

Katowice / 11-05-2017

Katedra i Klinika
Anestezjologii
i Intensywnej Terapii

Wydział Lekarski
w Katowicach

40-752 Katowice
ul. Medyków 14
www.sum.edu.pl

KIEROWNIK
KATEDRY I KLINIKI
dr hab. n. med.
Łukasz Krzych
lkrzych@sum.edu.pl

SEKRETARIAT
tel.: (+48 32) 789 4201
kait@csk.katowice.pl

RECENZJA

Rozprawy na stopień doktora nauk medycznych

Pana lek. Roberta Musiała

Pt. „Innowacyjne metody leczenia pacjentów
w nowoczesnym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii”

Anestezjologia i intensywna terapia jest bezustannie i czynnie rozwijającą się dziedziną medycyny, gdyż wszystkie nauki kliniczne zabiegowe wciąż szukają nowych rozwiązań lub modyfikują te już dostępne. Celują one już nie tylko w wydłużenie życia pacjenta, ale także w poprawę jego jakości we wszystkich jej komponentach. Tym wyzwaniom lekarz anestezjolog nie przypatruje się z boku, lecz aktywnie współuczestniczy w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Często jest wręcz „specjalistą-instytucją”, do której kierowane są pytania Kolegów innych specjalności o ocenę rezerw biologicznych pacjenta, w tym o możliwość bezpiecznego przeprowadzenia chorego przez okres okołoperacyjny, objęcie opieką chorych najwyższego ryzyka w oddziale intensywnej terapii, dbając aby zachwianie równowagi w homeostazie było odwracalne (to kryterium przyjęcia do oddziału intensywnej terapii o najwyższym priorytecie!). W dzisiejszej medycynie znieczulić i zoperować można w zasadzie każdego pacjenta, jednak to powikłania pooperacyjne determinują w znaczącej mierze jego losy. Dlatego uważam, że rozprawa doktorska lek. Roberta Musiała podejmuje ważny i praktyczny temat. Została ona przygotowana pod opieką Pana Profesora Rafała Drwiły – Lekarza o bogatym, wieloletnim doświadczeniu, Autorytetu polskich kardioanestezjologów, który wielokrotnie udowadniał, że nowatorstwo w dziedzinie, którą się zajmuje, ma sens i pozytywne konsekwencje.

Przedstawiona mi do recenzji praca jest przygotowana w oparciu o cykl publikacji, dlatego ma postać dość skondensowaną w formie i treści.

Sam manuskrypt zawiera 46 stron zaaranżowanych w następujące rozdziały: „Wykaz publikacji stanowiących rozprawę doktorską”, „Wstęp”, „Uzasadnienie i cele”, „Publikacje”, „Podsumowanie i wnioski”, „Streszczenie polskojęzyczne”, „Summary (streszczenie anglojęzyczne)”, „Piśmiennictwo” i „Oświadczenia współautorów”.

Uważam, że tytuł pracy doktorskiej jest dość niefortunny. Praca bowiem nie dotyczy metod leczenia *per se*, którymi są pozaustrojowa oksygenacja membranowa w układzie żylno-tętniczym (VA ECMO) oraz przeszczepna implantacja zastawki aortalnej (TAVI), ale obserwacji chorych poddawanych tym nowoczesnym procedurom w ośrodku krakowskim.

W pierwszym rozdziale Autor przedstawia wykaz trzech prac, na kanwie których powstała dysertacja. Łączna punktacja tych prac jest znacząca: IF 0,858, MNiSW 43 punkty. Moją krytyczną uwagę budzi fakt, iż nie podano wskaźników parametrycznej oceny czasopism, co powoduje, że recenzent niepotrzebnie traci czas na poszukiwania tych wartości na stronach internetowych czasopism.

„Wstęp” jest krótki i wprowadza czytelnika w temat w dość przystępny, choć mało wyczerpujący sposób. Dopiero analiza tekstów samych artykułów satysfakcjonująco rozwiązuje ten problem. Niepotrzebnie Autor wspomina we „Wstępie” cele badawcze i elementy metodyki, gdyż przeznaczone są na to inne części pracy. Z dystansem podchodzę do wprowadzania do języka naukowego kolokwializmów (np. „operatywa”) i elementów patosu, takich jak „to co dla wielu z nas lekarzy (...) było niedoścignionym marzeniem staje się rzeczywistością”, „życie leży w rękach personelu i jego ocalenie zależy od wiedzy i determinacji”. Skłaniam się ponadto do używania zwrotu „duże” ryzyko zamiast „wysokie”.

Rozdział „Uzasadnienie i cele pracy” ma formę typową. Cele są niestety bardzo chaotycznie wypisane i znów – dopiero szczegółowa analiza publikacji pozwala zrozumieć, o czym jest rozprawa. Z obowiązku recenzenta wspomnę, że w publikacji nr 1 Autorzy w ogóle nie sformułowali celu pracy!

Liczne błędy edycyjne i stylistyczne w tak krótkim opracowaniu nie powinny mieć miejsca, dlatego zwracam się do Doktoranta o większą precyzję w dalszej pracy naukowej.

Na kolejnych stronach manuskryptu przedstawione są teksty trzech oryginalnych pełnotekstowych prac, kierowanych przede wszystkim do krajowego Czytelnika, choć wszystkie one zostały opublikowane w języku angielskim. Paradoksalnie to ogromna zaleta projektu. Wciąż brakuje w literaturze źródeł wiedzy na temat naszych krajowych doświadczeń, dlatego wysoko oceniam ten pomysł, aby opublikować prace w: Kardiologii Polskiej, Kardiochirurgii i Torakochirurgii Polskiej oraz Anestezjologii Intensywnej Terapii.

Pewną moją konstatację budzi fakt możliwości recenzowania już zrecenzowanych prac, które ukazały się drukiem w renomowanych czasopismach. Jako aktywny autor mogę pogratulować Doktorantowi tak ciekawego dorobku.

Kolejny rozdział, „Podsumowanie i wnioski” to w rzeczywistości polskojęzyczne streszczenia pełnych tekstów publikacji. I tak wynika z nich, że praca nr 1 opisuje doświadczenia własne w stosowaniu terapii żylnotętniczego ECMO jako krótkoterminowego mechanicznego wspomaganie krążenia u dorosłych pacjentów

we wstrząsie kardiogenym. Została oparta o analizę losów 29 pacjentów. Autor wnioskuje na podstawie otrzymanych wyników, iż ECMO jest akceptowalną formą terapii pacjentów w ciężkim wstrząsie. Śmiertelność wczesna jest znacząca i sięga 60%, co jednak pokazuje, że 40% chorych udaje się uratować, przynajmniej w obserwacji szpitalnej.

Praca nr 2 porusza temat żylno-tętniczego ECMO jako wsparcia w leczeniu wstrząsu kardiogenego u dorosłych pacjentów po operacjach serca. Badanie bazuje na grupie 27 chorych. Autor formułuje w niej następujące wnioski: „Istnieje kilka systemów pozaustrojowego wspomaganie krążenia u pacjentów z PCCS (*skrót nie wyjaśniony w tekście – wnioskuje, iż chodzi o „post-cardiotomy cardiogenic shock”*), jednak ECMO w swej prostocie użytkowania może funkcjonować w oparciu o dostęp do naczyń obwodowych i stosunkowo liberalne wymagania odnośnie antykoagulacji. System jest mobilny i może być stosowany przez dłuższy czas, a nawet przemieszczany razem z pacjentem. Zapewnia dobrą sterowność i płynność wspomaganie w zakresie parametrów oddechowych i krążeniowych. Pozwala uzyskać czas na powrót do zdrowia, czas na wykonanie przeszczepu lub wdrożenie długoterminowych terapii wspomagających pracę serca, czy wreszcie czas na podjęcie decyzji (*tu Autor nie wyszczególnił jakich*). VA ECMO może być z powodzeniem wykorzystane do leczenia PCCS, kiedy konwencjonalna terapia nie przynosi spodziewanego efektu”. Czytając cele tej pracy, czyli analizę wyników żylno-tętniczego ECMO u chorych w pokardiomotyjnym wstrząsie kardiogenym oraz analizę czynników ryzyka pooperacyjnej śmiertelności, mam nieodparte wrażenie, że wnioski nie odpowiadają w tej pracy postawionym celom. Proszę zatem Doktoranta o przedstawienie rzeczywistych wniosków. Kieruję w tym miejscu ponadto pytanie, na ile badania z pierwszej i drugiej pracy się przeplatają. Czy to grupa 11 chorych jest wspólnie opisanych w tych dwóch publikacjach?

Praca nr 3 opisuje pierwsze wyniki i doświadczenia ośrodka w zakresie znieczulenia miejscowego z analgosedacją pacjentów kwalifikowanych do przezskórnej implantacji zastawki aortalnej (TAVI). Do badania włączono 11 kolejnych chorych. Autor wnioskuje, iż TAVI może być z powodzeniem przeprowadzona w analgosedacji z użyciem remifentanyl, krótkodziałającego, silnego leku opioidowego. Dodaje potem, iż zabiegi TAVI winny być przeprowadzane w warunkach nowoczesnej, dobrze wyposażonej sali hybrydowej a anestezjolog powinien mieć świadomość komplikacji mogących wystąpić w trakcie znieczulenia i adekwatnie do sytuacji reagować. Także w tej publikacji nie rozumiem idei wyciągania wniosków, które wykraczają poza przyjęte cele pracy i są raczej truizmami. Proszę Doktoranta o komentarz.

Reasumując, choć otrzymane wyniki nie są może nowatorskie ani niezwykle z klinicznego punktu widzenia należy podkreślić, iż niewiele ośrodków może wnieść głos do dyskusji w omawianym zagadnieniu. Opisywane procedury są wysokospecjalistyczne, dotyczą chorych największego ryzyka zgonu, często to terapia tzw. „ostatniej szansy” dla bardzo obciążonych pacjentów. Dlatego można z przekonaniem stwierdzić, że lek. Robert Musiał, który jest lekarzem-praktykiem, specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii, podjął się bardzo trudnego i wymagającego zadania. Zebranie i opracowanie danych dotyczących tak małej grupy ale trudnej grupy chorych było na pewno trudne.

Kolejne części pracy to streszczenia w języku polskim i angielskim, które są powtórzeniem (po raz trzeci!) tych samych informacji. Mają układ typowy i poprawny format.

„Piśmiennictwo” zawiera tylko 13 pozycji, jednak właściwą, bogatą literaturę przedmiotu Autor przytacza przecież w trzech publikacjach. Jest ona przytaczana prawidłowo, zawiera aktualną wiedzę i świadczy o znajomości tematu.

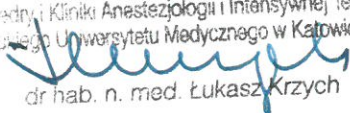
Pracę kończą oświadczenia współautorów.

PODSUMOWANIE

Przedstawiona mi do oceny praca jest oryginalnym doniesieniem naukowym. Dotyczy ciekawego zagadnienia klinicznego, w zakresie którego wypowiadać się może nieliczne grono specjalistów, a do którego należy lek. Robert Musiał. Wiele z przedstawionych przeze mnie w recenzji uwag odnosi się do formuły rozprawy doktorskiej, na które Doktorant nie miał wpływu. Inne mają charakter doradczy i zostały sformułowane, aby Doktorant jako Młody Naukowiec w przyszłości nie powiełał złych przyzwyczajęń czy utartych schematów. Nie umniejszają one wartości poznawczej pracy.

Stwierdzam, iż rozprawa spełnia warunki określone w art. 13 ust. 2 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2016, poz. 882) oraz § 5 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 września 2016 r. w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora (Dz. U. z 2016, poz. 1586). Dlatego przedkładam Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie wniosek o dopuszczenie Pana lek. Roberta Musiała do dalszych etapów przewodu doktorskiego, w tym do publicznej dyskusji nad rozprawą.

Z wyrazami szacunku,

KIEROWNIK
Przedni i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

dr hab. n. med. Łukasz Krzych