

Prof. dr hab. n. med. Janusz Schabowski
Emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Kierownik Zakładu Nauk o Zdrowiu
Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno- Ekonomicznej w Jarosławiu

R E C E N Z J A Rozprawy Doktorskiej

lek. med. Radosława Fludera p.t. „Ocena stanu oraz czynników wpływających na odżywianie u pacjentów z rozpoznaniem zaawansowanej choroby nowotworowej zgłaszających niedożywienie w opiece ambulatoryjnej”.

Nowotwory złośliwe zarówno w Polsce jak i na świecie należą do najczęściej rozpoznawanych chorób, a częstość ich występowania stale rośnie. Mimo ogromnego postępu w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych w ostatnich dziesięcioleciach, w Polsce i innych państwach Europy stanowią drugą przyczyną zgonów. Efekty leczenia są w większości przypadków nowotworów złośliwych ciągle niezadawalające, zależą od rodzaju nowotworu, lokalizacji, a przede wszystkim od zaawansowania choroby nowotworowej. Bardzo ważną rolę, zarówno w procesie diagnostycznym jak i dalszej opiece nad chorym z chorobą nowotworową ma do spełnienia podstawowa opieka zdrowotna. Lekarz rodzinny jest tym, do którego najczęściej zgłaszają się pacjenci w pierwszych etapach rozwoju choroby nowotworowej ale także opiekuje się chorym po zakończeniu leczenia onkologicznego jak również bierze udział w opiece paliatywnej.

Różnorodność objawów zgłaszana przez chorych w przebiegu chorób nowotworowych związana jest głównie z lokalizacją i etapem rozwoju nowotworu. Natomiast wspólną cechą wszystkich zaawansowanych nowotworów złośliwych są obserwowane u chorych zaburzenia w odżywianiu, które mają istotny wpływ na jakość życia, skuteczność leczenia oraz długość przeżycia. Rozpoznanie tych zaburzeń we wczesnej fazie w opiece ambulatoryjnej zapobiega rozwojowi ciężkiego wyniszczenia oraz pozwala na efektywne ich leczenie i przyczynia się do poprawienia efektów leczenia choroby nowotworowej.

Stąd wybór tematu rozprawy doktorskiej: „Ocena stanu oraz czynników wpływających na odżywianie u pacjentów z rozpoznaniem zaawansowanej choroby nowotworowej zgłaszających niedożywienie w opiece ambulatoryjnej”, dotyczący tak ważnej z punktu widzenia medycznego ale również społecznego problemu, jakim jest niewątpliwie odżywianie w chorobach nowotworowych - należy uznać za bardzo trafny.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska lek. med. **Radosława Fludera** obejmuje łącznie 110 stron wydruku. Posiada tradycyjny układ pracy doktorskiej, podzielona jest na 12 zasadniczych rozdziałów: „Wstęp”, „Założenia i cele pracy”, „Materiał i metody”, „Wyniki”, „Dyskusja i omówienie wyników”, „Wnioski”, „Piśmiennictwo”, „Streszczenie”, „Summary”, „Spis rycin”, „Spis Tabel”, „Załączniki”. Zilustrowana jest 30. rycinami i 11. tabelami oraz zawiera 95 pozycji piśmiennictwa.

We „WSTĘPIE” (strony: 7-33) Autor, w oparciu o dane z piśmiennictwa, bardzo dokładnie omawia problemy pacjentów z chorobą nowotworową w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia zaburzeń odżywiania w chorobach nowotworowych, związku odżywiania z jakością życia oraz przeżyciem w chorobie nowotworowej. Przedstawia bardzo dokładnie zapotrzebowanie energetyczne osób zdrowych i zmiany jakie występują w przebiegu chorób nowotworowych. Opisuje zaburzenia odżywiania występujące u chorych z oceną możliwości określania potrzeb dietetycznych i wsparcia żywieniowego w chorobie nowotworowej. W kolejnych rozdziałach przedstawione są teorie dotyczące rozwoju wyniszczenia i kacheksji nowotworowej oraz podane możliwości terapeutyczne hamowania rozwoju kacheksji. Przedstawiony jest problem wyniszczenia nowotworowego, kacheksji i opieki paliatywnej. W końcowej części wstępu Doktorat bardzo szczegółowo omawia sposoby rozpoznawania niedożywienia chorego za pomocą 7. skal oceny pacjenta: Nutritional Risk Score (NRS 202), test Mini Nutritional Assessment (MNA), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ), Patient Generated – Subjective Global Assessment (PG-SGA), Patient Generated – Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF), Subjective Global Assessment (SGA), Ankieta Oceny Stanu Odżywiania Organizmu Pacjentów Onkologicznych.

Rozdział II to ZAŁOŻENIA I CELE PRACY (strona 34)

Cel przedstawionej do recenzji pracy został sformułowany w czterech problemach badawczych: 1. Ocena stanu odżywiania pacjentów z rozpoznaniem

choroby nowotworowej, skierowanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do opieki długoterminowej z podejrzeniem niedożywienia. 2. Określenie czynników warunkujących pogorszenie stanu zdrowia. 3. Analiza wpływu objawów towarzyszących chorobie nowotworowej na przyjmowanie pokarmów w ocenie pacjenta. 4. Ocena przydatności skal niedożywienia w badaniu ambulatoryjnym.

W rozdziale „MATERIAŁ I METODY” (strony 35-38) Doktorant podaje, że badaniem objęto 67. pacjentów skierowanych przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej zgłoszonych do objęcia opieką przez Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, Oddział w Wałbrzychu. Wśród badanych było 30 kobiet i 37 mężczyzn w wieku od 43 do 87 lat, średni wiek wynosił 67,3 lat. Wśród badanych przeważali chorzy z nowotworem płuc - 20 badanych, piersi – 14 chorych i jelita grubego – 10 osób.

Badania przeprowadzono w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety, w którym wykorzystano pytania z najpopularniejszych skal badawczych umożliwiających ocenę ryzyka żywieniowego oraz określenie zapotrzebowania i realizację potrzeb żywieniowych. Po uzyskaniu danych ankietowych pacjenci poddawani byli badaniu lekarskiemu w którym zwracano szczególną uwagę na wykrycie zaburzeń odżywiania – podstawowe pomiary antropometryczne i ocenę biometryczną wykorzystywaną w skalach oceny odżywiania.

Obliczenia wykonano w pakiecie statystycznym STATISTICA 12 przy zastosowaniu modułów: *Statystyki Podstawowe i Tabele*, *Statystyki Nieparametryczne* oraz testów statystycznych: Kruskala_Wallisa i testu Chi-kwadrat.

Plan badań uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu (KB-480/2015), z zastrzeżeniem braku przetwarzania danych osobowych pacjentów umożliwiających ich identyfikację.

Kolejna część pracy to „WYNIKI” (strony 39-65), Autor w 11. tabelach i 30. rycinach przedstawia uzyskane wyniki badań, z ich analizą statystyczną.

Przeprowadzona analiza masy ciała badanych, w oparciu o wskaźnik masy ciała - BMI (przy przyjętych wartościach BMI: < 18,5 - niedowaga; 18,5-24,99 – wartość prawidłowa; ≥ 25 – nadwaga) wykazała niedowagę u 22% badanych, prawidłową masę ciała u 48% badanych oraz u 30% nadwagę. Czas zgłoszenia chorego z problemem niedożywienia, od rozpoznania choroby nowotworowej wynosił od 23 do 1213 dni, średnio 296 ± 281 dni. Wszyscy badani (76 osób) wykazywali cechy rozwijającego się wyniszczenia nowotworowego. u 4. rozpoznano

prekacheksję, u 33 kacheksję i u 30 kacheksję zaawansowaną. Autor przeprowadził analizę występowania objawów, takich jak: brak apetytu, nudności, wymioty, ból, zaburzenie połykania, jedzenie nie smakuje, nieodpowiednio pachnie, uczucie sytości, biegunka, zaparcia, suchość w jamie ustnej i owrzodzenia oraz inne pod kątem przyjmowania pokarmów. Czynniki mające największy wpływ na niedożywienie badanych to brak apetytu i uczucie wczesnej sytości. Natomiast najistotniejsze objawy które towarzyszą niedożywieniu to: brak apetytu, nieodpowiedni smak pokarmu oraz suchość w jamie ustnej. Przy pomocy skali wydolności Karnowsky przeprowadził analizę dla którego poziomu wydolności fizycznej stopień pokrycia minimalnego jest najwyższy. Średni stopień koniecznego spożycia minimalnego zapotrzebowania na kalorie był najwyższy u pacjentów ocenianych na poziomie 60. wg skali Karnowsky i wynosił 73,4%, a najniższy dla stopnia sprawności 40 i wynosił 39,7%. Ocena korelacji wyników skali numerycznej bólu (NRS) w zakresie od 2. do 4. wykazała zmniejszenie wartości procentu koniecznego spożycia, a badani spożywali mniej pokarmów. Porównał oceny wyników w skal ocen zagrożenia żywieniowego (NRS 2002, MNA, MUST, PGA-SGA SF/7, PGA-SGA SF/9) ze skalą Subiektywnej Globalnej Oceny Stanu Odżywienia (SGA) w grupach pacjentów z niedożywieniem – 35 badanych (grupa B) i ciężkim niedożywieniem 32 badanych (grupa C).

Rozdział V to „DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW” (strony 66-86). Rozdział ten składa się z 7. podrozdziałów: 1. *Występowanie kacheksji w grupie badanej* 2. *Ocena odżywienia pacjentów w grupie badanej*. 3. *Czas zgłoszenia niedożywienia*. 4. *Ograniczenie progresji wyniszczenia w grupie badanej*. 5. *Wpływ objawów towarzyszących na żywienie i analiza czynników wpływających na odżywienie*. 6. *Przydatność skal przesiewowych*. 7. *Ograniczenia badania*.

W dyskusji Autor podkreślił bardzo ważną rolę lekarzy Podstawowej Opieki Medycznej w opiece nad pacjentami z chorobą nowotworową, w tym szczególnie omówił znaczenie wczesnego rozpoznawania zaburzeń w odżywianiu. Wśród skierowanych przez lekarzy Podstawowej Opieki Medycznej 67 chorych do opieki żywieniowej jedynie u około 6% rozpoznano prekacheksję, u 49% rozwiniętą kacheksję, a u 45% kacheksję zaawansowaną – oporną na leczenie. Na tak duży procent badanych z zaawansowaną kacheksją w badanej grupie niewątpliwie miało znaczenie czas skierowania do leczenia niedożywienia od rozpoznania nowotworu, który średnio wynosił 296 dni. Doktorant porównał uzyskane wyniki badań własnych z wynikami uzyskanymi w innych ośrodkach w kraju i zagranicą.

Kolejny rozdział to WNIOSKI (strona 88) - Doktorant w oparciu przeprowadzone badania sformułował 5. wniosków, które zasadniczo stanowią podsumowanie pracy i odpowiadają na przedstawione problemy badawcze.

Z obowiązku recenzenta chciałbym zwrócić Autorowi pracy uwagę na takie usterki jak brak numerów stron przy tabelach i rycinach w SPISIE TABEL i RYCIN, drobne usterki edytorskie. Nie najlepszym rozwiązaniem wydaje się przedstawienie części wyników badań w tylko postaci rycin i opisów wykonanej analizy statystycznej, wynik prezentowane w tabelach i rycinach byłyby bardziej czytelne

Na szczególne podkreślenie zasługują natomiast: podjęta tematyka pracy i jej praktyczny aspekt podkreślający ogromny problem niedożywienia wśród chorych z chorobą nowotworową i potrzebę dalszych badań nad tym zagadnieniem

W czasie czytania pracy nasunęło mi się następujące pytanie: co należałoby zrobić, w oparciu o wyniki uzyskane w pracy żeby poprawić wynik leczenia niedożywienia w chorobie nowotworowej?

W posumowaniu chciałbym podkreślić, że przedstawiona do oceny rozprawa doktorska jest interesującą pracą i stanowi samodzielny dorobek naukowy Doktoranta.

Na tej podstawie stwierdzam, że oceniana rozprawa doktorska lek. med. Radosława Fludera, napisana pod kierunkiem dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas stanowi wartościowe, opracowanie ważnego tematu medycznego. Praca odpowiada wymogom ustawowym rozprawy na stopień doktora nauk medycznych. Zatem przedstawiam wniosek Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o dopuszczenie lek. med. Radosława Fludera do dalszych etapów postępowania w przewodzie doktorskim.

Lublin 4.09.2017.

Prof. dr hab. n. med. Janusz Schabowski

