

**Prof. dr hab. Piotr Krokowicz**

**Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej**

**Uniwersytetu Medycznego im K. Marcinkowskiego w Poznaniu**

**Ocena rozprawy doktorskiej lekarza medycyny Tomasza Zielińskiego pt.: „Ocena czynnościowa i morfologiczna zwieraczy odbytu u pacjentów przed i po odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego”.**

Wskazania do wyłonienia stomii obejmują w zdecydowanej większości choroby nowotworowe jelita grubego a także: chorobę uchyłkową, choroby zapalne jelit, urazy, nietrzymanie stolca, zaburzenia motoryki jelit. Według danych NFZ w 2013 roku liczba pacjentów, którzy otrzymali refundację sprzętu stomijnego wynosiła 39 380, z czego większość dotyczy chorych z kolostomią – 33 276. Problem dotyczy dużej grupy chorych, u których wyłonienie stomii jest operacją ratującą życie i zdrowie oraz stwarza możliwości dalszego leczenia. Samo wytworzenie stomii najczęściej nie jest definitywnym, docelowym rozwiązaniem, a raczej bywa jednym z etapów planowanej terapii albo umożliwia bezpieczne przeprowadzenie operacji resekcyjnej, eliminując do minimum możliwe powikłania. Często wyzwaniem dla chirurga jest konieczność odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po upływie optymalnego, wymaganego czasu ustalanego indywidualnie w zależności od rodzaju schorzenia, konieczności uzupełniającej chemioterapii, obecności zrostów oraz innych technicznych trudności w trakcie operacji. Operacja rekonstrukcyjna przewodu pokarmowego po zabiegach resekcyjnych z wyłonieniem kolostomii w przeciwieństwie do likwidacji ileostomii pętlowej jest najczęściej wymagająca i trudna technicznie, związana z ryzykiem powikłań wynikających z licznych chorób współistniejących w tej grupie pacjentów często w podeszłym wieku, jak i samej procedury związanej z koniecznością laparotomii, preparowania zrostów i najpoważniejszego sięgającego 19% ryzyka nieszczelności zespolenia (wg *Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, Issues in professional practice, 2016*). Spodziewane trudności techniczne i ryzyko operacyjne powodują, że odsetek pacjentów kwalifikowanych do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego jest niski – około 30% w przypadku, gdy wskazaniem do pierwotnej operacji była choroba nowotworowa. Brak też jednolitych algorytmów badań, oceniających wydolność aparatu

zwieraczowego jakie powinny być obowiązującym standardem przed kwalifikacją do leczenia operacyjnego.

W obliczu ciągle rosnącej liczby chorych, kwalifikowanych do leczenia operacyjnego, a także faktu, że większość wytwarzanych stomii jelitowych stanowią kolostomie, przedstawiona mi do oceny praca lekarza Tomasza Zielińskiego pt.: „Ocena czynnościowa i morfologiczna zwieraczy odbytu u pacjentów przed i po odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego” jest aktualna i uzasadnia w pełni wybór tematu przez Doktoranta.

Rozprawa zredagowana została w formie przyjętej dla tego typu dysertacji. Zawiera 101 stron wydruku komputerowego obejmującego 10 głównych rozdziałów prezentujących przedmiot badań, ich założenia i cele, stosowane materiały i metody badawcze, wyniki i ich omówienie, wnioski i piśmiennictwo, ponadto streszczenie w języku polskim i angielskim oraz spis tabel i rycin. Piśmiennictwo obejmuje 101 prawidłowo dobranych pozycji z uwzględnieniem aktualnych, opublikowanych w ciągu ostatnich dziesięciu lat.

Wstęp w sposób bardzo przejrzysty i bogato zilustrowany przedstawia zagadnienia anatomii odbytnicy i kanału odbytu oraz metod wykorzystywanych w diagnostyce patologii dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Cele pracy zostały sformułowane prawidłowo i precyzyjnie w formie 5 podpunktów. Na podkreślenie zasługuje fakt niewielkiej ilości danych literaturowych omawiających zagadnienie oceny zwieraczy odbytu u pacjentów przed i po operacji odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, co niewątpliwie zwiększa wartość pracy.

Badania mają charakter retrospektywnej analizy prospektywnych badań 41 chorych zakwalifikowanych do operacji odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Szpitala Bielańskiego w Warszawie. U wszystkich pacjentów przeprowadzono badanie podmiotowe, przedmiotowe, TRUS, manometrię anorektalną i badanie ankietowe dotyczące stopnia nietrzymania stolca przed leczeniem operacyjnym, miesiąc oraz 3 miesiące po przywróceniu ciągłości przewodu pokarmowego. Dodatkowo wyodrębniono grupę pacjentów, u których pierwotna operacja nie była związana z koniecznością resekcji odbytnicy (31 osób) oraz grupę, u której w trakcie operacji wykonano częściową lub całkowitą resekcję odbytnicy (10 osób). Idealne byłoby zwiększenie

grupy chorych po resekcji odbytnicy. Najczęstszym wskazaniem do leczenia operacyjnego u osób z zachowaną odbytnicą była choroba uchyłkowa, natomiast w grupie po resekcji odbytnicy choroba nowotworowa. Mimo, że termin odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego zwyczajowo zarezerwowany jest dla operacji rekonstrukcyjnych po resekcji sposobem Hartmann'a a w przypadku ileostomii mówimy o jej likwidacji, uważam, że dokładne określenie typu pierwotnej operacji jest zasadne. Brakuje informacji, czy u wszystkich analizowanych pacjentów wykonano operację sposobem Hartmann'a z pozostawieniem odbytnicy bądź jej usunięciem, czy też zespolenie z wyłonieniem odbarczającej ileo- czy kolostomii. Brakuje jednoznacznego stwierdzenia w tekście, jak również uzasadnienia wyboru takiej procedury. Czy analizowana grupa obejmowała pacjentów, u których wykonanie zespolenia nie było możliwe z przyczyn pilności operacji, istniejącej niedrożności przewodu pokarmowego, braku przygotowania jelita? U 4 pacjentów wskazaniem do operacji były przetoki. Brakuje określenia typu przetoki – odbytniczopochwowe, odbytniczopęcherzowe, czy skomplikowane okołodbytnicze – co ma wpływ na pierwotną funkcję aparatu zwieraczowego. Uzupełnienie materiału i metody o te zagadnienia wpłynęłoby na większą jasność odbioru pracy. Ogromną zaletą jest fakt, że u wszystkich chorych wykonano kompletną diagnostykę przedoperacyjną oraz miesiąc i 3 miesiące po leczeniu z uwzględnieniem manometrii i TRUS a także, że badania wykonał jeden lekarz.

Przedstawiając wyniki swoich badań lekarz medycyny Tomasz Zieliński w sposób dokładny i konsekwentny realizuje schemat założony w celach pracy. Podrozdziały są odpowiednio usystematyzowane, stanowią odwzorowanie swoich odpowiedników zawartych w metodyce i założeniach. Tabele i ryciny w doskonały sposób uzupełniają tekst. W jednym punkcie dotyczącym oceny odbytniczoodbytniczego odruchu hamowania w grupie pacjentów po resekcji odbytnicy (str. 53) zachodzi pewna nieścisłość – mediana RAIR mierzona przed operacją wynosiła 32 ml i uległa podwyższeniu a nie jak pisze Autor obniżeniu w kolejnych badaniach.

Dyskusja stanowi bardzo dobrze udokumentowane aktualnym piśmiennictwem omówienie osiągniętych wyników. Bardzo drobne pomyłki językowe (*filologiczne zamiast fizjologiczne i zcieńczenia zamiast ścięćczenia*) nie umniejszają całokształtu.

Z punktu widzenia chirurga szczególnie ważny i ciekawy wydaje mi się fakt, że u wszystkich pacjentów wyłączenie kanału odbytu z pasażu doprowadziło do zmian morfologicznych

zwieracza wewnętrznego i jego ścieńczenia, natomiast odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego doprowadziło do zwiększenia grubości zwieracza. Miało to swoje odzwierciedlenie w poprawie parametrów manometrii anorektalnej oraz w subiektywnej poprawie kontynencji 3 miesiące po operacji mierzonej ankietą nietrzymania stolca wg szpitala Św. Marka. Nie jest to do końca sprecyzowane ale rozumiem, że ocena stopnia kontynencji przed operacją dotyczyła okresu przed pierwotnym zabiegiem resekcyjnym, a nie przed rekonstrukcją przewodu pokarmowego, kiedy pacjent ma wyłonioną stomię i ciężko mówić o wydolności aparatu zwieraczowego.

Niewątpliwą zaletą związaną z dużym nakładem pracy jest bardzo rzetelna metodyka badań z uwzględnieniem manometrii anorektalnej i TRUS – narzędzi diagnostycznych niezbędnych do prawidłowej kwalifikacji, leczenia i opieki pooperacyjnej pacjentów po resekcjach jelita grubego. Zgadzam się z Doktorantem, że powyższe badania powinny znaleźć się w standardzie diagnostycznym wszystkich pacjentów przed kwalifikacją do operacji w zakresie odbytu i odbytnicy.

Wnioski uzyskane na podstawie wyników badań zostały sformułowane bardzo precyzyjnie i konsekwentnie odnoszą się do najważniejszych założeń pracy. Najważniejszy dla klinicysty jest wniosek, że odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego poprawia czynność i morfologię aparatu zwieraczowego, a stwierdzenie osłabionej funkcji zwieraczy u pacjentów ze stomią nie powinno być kryterium dyskwalifikującym od operacji.

Podsumowując, rozprawa doktorska lekarza medycyny Tomasza Zielińskiego przedstawia aktualny problem kliniczny oraz w pełni spełnia wymogi stawiane przez ustawodawcę rozprawom doktorskim. Doktorant trafnie wybrał temat, prawidłowo określił cele, dobrał metody badań, czytelnie zilustrował wyniki i poprzez ich krytyczną dyskusję prawidłowo wyciągnął wnioski z przeprowadzonych przez siebie badań.

Jeszcze raz chciałbym podkreślić, że badania przeprowadzone przez Doktoranta są interesujące z uwagi na skalę problemu oraz małą liczbę danych literaturowych oceniających funkcję morfologiczną i czynnościową zwieraczy przed i po operacji odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego.

Na tej podstawie stawiam wniosek do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie o przyjęcie rozprawy doktorskiej i dopuszczenie lekarza medycyny Tomasza Zielińskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

*Prof. dr hab. Piotr Krokowicz*

*Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego im K. Marcinkowskiego  
w Poznaniu*

KIEROWNIK  
KATEDRY I KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ  
I KOLOREKTALNEJ  
*Prof. dr hab. med. Piotr Krokowicz*