, natomiast tylko obraz przetwarzany jest cyfrowo. To właśnie daje możliwości dla elektronicznego „barwienia” obrazu na przykład w metodzie i-scan w aparatach firmy Pentax.
2. Na stronie 4 Autor pisze, że dzięki kolonoskopii uzyskano zmniejszenie zachorowalności i umieralności na raka jelita grubego. Jest to informacja sprzeczna z danymi statystycznymi, które wskazują na wzrost zachorowalności i umieralności (jedynie w niektórych grupach wiekowych odnotowuje się zmniejszenie śmiertelności [Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Prognoza zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce do roku 2025. Krajowy Rejestr Nowotworów. Centrum Onkologii-Instytut. Warszawa 2009.] Polska w tym zakresie nie odbiega o pozostałych krajów europejskich.
3. Na stronie 32 w rozdziale „Wyniki badań” Autor pisze, że 125 osób zostało poddanych kolonoskopii przesiewowej, co znajduje odzwierciedlenie na rycinie nr1, jednak w tabeli 3 ilustrującej zgłaszalność do badań zatytułowanej „Częstość wykonywania badań przesiewowych w zależności od płci” podana jest liczba 233 chorych, a więc wszystkich włączonych do badania.
4. W tabeli 4 obrazującej zależność pomiędzy wykształceniem a zgłaszalnością osób do badań profilaktycznych podana jest liczba 122 a nie 125.
5. Zakwalifikowanie do kolonoskopii przesiewowej osób zażywających leki przeciw bólowe wymaga szczegółowego „autorskiego” uzasadnienia, gdyż takie wskazanie



nie mieści się w przyjętych w tym względzie zasadach, co więcej grupa tych osób jest dyskwalifikowana od udziału w badaniu przesiewowym.

Wyniki uzyskane przez Autora wskazują, że częściej do badań przesiewowych zgłaszali się chorzy z niższym wykształceniem, co jest oryginalnym spostrzeżeniem, ponieważ dotychczasowe obserwacje były odwrotne. Istotnym wnioskiem płynącym z pracy jest konieczność włączenia kosztów pozamedycznych do całkowitych kosztów badania endoskopowego i dopiero na tej podstawie wycenianie tego, co nazywa się procedurą kolonoskopową.

Reasumując uważam, że przedstawiona mi do recenzji praca doktorska lek. med. Jerzego Michałowskiego pt. „Kolonoskopia wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, ocena wybranych aspektów medycznych i socjoekonomicznych” porusza ważne aspekty badań kolonoskopowych, które w polskim piśmiennictwie są na ogół pomijane. Własny materiał, który Autor poddał analizie jest liczebnie wystarczający, a biorąc pod uwagę, że lek. Jerzy Michałowski jest doświadczonym endoskopistą ewentualny wpływ na uzyskane wyniki czynnika ludzkiego leżący po stronie wykonującego badania został wyeliminowany.

Biorąc powyższe pod uwagę zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o dopuszczenie lek. med. Jerzego Michałowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dr hab. n. med. Maciej Gonciarz
SPECJALISTA CHOROBY WEWNĘTRZNYCH
GASTROENTEROLOG
ul. Bażantów 143/25, 40-668 Katowice
7765424, fax 602 372 597