

Prof. dr hab. n. med. Adam Dziki  
Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej  
Uniwersytetu Medycznego  
w Łodzi

Łódź, dn. 11.VI.2017 roku.

## OCENA

rozprawy na stopień doktora nauk medycznych pt. "Ocena czynnościowa i morfologiczna zwieraczy odbytu u pacjentów przed i po odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego" przedstawionej przez **lek. med. Tomasza Zielińskiego**, wykonanej pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Marka Szczepkowskiego.

Współczesna chirurgia ma na celu nie tylko zminimalizowanie ilości powikłań pooperacyjnych, uzyskanie jak najlepszego wyniku leczenia onkologicznego ale również zapewnienie jak najlepszej jakości życia operowanym chorym. Nie tylko w naszej kulturze wykonanie stomii jelitowej jest bardzo źle tolerowane przez chorych, którzy ze wszech sił dążą do tego, aby przywrócić im prawidłowy pasaż przewodu pokarmowego. Po odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego nie wszyscy chorzy są zadowoleni z wykonanej operacji i część z nich uważa, że życie ze stomią było dla nich łatwiejsze i mniej uciążliwe. Zdarza się bowiem, że w tej grupie chorych

występuję tzw. „zespół niskiej resekcji” lub pojawiają się z różną częstością epizody nietrzymania stolca, które zdecydowanie wpływają na obniżenie jakości życia tych chorych. Zatem badania, które mogą przewidzieć ewentualny czynnościowy wynik operacji odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego mają kapitalne znaczenie kliniczne i praktyczne.

Ten nadzwyczaj ważny z praktycznego punktu widzenia problem podjął w swojej pracy lek. med. Tomasz Zieliński. Prawidłowo zaplanowana praca miała dać odpowiedź na następujące pytania:

- Czy przywrócenie drogi fizjologicznego wypróżniania wpływa na funkcję i morfologię zwieraczy?
- Czy czas po odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego wpływa na funkcję aparatu zwieracza odbytu?
- Czy istnieje korelacja pomiędzy czasem życia ze stomią a funkcją zwieraczy?
- Czy brak pasażu i powtórne jego przywrócenie wywołuje zmiany w aparacie zwieraczowym i czy są one odwracalne?
- Czy osłabiona funkcja zwieraczy jest przeciwwskazaniem do przywrócenia naturalnej drogi pasażu?

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych liczy 101 stron maszynopisu i zawiera 35 tabel i 3 rycin. Badania zostały przeprowadzone w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Szpitala Bielańskiego w Warszawie. Badaniami objęto 41 chorych, u których wykonano odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego

Układ rozprawy jest konwencjonalny i zawiera wstęp, opisujący anatomię i fizjologię odbytu i odbytnicy. W dalszej części przedstawione są informacje o przyczynach wylania stonii jelitowych, a także problemy związane z diagnostyką chorób odbytu i odbytnicy. W końcu Autor przedstawił współczesne metody diagnostyki funkcji i morfologii zwieraczy. Ta część pracy świadczy o doskonałym przygotowaniu Autora do opracowania tego zagadnienia. Rozdział dotyczący metodyki dokładnie przedstawia sposób przeprowadzenia badań. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wyniki badań doskonale ilustrują dołączone ryciny i tabele pozwalające na śledzenie rozważań Autora. Interesująca dyskusja, w której Autor ponownie daje dowód, iż jest nie tylko świetnym klinicystą, ale też naukowcem oraz wnioski kończą rozprawę. Lek. Zieliński dobrze posługuje się starannie zgromadzonym piśmiennictwem w liczbie 101 pozycji, głównie anglojęzycznych. Po dokładnej weryfikacji pragnę podkreślić, że jest ono prawidłowo cytowane. Niestety większość artykułów napisana została wiele lat temu.

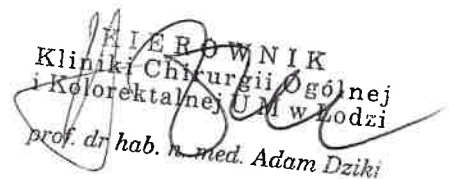
Przechodząc do merytorycznej oceny treści pragnę podkreślić, że badania przeprowadzone przez Autora są jedynymi z pierwszych tego typu badań opublikowanych w Polsce. Niemniej jednak obowiązkiem recenzenta jest również krytyczne ustosunkowanie się do pewnych zagadnień. Druga badana grupa jest nieliczna i trudno wnioskować o różnicach statystycznych. Ponadto Autor nie podał jaki zakres resekcji dotyczył wycinanej odbytnicy. Wiadomo, że im dłuższy zostawiony kikut odbytnicy, tym wyniki czynnościowe są lepsze. Trudno oceniać razem chorych bez odbytnicy (z zespoleniem zbiornik jelitowy-odbyt) i zostawionym kikutem

odbytnicy, jeśli są zaliczeni do tej samej grupy. Unerwiona część odbytnicy będzie zawsze miała lepsze wyniki czynnościowe.

Powyższe uwagi nie umniejszają w żadnym stopniu wysokiej merytorycznej wartości pracy. Przeprowadzone badania wykazały, odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego poprawia czynność i morfologię aparatu zwieraczowego odbytu co udowodniono stosując manometrię anorektalną i endosonografię.

Przedstawiona mi do oceny praca porusza wyjątkowo istotny i interesujący problem, który jak już wspomniałem nie był w takim zakresie omawiany w polskim piśmiennictwie i sprowokował mnie do przedstawienie tych kilku uwag.

Rozprawę oceniam bardzo wysoko i jestem w pełni przekonany, iż spełnia ona warunki stawiane przez ustawę dla rozpraw na stopień doktora nauk medycznych. Pozwala mi to przedstawić Wysokiej Radzie Naukowej WIML w Warszawie wniosek o przyjęcie powyższej rozprawy i dopuszczenie Autora do dalszych etapów przewodu doktorskiego..

  
KLEBOWNIK  
Kliniki Chirurgii ogólnej  
i Kolorektalnej UM w Łodzi  
prof. dr hab. n. med. Adam Dziki