

RECENZJA

rozprawy na stopień doktora nauk medycznych

lek. med. Sławomira Zarzyckiego

pt. „Przydatność klinimetrycznej skali FOUR do oceny stanu świadomości pacjentów leczonych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ”

Początki klinimetrii przypadają na lata 80-te ubiegłego wieku, zapoczątkowane przez Feinsteina i Asplunda, kiedy to zaczęto stosować skale dające możliwość oceny stopnia uszkodzenia centralnego układu nerwowego (CUN) u pacjentów po przebytych udarach mózgu. Pierwotnie klinimetria opierała się wyłącznie na skalach punktowych. Aktualnie stosowanych jest kilka rodzajów skal umożliwiających ocenę uszkodzeń, funkcji, a także jakości życia służących dla jak najlepszej oceny stanu zdrowia chorego.

Klinimetria jest dziedziną wiedzy medycznej, której celem jest opracowywanie i stosowanie metod, skal umożliwiających pomiar zjawisk klinicznych występujących u chorego. Pierwsze skale punktowe pojawiły się już ponad 30 lat temu jako skale do oceny stopnia uszkodzenia u chorych po udarach mózgu. Obecnie stosuje się wiele skal tworzonych dla potrzeb jak najlepszej oceny stanu chorego, uwzględniających możliwie jak najwięcej czynników ją kształtujących. Wieloprofilowa, obiektywna ocena stanu chorego jest koniecznym wymogiem, jaki stawia medycyna oparta na faktach. Prawidłowo skonstruowana skala powinna być czuła, komunikatywna, prosta w wykonaniu i powtarzalna.

Skuteczność skal zależy nie tylko od ich konstrukcji, ale również od praktyki i doświadczenia osoby badającej. Skale punktowe stosowane dla celów oceny stanu chorych ze schorzeniami neurologicznymi można podzielić na skale uszkodzeń, skale funkcjonalne, skale oceniające jakość życia. Skale uszkodzeń wg niektórych autorów dotyczą jedynie chorób naczyniowych mózgu i opierają się na odchyleniach w badaniu neurologicznym, które umożliwiają ocenę specyficznych objawów tej choroby, np.: zaburzeń świadomości, niedowładów kończyn, zaburzeń czucia czy napięcia mięśni. Natomiast skale funkcjonalne oraz skale dotyczące jakości życia można podzielić na uniwersalne, mające zastosowanie niezależnie od jednostki chorobowej oraz specyficzne (swoiste) dla danego schorzenia.

Trafna ocena pacjentów z zaburzeniami świadomości wciąż stanowi poważne wyzwanie medyczne. Pomimo zastosowania w ostatnim czasie nowoczesnych technik neuroobrazowania takich jak fMRI, PET i innych np. EEG prawidłowa diagnoza wciąż jest znacząco utrudniona. Brak precyzyjnego rozpoznania

skutkuje niewykorzystaniem możliwości i pełnego potencjału pacjenta. Ten aspekt jest szczególnie ważny w kontekście komunikowania się z pacjentem.

Wysiłki zespołów interdyscyplinarnych powinny być skierowane na stworzenie oraz rozwinięcie kompleksowego narzędzia diagnostycznego. Miałyby to na celu zapewnienie kompletnej informacji dotyczącej stanu pacjenta oraz ewentualnej możliwości komunikowania się z nim. Według wielu zespołów badawczych zasadnym jest korzystanie w tym celu ze skal behawioralnych opartych na kryteriach obserwacyjnych.

Mnogość skal może świadczyć o braku jednego, doskonałego narzędzia pozwalającego na jednoznaczną ocenę zdrowia i funkcji chorego, szczególnie w przypadku chorób neurologicznych.

Wydaje się więc, że dalsze poszukiwanie uniwersalnej skali przydatnej do oceny świadomości pacjenta jest ze wszech miar zasadne.

Z uwagą przeczytałem rozprawę doktorską lek. med. Sławomira Zarzyckiego pt. „Przydatność klinimetrycznej skali FOUR do oceny stanu świadomości pacjentów leczonych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii”.

Przedstawiona do ceny rozprawa doktorska została napisana na 85 stronach maszynopisu. Zawiera 50 ponumerowanych tabel, 15 ponumerowanych rycin oraz 4 wykresy. Układ pracy jest typowy.

Pracę rozpoczyna wykres skrótów a następnie spis treści.

Zasadnicza część pracy została podzielona na dziesięć części. - nie wymaga komentarza.

Część pierwsza to bardzo obszerny wstęp, w którym autor zawarł wiele cennych wiadomości dotyczących zaburzeń świadomości.

Znajdziemy we wstępie próbę zdefiniowania świadomości, jak również opisy różnych zaburzeń świadomości.

Kolejna część wstępu dotyczy możliwości monitorowania świadomości. Autor dysertacji zwrócił uwagę na nowoczesne metody obrazowania zarówno te stosowane w codziennej praktyce, jak i te stosowane rzadziej czyli metody funkcjonalnej oceny aktywności ośrodkowego układu nerwowego. Wstęp jest bogato ilustrowany przykładami omawianych badań.

Ostania część wstępu poświęcona jest licznym metodom klinimetrycznej oceny zaburzeń świadomości jak i oceny stanu chorego. Omawiane skale zamyka skala FOUR, która jest przedmiotem badania w dysertacji.

Wśród wielu skal na które powołuje się autor, zabrakło mi kilku zdań opisujących skalę odpowiedzi sensomotorycznej SMART (Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique) stosowaną również w u pacjentów z zaburzeniami świadomości

Podsumowując, wstęp jest obszerny bogato i ciekawie ilustrowany, zawiera wiele ważnych informacji dotyczących zagadnień badanych w przedstawionej dysertacji.

Kolejna część pracy to cele pracy. Zasadniczym celem była ocena przydatności skali FOUR u pacjentów leczonych w OAiIT. sprawdzając ją u

pacjentów z zaburzeniami świadomości o różnej etiologii, oceniając precyzyjność zaburzeń jakościowych i ilościowych ocenianych przez różne osoby personelu medycznego. Autor postawił sobie także za cel ocenę czasu przeprowadzanego badania. Postawiony cel jest jasny, a sposób jego osiągnięcia nie budzi wątpliwości.

Trzeci rozdział dysertacji to Materiał. Badania przeprowadzono w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie. Grupę badaną stanowiło 65 chorych podzielonych na trzy grupy: Grupa I po urazie czaszkowo-mózgowym 31 pacjentów, grupa II- 19 chorych z udarem niedokrwiennym mózgu oraz grupa III 15 chorych leczonych z powodu udaru krwotocznego.. Zdecydowanie w tym rozdziale brakuje mi informacji na temat rozkładu płci, wieku chorych itp. Informacje te zawarto po omówieniu wyników w rozdziale „Wyniki badań- podsumowanie”.

W kolejnym rozdziale Metoda opisano sposób przeprowadzonego badania. Chorych badały dwie grupy osób . Pierwsza to badacz lub lekarz specjalista anestezjologii, grupa druga to inny lekarz specjalista lekarz rezydent, stażysta lub pielęgniarka bądź pielęgniarz. Wyniki uzyskane w drugiej grupie traktowano jako grupę kontrolną.

Mylący jest niewątpliwie podział na grupy W rozdziale „metoda” chorzy są podzieleni na dwie grupy I i II i podział jest związany z osobą badającą chorego. W rozdziale „materiał” jest podział na trzy grupy, a kryterium podziału jest przyczyna zaburzeń świadomości

Badanie prowadzono za pomocą arkusza oceny stanu świadomości, który obejmował zasadniczo dwie skale FOUR i Glasgow.

Jedynym kryterium włączenia były zaburzenia świadomości. Nie mam uwag.

Kolejny rozdział to Opracowanie statystyczne wyników.

W pierwszej kolejności autor przedstawia zastosowane metody statystyczne, które nie budzą wątpliwości i pozwalają na wyciągnięcie prawidłowych wniosków z badania

Kolejna część tego rozdziału to Analiza. Analizowano 65 pacjentów, 29 obserwacji zakończyło się zgonem chorego. Obie skale łącznie wypełniono 763 razy.

Analizując wyniki autor w pierwszej kolejności dokonał oceny zgodności uzyskanych wyników ogółem; najpierw dla całej grupy kontrolnej w stosunku do badania podstawowego, a następnie dla każdej grupy osób badających oddzielnie. Najlepsze wyniki w grupie badania kontrolnego uzyskano wśród lekarzy specjalistów gdzie wykazano 100% zgodności.

Następnie oceniono w podobny sposób stopień niezgodności oceniając oddzielnie skalę FOUR oraz GCS najpierw dla wszystkich badanych a następnie dla poszczególnych grup badających. Podobnie najlepsze wyniki uzyskano w grupie lekarzy specjalistów.

W następnej kolejności przeprowadzona analizę wyników dla poszczególnych grup: dla chorych z udarem niedokrwiennym, udarem krwotocznym i urazem

mózgu. Podobnie jak poprzednio najlepsze wyniki w grupie kontrolnej uzyskano w grupie lekarzy specjalistów.

Porównując czas badania uzyskano statystycznie znamienne dłuższy czas badania w badaniu kontrolnym w stosunku do podstawowego

Następnie poddano analizie czas porównując czas w obu grupach podstawowej i kontrolnej z rozbiciem na poszczególne grupy badające. Różnic statystycznych pomiędzy grupami nie wykazano jedynie w grupie lekarzy specjalistów. Szkoda że nie zobrazowano tego w formie graficznej jak w przypadku grup pielęgniarek i rezydentów.

Badanie dowiodło, że skalę FOUR wypełnia się krócej i wykazuje wyższy stopień zgodności w badaniu 96.46%..

Należy jednak zwrócić uwagę, że analiza statystyczna nie wykazała istotności statystycznej pomiędzy zgonem a przeżyciem w wynikach skali FOUR, natomiast taki związek stwierdzono w przypadku wyników uzyskanych skalą GCS. Szkoda, że ten wynik nie znalazł się we wnioskach pracy, albo chociaż w dyskusji.

Kolejny rozdział to Wyniki badań- podsumowanie bardzo przydatny bez komentarza

Kolejna część pracy to Wnioski. Zaprezentowano 6 wniosków. Wniosek 6 moim zdaniem jest nieuprawniony ponieważ nie był przedmiotem badania w pracy. Pozostałe wnioski są wyciągnięte prawidłowo i odpowiadają uzyskanym wynikom.

Kolejny rozdział to dyskusja. Jest niezwykle skromną częścią przemyslanej i bardzo potrzebnej pracy doktorskiej. Dyskusja krótka oparta tak naprawdę na dwóch pozycjach piśmiennictwa z roku 2005 i 2009.

Dla przykładu cytuję kilka pozycji tylko z 2018 roku, które w mojej ocenie mogłyby się znaleźć zarówno wśród pozycji piśmiennictwa, jak i zostać omówione w dyskusji:

1. Emerg (Tehran). 2018;6(1):e42. Epub 2018 Jul 14.

Glasgow Coma Scale and FOUR Score in Predicting the Mortality of Trauma Patients; a Diagnostic Accuracy Study.

Ghelichkhani P1, Esmaeili M2, Hosseini M3, Seylani K4.

2. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2018 Jun;27(6):1565-1569. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.01.008. Epub 2018 Feb 5.

Application of the FOUR Score in Intracerebral Hemorrhage Risk Analysis.

Braksick SA1, Hemphill JC 3rd2, Mandrekar J3, Wijedicks EFM4, Fugate JE4.

3. Brain Inj. 2018 Nov 2:1-8. doi: 10.1080/02699052.2018.1539248. [Epub ahead of print]

A Russian validation study of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R).

Iazeva EG1, Legostaeva LA1, Zimin AA1, Sergeev DV1, Domashenko MA2, Samorukov VY2, Yusupova DG1, Ryabinkina JV1, Suponeva NA1, Piradov MA1, Bodien YG3,4, Giacino JT4.

4.J Intensive Care Med. 2017 Jan 1:885066617738714. doi: 10.1177/0885066617738714. [Epub ahead of print]

Determination of Imminent Brain Death Using the Full Outline of Unresponsiveness Score and the Glasgow Coma Scale: A Prospective, Multicenter, Pilot Feasibility Study.

Piśmiennictwo w liczbie 32 dość ubogie zawiera prace – najnowsze z 2016r. Są dobrze dobrane i wykorzystane w dysertacji

Szkoda, że obie te części tj. dyskusja i piśmiennictwo trochę psują ogólny wizerunek dobrze zaplanowanej i wykonanej pracy badawczej.

Streszczenia w języku polskim i angielskim nie budzą zastrzeżeń

Prace doktorską kończą spis tabel, spis wykresów spis rycin i opinia Komisji Bioetycznej – bez komentarza

Dysertacja jest samodzielnym dorobkiem doktoranta, wskazującym na umiejętność postawienia sobie celów badawczych, stworzenie warsztatu do ich realizacji, a z uzyskanych wyników wyciągnięcie uprawnionych wniosków.

Rozprawa spełnia warunki określone w art.13 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 2003r o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U.65,poz.595, z póź.zm.) wnoszę więc do Wysokiej Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie o dopuszczenie rozprawy doktorskiej lek. med. Sławomira Zarzyckiego

pt. „ Przydatność klinimetrycznej skali FOUR do oceny stanu świadomości pacjentów leczonych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii” do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Warszawa 22032019

