

Recenzja pracy doktorskiej lek. Jakuba Piotrkowskiego

Ultrasonografia w ocenie układu krążeniowo-oddechowego u osób w wieku podeszłym przyjmowanych do szpitala w trybie nagłym.

powstałej na Uniwersytecie Warmińsko -Mazurskim

Szybkie i prawidłowe rozpoznanie przyczyny nagłego pogorszenia stanu chorych w wieku podeszłym, u których często współistnieje wiele przewlekłych schorzeń nadal jest wyzwaniem szczególnie w obrębie bardzo obciążonego szpitalnego oddziału ratunkowego. Do najczęstszych przyczyn pilnej hospitalizacji w tej grupie należą: choroby układu sercowo-naczyniowego i zapalenia płuc. Dynamiczny rozwój ultrasonografii, jej szeroka dostępność oraz możliwość jej zastosowania przy łóżku chorego w tym w oddziałach ratunkowych czyni z niej szczególnie atrakcyjną metodę diagnostyczną. Dlatego też temat pracy doktorskiej lek. Jakuba Piotrkowskiego uważam za ważny i aktualny.

Układ pracy doktorskiej jest typowy. We wstępie liczącym 30 stron Doktorant omówił możliwości i ograniczenia ultrasonografii płuc i echokardiografii przyłóżkowej. W moim przekonaniu ta część jest nawet nadmiernie rozbudowana. Niemniej jednak jest ciekawa i w pełni uzasadnia cel pracy. Lekarz Jakub Piotrkowski podjął próbę oceny przydatności protokołu diagnostycznego z użyciem ultrasonografii do oceny przyczyny nagłych hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym.

U osób diagnozowanych w Klinicznym Oddziale Ratunkowym wykonano badanie ultrasonograficzne płuc w schemacie opartym na protokole BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency) oraz ocenę ultrasonograficzną serca według zmodyfikowanego protokołu FATE. Do badania zastosowano aparat ultrasonograficzny GE Vivid S5 głowicą Convex C5-1. Rozpoznanie było stawiane na podstawie łącznej analizy obu części schematu, które porównano z rozpoznaniem ostatecznym zawartym z dokumentacji szpitalnej tj. karcie informacyjnej.

W badaniu udział wzięło 91 pacjentów (57 kobiet, 34 mężczyzn), w wieku powyżej 60 lat. Niewydolność serca była najczęstszą chorobą odpowiedzialną za pogorszenie stanu ogólnego. Czułość algorytmu do rozpoznania niewydolności serca wynosiła 94%, swoistość 75%. Zapalenie płuc było drugim co do częstości rozpoznaniem. Czułość algorytmu do jego rozpoznania wynosiła 89%, natomiast swoistość 98%, trzecią najczęstszą patologią było zaostrzenie astmy lub POChP. U 7 chorych algorytm ultrasonograficzny nie wskazał potencjalnego rozpoznawania i konieczna była dalsza diagnostyka pogorszenia stanu ogólnego.

W dyskusji lek. Jakub Piotrkowski szczegółowo omawia uzyskane wyniki. Sposób prowadzenia dyskusji wskazuje na dużą wiedzę Doktoranta i umiejętność precyzyjnego formułowania swoich poglądów. Piśmiennictwo obejmujące 59 pozycji. Doktorant prawidłowo cytuje je w swojej pracy.

Pracę podsumowują prawidłowo sformułowane następujące wnioski:

1. Przeprowadzone badanie pokazało przydatność ultrasonografii typu point-of-care w postaci zaproponowanego protokołu do rozpoznania najczęstszych przyczyn pogorszenia stanu ogólnego u pacjentów w populacji geriatrycznej.
2. Wyniki badania wskazują na wysoką skuteczność wykluczenia występujących w protokole rozpoznań z sugestią dalszego poszukiwania przyczyny pogorszenia kontaktu.
3. Wyniki badania wskazują, że diagnostyka przyłóżkowa z użyciem ultrasonografii point-of-care może skrócić czas do postawienia rozpoznania lub zawęzić diagnostykę różnicową w grupie pacjentów w wieku podeszłym

W moim przekonaniu przedłożona do oceny praca jest ciekawa a jej wyniki mają znacznie praktyczne.

Uwagi

W rozdziale I Materiału Autor opisał kryteria włączenia do badania „Do badania włączono osoby:- przyjęte do Klinicznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Olsztynie,- w wieku powyżej 60 roku życia”,

A kryterium wyłączenia opisał następująco: „Kryterium wyłączenia stanowiło: - pacjenci, którzy nie mieli wykonanej diagnostyki w trakcie hospitalizacji niezbędnej do potwierdzenia lub wykluczenia danej jednostki chorobowej (zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej w pierwszej dobie pobytu, pełne badanie echokardiograficzne w trakcie hospitalizacji),- pacjenci zakwalifikowani do konsultacji i opieki neurologicznej, - pacjenci zakwalifikowani do konsultacji i opieki chirurgicznej.”

Proszę o informacje :

1. Czy do badania Doktorant włączył kolejnych chorych diagnozowanych w Klinicznym Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
2. Ponadto wiadomo, że częstość ostatecznego rozpoznania konkretnej choroby zależy od jej prawdopodobieństwa klinicznego. I tak np. ostateczne rozpoznanie choroby wieńcowej zależy zarówno od charakterystyki bólów jak i czynników ryzyka miażdżycy. W pracy nie znalazłem charakterystyki klinicznej badanych chorych. W jakim odsetku w tej grupie objawem wiodącym była duszność, bóle w klatce piersiowej, gorączka czy zasłabnięcie.
3. Wśród ostatecznych rozpoznań nie było choroby wieńcowej ani zaburzeń rytmu serca. Wydaje się, że zarówno zaburzenia rytmu serca w tym migotanie przedsionków jak i nasilenie dolegliwości wieńcowych są częstymi przyczynami zgłaszania się do SOR. Proszę o komentarz dotyczący czystości występowania w badanej grupie zaburzeń rytmu i choroby wieńcowej.
4. Ryc. 25 Doktorant przedstawił rozpoznania postawione na podstawie algorytmu. – u 7 chorych zaistniała konieczność dalszej diagnostyki. Proszę o informacje jakie były ostateczne rozpoznania w tej grupie chorych.
5. Rozpoznania uzyskane na podstawie algorytmu odnoszono do rozpoznania

ostatecznego zawartego w kartach informacyjnych. Czy we wszystkich przypadkach stosowano identyczne kryteria rozpoznania np. niewydolności serca zachowaną czynnością skurczową lewej komory .

6. Ultrasonografia przyłóżkowa pozwala również na szybka ocenę segmentu proksymalnego układu żył kończyc dolnych. Zdając sobie sprawę, że taka ocena była przedmiotem rozprawy proszę o opinię Doktoranta czy rozszerzenie badania ultrasonograficznego o badanie układy żylnego może być klinicznie uzasadnione
7. Dodatkowe uwagi:
 - a. str. 11 użyto terminu niewydolność rozkurczowa lewej komory. Obecnie prawidłowe sformułowanie to „niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory
 - b. str. 28 Doktorant napisał „światło lewej komory” lepszym sformułowaniem byłoby „jama lewej komory”
 - c. str. 70 napisano „ilość rozpoznań” powinno być „liczba rozpoznań”

Jednakże uwagi te nie zmniejszają mojej pozytywnej oceny pracy doktorskiej lek. Jakuba Piotrkowskiego „Ultrasonografia w ocenie układu krążeniowo-oddechowego u osób w wieku podeszłym przyjmowanych do szpitala w trybie nagłym” powstałej na Uniwersytecie Warmińsko –Mazurskim.

W podsumowaniu pragnę stwierdzić, że powierzona mi do oceny praca doktorska lek. Jakuba Piotrkowskiego „Ultrasonografia w ocenie układu krążeniowo-oddechowego u osób w wieku podeszłym przyjmowanych do szpitala w trybie nagłym”, która powstała na Uniwersytecie Warmińsko -Mazurskim spełnia wymogi stawiane rozprawom na stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Upoważnia mnie to do przedstawienia wniosku o dopuszczenie lek. Jakuba Piotrkowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Norsawa 9/03/2021

KIEROWNIK
Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii
z Centrum Diagnostyki i Leczenia
Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej

prof. dr hab. med. Piotr Pruszczyk