

Warszawa, 9 maja 2019 r.

Szanowna Pani  
Prof.dr hab.n.med. Katarzyna Koziak  
P r o d z i e k a n  
Wydziału Nauki o Zdrowiu  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ocena rozprawy doktorskiej na stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Doktorant:           Lekarz medycyny Jan Pertkiewicz

Tytuł rozprawy: Odbarczenie przewodu pokarmowego po operacjach naprawczych przetok jelitowych.

Piśmiennictwo polskie dotyczące postępowania w przetokach przewodu pokarmowego jest bardzo skromne, a w dostępnych podręcznikach temu ważnemu i trudnemu zagadnieniu poświęca się mało miejsca. Wybór tematu przedstawiony do oceny rozprawy doktorskiej lek. Jana Pertkiewicza pt.:” *Odbarczenie przewodu pokarmowego po operacjach naprawczych przetok jelitowych*” to temat ważny zarówno z punktu widzenia patofizjologii, jak i niezwykle trudnego problemu chirurgicznego. Szczególnie, że jest to unikalna możliwość podzielenia się wiedzą i doświadczeniem wiodącej Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego kierowanej przez kontynuatora znakomitych polskich chirurgów, takich jak Rydygier, Mikulicz, czy Leśniowski. Wystarczy zaznaczyć, że w Klinice tej utworzono pierwszy w Polsce i jeden z pierwszych w Europie Pododdział Żywienia Pozajelitowego. Również autor rozprawy lek. Jan Pertkiewicz należy do niezwykle doświadczonych, wybitnych gastroenterologów .

Praca obejmuje 59 stron w typowym układzie rozdziałów wzbogaconych czytelnymi tabelami i rycinami. Dobrze wybrane zdjęcia obrazują konkretne sytuacje kliniczne. Praca zakończona jest omówieniem rysunków i dyskusją, w której autor porównuje wyniki swoich badań z piśmiennictwem światowym (92 pozycje).

Masywne zapalenie otrzewnej i sepsa stanowią nadal największe zagrożenie w okresie okołoperacyjnym, a rozległe zakażenie powłok i przetoki przewodu pokarmowego są nadal przyczynami wysokiej śmiertelności w okresie późniejszym. Szerokie stosowanie antybiotyków zmniejszyło, ale nie wyeliminowało ryzyka tych powikłań. Jak wynika z przytoczonego przez autora piśmiennictwa, śmiertelność z powodu przetok przewodu pokarmowego jest nadal wysoka ( *od kilkunastu do kilkudziesięciu procent* ). Chorzy ci są narażeni na wielokrotne operacje, a nawet dobry efekt w postaci zamknięcia przetoki, często skutkuje trwałym kalectwem w postaci choroby zrostowej, niewydolności jelit, czy przepuklin pooperacyjnych. Nie bez znaczenia są długotrwałe hospitalizacje i bardzo wysoki koszt leczenia.

Zagadnienia związane z leczeniem przetok przewodu pokarmowego są ciągle aktualne. Jest to związane z rozszerzeniem wskazań do leczenia operacyjnego, wzrostem liczby nowotworów przewodu pokarmowego, zwiększenia częstości pacjentów z chorobami zapalnymi jelit np. choroby Leśniowskiego -Crohna oraz szerokiego stosowania leków obniżających odporność zaburzających proces gojenia. Główne przyczyny powstawania przetok to nadal zakażenie i niedokrwienie. Niedokrwienie wynika zarówno z wysokiego ciśnienia w jamie brzusznej po operacjach oraz nadciśnienia wewnątrz jelit. Odrębną grupę stanowią pacjenci poddani radioterapii, czy leczeni z powodu zatorów tętnic trzewnych.

W rozdziale 5. zatytułowanym „Wstęp” doktorant przedstawił aktualną wagę problemu - jednego z najgroźniejszych powikłań pooperacyjnych. Powikłania te odpowiadają za 75- 85% przetok. Zwykle podejmowane są próby leczenia zachowawczego, a następnie, przy braku skuteczności, leczenie operacyjne. Wg piśmiennictwa cytowanego przez doktoranta częstość nawrotów sięga 30% i nadal związana jest ze śmiertelnością 30 - 50%. Kolejno autor przedstawia definicje przetok, ich przyczyny i różne podejmowane definicje klasyfikacji. Zgadzam się z autorem, że z punktu widzenia patofizjologii i następstw powikłania najistotniejsza jest klasyfikacja oparta na wielkości dobowego

wydzielania z przetoki. Tę klasyfikację doktorant zastosował również w przedstawionej pracy.

Postęp w leczeniu przetok dokonał się z chwilą wprowadzenia żywienia pozajelitowego. Prof.dr hab.n.med. Marek Pertkiewicz był pionierem tej metody postępowania w Polsce i wykształcił wielu światowych lekarzy. Doktorant podkreśla, że wprowadzone w latach 70-tych dwudziestego wieku zasady postępowania autorów Chapmana, Forana i Dunphie'go są nadal aktualne. Kolejność postępowania powinna być następująca :

1. Leczenie zaburzeń wodno-elektrolitowych, zakażenie i wydzielanie przez przetokę.
2. Rozpoczęcie żywienia pozajelitowego i wyrównanie zaburzeń elektrolitowych.
3. Dalsze opanowanie zakażenia i wprowadzenie żywienia dojelitowego.

Doktorant szczególnie podkreśla rolę starannej kontroli na poszczególnych etapach leczenia i rolę doświadczonego zespołu terapeutycznego. Również wybór leczenia operacyjnego, zdaniem autora, nie jest prosty. Zwykle odświeżenie brzegów przetoki i wtórne zeszywanie w celu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego nie przynoszą korzystnych wyników. Zespolenie powinno być wykonane de'novo w dobrze ukrwionych tkankach. Zaleca się szew ręczny.

Zdaniem autora najważniejszym czynnikiem wpływającym na dobry efekt terapeutyczny jest uzyskanie sprawnej czynności przewodu pokarmowego. Rozdział ten jest ilustrowany dobrze dobranymi zdjęciami obrazującymi omawiane zagadnienia. Dalej autor omawia znaczenie wytworzonej operacyjnie odbarczającej stomii jelitowej. Odbarczenie to pozwoli na zmniejszenie ciśnienia w świetle jelit, wpływa na poprawę ukrwienia i stwarza warunki do skutecznego leczenia operacyjnego. O ile przetoki jelita grubego mają dość bogate piśmiennictwo, to znacznie enterostomii dość długo budziło znaczne obawy chirurgów. Rzeczywiście, początkowo operacja ta była stosowana głównie w chirurgii dziecięcej. Autorami enterostomii odbarczającej byli Santulli i Bishop-Koop. Autor przedstawia schematycznie i opisowo założenia obu metod i dokumentuje zdjęciami pole operacyjne.

Założenia i cele pracy przedstawiono w rozdziale 6.

1. Ocena skuteczności operacji sposobem Bishop-Koop lub Santulli w odbarczeniu jelita po operacjach trudnych przetok jelitowych.
2. Ocena skuteczności różnych metod odbarczenia jelita w zapobieganiu nawrotom przetok jelitowych.
3. Porównanie wybranych parametrów różnych sposobów odbarczenia przewodu pokarmowego stosowanych w operacjach naprawczych ciężkich przetok jelitowych.

W rozdziale 7 „Materiał i metoda” przedstawiony został materiał kliniczny. 128 opisanych chorych to chyba największy materiał oceniany pochodzący z jednego ośrodka. Zwraca uwagę średni wiek pacjentów 53,8 lat. Głównymi przyczynami pierwotnej operacji (tabl.2) był: zator tętnicy krezkowej, rak jelita grubego, choroba Leśniowskiego Crohna, niedrożność przewodu pokarmowego i urazy.

Decyzja o wykonaniu leczenia operacyjnego była podjęta po wyleczeniu ognisk septycznych i ustabilizowaniu stanu odżywienia i stanu ogólnego chorego.

Wszyscy pacjenci leczeni w Klinice Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego WUM byli uprzednio leczeni nieskutecznie w innych oddziałach. Byli wielokrotnie, nieskutecznie operowani ( średnio 5 operacji).

W czasie operacji naprawczych, z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego ( po uwolnieniu zrostów i uwolnieniu całego jelita) wykonano 53 odbarczenia stomią Bishop-Koop i w 13 przypadkach stomią z zespoleniem typu Santulli 19 cekostomię. Jelito cienkie odbarczono dodatkowo przez wprowadzenie do światła drenu silikonowego. Są to operacje trudne i wielogodzinne ( średnio 5 godz. 30 minut). Wielu chorych wymagało przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) średnio 4,5 jednostek.

Stosowano również inne metody odbarczenia przewodu pokarmowego , drenem przez odbył (23) i drenem przez nos. Jednak drenaż przez enterostomię był bardziej efektywny.

Analiza statystyczna to rozdział 7.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Oceniano parametry przebiegu i zastosowanego leczenia w zależności od rodzaju odbarczenia (Tab.4).

Najważniejsze znaczenie obrazujące dynamikę postępu leczenia zawierają statystyki opisowe (Tab.5).

Oceniono dobowe wydzielanie ze stomii w 1-5 dniu oraz 10,15,20,25,30,35.

Zaobserwowano zauważalny spadek wydzielania w 10 dobie związany z poprawą stanu ogólnego.

Zdaniem recenzenta, niezwykle ważny jest wniosek ze stosowania enterostomii odbarczającej metodą Bishop-Koop, znamienne zmniejszyło częstość nawrotów choroby w porównaniu z odbarczeniem drenem.

Metody statystyczne zostały dobrze dobrane i w pełni obrazują wyniki terapii.

Rozdział 8 to omówienie wyników pracy i dyskusja.

W tym niezwykle ważnym rozdziale autor uzasadnia własne przyjęte metody oceny skuteczności leczenia na podstawie wybranych parametrów porównując je do istotnych, ważnych pozycji piśmiennictwa. Zgadzam się z opinią doktoranta, że co prawda część przetok przewodu pokarmowego można zagoić leczeniem zachowawczym, to w większości przypadków konieczne jest leczenie operacyjne. Przygotowanie do najkorzystniejszego dla pacjenta wyboru okresu operacji, rodzaju i metody zabiegu operacyjnego jest zadaniem bardzo trudnym i wymaga ogromnego doświadczenia zespołu.

Najczęstszą przyczyną zgonu była sepsa ze współistniejącym niedożywieniem. O skali trudności świadczy długość pobytu pacjenta w oddziale, długotrwały, trudny zabieg operacyjny i wysoka śmiertelność. Duże grupy pacjentów były pierwotnie wielokrotnie operowane w innych oddziałach. Zdaniem doktoranta, jednym z istotnych warunków powodzenia leczenia operacyjnego jest odbarczenie jelita powyżej miejsca zespolenia. Wykładnikiem skutecznego odbarczenia jest ilość wydzieliny gromadzonej z drenu w ciągu kolejnych dni leczenia w przypadkach stosownia cekostomii lub enterostomii. Wynika to również z tabeli 5.

Nie jest to pogląd powszechnie akceptowany, ale wyniki uzyskane w grupie leczonych pacjentów potwierdzają tę obserwację. Jest to ważny wniosek, który powinien być wskazówką dla lekarzy podejmujących leczenie pacjentów z przetokami przewodu pokarmowego leczonych w oddziałach chirurgicznych.

W końcowej części dyskusji autor przedstawia krytyczną opinię na temat stosowania odbarczenia metodą ileostomii pętlowej i wskazuje na dużą skuteczność odbarczenia metodą Bishop-Koop lub Santulli.

Ważnymi zaletami tej metody jest mała ilość zmian skórnych wokół stomii, praktycznie niewystępowanie przepuklin okołostomijnych, jak również łatwe operacyjne zamknięcie stomii bez konieczności wykonywania kolejnych zespożeń i otwierania otrzewnej.

Praca zakończona jest 4 wnioskami, które wynikają z doświadczenia i argumentów przedstawionych w obserwacjach klinicznych.

Wnioski:

1. Największą skuteczność w leczeniu trudnych przetok jelitowych ma odbarczenie przetoki metodą Bishop-Koop lub Santulli.
2. Odbarczenie metodą Bishop-Koop lub Santulli w porównaniu do odbarczenia jelita zgłębnikiem lepiej zapobiega nawrotowi przetoki.
3. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy rodzajami operacji a czasem ich trwania, śródoperacyjną utratą krwi i czasem trwania hospitalizacji.
4. W definitywnym leczeniu chirurgicznym skomplikowanych przetok jelitowo-skrónych wybierając sposób odbarczenia jelita w okresie pooperacyjnym, w pierwszym rzucie należy brać pod uwagę metodę Bishop-Koop lub Santulli.

Wnioski znajdują pełne uzasadnienie w przedstawionej analizie statystycznej i mają duże znaczenie kliniczne. Jest to pierwsze tak duże opracowanie tego zagadnienia w Polsce.

Rozprawa zakończona jest 92. pozycjami piśmiennictwa dobrze ilustrującymi wagę problemu leczenia przetok jelitowych, historię i współczesne poglądy na trudne metody leczenia. Wszystkie pozycje piśmiennictwa są cytowane w rozprawie.

Praca jest oryginalnym osiągnięciem autora. Jest napisana zwięźle, dobrym językiem, a zdjęcia i tabele ułatwiają poznanie problemu i dobrze ilustrują treść. Jest to dowodem, nie tylko, doświadczenia autora i ośrodka, w którym praca powstała, ale przede wszystkim nowoczesnego myślenia klinicznego i tworzenia wniosków, które stanowią niezwykle cenną wskazówkę dla lekarzy leczących te

niezwykle trudne powiktania, jakimi są przetoki przewodu pokarmowego.

Uważam, że po wzbogaceniu jej szczególnie o elementy technik operacyjnych, powinny być wydane jako lektura obowiązkowa dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinach zabiegowych - chirurgów, chirurgów onkologów, chirurgów urazowych, urologów i ginekologów.

Praca wypełnia warunki Ustawy o stopniach i tytułach naukowych wraz z późniejszymi zmianami.

**Wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie rozprawy pt.:**

**„Odbarczenie przewodu pokarmowego po operacjach naprawczych przetok jelitowych” lekarza Jana Pertkiewicza do dalszych etapów przewodu doktorskiego, a ze względu na znaczenie kliniczne, społeczne i dydaktyczne tej rozprawy, wnoszę o wyróżnienie rozprawy.**



**Prof.zw.dr hab.n.med. Walerian Staszkiwicz**