Recenzja rozprawy doktorskiej

Lek. Pawła Bysieka pt. *Ewolucja postępowania we wrodzonej niedrożności przełyku w ciągu 20 lat w Klinice Chirurgii Dziecięcej UJ CM w Krakowie. Analiza powikłań i wyników odległych*

Przedłożona do oceny rozprawa doktorska Lek. Pawła Bysieka pt. *Ewolucja postępowania we wrodzonej niedrożności przełyku w ciągu 20 lat w Klinice Chirurgii Dziecięcej UJ CM w Krakowie. Analiza powikłań i wyników odległych* zawiera 71 stron starannie opracowanego i estetycznie oprawionego, drukowanego tekstu.

Praca została podzielona na typowe rozdziały, do których należą: *Wstęp, Założenia i cel pracy, Materiał kliniczny i metody; Dane kliniczne pacjentów, związki statystyczne, wyniki, Omówienie; Wnioski*. Całość uzupełniają *Aneks*, *Streszczenie* w języku polskim i angielskim oraz *Bibliografia*. W części początkowej dysertacji, poza numeracją stron uwzględniono również: *Wykaz skrótów użytych w pracy* oraz *Opis kodów wad wrodzonych użytych w pracy*.

Rys historyczny ujęty jest nie tylko w sposób interesujący, ale budzący też uznanie, że Autor dysertacji dotarł do tekstów źródłowych pochodzących z piśmiennictwa XVI i XVII wieku.

Treścią rozprawy doktorskiej stała się analiza wyników leczenia 110 dzieci (45 dziewczynek i 65 chłopców) z wrodzoną niedrożnością przełyku w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, a cezura czasowa analizowanego procesu leczniczego obejmowała lata 1990-2010. Dane do analizy zgromadzono na podstawie wszelkiej dostępnej dokumentacji medycznej wewnętrznej szpitala i zewnętrznej. Zgodnie z wymogami noworodki przyjmowane były w ponad 80% w pierwszych dwóch dobach życia, w połowie przypadków były to noworodki z masą urodzeniową powyżej 2500 g, jednak materiał obejmował również skrajnie trudną grupę wcześniaków z niską masą urodzeniową, tj. poniżej 1500 g, która dotyczyła co 8 leczonego dziecka. U większości, bowiem u ok. 3/4 leczonych dzieci Doktorant odnotował współtowarzyszące wady strukturalne innych narządów, pośród których najczęściej spotykana była wada wrodzona serca – bowiem u co trzeciego leczonego dziecka, a najrzadziej występowały wady układu nerwowego. Najczęściej, bowiem u 90 dzieci przeprowadzono

leczenie chirurgiczne jednoczasowe, zaś postępowanie odroczone zastosowano u 13 dzieci (18%). U siedmiorga dzieci, z różnych, obiektywnych przyczyn nie przeprowadzono operacji. Raportowana śmiertelność operacyjna zespalania przełyku w grupie noworodków z przetoką przełykowo-tchawiczą sięgnęła 25% (szpitalna 29%), zaś w grupie bez przetoki wyniosła 8%. Należałoby podkreślić, że takie, podawane w dysertacji odsetki śmiertelności, chociaż wyższe niż współcześnie odnotowujemy, były w pełni akceptowane i notowane w renomowanych ośrodkach chirurgii dziecięcej, w okresie który obejmowała analiza danych w prezentowanym materiale. Podobna uwaga mogłaby dotyczyć relatywnie często obserwowanych zwężeń miejsca zespalanego (61%), jako najczęstszego rejestrowanego powikłania pooperacyjnego. Autor pracy całkowicie słusznie podkreśla, że „...materiał kliniczny pochodzi z okresu przed erą torakoskopii i niezwykle dynamicznej poprawy w warunkach transportu/resuscytacji noworodka". Trudno go zatem odnosić do obecnie uzyskiwanych wyników leczenia.

Doktorant na podstawie przeprowadzonego badania statystycznego potwierdził istotny wpływ dodatkowych wad rozwojowych innych narządów, wad genetycznych czy też niskiej masy urodzeniowej na wyniki leczenia i śmiertelność wśród noworodków operowanych z powodu niedrożności przełyku. Nie stwierdzono wpływu wad przewodu pokarmowego na śmiertelność operowanych dzieci – wyjątek stanowiły wady odbytu. Ciekawą obserwacją był brak związku pomiędzy masą urodzeniową ciała a śmiertelnością w grupie dzieci z postacią Gross A. Doktorant z satysfakcją stwierdza, że tymczasem: *związek taki jest fundamentem konstrukcji wszystkich klasycznych systemów oceny ryzyka w całej grupie dzieci z WNP*. Ponadto jak odnotowano w pracy - dobre wyniki osiągnięto w najtrudniejszej grupie, tj. długodystansowej niedrożności przełyku, która teoretycznie obarczona jest najwyższą śmiertelnością. Takie wyniki leczenie mogą wyraźnie świadczyć o wysokich walorach warsztatu chirurgicznego i wysokiej sprawności całego personelu w okresie okołooperacyjnym. Ponadto nie stwierdzono wpływu poszerzenia zakresu operacyjnego w postaci miotomii lub odroczonego wydłużania odcinków na śmiertelność. Dodatkowe spostrzeżenia Doktoranta dotyczą: korzyści z zastąpienia brakującego odcinka przełyku przez przemieszczenia żołądka do klatki piersiowej, czasu hospitalizacji w zależności od charakteru wad towarzyszących, prognoz dotyczących stosowania magnesów jako przydatnego narzędzia w procesie leczniczym niedrożności przełyku z dużym dystansem kikutów i innych form anatomicznych niedrożności powikłanych rozejściem się zespolenia.

Analiza obecności wad układu krążenia towarzyszących niedrożności przełyku, a w szczególności ciężkich anomalii rozwojowych serca jak HLHS, TGA, TOF oraz innych istotnych dla noworodka, stwarzająca ogromne ryzyko okołooperacyjne, pozostaje nieodłącznym i nadal nierozwiązanym dylematem chirurgów dziecięcych i kardiochirurgów. W ocenianej przeze mnie dysertacji wada serca okazała się ciężkim, nawet fatalnym obciążeniem. Niektóre ciężkie wady serca występujące w skojarzeniu z niedrożnością przełyku stanowią wręcz katastrofalne ryzyko dla noworodka, zatem ten niesłychanie trudny dylemat leczenia zachęca do refleksji. Sądzę, że może inspirować każdego czytelnika tej pracy. A zatem - jak postępować, aby dać dziecku jak największą szansę przeżycia? Czy w pierwszej kolejności operować wadę serca zagrażającą życiu, czy niedrożność przełyku – również z pilnych życiowych wskazań? Nie doczekaliśmy się jednoznacznych standardów, żaden z renomowanych światowych ośrodków chirurgii noworodka nie odważył się sprowadzać problemu do automatycznego zaszeregowanych zaleceń, co do kolejności postępowania. Spoglądając wstecz na ewolucję sposobów kwalifikacji do leczenia skojarzonych wad, opierając się na doświadczeniu dziesiątek i setek dzieci z tak dramatycznym obciążeniem, dziś z pokorą możemy stwierdzić, że decyzja o sekwencji działań powinna być zawsze indywidualna. Najlepiej, aby leczenie zostało rozłożone na rozsądne etapy, a w przypadku wady serca powinno się interwencję ratującą życie ograniczyć do najprostszego paliatywu. Podobne dylematy ze współtowarzyszącymi wadami strukturalnymi innych narządów również mogą stać się bardzo poważnym problemem. W tym wypadku, również doświadczenie chirurgów i to kilku specjalności, anestezjologów-intensywistów, neonatologów, a następnie uzyskanie pewnego konsensusu – stanowi podstawę do podejmowania wszelkich decyzji. Takie oto refleksje wynikające z lektury przedstawionej przez Doktoranta w jego analizie wyników leczenia uważam za bardzo cenne osiągnięcie. To ważna wartość ocenianej przeze mnie pracy.

Wnioskowanie w pracy dotyczy wreszcie propozycji zmiany strategii postępowania z dziećmi z wrodzoną niedrożnością przełyku. W szczególności chodzi o zmianę strategii co do czasu podejmowania operacji i postępowania w okresie przedoperacyjnym, co pozostaje w zgodności z doniesieniami we współczesnym piśmiennictwie. Rzeczywiście – tak w przypadku niedrożności przełyku, jak i innych poważnych anomalii rozwojowych panuje zgodność co do tego, że odroczenie operacji do czasu uzyskania stabilizacji stanu ogólnego i osiągnięcia optymalnej homeostazy skutkuje lepszymi wynikami leczenia. Tego rodzaju stwierdzenia

świadczą o odpowiedzialności i indywidualnych przemyśleniach Autora dysertacji, wynikających z własnych wieloletnich obserwacji klinicznych i dużego doświadczenia.

Wnioski są może nadmiernie obszerne, bardzo rozbudowane, część ich treści jest podsumowaniem wyników leczenia i przy przygotowywaniu dysertacji do druku zapewne będą musiały być skrócone. Ale trudno odmówić zasadności i logice wnioskowania, ponadto wnioski odpowiadają postawionym celom.

Język dysertacji jest dojrzały, dopracowany, z dbałością o formy stylistyczne i gramatyczne. Jednak w tej sferze, z obowiązku recenzenta zwróciłem uwagę na kilka niedoskonałości, które łatwo można wyeliminować podczas przygotowywania pracy do druku. Do prozaicznych uchybień zaliczyłbym używanie nazewnictwa mogącego być łatwo zastąpionym czysto polskimi określeniami. Zatem, podaję dla przykładu – zamiast używać nieco niezręcznego w języku polskim sformułowania „transpozycja" dla translokacji żołądka do klatki piersiowej, stosował bym po prostu termin *przemieszczenie*, w najbardziej odpowiadającym dla rozpraw doktorskich ojczystym języku. W nazewnictwie angielskojęzycznym rzeczywiście jest to *stomach transposition*, ale z punktu widzenia praktyki kardiologiczno-kardiochirurgicznej – skojarzenie jest zgoła inne, niezręczne. Ponadto dysertacja najeżona jest angielskojęzycznymi terminami, ale zdaję sobie sprawę, że tłumaczenie ich na polski język mogłoby wprowadzić niezły galimatias w nazewnictwie. Toteż użycie większości z tych obcych terminów należy Autorowi wybaczyć.

Oceniając logikę konstruowania zdań mam niewielkie zastrzeżenia co do myśli sformułowanej w treści dysertacji oraz we wnioskach, może nawet w najistotniejszym wniosku rozprawy. Doktorant pragnąc wyrazić swoją myśl dotyczącą wpływu wad towarzyszących na wyniki leczenia, a w szczególności na śmiertelność, formułuje zdanie cyt. *W badanej grupie potwierdził się silny związek między śmiertelnością a liczbą współistniejących wad towarzyszących...* Proponował bym raczej odwrócić logikę zdań odnoszących się do badanej korelacji – bo przecież, np.: *współistniejące wady miały wpływ na zwiększoną śmiertelność*, a nie odwrotnie. Nie zmienia to w istocie sensu wypowiadanych myśli, ale z dbałości o czystość języka pracy doktorskiej i stylistykę pozwoliłem sobie na tą drobną uwagę.

Badanie statystyczne jest dobrze dobrane, opisane i zostało przeprowadzone profesjonalnie. Tabele są zrozumiałe, ich logiczna konstrukcja ułatwia szybką orientację. Ryciny są estetyczne, dopracowane i prezentują wysokie walory edytorskie. Piśmiennictwo jest dobrze

i ciekawie zestawione, uaktualnione do dnia złożenia dysertacji, w większości angielskojęzyczne - z wyjątkiem dwóch pozycji polskich. Wszystkie pozycje, bez wyjątków, są wykorzystane w pracy. Dwie pozycje piśmiennictwa są - zgodnie zresztą z dopuszczalną współcześnie praktyką – stronami internetowymi. Cytowanie podręczników należy w bibliografii do rzadkości, stanowią one margines. Pewne zastrzeżenia można by mieć do konwencji pisowni skrótów cytowanych czasopism, liczby podawanych autorów prac i stosowanych zmiennie, niejednolicie, danych dotyczących poszczególnych pozycji i przynależnej interpunkcji. Zachowanie ujednoliconej konwencji w bibliografii, w przypadku przygotowywania pracy do druku jest sprawą ważną, bowiem bardzo skrupulatnie przestrzeganą w redakcjach wszystkich renomowanych periodyków naukowych. Przepisy redakcyjne czasopism zmuszą zapewne Autora do przestrzegania określonych zasad w jego niewątpliwej aktywnej karierze naukowej w przyszłości. Pozycje nr 12 i 31 nie mają podanej daty publikacji, w pozycji 31 – brak wydawcy, w 28 data publikacji jest zagadkowa. Uznaję, że są to niewielkie uchybienia łatwe do wyeliminowania.

Podsumowując, stwierdzam, że dysertacja doktorska lek. Pawła Bysieka jest oryginalnym i wartościowym opracowaniem, świadczącym o doświadczeniu i znakomitym przygotowaniu Doktoranta do prowadzenia prac badawczych z zakresu chirurgii noworodka. Rozprawa zawiera wnikliwą analizę zagadnień obejmujących sposób postępowania zabiegowego i cechuje się stosownym wyciąganiem wniosków. Poza istotnymi walorami poznawczymi praca ma ogromne znaczenie praktyczne. Świadczy to o mocnych akcentach praktycznego, mądrego wykorzystywania obserwacji sprzed lat, tzn. w ujęciu retrospektywnym. Wszystko po to, aby wyłuskać jak najwięcej informacji z przeszłości i uzyskiwać coraz to lepsze wyniki wraz z obniżaniem śmiertelność, której wyeliminować do zera, w obecnej dobie, zapewne się nie uda.

Biorąc wszystkie wymienione powyżej argumenty pod uwagę wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum o dopuszczenie lek. Pawła Bysieka do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Równocześnie wnioskuję o wyróżnienie niniejszej pracy.