Akceptuję
T. Sokhiranowicz
15.01.2026

Białystok, dn. 16 grudnia 2025

Dr hab. n. med. Jerzy Głowiński
Klinika Chirurgii Naczyń i Transplantacji
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Tel. 85 8318277, email: jglow@wp.pl

Recenzja rozprawy doktorskiej
lek. Michała Zawistowskiego

pt. „Optymalizacja postępowania okołooperacyjnego u pacjentów poddawanych przeszczepieniu nerki".

Przeszczepianie narządów jest uznanym sposobem leczenia. Postęp medycyny sprawia, że w ostatnich latach rośnie liczba przeszczepianych narządów oraz wyraźnie wydłuża się przeżywalność biorców. Jest to wynikiem aktywności ośrodków transplantacyjnych oraz poprawie leczenia immunosupresyjnego. Nie mniejsze znaczenie ma jakość postępowania okołooperacyjnego.

Działania chirurgiczne są oparte często na tradycji i opiniach, brakuje jednoznacznych dowodów na poparcie konkretnego schematu postępowania, dlatego badania zaproponowane przez Doktoranta są ważne klinicznie i aktualne naukowo.

Celem pracy jest określenie optymalnego postępowania okołooperacyjnego u pacjentów poddawanych przeszczepieniu nerki poprzez analizę korzyści i powikłań powiązanych z wybranymi interwencjami chirurgicznymi.

Lek. Zawistowski postanowił odpowiedzieć na 2 pytania:

1. Czy zasadne jest rutynowe zakładanie drenów chirurgicznych po przeszczepieniu nerki?
2. Kiedy powinien zostać usunięty cewnik do dializ otrzewnowych u pacjenta poddawanego przeszczepieniu nerki?

Są to pytania zadawane często przez rezydentów. Odpowiedzi na nie udziela starszy kolega w oparciu o swoje doświadczenie, niemal zgodnie z cytatem z ballady „Romantyczność", który w erze EBM już nie przystoi. Naukowa analiza zwyczajów jest cenna, bo może stanowić podstawę nie tylko zmiany niekoniecznie prawidłowych

nawyków, ale być przyczynkiem do stworzenia wytycznych kompleksowej opieki pooperacyjnej.

Rozprawę doktorską stanowi połączony cykl 3 publikacji, dotyczących codziennej praktyki chirurgicznej. Publikacje zostały zamieszczone w uznanych, recenzowanych czasopismach. Ich wartość naukowa nie budzi wątpliwości.

Publikacja 1 jest przeglądem systematycznym i metaanalizą pięciu badań, które w oparciu o wyniki leczenia 2094 pacjentów oceniły zasadność drenażu jamy brzusznej po operacji przeszczepienia nerki. Rutynowy drenaż po operacjach brzusznych jest obecnie uznawany za niezasadny i coraz częściej z niego się rezygnuje. Lek. Zawistowski używając wytycznych MOOSE i PRISMA oraz adekwatnych narzędzi statystycznych, wykonał metaanalizę 5 badań obserwacyjnych, oceniających wpływ drenu na gromadzenie płynu, zakażenie czy rozejście rany, powstanie zbiornika chłonki czy krwiaka. Zręcznie dyskutuje swoje wyniki z innymi publikacjami i przekonująco tłumaczy różnice.

Autor słusznie zauważył, że dotychczas nie opublikowano żadnego prospektywnego, randomizowanego badania dotyczącego omawianego problemu. Dodatkowo do dyskusji włączył kolejną kontrowersję, jaką jest szynowanie zespolenia moczowodowego przy pomocy cewnika typu JJ.

Badanie 2 skupiło się na styku 2 terapii nerkozastępczych, dializy otrzewnowej i transplantacji nerki i zagadnieniu optymalnego czasu usuwania cewnika Tenckhoffa. Tradycyjnie czeka się 3 miesiące po udanym i niepowikłanym przeszczepieniu, aczkolwiek zauważalna jest tendencja do skracania tego odstępu. Praca opublikowana w renomowanym czasopiśmie chirurgicznym jest przeglądem systematycznym 8 badań, z których pięć obejmujących 338 pacjentów włączono do metaanalizy. Podobnie jak w poprzedniej publikacji Doktoranta, dobór metod, analiza piśmiennictwa oraz narzędzia statystyczne są przeprowadzone bez zastrzeżeń. Ponownie, brakuje twardych dowodów przemawiających za rutynowym usuwaniem cewnika podczas operacji przeszczepienia nerki. Wnioski płynące z prac dotyczących żywych dawców nie mogą być wiążące dla operacji w Polsce, gdzie zdecydowana większość narządów pochodzi od dawców zmarłych.

Publikacja nr 3 opisuje polskie wieloośrodkowe badanie, w którym uczestnikami było 324 biorców nerki, operowanych na przestrzeni 10 lat. Celem badania była ocena celowości usuwania cewnika otrzewnowego jednoczasowo z przeszczepieniem nerki. Z całej badanej grupy cewnik usunięto tylko u 64 pacjentów. W tekście pracy nie znalazłem wskazań jakimi kierowali się lekarzy wybierając dany sposób postępowania. Czy opierali

się na lokalnym zwyczaju? W pracy nie dowiedziono faktycznej korzyści z tego sposobu postępowania. Uzasadnienie pozostawienia cewnika to możliwość użycia go do dializy. W dyskusji pracy zadano pytanie: jak przewidzieć konieczność wykonania dializy po przeszczepieniu? Na to pytania nadal brakuje odpowiedzi. Z kolei celowość usunięcia cewnika to mniejsze ryzyko infekcji. Ale jednym z wniosków pracy jest brak zwiększenia częstości infekcji przez pozostawiony cewnik. Uważam, że wyjaśnienie wskazań do pozostawienia cewnika czy jego usunięcia będzie coraz ważniejsze, bowiem odsetek pacjentów leczonych dializami otrzewnowymi przed przeszczepieniem, wzorem innych krajów, powinien rosnąć. Całkowity koszt dializoterapii otrzewnowej, mniejszy niż hemodializy, będzie wymuszał zmianę sposobu leczenia. Uwagę w pracy przykuwa bardzo ładna prezentacja graficzna wyników. Jednakże w rycinach 4 i 5 doszło do edytorskiej pomyłki i zamiany podpisów „PDC" i „PDC-free", co wymaga dłuższego zastanowienia podczas czytania.

Rozprawę kończą 3 rozbudowane wnioski, które można streścić:

1. Rutynowe drenowanie przestrzeni zaotrzewnowej po operacji KTx powinno być zarzucone.
2. Nie wykazano korzyści z pozostawienia cewnika do dializ otrzewnowych po operacji KTx
3. Usunięcie cewnika podczas KTx skraca czas hospitalizacji.

Nie mogę oprzeć się wrażeniu, że wszystkie 3 prace próbowały zmienić dotychczasową praktykę chirurgiczną, polegającą na rutynowym drenowaniu pola operacyjnego, szynowaniu zespolenia moczowodowego czy pozostawianiu cewnika do dializy otrzewnowej. Doktorantowi nie udało się bezspornie poprzeć założonej hipotezy. Wymagałoby to przeprowadzenia kolejnych dużych badań. Natomiast bardzo praktyczny, ale niewypowiedziany przez Doktoranta wniosek, który do mnie przemawia brzmi: nie zostawiaj ciała obcego w ciele pacjenta, jeśli nie jest to bezwzględnie konieczne.

W trakcie czytania rozprawy nasunęły mi się pytania, na które chciałby usłyszeć odpowiedź podczas obrony:

1. Czy obecnie w miejscu pracy Doktoranta stosuje się drenowanie rany po operacji przeszczepienia nerki? Czy Doktorant orientuje się jaka jest praktyka w innych podobnych oddziałach? W pracy nr 3 drenaż po operacji był stosowany niemal zawsze (średnio w 97%), co kontrastuje z wnioskiem nr 1.

2. Co jest przyczyną przedłużonej hospitalizacji opisanej w pracy nr 3? Spostrzeżenie jest bardzo zastanawiające, a tłumaczenie koniecznością obserwacji cewnika mało przekonujące.

Podsumowując, rozprawę doktorską oceniam pozytywnie. Cele pracy zostały postawione prawidłowo. Praca jest napisana poprawnym językiem w sposób czytelny, przejrzysty i przyjemny dla odbiorcy. Zastosowana metodyka pracy jest odpowiednia. Uzyskane wyniki nie budzą zastrzeżeń. Analiza statystyczna wyników i jej graficzna prezentacja we wszystkich pracach jest znakomita. W dyskusji Doktorant wykazał się dużą znajomością teoretyczną zagadnienia oraz umiejętnie przeprowadził analizę naukową.

Sformułowane adekwatnie wnioski odpowiadają założonej hipotezie i osiągniętym wynikom badań. Piśmiennictwo zostało dobrane starannie, jest aktualne, uwzględnia polskie prace dotyczące badanego zagadnienia. Uważam, że recenzowana rozprawa doktorska stanowi samodzielny, oryginalny i wartościowy dorobek naukowy. Chcę wyraźnie podkreślić walory poznawcze, aktualność problematyki badań oraz twórczy wkład lek. Zawistowskiego w postęp transplantologii. Zachęcam gorąco do kontynuacji podjętej tematyki badań. Dotychczasowe oraz przyszłe prace mogą być przyczynkiem do opracowania przynajmniej krajowych wytycznych, popartych autorytetem Konsultanta Krajowego ds. Transplantacji czy Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego

Rozprawa doktorska lek. Zawistowskiego spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2018 poz. 1668).

Wnoszę do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych WUM o dopuszczenie Doktoranta do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dr hab. n. med. Jerzy Głowiński
specjalista chirurgii ogólnej, naczyniowej
i transplantologii klinicznej
8003351