

**KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ, ONKOLOGICZNEJ
I BARIATRYCZNEJ CMKP w Warszawie**
S.P.S.K. im. prof. Witolda Orłowskiego
Kierownik: Prof. zw. dr hab. med. Wiesław Tarnowski
Tel. /22/ 621 – 71 – 73, tel./fax. /22/ 622 – 78 – 33, tel. /22/ 58-41-130

Warszawa, dn. 28.12.2023 r.

Ocena

Rozprawy doktorskiej lek. Macieja Wasilczuka na stopień doktora nauk medycznych pt. "Analiza porównawcza powikłań oraz sposobu leczenia raka jelita grubego u pacjentów hospitalizowanych w latach 2004-2008 oraz 2014-2018 na materiale własnym"

Nowotwory złośliwe to niezwykle istotny i narastający problem zdrowia publicznego w Polsce i na świecie, stanowiący ogromne wyzwanie społeczne, ekonomiczne i zdrowotne. W Polsce obserwujemy stały wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe i związany z tym wzrost zgonów z tego powodu. Związane jest to ze zmianą struktury wiekowej społeczeństwa i wydłużeniem długości życia oraz zwiększoną ekspozycją na czynniki karcinogenne. W roku 2018 zanotowano w Polsce 168 000 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe i 102 000 zgonów z tego powodu. W okresie ostatnich czterech dekad liczba zachorowań na raka jelita grubego wzrosła niemal 5-krotnie u mężczyzn i ponad 3-krotnie wśród kobiet. W roku 2018 w Polsce zarejestrowano ponad 12 500 zgonów z powodu raka jelita grubego i 18 701 nowych zachorowań. Wśród mężczyzn odnotowano 10 556 nowych przypadków i 8 145 wśród kobiet. Uczyniło to raka jelita grubego trzecim, po raku prostaty i płuca, nowotworem złośliwym wśród mężczyzn i drugim, po raku piersi, najczęściej występującym nowotworem złośliwym w populacji kobiet. W 2018 roku współczynnik

zachorowalności na raka jelita grubego dla mężczyzn wynosił 56,8/100 000, a dla kobiet 41,1/100 000.

Przedstawiona do oceny praca doktorska lek. Macieja Wasilczuka dotyczy takiej właśnie grupy chorych.

Pracę do recenzji przedstawiono w formie oprawionego zwanego wydania podzielonego na 10 rozdziałów i zawierającego 210 stron.

Dysertację rozpoczyna wykaz skrótów używanych w pracy.

Kolejny rozdział to wstęp podzielony na trzy podrozdziały w których Doktorant omawia szczegółowo zagadnienia związane z rakiem jelita grubego, takie jak: budowę i rozwój jelita grubego, epidemiologię, patogenezę, patomorfologię raka jelita grubego. Bardzo ciekawy jest rozdział dotyczący patogenezы raka jelita grubego, w którym Doktorant omawia czynniki ryzyka raka, a szczególnie zwraca uwagę na wpływ cholecystectomii na rozwój raka prawej połowy okrężnicy. Oczywiście niezwykle istotne są czynniki zależne od naszego stylu życia i sytuacji socjoekonomicznej, jak: dieta uboga w błonnik, bogata w czerwone mięso, dieta bogata w żelazo oraz witaminę E, żywność modyfikowana genetycznie, żywność grillowana bogata w nitrozaminy i wiele innych czynników mogących mieć wpływ na rozwój raka, a które możemy sami modyfikować.

Zwraca także uwagę na różnorodność obrazu klinicznego w zależności od lokalizacji raka w jelicie grubym. Następnie omawia diagnostykę, leczenie i powikłania związane z rakiem jelita grubego.

Kolejny rozdział to założenia i cel pracy.

Doktorant porównuje dwie grupy pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego, jedną leczoną w latach 2004-2008 i drugą leczoną w latach 2014-

2018. Grupę pierwszą operowano głównie metodą klasyczną, natomiast w grupie drugiej dominującą metodą leczenia była metoda laparoskopowa.

Opierając się na materiale badawczym Doktorant sformułował następujące cele swojej pracy:

1. Dokonanie oceny liczby pacjentów operowanych z powodu raka jelita grubego w latach 2004-2008 i 2014-2018.
2. Dokonanie oceny wieku i płci pacjentów hospitalizowanych z powodu raka jelita grubego oraz wybranych objawów podmiotowych i przedmiotowych w latach 2004-2008 i 2014-2018.
3. Dokonanie oceny powikłań w przebiegu raka jelita grubego u pacjentów hospitalizowanych w latach 2004-2008 i 2014-2018.
4. Dokonanie oceny stosowanej metody leczenia raka jelita grubego w latach 2004-2008 i 2014-2018.
5. Dokonanie oceny wczesnych powikłań pooperacyjnych po resekcji raka jelita grubego w latach 2004-2008 i 2014-2018.

W rozdziale materiał Doktorant omawia badaną grupę pacjentów.

Lata 2004-2008 opisano jako okres I, i w tym okresie operowano 252 pacjentów z powodu raka jelita grubego, natomiast lata 2014-2018 opisano jako okres II, i w tym czasie operowano 319 pacjentów z powodu raka jelita grubego.

W analizie statystycznej poziom istotności ustalono na poziomie 0,05.

Obliczenia wykonywano za pomocą oprogramowania IBM SPSS Statistics w wersji 26.0.

W rozdziale wyniki Autor przeanalizował uzyskane dane stwierdzając, że: w okresie I praktycznie wszystkie operacje poza jedną wykonano metodą otwartą a w okresie II ponad 50% metodą laparoskopową ($p < 0,0001$). Średni wiek pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego w I okresie wyniósł $69 \pm 9,9$

lat, a w okresie II $69 \pm 10,6$ lat ($p=0,823$). Nie wykazano istotności statystycznej w zakresie utraty masy ciała w okresie przedoperacyjnym, krwawienia z odbytu lub obecności krwi w stolcu, różnic w zakresie BMI, częstości występowania niedrożności jelita grubego, przedziurawienia jelita grubego. Natomiast stwierdzono znamienność statystyczną jedynie w zakresie częstszego występowania anemii w okresie I w porównaniu do II ($p=0,021$) oraz lokalizacji zmiany w zagięciu śledzionowym – w okresie II częściej ($p=0,048$) i zagięciu esiczo-odbytniczym – w okresie II częściej ($p=0,007$). Zauważono także zmiany w długości hospitalizacji pacjentów w badanych okresach, i tak w okresie II średni czas pobytu pacjenta po operacji klasycznej w oddziale uległ znacznemu skróceniu z $17,3 \pm 10,7$ dnia w okresie I do $11 \pm 5,8$ dnia w okresie II ($p < 0,0001$). W okresie II zwiększyła się także w istotny sposób liczba resekcji esicy z odbytnicą w porównaniu do okresu I ($p=0,002$) oraz liczba przednich resekcji odbytnicy ($p=0,021$). Natomiast liczba brzuszno-kroczywych odjęć odbytnicy uległa znacznemu zmniejszeniu w okresie II (2.5%) w porównaniu do okresu I (7.5%) ($p=0,005$). Podobnie jeśli chodzi o długość hospitalizacji w okresie II było istotne skrócenie długości hospitalizacji w porównaniu z okresem I – $12,9 \pm 7,0$ dni vs $23,0 \pm 26,6$ dni ($p=0,008$). W okresie I wykonano także istotnie większą liczbę zespożeń omijających (8.7%) niż w okresie II (0,6%) ($p < 0,0001$). Nie uzyskano znamienności statystycznej w zakresie innych interwencji chirurgicznych, jak: miejscowe wycięcie guza, przetoka jelitowa, laparotomia czy planowa stomia. Analizując powikłania pooperacyjne nie stwierdzono różnic w bezwzględnej liczbie powikłań pomiędzy obydwoma okresami, natomiast zauważono trend, że mężczyźni byli bardziej narażeni na powikłania wczesne niż kobiety. W analizie szczegółowej wykazano, że znacznie rzadziej dochodziło do zakażenia rany pooperacyjnej w grupie II ($p=0,0001$), niewydolność zespolenia jelitowego wystąpiła z podobną częstością w obu grupach, chociaż w

grupie I dominowały kobiety a w grupie II mężczyźni. Niedrożność przewodu pokarmowego wystąpiła w obu grupach z podobną częstością. W zakresie krwawienia pooperacyjnego znacznie rzadziej występowało ono w okresie II niż w I, i wartości te osiągnęły znamienność statystyczną ($p=0,016$).

W rozdziale dyskusja Doktorant omawia wyniki uzyskane w swoich badaniach na tle światowego piśmiennictwa. Zwraca uwagę na zwiększenie odsetka pacjentów otyłych i z nadwagą, co należy uznać za niekorzystne zjawisko, ponieważ otyłość wiąże się ze zwiększoną częstością występowania nowotworów w tym raka jelita grubego. Inną dużą zmianą jaka wpłynęła na sposób leczenia raka jelita grubego to wprowadzenie techniki laparoskopowej. Spowodowało to skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie liczby powikłań, jak zakażenia rany, ewentracje czy niższa śmiertelność okołoperacyjna.

We wnioskach dysertacji Doktorant stwierdza, że:

1. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu raka jelita grubego była o 1/3 większa w II okresie w porównaniu do I okresu
2. Niezbędne są działania edukacyjne pacjentów dotyczące zależności między nadwagą, a rozwojem raka jelita grubego.
3. Wskazane są częstsze badania profilaktyczne w celu rozpoznania raka jelita grubego we wczesnym etapie i tym samym wyeliminowania utrzymującego się trendu dotyczącego rozwoju anemii.
4. Metoda laparoskopowa jest skuteczną i bezpieczną metodą w leczeniu raka jelita grubego.
5. Odsetek wczesnych powikłań pooperacyjnych po resekcji raka jelita grubego uległ zmniejszeniu o 6% w II okresie.

Kolejne rozdziały to streszczenie w języku polskim i angielskim oraz piśmiennictwo, na które składa się 160 pozycji piśmiennictwa w języku polskim i angielskim. Całość zamyka wykaz tabel i zamieszczonych w dysertacji.

Ocena końcowa – podsumowując stwierdzam, że praca lek. Macieja Wasilczuka, pt. „Analiza porównawcza powikłań oraz sposobu leczenia raka jelita grubego u pacjentów hospitalizowanych w latach 2004-2008 oraz 2014-2018 na materiale własnym” jest bardzo interesująca zarówno jeśli chodzi o poruszaną tematykę, jak i uzyskane wyniki. Praca została zaplanowana i wykonana w sposób właściwy, a wnioski mają wartość praktyczną. Z obowiązku recenzenta wymienię uwagi krytyczne jakie nasunęły mi się podczas czytania pracy:


1. Mam zastrzeżenia co do staranności pracy, w kilku miejscach zamiast pozycji piśmiennictwa znajduje się słowo „cytowanie” i nie ma wstawionej właściwej pozycji, np. w dyskusji 2 wiersz.
2. Podobnie rozdział 4.7.8 jest błędnie podana liczba operacji – 22 nie jest większe od 39
3. W rozdziale 4.8.5 str. 140 autor pisze, że „... u których wykonano ewentrację rany pooperacyjnej...” Czyżby autor nie do końca rozumiał co to jest ewentracja? Mam nadzieję, że to tylko przejęzyczenie.
4. Wniosek 2 co do zasady jest oczywiście słuszny natomiast nie wynika z pracy i należałoby go zmienić lub usunąć.

Powyższe uwagi w niczym nie obniżają wartości merytorycznej pracy. Uważam, że praca lek. Macieja Wasilczuka jest oryginalnym dorobkiem naukowym, ma znaczenie poznawcze i praktyczne. Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w Ustawie z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i

tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1789), w związku z art. 179 ust 1 Ustawy z dnia 3 lipca 2018.

Wnoszę zatem do Wysokiego Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie lek. Macieja Wasilczuka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. zw. dr hab.med. Wiesław Tarnowski
Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej
i Bariatrycznej CMKP w Warszawie.


Prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski
SPECJALISTA CHIRURG
2173022
Tel. 0 602 346 242