

Akceptuję
[Signature]

UNIWERSYTET MEDYCZNY
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra Chirurgii Ogólnej,
Naczyniowej i Transplantacyjnej
Klinika Chirurgii Naczyniowej,
Wewnętrznej, Angiologii i Flebologii
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. 61 854 91 41, fax 61 854 90 82

Prof. zw. dr hab. Ryszard Staniszewski

Klinika Chirurgii Naczyniowej, Wewnętrznej,

Angiologii i Flebologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego

w Poznaniu

Ocena pracy doktorskiej lek. med. Katarzyny Jamy pt.: "Analiza wyników leczenia tętniaków piersiowo-brzuszných" z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Przedstawiona mi do oceny praca doktorska oparta jest o cykl 3 publikacji w renomowanych czasopismach medycznych o łącznym czynniku oddziaływania (impact factor IF) 14,76 i punktacji MEN 420. Wymienione prace spełniają warunki wynikające z ustawy – spełniają warunki określone w art.13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. nr 65 poz.595) w związku z art.179 ust.1 ustawy z dnia 3 lipca 2019 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz.1669 z późniejszymi zmianami)

Jednym z najpoważniejszych wyzwań terapeutycznych dla chirurga naczyniowego jest leczenie tętniaków piersiowo-brzuszných. Choć pierwsze próby leczenia tych tętniaków zostały podjęte w latach 50-tych ubiegłego wieku i w przeciągu wielu dekad podlegały różnym modyfikacjom mających na celu poprawę wyników leczenia to jednak śmiertelność nadal była wysoka a liczba powikłań znaczna. W dostępnym piśmiennictwie wynosiła od 7 do 30% a liczba powikłań sięgała 50%. Sytuacja radykalnie zmieniła się z chwilą wprowadzenia do codziennej praktyki klinicznej metod wewnątrznaczyniowych w leczeniu schorzeń naczyniowych. Parodi który w roku 1990 zapoczątkował erę leczenia endowaskularnego tętniaków aorty otworzył nowy rozdział w historii leczenia tych schorzeń. Rozpoczął się burzliwy rozwój tej techniki, konstruowano i stosowano szereg nowych i coraz lepszych stentgraftów do zaopatrywania tętniaków aorty brzusznej i piersiowej. Jednak ten typ zabiegów był poza możliwościami operacyjnymi w tętniakach piersiowo-brzuszných. Dopiero pod koniec lat 90-tych zastosowano operacje hybrydowe tzn. kombinacje zabiegu otwartego i endowaskularnego a na przełomie wieków wprowadzono do rutynowego postępowania zabiegi wewnątrznaczyniowe z użyciem stentgraftów fenestrowanych i z odgałęzieniami co w sposób znaczący zwiększyło liczbę operowanych chorych z tętniakami piersiowo-brzusznými. Jednak jak każda nowa metoda czy inny sposób leczenia wymaga dla oceny jej skuteczności i wartości stosowania wykonania bardzo wielu takich procedur w różnych ośrodkach oraz oceny wczesnych i odległych wyników takiej terapii.

Dlatego też dobrze się stało, że Pani lek. med. Katarzyna Jama podjęła próbę przeprowadzenia analizy wyników leczenia tętniaków piersiowo-brzusznych na materiale z własnej Kliniki oraz uznanych ośrodków z nią współpracujących. Owocem tej współpracy był cykl 3 publikacji w uznanych periodykach medycznych o wysokim czynniku oddziaływania, które stanowią podstawę do ubiegania się o stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Przedstawiona mi do ocena praca składa się ze streszczeń w języku polskim i angielskim, wstępu, kopii 3 publikacji, podsumowania i wniosków oraz ze spisu piśmiennictwa. Liczy w sumie 80 stron.

We wstępie doktorantka opisała anatomię, epidemiologię oraz historię naturalną powstawania i przyczyny powiększania się tętniaków piersiowo-brzusznych oraz postaci kliniczne łącznie z obowiązującą klasyfikacją wg Crawforda w modyfikacji dra Coselli i Safi. Omówiła podstawowe metody diagnostyczne oraz sposoby leczenia. W sposób jasny i przejrzysty opisała metodę operacji klasycznej polegającej na wycięciu tętniaka i implantowaniu protezy naczyniowej z zespoleniami z naczyniami trzewnymi i tętnicami rdzenia kręgowego w różnych modyfikacjach. Operację hybrydową, która jest kompilacją metody wewnątrznacyniowej i sposobu klasycznego oraz różne sposoby zaopatrzenia tętniaków piersiowo-brzusznych metodami wewnątrznacyniowymi z użyciem stentgraftów fenestrowanych i z odgałęzieniami (branched stentgraft). Z dużą znajomością tego zagadnienia opisuje sposoby implantacji protez oraz techniki operacyjne i wskazania do ich zastosowania. Na podkreślenie zasługuje fakt, umieszczenia w tekście znakomych rycin obrazujących omawiany materiał co znacznie ułatwia zrozumienie tekstu i obrazuje omawiane zagadnienie. W oddzielnym rozdziale doktorantka opisała budowę oraz zalety stosowania nowego rodzaju stentgraftów jakimi są gotowe protezy z ramionami niezindywidualizowane a przeznaczone do stosowania u prawie wszystkich, które są najczęściej używane w zaopatrywaniu tego rodzaju tętniaków aorty. W kolejnym rozdziale autorka omawia możliwe powikłania i postępowanie pooperacyjne z uznaną klasyfikacją przecieków po implantacji protez. Podsumowując wstęp omawianej pracy doktorantka podkreśla znaczenie wprowadzenia technik wewnątrznacyniowych w leczeniu tętniaków piersiowo-brzusznych na poprawę wyników leczenia i śmiertelność okołoperacyjną, mniejszą inwazyjność i liczbą powikłań pooperacyjnych oraz szerszą kwalifikację chorych do leczenia tej patologii aorty.

W pierwszej przedstawionej publikacji lek. med. K. Jama wraz z zespołem z wiodącej Kliniki niemieckiej z Hamburga podjęli próbę oceny wczesnych wyników wewnątrznacyniowego leczenia tętniaków piersiowo-brzusznych za pomocą stentgraftu t-Branch Firmy Cook. Badania przeprowadzono na grupie 542 chorych, jest to największy materiał w Europie i jeden z większych na świecie. Do badań zakwalifikowano chorych z tętniakami elektrywnymi, objawowymi i pękniętymi. W całej grupie śmiertelność okołoperacyjna wynosiła 12,33% natomiast w grupie planowanej 8,5%, u chorych objawowych 15% a w grupie pękniętych tętniaków 30%. Na podkreślenie zasługuje fakt, że większość operowanych chorych była w stanie nie kwalifikującym się do operacji otwartej. Wskaznik powodzenia technicznego wyniósł 97% a śmiertelność związana była głównie z wiekiem chorych i niskim wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej. Udary mózgu stwierdzono u 2,5%, powikłania nerkowe u 13%, u 3%

wymagały dializy. Niedokrwienie rdzenia kręgowego, które jest częstym powikłaniem po leczeniu wewnątrznacyniowym lub otwartym stwierdzano u 10,5% chorych lecz trwale tylko u 4,4%. Drożność protezy i ramion stwierdzano u prawie 100% implantowanych graftów. Badania te wykazały na olbrzymim materiale klinicznym, że leczenie wewnątrznacyniowe tętniaków-piersiowo brzusznych za pomocą stentgraftów T-branch jest metodą dobrą, o wysokiej skuteczności zarówno technicznej jak i klinicznej a wyniki są porównywalne z metodą klasyczną z najlepszych światowych ośrodków. Publikacja ta ma ogromne znaczenie kliniczne i poznawcze dla lepszego rozwoju technik wewnątrznacyniowych na świecie i udowadnia przydatność tego sposobu leczenia jako jednej z opcji w terapii tętniaków piersiowo-brzusznych. Publikacja ta ukazała się w znakomitym czasopiśmie medycznym o IF-4,860

W kolejnej przedstawionej mi publikacji doktorantka wraz z zespołem klinik amerykańskich przedstawiła unikatowy materiał omawiający sposób zaopatrywania tętniaków rzekomych powstałych po operacjach tętniaków piersiowo-brzusznych w miejscu naszytych łąk trzewnych i międzyżebrowych. To rzadkie powikłanie jest bardzo groźne dla życia z powodu możliwości pęknięcia takiego tętniaka i skrwawienia chorego a leczenie klasyczne poprzez powtórny torakotomię jest bardzo trudne z powodów technicznych i obarczone dużą śmiertelnością i liczbą powikłań. Autorzy przeanalizowali 29 przypadków takich powikłań zaopatrzonych stentgraftami piersiowo-brzusznyymi ze znakomitym wynikiem 0 śmiertelności i powikłaniami u 17% chorych, najczęstszym była duża utrata krwi podczas zabiegu – 10%, ostre niedokrwienie nerek i niewydolność oddechowa u 7%. Autorzy wykazali, że zastosowanie T-branch graftów w leczeniu tego typu powikłań jest metodą z wyboru obarczoną minimalną liczbą powikłań zdarzeń niepożądanych. Artykuł ten opublikowano w 2023 roku w znakomitym amerykańskim czasopiśmie z punktacją IF-6,0.

Z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że istotnym czynnikiem wpływającym na wyniki leczenia: śmiertelność okołoperacyjną, liczbę powikłań czy wyniki odległe ma płeć pacjenta. Z piśmiennictwa wynika, że liczba powikłań czy śmiertelność jest wyższa u kobiet po operacjach na aorcie zarówno metodą klasyczną jak i wewnątrznacyniową. Również trudniejsza jest sama technika operacyjna u kobiet w stosunku do mężczyzn. Wynika to głównie z rozmiaru naczyń które u kobiet z reguły są węższe. Według doniesień liczba powikłań jest nawet 4 krotnie wyższa. Dlatego też doktorantka wraz z zespołem autorów z ośrodka w Hamburgu postanowiła zbadać tą kwestię w materiale własnym obu Klinik, który jest znaczący nawet w skali europejskiej. Z przeprowadzonych przez ten zespół badań wynika, że w tym materiale śmiertelność okołoperacyjna, liczba powikłań a także wyniki odległe były bardzo podobne w obu grupach chorych niezależnie od płci. Stwierdzono niewielkie różnice: śmiertelność wśród kobiet była nieznacznie wyższa- 16% u kobiet a u mężczyzn 10,8% ale bez istotności statystycznej. U kobiet wskazania do zabiegu były nieco inne, częściej były to wskazania pilne i bardziej rozległe wymiary tętniaka. W obserwacji 12 miesięcznej nie obserwowano różnicy w wynikach między obu płciami. Wyniki tych badań Opublikowano w międzynarodowym czasopiśmie o IF-3,9.

Podsumowując, przedstawiony mi przez lek. med. Katarzynę Jamę cykl 3 publikacji naukowych w uznanych czasopismach medycznych o całkowitym IF-14,76 i punktacji MEiN

-420 i zbiorcze opracowanie poglądowe na temat patologii i leczenia tętniaków piersiowo-brzusznych, w pełni spełniają warunki określone w art.13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. nr 65 poz.595) w związku z art.179 ust.1 ustawy z dnia 3 lipca 2019 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz.1669 z późniejszymi zmianami).

Wszystkie powyższe publikacje powstały w czołowym europejskim ośrodku klinicznym jakim jest Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zajmującym się leczeniem wewnątrznacyniowym patologii aorty. Osiągnięcia tej placówki w tej dziedzinie są szeroko znane i uznawane zarówno w kraju jak i za granicą a Promotor tej dysertacji doktorskiej prof. Tomasz Jakimowicz jest uznanym światowym autorytetem i ekspertem na tym polu chirurgii naczyniowej. Przedstawione mi do oceny prace oceniam bardzo wysoko. Stanowią one trwałe i znaczący wkład w rozwój chirurgii wewnątrznacyniowej w terapii tętniaków piersiowo-brzusznych aorty . Nie mam żadnych merytorycznych uwag. Jednak z obowiązku recenzenta chciałbym zwrócić doktorantce uwagę na częste używanie słowa „ dedykowane”. Polskie odpowiednik to” przeznaczone dla lub do” wg prof. Bralczyka dedykować można utwór muzyczny, książkę itp. Również przeglądając piśmiennictwo, nie znalazłem żadnych cytowań z własnego Ośrodka a szkoda, bo ma on znaczący dorobek w literaturze krajowej i zagranicznej, a cytując własne prace propagujemy własne dokonania i osiągnięcia.

Reasumując, przedstawione mi publikacje naukowe będące podstawą do ubiegania się przez lek.med. Katarzynę Jamę o stopień naukowy doktora nauk medycznych oceniam bardzo wysoko i zwracam się do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie jej do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Jednocześnie biorąc pod uwagę wartość merytoryczną i praktyczną tych publikacji oraz znaczenie kliniczne zwracam się z prośbą do wysokiej Rady o przyznanie wyróżnienia i nagrody dla lek. med. Katarzyny Jamy.

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

Z poważaniem,
Lekarz Kierujący Oddziałem
Prof. dr hab. Ryszard Staniszeński
Prof. dr hab. med. Ryszard Staniszeński