Prof. dr hab. n. med. Anna Walecka
Zakład Diagnostyki Obrazowej
i Radiologii Interwencyjnej PUM

Szczecin 09.04.2013

RECENZJA

Rozprawy doktorskiej lek. Magdaleny Marii Puławskiej- Stalmach pt. „Kliniczne i radiologiczne aspekty tętniaków wewnątrzczaszkowych a wybór metody leczenia"
Promotor: prof. dr hab. n. med. Urszula Maria Łebkowska.

Praca liczy 137 stron /z piśmiennictwem/, zilustrowana jest 39 tabelami i 20 rycinami 173 pozycjami piśmiennictwa, większość z lat nowego stulecia.
Autor podzielił treść pracy na 12 rozdziałów: wstęp liczy 42 strony, cel pracy – 1, materiał i metody -5 stron, wyniki badań plus dokumentacja zdjęciowa -40, wnioski -1, omówienie i dyskusja -22, streszczenie w języku angielskim -5 stron Wykaz rycin i tabel -3 strony, piśmiennictwo -12 stron, zgoda komisji bioetycznej - 1strona.

Celem pracy była ocena;

1/ jakie dane kliniczne i radiologiczne wpłynęły na wybór leczenia tętniaków tętnic wewnątrzczaszkowych metodą chirurgiczną?
2/ jakie dane kliniczne i radiologiczne wpłynęły na wybór leczenia tętniaków tętnic wewnątrzczaszkowych metodą wewnątrznaczyniową?
3/ Porównanie czasu hospitalizacji w zależności od metody leczenia tętniaków tętnic wewnątrzczaszkowych,
4./Porównanie metod leczenia pod kątem wczesnych powikłań.

Materiał badawczy stanowiła retrospektywna ocena historii chorób angiografii naczyń mózgowych i wyników badań angio- TK 131 chorych w wieku od 25 do 82 lat, leczonych z powodu tętniaków wewnątrzczaszkowych okresie od 1.01.20011 -31.12.2012 w Klinice Neurochirurgii i /lub 0IT Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

I. Chorych sklasyfikowano wg. Skali Hunta-Hessa i wg. Skali Glasgow

II. Obraz morfologiczny tętniaków oceniono na podstawie badań angiograficznych; pęknięte, niepęknięte, wielość -ocena średnicy, szyi tętniaka ,obliczono iloraz średnicy do szerokości szyi.

III. Podzielono tętniaki ze względu na wielkość na trzy grupy: ≤ 5mm, 5-10mm, ≥10mm; szerokość szyi tętniaka na 2 grupy ≥ 4mm i - > 4mm; wielkość wskaźnika tętniak/szyja na 2grupy < 1,5 i ≥ 1,5.

IV. Ze względu na umiejscowienie tętniaka chorych podzielono na 4 grupy;

1. Tętnica łącząca przednia,
2. Tętnica szyjna wewnętrzna,
3. Tętnica środkowa mózgu,
4. Inne (pojedyncze - Tętnica przednia mózgu, łącząca tylna, podstawna, okołospoidłowa, kręgowa, móżdżkowa.

W analizie materiału wzięto również pod uwagę tętniaki mnogie i lustrzane.

Badano wpływ lokalizacji tętniaka, wielkości, pęknięcia, krwawienia podpajęczynówkowego , obrzęku mózgu, na wybór metody leczenia i ewentualne powikłania.

Ze względu na sposób leczenia pacjentów podzielono na dwie grupy

A. leczonych wewnątrznaczyniowo,

B. leczonych chirurgicznie.

Kwalifikację do zabiegu przeprowadzał zespół neurochirurgów i radiologów.

Interwencyjnych.

Zabiegi wykonywano w warunkach Sali operacyjnej i w Pracowni Naczyniowej Zakładu Radiologii.

W badaniach statystycznych zastosowano; test Chi- kwadrat niezależności, Dokładny test Fishera, testy Kołmogorowa- Smirnowa z poprawką Lilleforsa.

test Shapiro- Wilka, nieparametryczny test U Manna – Whitneya.

Wyniki

Wyniki poparte statystką przedstawiono w tabelach 6 – 39 i na 18 rycinach.

Wykazano istotnie statystycznie wyniki dla zmiennych statystycznie dla;

- szerokości szyi tętniaka, wskaźnika tętniak/ szyja, czasu pobytu w szpitalu po zabiegu, lokalizacją tętniaka, pęknięty tętniak, objawy oponowe, SAH, ocenianych przy wyborze leczenia.
- stwierdzono zależność pojawienia się powikłań - bóle, zawroty głowy, wymioty w przypadku pękniętego tętniaka.
- Przedstawiono istotną zależność pomiędzy metodą leczenia a czasem pobytu chorego w szpitalu.
- Wyjściowa ocena pacjentów w skali H-H z powikłaniami i bez powikłań,
- Istotną zależność stwierdzono pomiędzy trybem przeprowadzonego zabiegu, miejscem, do którego chory został wypisana a wystąpieniem powikłań

Nie wykazano istotnych statystycznie zależności;

- pomiędzy sposobem leczenia a wystąpieniem powikłań.

Wnioski

1. Na wybór metody leczenia tętniaków tętnic wewnątrzczaszkowych metodą chirurgiczną wpłynęły: występowanie mnogich tętniaków, umiejscowienie tętniaków na tętnicy środkowej mózgu, szeroka szyja tętniaka, tętniak pęknięty z współistniejącym krwiakiem wewnątrzczaszkowym wymagającym interwencji chirurgicznej.
2. Na wybór leczenia tętniaków tętnic wewnątrzczaszkowych metodą wewnątrznaczyniową wpłynęły: ciężki stan kliniczny pacjenta, umiejscowienie tętniaków na; tętnicy szyjnej wewnętrznej, tętnicy mózgu, łączącej przedniej, tętnicy mózgu przedniej, dorzecza tętnicy podstawnej, wąska szyja tętniaka, wysoki wskaźnik tętniak/szyja, tętniak pęknięty z lub bez krwiaka wewnątrzczaszkowego nie wymagającego metodą chirurgiczną interwencji chirurgicznej.
3. Pacjenci leczeni z powodu tętniaków tętnic wewnątrzczaszkowych metodą wewnątrznaczyniową byli hospitalizowani krócej niż pacjenci metodą chirurgiczną z powodu mniejszej inwazyjności zabiegu większość pacjentów z powodu tętniaków tętnic wewnątrzczaszkowych leczona była metodą wewnątrznaczyniową.
4. U pacjentów leczonych w trybie nagłym metodą chirurgiczną i wewnątrznaczyniową wystąpiło więcej powikłań, niż leczonych w trybie planowym, co wiązało się z dłuższym pobytem w szpitalu.

   Obie metody leczenia tętniaków tętnic wewnątrzczaszkowych są porównywalne w okresie bliskim pod względem skuteczności jak i powikłań.

Merytoryczna ocena pracy.

Wnikliwe i kompleksowe opracowanie wyników badań prowadzonych nad oceną kliniczną i radiologiczną tętniaków wewnątrzczaszkowych a wyborem metody leczenia stanowi ważny wkład naukowy, szczególnie dla młodych lekarzy, którzy chcieliby specjalizować się w radiologii zabiegowej dlatego wybór tematu bardzo interesujący i potrzebny.

Cel pracy jest sformułowany jasno i jednoznacznie. Materiał badawczy dobrze dobrany. Wyniki badań dobrze opracowane i udokumentowane, mogą mieć znaczenie praktyczne. Praca jest przygotowana bardzo starannie.

Tekst zrozumiały, ładnie rozplanowany, ryciny dobrze zróżnicowane, tabele przejrzyste.

Doktorantka oceniła wady i zalety obu metod. Dyskusja przeprowadzona w sposób dojrzały świadczy o dużej znajomości tematu.

Praca ma wartość praktyczną, poznawczą i naukową.

Tradycyjnie, z obowiązku recenzenta, muszę wytknąć doktorantowi nieliczne braki i błędy, które jednak nie umniejszają wartości pracy.

1. Tytuł pracy „Kliniczne i radiologiczne aspekty tętniaków wewnątrzczaszkowych a wybór metody leczenia" **proponowałabym** „Kliniczne i radiologiczne aspekty tętniaków wewnątrzczaszkowych a wybór metody leczenia **ocenione w materiale w materiale własnym.** Duża ilość prac na ten temat, które autorka przedstawiła w swoim piśmiennictwie rodzi pytanie o celowości tematu, natomiast zawsze jest możliwe porównanie danych z literatury ze swoimi badaniami.
2. Wstęp nieco przydługi 36,05% objętości pracy, ale czyta się go dużym zaciekawieniem i świadczy o dużej wiedzy i dojrzałości autora.

3. Wniosek 3 powinien być krótki i odpowiadać celom pracy należy to uwzględnić w przygotowaniu pracy do druku.
4. Piśmiennictwo jest tak bogate, że śmiało można zrezygnować z pozycji podręcznikowych.
5. Praca jest pracą radiologiczną a nie ma w niej pokazanego ani jednego badania obrazowego a szkoda.

Reasumując: Rozprawa doktorska lek. Magdaleny Marii Puławskiej-Stalmach pt. „Kliniczne i radiologiczne aspekty tętniaków wewnątrzczaszkowych a wybór metody leczenia" w pełni odpowiada wymogom stawianym rozprawom doktorskim; dlatego przedstawiam Szanownej Radzie Wydziału Lekarskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Bydgoszczy wniosek o dopuszczenie doktoranta do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab. n. med. Anna Walecka

KIEROWNIK
Zakładu Diagnostyki Obrazowej
i Radiologii Interwencyjnej

prof. dr hab. n. med. Anna Walecka