Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kołomecki
Klinika Chirurgii Endokrynologicznej i Ogólnej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Łódź 07.04.2020

Recenzja pracy doktorskiej
lek. med. Tomasza Piotra Kozłowskiego
pt.: „Adrenalektomia laparoskopwa przezotrzewnowa boczna vs adrenalektomia wideoskopowa zaotrzewnowa tylna."

Operacje nadnerczy, tak jak i wiele innych operacji chirurgicznych, wykonuje się dwoma technikami: otwartą oraz małoinwazyjną. W każdej z tych technik można stosować dostęp przez jak i pozaotrzewnowy. Obecnie zdecydowanie częściej wykonuje się operacje techniką małoinwazyjną ze względu na wiele, powszechnie znanych, zalet tej metody. Część ośrodków, zajmujących się chirurgią nadnerczy, preferuje dostęp przezotrzewnowy, a inne pozaotrzewnowy. Dyskusję nad różnicami w tych metodach toczą się na licznych forach naukowych, a argumenty w nich przytaczane maja zazwyczaj charakter ocen osobistych, nie opartych na faktach naukowych. Przytaczane są liczne argumenty na korzyść każdego z tych dostępów ale nie wynikają one w większości z badań naukowych. Uważa się np. że guzy większe łatwiej operuje się z dostępu przezotrzewnowego, a z kolei dojście pozaotrzewnowe eliminuje możliwość uszkodzenia narządów jamy brzusznej i powstania pooperacyjnych zrostów w jamie otrzewnowej. Opinie te są często oparte na własnych doświadczeniach i przemyśleniach oraz niejednokrotnie związane z opiną ośrodka, w którym dany chirurg uczył się operacji nadnercza. Z tego powodu praca doktorska lek. T. Kozłowskiego jest cennym przyczynkiem w tej dyskusji, ponieważ usiłuje zobiektywizować wiele ocen dotyczących tych technik.

We wstępie doktorant omawia najczęściej występujące jednostki chorobowe związane z guzami nadnerczy. Opisuje objawy jak i badania hormonalne, pozwalające postawić właściwe rozpoznanie. Niestety doktorant nie ustrzegł się pewnych nieścisłości np. pisząc o

subklinicznym zespole Cushinga omawia jednocześnie cały panel objawów występujących w tym zespole, a więc nie można określić go jako „subkliniczny". W następnej części Wstępu, doktorant dokładnie omawia technikę różnych operacji małoinwazyjnych po stronie prawej jak i lewej. Doktorant słusznie podkreśla różnice w anatomii operacyjnej po lewej jak i prawej stronie i wynikające stąd różne problemy techniczne występujące w czasie samego zabiegu operacyjnego.

Celem pracy było porównanie różnych parametrów, związanych ze stanem chorych jak i samym zabiegiem operacyjnym, u chorych poddanych adrenalektomii dwoma metodami operacyjnymi, różniącymi się sposobem dostępu operacyjnego do operowanego narządu.

Cele pracy zostały przedstawione jasno i zrozumiale.

Doktorant w sposób bardzo staranny scharakteryzował grupy chorych poddanych analizie. Grupy badanych chorych były niezbyt liczne, ale wystarczające do oceny statystycznej uzyskanych wyników. Należy pamiętać, że operacje guzów nadnerczy wykonywane są stosunkowo rzadko, a więc zgromadzenia dużej ilości chorych jest trudne.
Doktorat, zgodnie z założeniami pracy, losowo podzielił operowanych chorych na dwie grupy badawcze, dbając o zachowanie ich jednorodności. Jedną grupę stanowili chorzy operowani techniką laparoskopową przezotrzewnową, a drugą, chorzy operowani metodą wideoskopową zaotrzewnową. Wszystkie operacje były wykonywane przez ten sam zespół chirurgów, co gwarantowało możliwość wiarygodnego porównania parametrów związanych z przebiegiem operacji takich jak np. ich czas trwania.

Doktorant w swojej pracy postanowił oznaczyć szereg parametrów biochemicznych charakteryzujących funkcje różnych układów w tym w szczególności układu moczowego i sercowo – naczyniowego. W badaniach morfologicznych krwi oceniano ilość leukocytów, erytrocytów oraz trombocytów. Oceniono również natężenie bólu pooperacyjnego, czas trwania operacji i okres pobytu w szpitalu, ilość śródoperacyjnej utraty krwi. Punty czasowe wykonywania poszczególnych pomiarów zostały zaplanowane prawidłowo. Należy podkreślić, że ilość badanych parametrów jest na tyle dużą, że umożliwia dokładne ocenienie badanego zagadnienia.

Na początku rozdziału „Wyniki pracy" doktorant podaje dane dotyczące płci badanych chorych, jednostek chorobowych na które byli leczeni oraz wielkości operowanych guzów. Dane te nie są wynikami badań doktoranta, ponieważ nie było celem jego pracy

przeanalizowanie tych parametrów. Dane te, charakteryzujące grupy badane powinny być zawarty w rozdziale „Materiał".

W dalszej części tego rozdziału doktorant w sposób bardzo staranny prezentuje uzyskane przez siebie wyniki badań. Porównuje wartości wyników badań sprzed operacji do wartości w 1 , 7 i 30 dobie pooperacyjnej, oraz wartości te pomiędzy grupami badanymi. Wyniki przedstawione są w formie czytelnych rycin oraz tabel, które zawierają również wyniki analizy statystycznej. Część wyników podawana jest w formie opisowej. W sumie rozdział ten napisany jest jasno i klarownie. Uzyskane wyniki badań zostały opracowane starannie i prawidłowo. Pewne zdziwienie budzi sformułowanie: "ilość utraconej krwi w trakcie zabiegów operacyjnych była stwierdzona jedynie u 12 pacjentów". Czyżby w trakcie pozostałych operacji nie było żadnego krwawienia śródoperacyjnego ?

Doktorant prawidłowo przedyskutował uzyskane przez siebie wynik badań z badaniami innych autorów. Nie ograniczył się tylko do porównania uzyskanych przez siebie wyników z danymi innych autorów, ale również starał się również wyjaśnić pewne inne zagadnienia związane z chirurgią nadnerczy takie jak np. problem wydolności nerek związany z wytworzonym ciśnieniem powietrza w polu operacyjnym. Przedyskutował również niektóre zagadnienia, które nie były przedmiotem jego badań np. zagadnienie powstawania przepuklin pooperacyjnych, operacji u chorych otyłych, problemy związane z krzywą uczenia, czy wskazań do operacji raka kory nadnercza technikami małoinwazyjnymi. Dyskusja napisana jest ciekawie i dotyczy istotnych aspektów operacji nadnerczy. Sformułowanie zawarte na końcu tego rozdziału, i mówiące, że większość chirurgów po właściwym przeszkoleniu i nabraniu doświadczenia, preferuje operacje techniką pozaotrzewnową, wydaje mi się nie tylko niczym nieuzasadnione, poza odczuciem doktoranta, co nawet niesłuszne. Należy podkreślić pewną „skromność" doktoranta, kiedy wielokrotnie podkreśla, że jego praca nie była tak doskonała, jak być powinna, chociażby ze względu na niezbyt wielkie grupy badane.

Nie wszystkie wnioski wynikają z przeprowadzonych badań. Wnioski 1, 5 i 6 nie maja nic wspólnego z badaniami doktoranta, lecz maja charakter ogólnych przemyśleń doktoranta i analizy piśmiennictwa, a wniosek 6, jest tak ogólny i oczywisty, że można go zawrzeć praktycznie w każdej pracy naukowej. Wnioski 2, 3 i 4 wynikają bezpośrednio z badań doktoranta i są sformułowane poprawnie.

Piśmiennictwo, liczące 104 pozycje, zarówno zagraniczne jak i krajowe, dobrane i cytowane jest w sposób właściwy.

Praca napisana jest poprawnie, choć autor nie ustrzegł się pewnych błędów językowych: gramatycznych jak i stylistycznych np. „w dysertacji zastosowano pomiary".

Niezrozumiałym jest wielokrotne używanie przez doktoranta określenia „układ wydalniczy", nie precyzując, czy chodzi o układ wydalniczy moczowy, czy np. pokarmowy. Dopiero z analizy tekstu wynika, że doktorantowi chodziło o ten pierwszy.

Doktorant wykazał się umiejętnością rzetelnego prowadzenia badań naukowych i właściwego wyciągania z nich wniosków. Zna bardzo dobrze tematykę, która była tematem jego pracy doktorskiej. Posiada umiejętność formułowania pytań badawczych, które są podstawą jego dalszych badań naukowych. Drobne niedociągnięcia nie umniejszają wartości przedstawionej mi do oceny pracy doktorskiej lek. med. Tomasza Kozłowskiego. Praca ta spełnia wszystkie kryteria przewidziane dla tego typu prac, i dlatego wnoszę do Wysokiej Komisji Rady Wydziału Lekarskiego UM w Białymstoku, o dopuszczenie lek. med. Tomasza Kozłowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Krzysztof Kołomecki

Prof. dr hab. n. med.
KRZYSZTOF KOŁOMECKI
Specjalista chirurg
Specjalista medycyny ratunkowej
8784204