

Recenzja pracy doktorskiej lek. med. Krzysztofa Karasia pt.: „Ocena jakości życia pacjentek operowanych z powodu przepukliny odbytniczej”.

Przepuklina odbytnicza nazywana najczęściej (z j. greckiego) *rectocele* występuje głównie u kobiet jako przepuklina odbytniczo-pochwowa choć może też występować u mężczyzn jako przepuklina kulszowo-odbytnicza. Przyczyny tej patologii można podzielić na proktologiczne, ginekologiczne i tzw. naturalne. Wśród proktologicznych do najważniejszych należy defekt przegrody odbytniczo-pochwowej, związany z zaburzeniami metabolizmu kolagenu oraz relaksacja czy inne zaburzenia mięśni zwieraczy odbytu. Przyczyny ginekologiczne to przebyte porody zwłaszcza powikłane niekontrolowanym rozdarciem krocza jak również błędami w zaopatrzeniu tego uszkodzenia. Do przyczyn naturalnych należą zmiany hormonalne związane z procesem starzenia się organizmu ale również inne przyczyny takie jak uporeczywy kaszel palaczy czy uprawianie wyczynowe sportów tzw. długodystansowych oraz uruchamiających tłoczną brzuszną. Rozróżnia się dwa typy *rectocele*. Typ 1, gdzie sklepienie pochwy oraz macica znajdują się w prawidłowym położeniu w stosunku do miednicy, związany jest głównie z długotrwałymi, nawykowymi zaparciami. Natomiast typ 2 powstaje zazwyczaj w następstwie urazów okołoporodowych i operacji ginekologicznych i towarzyszy mu wypadanie pochwy. Częstotliwość występowania tej patologii jest znacząco niedoszacowana ponieważ stanowi sferę intymną i pacjentki często po prostu wstydzą się pójść do lekarza a nie leczona przepuklina odbytnicza powiększa się i w sposób istotny pogarsza jakość życia pacjentek. Leczenie operacyjne jest także obecnie przedmiotem wielu dyskusji ekspertów. Wyniki leczenia chirurgicznego przedstawiane w piśmiennictwie są niejednoznaczne, oparte na obserwacjach najczęściej nielicznych grup pacjentek i nie ma jasno określonych i ścisłych zaleceń postępowania w *rectocele*. Tak więc jest to patologia stosunkowo mało poznana i stanowi wyzwanie dla chirurga.

Lek. med. Krzysztof Karaś postanowił podjąć się trudnego zadania oceny stopnia satysfakcji pacjentek po leczeniu chirurgicznym z powodu przepukliny odbytniczej, oceny skuteczności i trwałości leczenia *rectocele* za pomocą dwóch metod operacyjnych: rekonstrukcji przezodbytowej (wg. Sullivana-Sarlesa) oraz przezpochwowej z wszyciem



materiału protetycznego zarówno w aspekcie anatomicznym jak i czynnościowym. Doktorant podjął się też próby stworzenia algorytmu postępowania w przypadku omawianej patologii.

Praca liczy 122 strony, 39 diagramów, 9 tabel, 16 rycin i graficznie przedstawiony, autorski algorytm postępowania w *rectocele*. Tutaj mam uwagę, że algorytm przedstawiony na str. 105 powinien być opatrzony tytułem lub oznaczony jako kolejny diagram czy rycina. Praca też zawiera 9 stron piśmiennictwa składającego się ze 95 pozycji. Na uwagę zwraca fakt, że tylko 30 pozycji (co stanowi 32%) pochodzi z ostatnich 10 lat. Jednak piśmiennictwo jest dobrane prawidłowo a fakt, o którym mowa powyżej spowodowany jest raczej niestety brakiem liczniejszych publikacji w literaturze zarówno polskiej jak i światowej.

Autor rozprawy uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej na prowadzenie badania.

Pracę podzielono według ogólnie przyjętych schematów. Zawiera ona dziewięć ponumerowanych rozdziałów: wstęp, cele pracy, materiał i metody, wyniki, omówienie wyników, dyskusja, wnioski, streszczenia w jęz. polskim i angielskim i piśmiennictwo. Podział ten w zasadzie nie budzi moich zastrzeżeń poza kilkoma uwagami. Wstęp, który liczy 22 strony stanowi ponad ¼ całej rozprawy. Argumentem za tak rozbudowanym wstępem może być fakt, iż może on stanowić cenne kompendium wiedzy dla lekarzy rezydentów, zwłaszcza tych, którzy w przyszłości pragną się poświęcić chirurgii kolorektalnej. Druga moja uwaga dotycząca wstępu to informacja dotycząca autorstwa rycin. Nie znalazłem zapisu, kto wykonywał rysunki dotyczące metod operacyjnych i kto uczestniczył w operacjach, których zdjęcia zawarte są w pracy. Te informacje powinny się znaleźć w dysertacji. Pomimo tego uchybienia zwracam uwagę, że zarówno zdjęcia śródoperacyjne jak i rysunki są znakomitym uzupełnieniem opisu metod operacyjnych.

Cele pracy zostały sformułowane jasno i precyzyjnie.

Materiał i metodyka zostały przedstawione przejrzyście. Mam do tego rozdziału jedną uwagę. Doktorant na str. 29 i 30 opisuje autorską ankietę dotyczącą algorytmu postępowania w *rectocele*. Niezależnie od opisu kopia oryginału ankiety powinna się znaleźć w dysertacji, np. w formie załącznika.

Doktorant, w sposób nie budzący wątpliwości przedstawił metody statystyczne zastosowane w pracy.



Na 53 stronach Doktorant przedstawił wyniki. Po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej badaniem objęto pacjentki operowane z powodu *rectocele*. W latach 2005-2015 przeprowadzono 57 operacji *rectocele*. Oceny wyników leczenia dokonano u 43 pacjentek, z którymi udało się skontaktować. Spośród badanych pacjentek u 15 zastosowano technikę operacyjną z wszyciem materiału protetycznego, a u 28 operację metodą Sullivana-Sarlesa.

Doktorant stworzył autorską ankietę odnoszącą się do aspektów jakości życia operowanych pacjentek (o czym była mowa powyżej). Analiza i zestawienie wyników ankiety oparte są na objawach chorobowych występujących u pacjentek przed operacją i 6 miesięcy po zabiegu. Pytania odnoszą się do najczęściej występujących dolegliwości związanych z *rectocele*, które wpływają znacząco na psychofizyczny stan zdrowia.

Na potrzeby pracy zastosowano skalę NRS (*Numerical Rating Scale*) w przypadku pytań odnoszących się do odczuwania dolegliwości bólowych podczas stosunków płciowych oraz w przypadku odczuwania dyskomfortu bólowego w obrębie dna miednicy i krocza. Ankieta pozwala na bezpośrednie i rzeczowe uzyskanie obrazu zadowolenia bądź niezadowolenia z uzyskanych efektów po zabiegu operacyjnym.

Doktorant w bardzo rzeczowy i skondensowany sposób omówił wyniki badania a następnie skonfrontował je z danymi w piśmiennictwie.

U wszystkich pacjentek uzyskano odbudowę anatomiczną defektów w przegrodzie odbytniczo-pochwowej tworzącą *rectocele*, a co za tym idzie znaczącą poprawę aktywności i zadowolenia z życia. Poprawę aktywności dnia codziennego uzyskano u 28 (100%) pacjentek operowanych metodą Sullivana-Sarlesa, u 14 (93,3%) pacjentek operowanych z wszyciem materiału protetycznego. Doktorant w ankiecie wprowadził bardzo praktyczne pytanie dotyczące ewentualnego wyrażenia zgody w przyszłości na przeprowadzenie leczenia chirurgicznego *rectocele*. 35 (81,4%) pacjentek ponownie przeszłoby operację, z czego 22 pacjentki (78,5%) operowane metodą Sullivana-Sarlesa oraz 13 pacjentek (86,7%) operowanych metodą z zastosowaniem materiału protetycznego. Porównując wyniki obu metod leczenia chirurgicznego wszystkich pacjentek w odniesieniu do występujących objawów, nie zaobserwowano znaczących różnic między technikami operacyjnymi. W przypadku operacji przezodbytowych techniką Sullivana-Sarlesa zaobserwowano większy odsetek nawrotów niż u chorych, u których zastosowano materiał protetyczny.

Analizując piśmiennictwo, uwzględniając rekomendacje EHS – Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego oraz na podstawie własnych wyników Doktorant zaproponował algorytm postępowania, który może być wskazówką do zastosowania konkretnej techniki chirurgicznej w leczeniu przepukliny odbytowej. Doktorant słusznie uważa, że algorytm może być pomocny w wyborze odpowiedniej techniki operacyjnej a tym samym przyczyni się do poprawy jakości życia tej grupy chorych. Wydaje się, że metoda z zastosowaniem siatki powinna być stosowana powszechniej a metoda przezodbytowa raczej zarezerwowana dla pacjentek z towarzyszącą patologią w obrębie brzoju i kanału odbytu wymagająca interwencji chirurgicznej. Jednak jeszcze raz pragnę podkreślić, że różnice w wynikach pacjentek operowanych przedstawionymi metodami są niewielkie i nieistotne statystycznie dla większości parametrów ostateczną decyzję powinien podejmować operujący chirurg w zależności od indywidualnej sytuacji klinicznej.

Wnioski pracy przedstawione zostały w sposób jasny i przejrzysty i są konsekwencją poprzednich rozdziałów.

Należy zatem stwierdzić, że badania przeprowadzone przez Autora pracy doktorskiej przedłożonej mi do recenzji mają istotne znaczenie dla oceny satysfakcji i jakości życia pacjentek po operacji *rectocele* oraz dla oceny skuteczności leczenia za pomocą dwóch metod operacyjnych zarówno w aspekcie anatomicznym jak i czynnościowym. Ważnym elementem dysertacji jest także stworzenie algorytmu postępowania, który będzie pomocny dla innych chirurgów w podejmowaniu decyzji terapeutycznych w tej trudnej patologii.

Doktorant nie ustrzegł się kilku błędów literowych i pisarskich, np. na stronie 99, 15 wiersz od góry, jest „ilość powikłań” a powinno być „liczba powikłań” czy na stronie 118 w 49 pozycji piśmiennictwa brak jest pełnej bibliografii.

Jednak powyższe uwagi nie mają wpływu na wartość merytoryczną pracy, którą oceniam bardzo wysoko.

Przedstawiona mi do recenzji praca dowodzi, że Autor, lek. med. Krzysztof Karaś posiada odpowiednio duży zasób wiedzy oraz zdolność myślenia kategoriami naukowymi, co znalazło odzwierciedlenie w pracy.

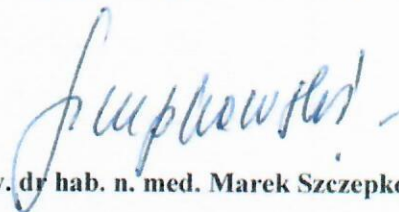


Stwierdzam, że praca lek. med. Krzysztofa Karasia spełnia zgodnie z Ustawą z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2003 nr 65 poz. 595 ze zm.) warunki niezbędne do ubiegania się jej Autora o stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Stawiam zatem wniosek do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego I Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu o dopuszczenie niniejszej pracy do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ze względu na znaczące walory poznawcze i wymierny aspekt praktyczny przedstawionej mi do recenzji rozprawy uważam, że w/w można uznać za pracę wyróżniającą się. Zatem wnoszę wniosek formalny w tej sprawie.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku i poważania



Prof. zw. dr hab. n. med. Marek Szczepkowski

Warszawa, 15.07.2018.

