

**KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ, ONKOLOGICZNEJ
I PRZEWODU POKARMOWEGO CMKP w Warszawie**
S.P.S.K. im. prof. Witolda Orłowskiego
Kierownik: Prof. zw. dr hab. med. Wiesław Tarnowski
Tel. /22/ 621 – 71 – 73, tel./fax. /22/ 622 – 78 – 33, tel. /22/ 58-41-130

Warszawa, dn. 31.08.2018 r.

Ocena

Rozprawy mgr Emilii Wawszczak na stopień doktora nauk medycznych pt. "Jakość życia pacjentów po laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka".

Otyłość patologiczna jest narastającym problemem medycznym w krajach wysokorozwiniętych. Wynika z tego wiele innych problemów zdrowotnych dla całego społeczeństwa. W parze z otyłością idzie wzrastająca częstość występowania zespołu metabolicznego, prowadzącego do ciężkich powikłań i kalectwa. Konsekwencje zdrowotne wynikające z otyłości są poważniejsze od konsekwencji związanych z paleniem tytoniu i piciem alkoholu. Uważa się, że ludzie z BMI > 40 (Body Mass Index) żyją średnio 10 lat krócej niż osoby z prawidłowym BMI. Wg. WHO otyłość jest piątą co do częstości przyczyną zgonów w zależności od czynników ryzyka i zamożności. Z otyłością wiąże się częstsze występowanie różnych zaburzeń i stanów chorobowych, jak np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, hiperlipidemia, przewlekła hipowentylacja i bezsenność, kardiomiopatia przerostowa i wiele innych.

Wg. badań WOBASZ w Polsce jest ponad 6 000 000 osób z BMI > 30 i prawie 450 000 z BMI > 40. Przez co otyłość stała się jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego. Leczenie zachowawcze otyłości jest mało skuteczne i bardzo uciążliwe dla pacjentów. Jedyną skuteczną metodą o udokumentowanej długotrwałej redukcji masy ciała w grupie pacjentów z otyłością olbrzymią jest chirurgia bariatryczna. W odległych obserwacjach prowadzi nie tylko do ubytku masy ciała ale również do normalizacji trójglicerydów we krwi w 65% przyp., HDL – 79% przyp., nadciśnienie tętnicze – 69.9% przyp. i ustąpienia lub poprawy kontroli

cukrzycy w 90%. W związku z tym prowadzi do redukcji przyjmowania leków przeciwcukrzycowych, nadciśnieniowych czy obniżających poziom lipidów.

Ogromne są również koszty leczenia pacjentów z otyłością patologiczną. W USA koszty leczenia powikłań otyłości wynoszą 48-64 mld USD rocznie i są podobne do kosztów spowodowanych paleniem tytoniu. Leczenie chirurgiczne pacjentów z BMI > 35 i cukrzycą typu 2 pozwala zredukować wysokość nakładów finansowych o 70% w trzecim roku od operacji bariatrycznej z 6376 USD/rok przed operacją do 1878 USD 3 lata po operacji. W Polsce nie dysponujemy tak dokładnymi wyliczeniami, ale prognozy nie są dobre. Uważa się, że liczba otyłych Polaków wzrośnie do 2035 roku do 33% populacji i w związku z tym populacja chorych na cukrzycę typu 2 zwiększy się do 12%. Skuteczne, czyli chirurgiczne, leczenie otyłości może obniżyć koszty leczenia powikłań, zmniejszyć odsetek absencji chorobowej, rent inwalidzkich oraz zminimalizować szkody społeczne wynikające z poszukiwania pomocy przez osoby otyłe w miejscach oferujących niekonwencjonalne lub niezgodne z obowiązującą wiedzą metody leczenia otyłości.

Niezwykle ważnym aspektem jest także zmiana postrzegania problemu otyłości przez społeczeństwo – otyłość to nie jest defekt wyglądu ale choroba mająca określone powikłania i znacznie skracająca życie.

Przedstawiona do oceny praca doktorska mgr Emilii Wawszczak dotyczy takiej właśnie grupy chorych.

Pracę do recenzji przedstawiono w formie oprawionego, zwanego wydania podzielonego na 12 rozdziałów i zawierającego 146 stron. We wprowadzeniu Doktorantka omawia zagadnienie otyłości i związanych z nią chorób towarzyszących jako problemu społecznego. Uważa się, że tkanka tłuszczowa syntetyzuje co najmniej kilkanaście, jeśli nie kilkadziesiąt hormonów i mediatorów reakcji zapalnej, przez co staje się dodatkowym, największym gruczołem dokrewnym. Wydzielenie dużej ilości adipokin biorących udział w rozwoju insulinooporności przyczynia się dodatkowo do rozwoju licznych chorób towarzyszących otyłości, jak: nadciśnienie, cukrzyca typu 2, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia gospodarki lipidowej czy nowotwory. Największy wpływ na insulinooporność wydaje się mieć tkanka tłuszczowa trzewna, czyli otyłość centralna. Wykazano silne związki pomiędzy otyłością centralną a wzrostem ryzyka cukrzycy i zmian miażdżycowych, podczas gdy otyłość typu gynoidalnego (obwodowego) wydaje się nie mieć związku z zaburzeniami metabolicznymi. Tkanka tłuszczowa wydziela również dużą ilość mediatorów reakcji

zapalnej, jak: IL-6, IL-8, TNF, które prowadzą do uszkodzenia śródbłonka naczyniowego nasilając procesy związane z rozwojem miażdżycy i związanych z nią powikłań.

Kolejna część pracy poświęcona jest leczeniu chirurgicznemu otyłości. Doktorantka omawia szczegółowo technikę operacyjną i zalety poszczególnych rodzajów operacji bariatrycznych. Bardzo dobre schematy poszczególnych operacji ułatwiają zrozumienie skomplikowanych niekiedy przełączeń jelitowych wykonywanych w czasie zabiegu. Za szczególnie ważną uważam część rozdziału poświęconą powikłaniom chirurgii bariatrycznej, w którym doktorantka omawia wady operacji bariatrycznych, o czym należy zawsze pamiętać rozmawiając z pacjentem o proponowanym leczeniu chirurgicznym. Końcowa część przeglądu piśmiennictwa poświęcona jest zagadnieniom związanym z przygotowaniem do zabiegu operacyjnego i opiece pooperacyjnej.

Dobra znajomość piśmiennictwa dotyczącego przedstawionej problematyki pozwoliła Doktorantce na sformułowanie założeń i celu swojej pracy.

Celem pracy jest ocena:

- ocena jakości życia pacjentów z otyłością olbrzymią przed zabiegiem laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka oraz dziewięć miesięcy po wykonanej operacji z uwzględnieniem sfery fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiska.

Do realizacji założonego celu posłużono się następującymi problemami badawczymi:

1. Czy u pacjentów poddanych leczeniu operacyjnemu w okresie dziewięciu miesięcy od momentu wykonania zabiegu laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka nastąpiły istotne zmiany w jakości życia?
2. Jak zmieniła się korelacja między liczbą chorób współistniejących w okresie przed i pooperacyjnym?
3. Jaki rodzaj powikłań okołoperacyjnych wystąpił w badanej grupie?
4. Jak kształtowała się korelacja między dziedziną fizyczną, psychologiczną, relacjami społecznymi i środowiskiem (w oparciu o kwestionariusz WHOQOL) zależnie od płci, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania pacjentów?
5. W jaki sposób operacja LSG wpłynęła na poziom w zakresie Skali Depresji Becka?
6. Jaka jest subiektywna opinia chorych: czy z perspektywy 9 miesięcy po zabiegu, decyzja o poddaniu się operacji LSG była właściwa, a uzyskane efekty operacji są zgodne z oczekiwaniami?

W rozdziale „materiał i metody” Doktorantka poddaje analizie 150 pacjentów (83 kobiety i 67 mężczyzn) z otyłością patologiczną operowanych metodą laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka. Wszyscy pacjenci wyrazili zgodę na dobrowolny udział w badaniu. W badaniu wykorzystano dwa kwestionariusze – pierwszy to kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, który jest standaryzowanym narzędziem stosowanym w praktyce klinicznej do oceny jakości życia zarówno osób zdrowych jak i chorych. Dotyczy on funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Drugi kwestionariusz to skala depresji Becka, która służy do samodzielnej oceny samopoczucia. Oba kwestionariusze przedstawione są szczegółowo w aneksie, jako załącznik nr 1 i nr 2. Kryteria kwalifikacji do operacji nie odbiegały od ogólnie przyjętych zasad.. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica 12. Za poziom istotności statystycznej przyjęto poziom ufności 95% ($p \leq 0.05$).

W grupie pacjentów poddanej analizie 73.33 % pochodziło z miasta a 26.67% ze wsi, średni wiek wynosił 40,43 lat, średnie BMI przed operacją 45,66, a po operacji 32,40. Większość pacjentów miała wykształcenie wyższe 35.33%, następnie średnie 27,33% i pomaturalne 19,33%. Większość badanych osób znajdowała się w oficjalnym związku (żonaty/zamężna) 65%, osoby w stanie wolnym stanowiły 26%, rozwiedzione 7% a owdowiałe 2%. Operacja w istotny sposób wpłynęła na redukcję chorób współistniejących, i tak nadciśnienie tętnicze przed operacją miało 49,33%, a po operacji ustąpiło we wszystkich przypadkach; odpowiednio - cukrzyca 24,67% versus 4,67%; bóle stawowe 10,67 vs 0%; obrzęki 8,67% vs 0,67%; zaburzenia rytmu serca 4% vs 0%. We wszystkich wymienionych przypadkach poprawa osiągnęła znamienność statystyczną. Operacja nie miała istotnego wpływu jedynie na zespół policyklicznych jajników.

Analizując wyniki poszczególnych dziedzin w skali punktowej uzyskane na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF stwierdzono statystycznie znamiennej poprawę w zakresie wszystkich dziedzin, i tak dziedzina fizyczna przed operacją 21,40 versus 31,43 po operacji , $p < 0,001$; dziedzina psychologiczna 16,75 vs 25,94, $p < 0,001$; relacje społeczne 9,77 vs 12,63, $p < 0,001$; środowisko 25,91 vs 33,88, $p < 0,001$. Nie stwierdzono, aby płeć miała istotny wpływ na uzyskane wyniki. Istotny wpływ na wynik badania miało natomiast wykształcenie, ponieważ osoby z wyższym wykształceniem osiągały wyższe poziomy w zakresie wszystkich dziedzin. Na uzyskane wyniki nie miało wpływu miejsce zamieszkania (miasto/wieś).

Oceniając wyniki Skali Depresji Becka stwierdzono, że im wyższe BMI miał pacjent tym wyższy uzyskiwał wynik w skali depresji. Po operacji praktycznie u wszystkich pacjentów doszło do wycofania się objawów depresji ($p < 0,001$).

Rozdział materiał i metoda przedstawiony jest bardzo czytelnie i bogato ilustrowany tabelami i wykresami, co w znakomity sposób ułatwia interpretację uzyskanych wyników. Całe badanie jest zaprojektowane w sposób bardzo przemyślany i przeprowadzone z właściwą starannością. Potwierdza to dużą dojrzałość Doktorantki jako badacza.

W rozdziale dyskusja Doktorantka w sposób rzeczowy i z dużą znajomością zagadnienia przedstawia przegląd aktualnego piśmiennictwa i omawia na tym tle uzyskane w swojej pracy wyniki. Szczególną uwagę Doktorantka zwróciła na dużą skuteczność leczenia chirurgicznego otyłości w zakresie redukcji jak i utrzymania zredukowanej masy ciała. Podobnie, jeśli chodzi o ustępowanie chorób towarzyszących. W znakomitej większości przypadków dochodzi do całkowitej remisji cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki lipidowej oraz ustępowania dolegliwości związanych z narządem ruchu. Za bardzo ciekawe uważam rozważania na temat jakości życia przed i po operacji. Doktorantka stwierdziła, że poziom wykształcenia odgrywa istotną rolę w ocenie jakości życia. Pacjenci z wyższym wykształceniem osiągnęli przed operacją znacznie wyższe wartości w zakresie wszystkich badanych dziedzin. Tłumaczyła to tym, że stopień wykształcenia i pełnione w związku z tym funkcje zawodowe i profity z nich wynikające mogły częściowo rekompensować osobom otyłym te wartości, które stanowią wyznacznik wysokiej jakości życia dla osób o prawidłowej masie ciała, a dla osób z niższym wykształceniem pozostają poza zasięgiem. Podobnie po operacji poziom wykształcenia miał wpływ na ogólne poczucie wyższej jakości życia przejawiającej się wyższym poziomem w zakresie wszystkich determinantów: dziedziny fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiska.

Niezadowolenie z własnego wyglądu wykazuje dużą zależność z występowaniem depresji i dotyczy to zarówno osób otyłych jak i szczupłych. W omawianej grupie pacjentów znaczna część prezentowała objawy depresji wyrażone z różnym natężeniem – 37,58% depresja łagodna; 8,72% depresja umiarkowana. W okresie pooperacyjnym nastąpiła niemal całkowita remisja występujących wcześniej objawów (99,32%). Kolejnym spostrzeżeniem wynikającym z analizy danych jest korelacja pomiędzy poziomem BMI a poziomem Skali Depresji Becka. Im wyższe BMI tym wyższy wskaźnik depresji, a zatem wraz z pogłębiającą się otyłością, pogłębiał się poziom depresji.

Uzyskane wyniki badań upoważniły autorkę do wyciągnięcia wniosków, które w pełni odpowiadają celom pracy i są dobrze wyważone, co świadczy o dużej dojrzałości Doktorantki.

Kolejne rozdziały dysertacji to streszczenie w języku polskim i angielskim, wykaz piśmiennictwa zawierający 157 pozycji piśmiennictwa umiejętnie dobranego i wykorzystanego w pracy, we właściwych proporcjach autorów krajowych i zagranicznych, spis tabel rycin i wykresów oraz aneks zawierający dwa załączniki: załącznik nr 1 – Skala Depresji Becka ; załącznik nr 2 kwestionariusz WHOQOL-BREF

Ocena końcowa – podsumowując stwierdzam, że praca mgr Emilii Wawszczak pt. „Jakość życia pacjentów po laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka” jest bardzo interesująca zarówno jeśli chodzi o poruszaną tematykę, jak i uzyskane wyniki. Uważam, że temat pracy jest bardzo aktualny, biorąc pod uwagę coraz bardziej rozszerzającą się epidemię otyłości. Praca została zaplanowana i wykonana w sposób właściwy.

Z obowiązku recenzenta wymienię uwagi krytyczne jakie nasunęły mi się podczas czytania pracy:

1. W pracy znalazłem sporo błędów literowych jak – IBM zamiast BMI, „fast ford” zamiast „fast food” itp., które w sposób istotny zmieniają znaczenie poszczególnych zdań.
2. Uważam, że wstęp jest zbyt długi. 50 stron to stanowczo za dużo, co stanowi po wyłączeniu rycin i tabel ponad 50% tekstu pracy. Znacznie większa korzyść byłaby, gdyby rozszerzyć dyskusję.
3. Zbyt wiele miejsca poświęcono analizie chorób towarzyszących otyłości. Są to informacje powszechnie znane i nie ma sensu kolejne powtarzanie nie swoich wyników, bo jak rozumiem Doktorantka nie operowała wszystkich chorych w badanej grupie. Taką analizę warto przedstawiać w kontekście niuansów techniki operacyjnej, a w tym zakresie ma prawo wypowiadać się zespół operujący.

Powyższe uwagi w niczym nie obniżają wartości merytorycznej pracy.

Uważam, że praca mgr Emilii Wawszczak jest samodzielnym i oryginalnym dorobkiem naukowym, ma znaczenie poznawcze i praktyczne, i w pełni odpowiada wymogom ustawy o stopniach i tytułach naukowych. Wnoszę zatem do Wysockiej Rady Wydziału Lekarskiego i

Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach o dopuszczenie mgr Emilii Wawszczak do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. zw. dr hab.med. Wiesław Tarnowski
Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej
i Przewodu Pokarmowego

Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej,
Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski