



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

akceptuje
M. Domagała

Szczecin, dn. 22.01.2026

Prof. dr hab.n. med. Jerzy Sieńko
Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Chirurgii
Wątroby Pomorskiego Uniwersytetu
Medycznego w Szczecinie

**Recenzja rozprawy doktorskiej lek. Michała Zawistowskiego zatytułowanej:
„Optymalizacja postępowania okołoperacyjnego u pacjentów poddawanych
przeszczepieniu nerki”**

Do recenzji otrzymałem rozprawę, która powstała w oparciu o Rekomendacje Rady
Dyscypliny Nauk Medycznych WUM dla kandydatów do wszczęcia postępowania
o nadanie stopnia naukowego doktora.

Promotorem rozprawy jest dr hab. n. med. Piotr Domagała - uznany autorytet
w dziedzinie transplantologii.

W myśl przyjętych zasad rozprawa stanowi spójny tematycznie zbiór trzech
artykułów, pierwszego opublikowanego w czasopiśmie naukowym *Polski Przegląd
Chirurgiczny* z punktacją MEiN wynoszącą 100 pkt. (wkład własny 60%), kolejnego
opublikowanego w *Langenbeck's Archives of Surgery* z Impact Factor wynoszącym 2,3
oraz 100 pkt. MEiN (wkład własny 65%). Cykl uzupełnia artykuł opublikowany w *Advances
in Clinical and Experimental Medicine* z IF- 1,9 i 70 pkt. MEiN (wkłada własny 15%).
Doktorant we wszystkich artykułach jest pierwszym autorem, a dwa z nich zgodnie
z wymogami posiadają IF. Do rozprawy został dołączony dokument Komisji Bioetycznej
przy WUM zwalniający z potrzeby uzyskania opinii Komisji do przeprowadzenia badań.

Artykuły zostały omówione w rozprawie autorskiej liczącej 72 strony i 10 rozdziałów.
Autor porusza istotny problem jakim jest optymalizacja standardów postępowania okołoperacyjnego z pacjentami poddawanyymi transplantacji nerki.



Omawiane wyniki w opinii autora mogą przyczynić się do opracowania wytycznych postępowania oraz nierozpowszechnionych jeszcze szeroko w transplantologii nerki protokołów kompleksowej opieki okołoperacyjnej.

Kolejny, dwudziestodwustronicowy rozdział stanowią **Kopie opublikowanych prac.**

1. *Prophylactic intra-abdominal drainage following kidney transplantation: a systematic review and meta-analysis.* Zawistowski M, Nowaczyk J, Domagała P. *Pol Przegl Chir.* 2021;93(4):1-10. doi:10.5604/01.3001.0014.9166
2. *Peritoneal dialysis catheter removal at the time or after kidney transplantation: a systematic review and meta-analysis.* Zawistowski M, Nowaczyk J, Domagała P. *Langenbecks Arch Surg.* 2022;407(7):2651-2662. doi:10.1007/s00423-022-02637-y
3. *Peritoneal dialysis catheter removal at the time or after kidney transplantation: a multicenter cardinality-matched cohort study.* Zawistowski M, Niecikowski P, Durlik M, Nowaczyk J, Broda J, Foronczewicz B, Mucha K, Widera M, Król R, Stadnik H, Karczewski M, Kruszyna T, Niekowal B, Korus J, Kamińska D, Krajewska M, Kosieradzki M, Domagała P. *Adv Clin Exp Med.* Published online July 31, 2025. doi:10.17219/acem/200075

Rozdział **Podsumowanie i wnioski** przedstawia realizację celów postawionych w pracy.

W pierwszym badaniu porównano grupę pacjentów z założonym drenażem po przeszczepieniu nerki z grupą pacjentów bez drenażu. Analiza wyników nie wykazała statystycznie istotnych różnic, takich jak: częstość występowania zbiorników okołonerkowych, zakażeń miejsca operowanego, torbieli limfatycznych (seromatów), krwaków, a także opóźnienia procesu gojenia się rany pooperacyjnej. Słabą stroną badania było nieuwzględnienie takich powikłań jak przeciek moczu, utrata czynności przeszczepionej nerki, utrata przeszczepu oraz wymóg reoperacji, co zauważył sam Doktorant. Wynikało to z braku danych do analizy.

W drugim badaniu, będącym metaanalizą, porównano pacjentów, u których cewnik do dializy otrzewnowej usunięto w trakcie zabiegu przeszczepienia nerki z pacjentami, u których zabieg ten odroczone.



W artykule posłużono się narzędziem, jaki jest GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), do oceny konieczności dializoterapii we wczesnym okresie po transplantacji, ryzyka wystąpienia zapalenia otrzewnej oraz zakażeń związanych z obecnością cewnika dializacyjnego. Autorzy w konkluzji stwierdzili, że czas usunięcia cewnika z jamy otrzewnej nie wpływa na analizowane parametry.

W trzecim badaniu, będącym retrospektywnym, wieloośrodkowym badaniem kohortowym, którego Doktorant był współwykonawcą, porównywano pacjentów, którym cewnik do dializ otrzewnowych usunięto w czasie operacji przeszczepienia nerki z pacjentami, u których tego dokonano w późniejszym okresie. Analiza nie wykazała znaczących statystycznie różnic w konieczności dializoterapii w ciągu pierwszych dwóch miesięcy po przeszczepieniu nerki ani częstości zakażeń związanych z obecnością cewnika, zapalenia otrzewnej i/lub zakażenia miejsca operowanego. Wykazano również, że pacjenci, którym usunięto cewnik dializacyjny jednocześnie z transplantacją nerki, mieli istotnie krótszy czas hospitalizacji.

Po przedstawieniu uzyskanych wyników Autor wysnuł trzy wnioski:

1. Wyniki przeglądu systematycznego z metaanalizą wykazały niewystępowanie istotnego klinicznie zarówno korzystnego jak i niekorzystnego wpływu na pojawienie się zbiornika okołonerkowego, torbieli limfatycznych, krwiaka, a także rozchodzenia się brzegów rany pooperacyjnej jako potencjalnych następstw stosowania profilaktycznego drenażu chirurgicznego po przeszczepieniu nerki. Przemawia to przeciwko jego rutynowemu stosowaniu.

Teza Doktoranta kwestionująca rutynowe stosowanie drenażu chirurgicznego po zabiegu przeszczepienia nerki jest dość odważna, pomimo potwierdzenia w przeprowadzonej metaanalizie. Recenzujący niniejszą rozprawę, który przeszczepił ponad 400 nerek, nigdy nie był na tyle odważny, aby nie pozostawić w ranie drenu Redona.

2. Analiza danych z przeglądu systematycznego z metaanalizą nieinterwencyjnych badań obserwacyjnych oraz wieloośrodkowego retrospektywnego badania kohortowego wykorzystującego cardinality matching nie wykazała istotnych korzyści wynikających z rutynowego odraczania usunięcia cewnika do dializ otrzewnowych u dorosłych biorców nerki przeszczepionej.



Decyzja o czasie usunięcia takiego cewnika wymaga indywidualnego podejścia do sytuacji danego pacjenta, jednak jego usunięcie podczas operacji transplantacji nerki pozwala uniknąć dodatkowych hospitalizacji i ryzyk z tym związanych.

Doktorant słusznie zauważa, że decyzja o czasie usunięcia takiego cewnika wymaga indywidualnego podejścia. Biorąc pod uwagę, że u około 30-40% pacjentów po przeszczepieniu nerki występuje DGF (Delayed Graft Function), szczególnie jeżeli narząd pochodzi od dawcy zmarłego, przedwczesne usunięcie cewnika do dializy otrzewnowej może wiązać się z narażeniem pacjenta na potrzebę założenia dojścia do hemodializy. Oczywiście należy pamiętać, że w przypadku pacjentów operowanych z cewnikiem do dializy otrzewnowej, w trakcie zabiegu należy zachować wyjątkową staranność przy dochodzeniu do przestrzeni zwnątrzotrzewnowej w celu uniknięcia przerwania ciągłości otrzewnej.

3. Zaobserwowano pozytywną korelację między krótszym czasem hospitalizacji a usuwaniem cewnika do dializ otrzewnowych jednocześnie z przeszczepieniem nerki.

Trudno sobie wyobrazić, aby ostatni wniosek mógł być inaczej sformułowany, przy założeniu, że cewnik do dializy otrzewnowej jest usuwany podczas pobytu pacjenta na oddziale chirurgicznym w celu przeprowadzenia transplantacji.

Piśmiennictwo zawarte w samej rozprawie podsumowującej cykl publikacji stanowi 19 pozycji, z tego 12 to artykuły z ostatnich 5 lat. Niewątpliwie wymaga ono usystematyzowania w zakresie liczby autorów.

Podsumowanie recenzji

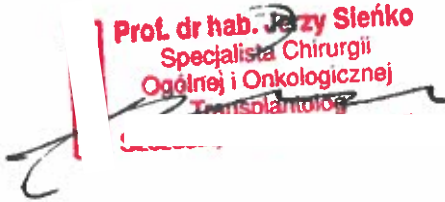
Rola recenzenta w przypadku oceny rozprawy doktorskiej powstałej w oparciu o cykl prac monotematycznych jest zdecydowanie ułatwiona ze względu na wcześniejszą recenzję publikowanych prac przez renomowane autorytety medyczne i w zasadzie mogłaby być ograniczona do weryfikacji z obowiązującymi przepisami Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Przedstawione uwagi mają jedynie charakter redakcyjny i w żaden sposób nie pomniejszają wysokiej wartości rozprawy.



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Przeszczepienie nerki od dawcy zmarłego lub żywego jest najlepszą formą leczenia nerkozastępczego. W ubiegłym roku w Polsce przeszczepiono 1269 nerek od dawców zmarłych i 69 od dawców żywych. Od lat pacjenci prowadzeni są w oparciu o ustalone i sprawdzone schematy immunosupresji. Rolą transplantologów jest poszukiwanie czynników, które wpływają na wczesną i odległą funkcję przeszczepionych narządów oraz poprawiają jakość życia pacjentów. Prace, w których Doktorant był współautorem niewątpliwie przyczyniają się do opracowania algorytmów postępowania z pacjentami po przeszczepieniu nerki.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668), dlatego wnioskuję o dopuszczenie lek. Michała Zawistowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.


Prof. dr hab. Jerzy Sienko
Specjalista Chirurgii
Ogólnej i Onkologicznej
Transplantolog