

Dr hab. med. Jacek Szeliga Prof.UMK

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

Collegium Medicum UMK w Toruniu

## RECENZJA

Rozprawy doktorskiej lek. Pawła Lecha

„Wyniki odległe leczenia otyłości patologicznej na podstawie dwóch metod operacyjnych: mankietowej częściowej resekcji żołądka i regulowanej opaski żołądkowej”

Promotor: dr hab.med. Maciej Michalik Prof. UWM

Otyłość jako choroba, będąca wg WHO globalną epidemią XXI wieku, wraz z całym szeregiem swoich powikłań w postaci zespołu metabolicznego stała się przedmiotem zainteresowań chirurgów od momentu, kiedy okazało się, że zabieg chirurgiczny w postaci określonej anatomicznej rearanżacji przewodu pokarmowego może być skuteczną metodą jej leczenia. Biorąc pod uwagę stale rosnącą liczbę potencjalnych kandydatów do leczenia, szacowaną obecnie w Europie na 30% populacji (w Polsce ok. 23%), nie może dziwić fakt, że poszukiwaniem optymalnej metody terapeutycznej dla tej zgubnej dolegliwości interesuje się coraz większa grupa chirurgów. Z tego powodu też, w bazach danych, obejmujących piśmiennictwo dotyczące leczenia otyłości niemal codziennie pojawiają się nowe publikacje traktujące o ocenie skuteczności poszczególnych metod chirurgicznych i ich wpływu na ustępowanie samej choroby oraz poszczególnych składowych zespołu jej metabolicznych powikłań. Przedstawiona mi do oceny praca lek. Pawła Lecha należy również do tej grupy analiz naukowych i dotyczy fundamentalnego z punktu widzenia chirurga bariatrycznego problemu, jakim jest wybór właściwej metody leczenia dla poszczególnych pacjentów dotkniętych otyłością.

Pomimo, iż sam temat efektywności leczenia otyłości metodą regulowanej opaski (AGB/LAGB) jak i rękawowej resekcji żołądka (SG/LSG) był już przedmiotem szeregu badań i

analiz publikowanych w piśmiennictwie fachowym, a pierwsza metoda, wyparta przez bardziej zaawansowane procedury, znalazła się obecnie na marginesie zestawu zabiegów bariatrycznych, to przedstawiona praca doktorska lek. Pawła Lecha, która w sposób kompleksowy analizuje efektywność obu metod ma ciągle aktualny i trafnie dobrany cel, wpisując się w politykę poszukiwań metody optymalnej dla poszczególnych form otyłości. Jako chirurg wykonujący na co dzień także zabiegi bariatryczne, z prawdziwym zainteresowaniem oddałem się jej lekturze .

Przedstawiona do oceny dysertacja liczy 76 stron standardowego maszynopisu, ma typową, zawierającą 10 podstawowych rozdziałów strukturę, przewidzianą dla pracy doktorskiej, choć wszystkich rozdziałów ma 13. Uważam, że wkomponowanie życiorysu doktoranta i podziękowań, jako osobnych rozdziałów w obręb głównego tekstu pracy jest niewłaściwe. Można je umieścić jako odrębne suplementy, nie związane z samym manuskrypcem. Zamiast tego, mogłyby się tu znaleźć spisy rycin i tabel, co ułatwiłoby czytelnikowi poruszanie się po monografii i analizę danych. Sam pomysł włączenia CV jest ciekawy, gdyż dzięki temu recenzent ma wyjątkową okazję poznania autora pracy. Taka autoprezentacja mogłaby nawet stać się standardową częścią dysertacji, aczkolwiek powinna ona zostać, według mnie, umieszczona na samym końcu pracy. Również podziękowania Autor powinien nieco przeformatować, rezygnując z formy rozdziału i umieszczając je w tradycyjny sposób, na początku lub końcu swojego dzieła.

Pierwsza uwaga merytoryczna nasuwa się już po przeczytaniu tytułu pracy. Tu moją wątpliwość wzbudziło bowiem określenie „częściowa” w stosunku do rękawowej resekcji żołądka, jako że w piśmiennictwie nie używa się jednak tego przymiotnika.

Analiza merytoryczna problemu, której podjął się Doktorant została od początku prawidłowo zaplanowana i oparta o ocenę aktualnego stanu wiedzy. Dobrym pomysłem było umieszczenie podrozdziału opisującego motywację Autora oraz tło będące podstawą do podjęcia tematu, aczkolwiek Doktorant sam przyznaje, że publikacje światowe dotyczące tego problemu są dość liczne. Dzięki temu widać, że opisane dalej cele pracy stają się naturalną konsekwencją przemyśleń i doświadczeń Autora przed podjęciem badań. Nie ma tu żadnego znaczenia fakt, że zabiegi AGB/LAGB zeszły w pewien sposób na margines procedur chirurgii bariatrycznej, ponieważ od samego początku widać konsekwentne dążenie Doktoranta do



wyjaśnienia pewnych, ciągle aktualnych i nie rozpoznanych do tej pory problemów kwalifikacji pacjenta do właściwej i jednocześnie najlepszej dla niego metody chirurgicznego leczenia otyłości patologicznej. Niewątpliwą wartością dodatkową analizy jest bardzo bogaty materiał pochodzący z renomowanego ośrodka, w których pracował Doktorant.

We wstępie Autor w sposób syntetyczny przedstawił dane epidemiologiczne dotyczące otyłości, podstawowe wiadomości z zakresu patofizjologii, kliniki i sposobów leczenia tej choroby, uznanej na początku lat 2000 za epidemię XXI wieku na świecie. Główny nacisk położył na charakterystykę metod LAGB i LSG, które są tematem jego dociekań. Zastosował przy tym odpowiednie proporcje w ilości zawartych w rozdziale informacji dotyczących tych zagadnień, które powszechnie przecież dostępne są w licznych publikacjach i podręcznikach. We właściwy sposób pomagają one w tej części dysertacji we wprowadzeniu czytającego w temat pracy doktorskiej. W trakcie lektury tego rozdziału nasunęły mi się pewne wątpliwości, np. co do podziału metod chirurgicznego leczenia otyłości (str.10 i 11). Zgadza się, że podział na operacje restrykcyjne i zaburzające wchłanianie, na poziomie współczesnej wiedzy, jest podziałem nieco archaicznym, tym niemniej stosowanym. Autor nie wyjaśnia co miał na myśli pisząc o procedurach typu „mieszanego”, zaś według ogólnie przyjętych zasad, mankietowa resekcja żołądka jest jednak metodą restrykcyjną, choć z komponentą hormonalną, zaś interpozycja jelitowa, sama w sobie, nie ma komponenty „wyłączającej”, o ile nie jest skojarzona z innymi procedurami, jak np. DSG (ang. Diverted Sleeve Gastrectomy) <sup>1</sup>. Autorowi w tej części pracy zdarzyły się też nieścisłości i błędy językowe. W stosunku do policzalnych elementów nieprawidłowo, zamiennie stosuje określenie „liczba” i „ilość”. Uważam także, że powinien On także konsekwentnie używać nazw procedur w jednym języku.

Cel pracy został skonstruowany prawidłowo, w sposób wynikający z tematu i założeń pracy, aczkolwiek przejrzysiej byłoby, gdyby szczegółowe cele pracy zostały zebrane w punktach odpowiadających na końcu wnioskom z niej płynącym. W swojej analizie Autor konsekwentnie później dąży do jego realizacji.

W części „Materiał i metodyka” Autor zawarł analizę dokumentacji medycznej 441 pacjentów operowanych w ośrodku w Wejherowie w latach 2005-2010. Analiza

---

<sup>1</sup> Payab, M., and Sh. Hasani-Ranjbar. "Ileal Interposition Surgery for Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus-Pros and Cons." *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders* 14 (2015): 77. .

retrospektywna została wzbogacona o dane pochodzące z ankiet telefonicznych, zawierających pytania o aktualny stan tych chorych. Takie kompleksowe ujęcie problemu pozwoliło Doktorantowi prześledzić długofalowe zmiany w obrębie badanej grupy i przeanalizować założone parametry efektywności leczenia w stosunku do wybranych przez niego danych wyjściowych (klinicznych).

Dobór grupy metod analizy statystycznej został przeprowadzony w sposób jak najbardziej prawidłowy, z uwzględnieniem zmiennych warunków zastosowania testu i tak, aby rzetelnie zweryfikować wszystkie założone hipotezy pracy. Ich wyniki zostały przedstawione w sposób prawidłowy. Użyte testy statystyczne spotyka się w pracach o podobnej problematyce.

Wartym podkreślenia, co wyróżnia pracę na tle innych, jest ujęcie w analizie wieloletniego okresu obserwacji pooperacyjnej. Za kryterium skuteczności leczenia doktorant obrał m.in. uznany za jeden ze standardowych przez ASMBS wskaźników efektywności leczenia - %EWL (Excess Weight Loss).

Z uwag do tego rozdziału mam pewne zastrzeżenia językowe i terminologiczne, np. w opisie technik operacyjnych Doktorant użył określenia „torba sieciowa większa”, która w rzeczywistości nie ma przymiotnika.

Wyniki analiz, przedstawione w punkcie 4, stanowią istotną wartość pracy Doktoranta i są uzyskane w sposób prawidłowy, po rzetelnej analizie dokumentacji. Autor przejrzysto dokonuje ich prezentacji, przeprowadzając analizę zmiany masy ciała, %EWL, BMI, występowania chorób towarzyszących w założonym wstępnie okresie 8-letniej obserwacji. Analizy są zobrazowane graficznie w postaci wykresów porównawczych i tabel. W dalszej części pracy doktorant poddaje także analizie powikłania pooperacyjne wczesne, choć nie były one tematem rozprawy. Autor ocenia efektywność zabiegu bariatrycznego (metabolicznego) SG/LSG i AGB/LAGB w zależności od czasu obserwacji oraz wybranych wcześniej zmiennych klinicznych. Każdą z cech poddaje badaniom statystycznym. Wszystkie analizy są przedstawione w sposób bardzo jasny i czytelny, a dodatkowo w pewnej logicznej konsekwencji prezentowania wyników, co sprawia, że dość duża grupa danych statystycznych jest relatywnie łatwa do zrozumienia. Ostatecznie, w przeanalizowanym materiale, Doktorant wykazuje zdecydowaną przewagę zarówno w aspekcie bariatrycznym jak i metabolicznym



metody LSG w stosunku do opaskowania żołądka. Potwierdza to dotychczasową wiedzę dotyczącą metod i uzasadnia marginalizację LAGB w arsenale chirurgii bariatrycznej.

Ciekawą analizą jest porównanie efektu leczenia chirurgicznego w zależności od występowania poszczególnych powikłań metabolicznych, tj. cukrzycy t.2 i nadciśnienia. Jest to niecodzienne i dość oryginalne podejście do problemu. Okazuje się, że największa utrata m.c. występuje tu w przedziale 12-24 miesięcy od zabiegu. Myślę, że zastosowanie takiej perspektywy obserwacji może dostarczyć jeszcze wielu cennych informacji dotyczących dynamiki zmian w organizmie poddanym zabiegowi bariatrycznemu.

Po przeczytaniu tego rozdziału chciałbym zwrócić uwagę na kilka nieścisłości, które wg mnie powinny zostać wyjaśnione przed ewentualną publikacją pracy w przyszłości. Myślę, że porównywanie obu grup wyłącznie na podstawie parametru masy ciała nie ma większego znaczenia, gdyż jest to zmienna zależna nie tylko od stopnia samej otyłości, ale i od wzrostu. Dobrze, że obie grupy zostały zwalidowane pod względem wzrostu, natomiast w takiej sytuacji wystarczającym parametrem jest tu wskaźnik BMI. W tabelach spotyka się także pewne błędy liczbowe, jak np. powtarzane wartości BMI = 0,0, czy %EWL = 189. Należałoby wyjaśnić względem jakiej grupy zmniejszyło się BMI pacjentów opisane na stronie 31, gdyż nie wiadomo czy pierwsza i ostatnia kohorta pacjentów były porównywalne. Należałoby się także zastanowić nad ponownym zestawieniem porównywanych grup pod względem czasu hospitalizacji. Średnia 2,3 i 2,5 dnia wskazują, że statystycznie jednak są to 2 doby, a wyliczona istotna różnica może być wynikiem bardzo wysokich, skrajnych wartości czasu pobytu, wynikających prawdopodobnie z wystąpienia incydentalnych powikłań. Być może realny obraz tego parametru uzyska się po ich odrzuceniu. Pewnego doprecyzowania wymagają opisy tabel i wykresów umieszczonych w tej części pracy.

W rozdziale 5, Autor dysertacji dokonuje omówienia uzyskanych wyników na tle dostępnego piśmiennictwa, traktującego o problemach leczenia metodami AGB i SG. Własne rezultaty badań zestawia z doniesieniami światowymi w sposób prawidłowy, logiczny, uporządkowany, a przy tym zgodny z założeniami pracy. Całość tworzy obraz konstruktywnej dyskusji Autora z wynikami prezentowanymi w piśmiennictwie fachowym.

Uzyskane wyniki wpisują się w ogólne dane spotykane w piśmiennictwie chirurgicznym, wyróżniają się przy tym kompleksowością podejścia do problemu w warunkach jednego

ośrodka. Myślę, że z uzyskanego ciężką pracą materiału można wyciągnąć jeszcze wiele interesujących i wartych kolejnych publikacji konkluzji, tym bardziej, że widać swobodę Autora w poruszaniu się po temacie zagadnienia. Dyskusja na temat wczesnych powikłań pooperacyjnych wykracza nieco poza obszar tematyczny doktoratu.

W dyskusji, nie mogę się zgodzić z Doktorantem, że rozwiązaniem problemu nie stawiania się pacjentów na wizyty kontrolne jest nałożenie na nich obowiązku ich odbywania. Myślę, że kluczowym aspektem jego rozwiązania jest jednak właściwa komunikacja na linii lekarz-pacjent i uświadomienie choremu konieczności kontroli i korzyści z niej wynikających.

Praca napisana jest przejrzysto, ale wymaga pewnych korekt językowych.

Wnioski w liczbie 10 wyciągnięte zostały w sposób logiczny z analizy przedstawionego materiału, natomiast brakuje mi to nieco konsekwencji w stosunku do celów pracy, które, jak wspomniałem wcześniej powinny być nieco uszczegółowione i przeformatowane.

Piśmiennictwo obejmuje 70 pozycji polskich i anglojęzycznych, ułożonych w kolejności pojawiania się w tekście. Są to publikacje w większości pochodzące z wydawnictw o istotnej wartości naukowej, dobrane w sposób prawidłowy, zgodny z tematyką pracy, z czego aż 36 pochodzi z ostatnich 5 lat. Ich dobór świadczy o umiejętności Doktoranta korzystania ze źródeł naukowych. Autor w kilku punktach nie ustrzegł się błędów w formacie ich przedstawienia (m.in.: 7,12,46,66,68), który generalnie jest jednak zgodny z przewidywanym dla publikacji naukowej standardem.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że przedstawiona dysertacja lek. Pawła Lecha stanowi prawidłowo przeprowadzoną z naukowego punktu widzenia rozprawę doktorską, jest kompleksową analizą problemu efektywności leczenia bariatrycznego metodami LSG i LAGB w materiale pojedynczego ośrodka chirurgicznego. Jej rezultaty z pewnością staną się ważnym elementem krajowych statystyk chirurgicznych i niewątpliwie je wzbogacając, mogą mieć w przyszłości znaczenie dla stworzenia algorytmu doboru metod stosowanych w leczeniu otyłości, co chciał osiągnąć w pracy Doktorant.

Pomimo posiadanego doświadczenia w metodzie, był to dla mnie interesujący wykład na temat efektywności chirurgicznego leczenia otyłości wybranymi metodami. Poczynione z

obowiązku recenzenta uwagi krytyczne, nie umniejszają istotnie pozytywnej wartości merytorycznej i poznawczej pracy.

**Podsumowując, po przeanalizowaniu rozprawy lek. Pawła Lecha uważam, że spełnia ona warunki określone w art.13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.)**

Wobec powyższego, mam przyjemność wystąpić do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie o dopuszczenie lekarza Pawła Lecha do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Toruń 18-05-2019 r.

Dr hab.med. Jacek Szeliga Prof. UMK



dr hab. n. med. Prof. UMK  
Jacek Szeliga  
spec. chirurgii ogólnej  
spec. chirurgii onkologicznej  
ID 2773823