

Łódź, dnia 22.12.2024 r.

Recenzja pracy na stopień doktora nauk medycznych mgr Iwony Strzeleckiej pt.:
„Zabiegi cystektomii radykalnej metodą laparoskopową i z asystą robota da Vinci z perspektywy pracy pielęgniarki operacyjnej”

Zachorowalność na nowotwory pęcherza moczowego na świecie i w Polsce w ostatnich trzech dekadach rośnie zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Rak pęcherza moczowego zajmuje dziewiąte miejsce na świecie pod względem częstości występowania. W 2022 roku na raka pęcherza zachorowało na świecie prawie 614 tys. osób, przy czym częściej chorują mężczyźni, którzy stanowią 77% pacjentów, zmarło natomiast około 220 tys. osób. W Polsce rak pęcherza moczowego zajmuje piąte miejsce pod względem zachorowań na nowotwory złośliwe; łącznie w roku 2022 odnotowano 6877 nowych przypadków zachorowań. Szacowane 5-letnie przeżycie wśród pacjentów z rakiem pęcherza moczowego jest niskie i wynosi 61,4% dla mężczyzn, natomiast dla kobiet 65,1%. Umieralność z powodu nowotworów pęcherza moczowego w Polsce jest bardzo wysoka. W 2022 roku odnotowano prawie 4000 zgonów z powodu tej choroby. Przedstawione dane epidemiologiczne dowodzą, że rak pęcherza jest istotnym problemem zarówno w populacji światowej jak i polskiej. Jego wysoka częstość występowania, a ponadto cechy biologiczne, a mianowicie tendencja do wielokrotnych nawrotów i progresji pomimo terapii lokalnej, prowadzi do znaczącego obciążenia ochrony zdrowia.

Okolo 75% pacjentów z rakiem urotelialnym pęcherza moczowego ma rozpoznaną chorobę w stadium nienaciekającym błony mięśniowej pęcherza (ang. non-muscle-invasive bladder cancer, NMIBC). Wyniki leczenia NMIBC wyraża się głównie poprzez odsetek częstości wznów miejscowych (od 15% do 61%) oraz progresji (od 0,2% do 17%).

Chorzy, u których wykryto rak pęcherza moczowego naciekający błonę mięśniową (ang. muscle-invasive bladder cancer, MIBC) powinni mieć wykonaną cystektomię radykalną wraz z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych.

Technika tej trudnej operacji zmieniała się od lat 90-tych XX wieku. Przez wiele lat dominowała technika otwarta, zwana czasem nadal klasyczną, która stopniowo zastępowana była metodami o mniejszej inwazyjności - laparoskopią i następnie operacjami przeprowadzanymi w asyście robota.

Podjęty przez Autorkę temat badań w pracy doktorskiej polegający na przedstawieniu dwóch metod operacyjnych cystektomii radykalnej – metody laparoskopowej oraz wspomaganiej robotem da Vinci z perspektywy organizacji pracy pielęgniarki na bloku operacyjnym uważam za interesujący i ważny dla urologii.

W skrupulatnie opracowanej części przeglądowej rozprawy doktorskiej Autorka przybliżyła problematykę epidemiologii, diagnostyki i leczenia raka pęcherza moczowego, a także przedstawia organizację bloku operacyjnego z perspektywy pracy pielęgniarki operacyjnej. Należy podkreślić, że rozdział ten opracowany został niezwykle starannie, przejrzysto i czyta się go z łatwością i przyjemnością. Stanowi on ważne kompendium wiedzy z zakresu małoinwazyjnych metod leczenia radykalnego raka pęcherza moczowego zarówno dla lekarzy urologów jak i pielęgniarek.

Projekt naukowy Doktorantki miał charakter prospektywny i obejmował 2 grupy badanych. Pacjenci operowani byli z powodu raka pęcherza moczowego w dwóch ośrodkach: w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy oraz w Oddziale Urologii Ogólnej i Onkologicznej w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Wszyscy pacjenci poddani zostali operacjom radykalnego wycięcia pęcherza moczowego metodą laparoskopową (90 pacjentów, ośrodek bydgoski) lub z asystą robota chirurgicznego da Vinci (87 pacjentów). Operacje przeprowadzono w latach 2016-2020. Grupę badaną stanowili mężczyźni i kobiety w wieku od 34 do 89 lat. Stadium zaawansowania choroby nowotworowej zawierało się w szerokim zakresie od pTa do pT4b. Wykluczono z analizy pacjentów, u których wykonywano cystektomie nie z powodów nowotworowych oraz cystektomie ratunkowe.

Dodatkowo operowanych pacjentów podzielono w zależności od zastosowanego sposobu odprowadzenia moczu. Wydzielono więc grupę operowanych laparoskopowo z wytworzeniem wstawki jelitowej sposobem Brickera (30 pacjentów) oraz z wykorzystaniem ureterokutaneostomii (57 pacjentów), a także grupę operowanych w asyście robota da Vinci z wytworzeniem wstawki jelitowej (29 chorych) oraz z wykorzystaniem ureterokutaneostomii (62 pacjentów).

Dane do przeprowadzenia analizy pozyskiwano z historii chorób, protokołów operacyjnych, kart okołoperacyjnych oraz ksiąg operacyjnych pielęgniarek operacyjnych.

Cystektomie robotyczne przeprowadzał jeden lekarz specjalista urolog, zaś operacje laparoskopowe wykonywało kilku doświadczonych lekarzy.

W celu przeprowadzenia zaplanowanych badań Doktorantka zastosowała nieinwazyjną metodę obserwacji bezpośredniej. Metoda ta jest systematycznym spostrzeganiem określonych przedmiotów i zjawisk celem dokonania ich opisu i charakterystyki. Obserwacji i pomiarom podlegał proces przygotowania pacjenta, sali operacyjnej i sprzętu do zabiegu laparoskopowego lub z asystą robota da Vinci.

Dodatkowo Autorka wykorzystwała nowo zaprojektowany arkusz obserwacyjny, w którym zestawione zostały dane objęte obserwacją i pomiarem.

Informacje te obejmowały:

- dane socjodemograficzne i kliniczne pacjenta

- procedury pielęgniarskie/medyczne odnoszące się do organizacji pracy pielęgniarki na bloku operacyjnym
- dane rejestrowane w trakcie zabiegu (czas procedury, utrata krwi, ilość pobranych węzłów chłonnych, informacje o ewentualnej konwersji, ilość przetaczanej krwi w okresie okołoperacyjnym).

Zebrany materiał badawczy poddano odpowiednim analizom statystycznym z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics v. 29.0.

W celu ustalenia relacji między organizacją pracy pielęgniarek a zmiennymi socjodemograficznymi i parametrami klinicznymi przeprowadzono odpowiednie analizy korelacji.

Charakterystykę porównawczą organizacji pracy pielęgniarek na bloku operacyjnym w okresie 5 lat w zależności od zastosowanej metody operacyjnej przedstawiono za pomocą analizy testem H Kruskala Wallisa.

Dobór metod statystycznych do wcale niełatwej oceny zebranego materiału oceniam jako bardzo trafny.

Doktorantka oceniła między innymi, że czas przygotowania pacjenta do operacji nie wiązał się z żadnymi zmiennymi klinicznymi ani socjodemograficznymi. Podobne wyniki odnotowała analizując czasy przygotowania sali operacyjnej oraz czas przygotowania narzędzi do zabiegu. Słabe korelacje między płcią męską i wydłużonym nieco czasem przygotowania narzędzi oraz zależności pomiędzy ilością przetoczonych jednostek krwi a czasem przygotowania sali wydają się nie mieć znaczenia klinicznego.

Ważnym, w mojej ocenie, praktycznym spostrzeżeniem jest, że najważniejsze zmienne socjodemograficzne i kliniczne (wiek pacjenta, stopień zaawansowania choroby nowotworowej, BMI, choroby współistniejące oraz czas hospitalizacji) nie wpływały na organizację pracy pielęgniarki na bloku operacyjnym.

Analizując dane związane z organizacją pracy pielęgniarki w badanym okresie 2016-2020 r. Doktorantka ustaliła, że w przypadku techniki robotowej czasy przygotowania pacjenta do zabiegu, jak również przygotowania sali operacyjnej i narzędzi dedykowanych do systemu uległy skróceniu, ale nadal pozostają dłuższe w porównaniu do techniki laparoskopowej. Zaobserwowała także, że czas przygotowania pacjenta do zabiegu nie skracał się w analizowanym okresie w przypadku zastosowania techniki laparoskopowej, jednak czas przygotowania narzędzi uległ skróceniu.

Doktorantka po przeprowadzeniu analizy szczegółów obu rodzajów operacji ustaliła, że średni czas zabiegu robotycznego nadal był dłuższy (ok. 353 minut) od czasu trwania operacji laparoskopowej (ok. 227 minut). Różnica ta pozostaje wyraźna także dla najkrótszych czasów przeprowadzania cystektomii. W przypadku techniki laparoskopowej było to 100 minut, zaś dla metody robotycznej - 210 minut. Utrata krwi nie różniła się znamienne w ocenie porównawczej obu metod operacyjnych. Przetoczenia krwi wykonywano u 16,7 % pacjentów operowanych metodą laparoskopową oraz u 13,8 % chorych poddanych cystektomiom robotowym.

Autorka nie zaobserwowała też istotnych statystycznie różnic w ocenie obu metod operacyjnych w odniesieniu do stopnia zaawansowania choroby, chorób współistniejących, powikłań okołoperacyjnych czy ilości pobranych węzłów chłonnych w czasie zabiegu.

Doktorantka odnotowała fakt częściej wykonywanych konwersji w przypadku metody robotowej. Mogło to wynikać z wielu przyczyn: związanych ze sprzętem, pacjentem czy techniką operacyjną, jednak dokładna analiza przyczyn konwersji nie była tematem ocenianej rozprawy doktorskiej.

Należy podkreślić, że dokonywanie rzetelnych pomiarów czasu przygotowania sali operacyjnej, narzędzi specjalistycznych oraz pacjenta do obu rodzajów procedur: robotowej i laparoskopowej jest bardzo cenne i nadal wyjątkowe i nieczęsto stanowi przedmiot rozważań naukowych oraz publikacji. W tym kontekście opracowanie Doktorantki nabiera dodatkowej wartości i otwiera niejako kolejne pola dociekań, które wydają się niezwykle istotne z punktu widzenia praktyki urologicznej.

Badania prowadzone przez Autorkę oraz jej opracowanie są niewątpliwie nowatorskie. Stanowią niejako kompilację zainteresowań lekarzy urologów, pielęgniarek operacyjnych oraz pacjentów. Stanowiąc mogą bardzo dobry przykład kompleksowego opracowania ważnego tematu.

Co więcej, Doktorantka uzupełniła swoje opracowanie ciekawym rozdziałem zatytułowanym „Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej - pielęgniarstwa operacyjnego”. Zawarte w tej części pracy uwagi skierowane są właśnie do personelu pielęgniarskiego, który uczestniczy w nowoczesnych zabiegach laparoskopowych i z wykorzystaniem robotyki. Autorka trafnie i profesjonalnie przedstawia najważniejsze elementy pracy pielęgniarki operacyjnej zwracając szczególną uwagę na potrzebę szkolenia permanentnego. Co ważne, zalecenia te tworzy osoba ze szczególnym praktycznym doświadczeniem operacyjnym, co sprawia, że nabierają one jeszcze bardziej istotnego znaczenia. Co więcej, po dokładnej lekturze rozprawy doktorskiej ma się pewność, że najważniejszym celem dociekań Doktorantki pozostaje zapewnienie bezpieczeństwa i maksymalnej korzyści operowanemu pacjentowi.

Wyniki przeprowadzanych badań pozwoliły Autorce uzyskać interesujący materiał naukowy, na podstawie którego zrealizowała postawione cele i wysnuła interesujące wnioski.

Recenzowana praca liczy 120 stron komputerowego maszynopisu i zawiera oprócz obszernego omówienia poruszanych problemów (istotna i wartościowa część przeglądu rozprawy) i celów badań, 4 rozdziały oraz wnioski i 119 cytowanych w pracy pozycji piśmiennictwa. Należy podkreślić, że większość pozycji piśmiennictwa omawianych w tekście pochodzi z ostatnich kilku lat.

W pracy Autorka zamieściła 14 tabel i 15 rycin, które dokumentują w przejrzysty sposób szczegóły stosowanych metod i wyników badań.

Poza publikacjami wchodzącymi w skład rozprawy doktorskiej autorka zamieściła obszerne streszczenia w języku polskim i angielskim doskonale przybliżające założenia pracy badawczej jak również opisujące w zwięzły sposób uzyskane wyniki oraz dalsze zamierzenia naukowe.

Wartość merytoryczną przeprowadzonych badań oceniam wysoko. Opracowanie Doktorantki jest wnikliwe, przekrojowe i nowatorskie, a liczebność omawianych grup, ich jednorodność i kompletność materiału pozwala na równorzędną dyskusję z autorami zagranicznymi.

Oceniana praca mgr Iwony Strzeleckiej pt.: „**Zabiegi cystektomii radykalnej metodą laparoskopową i z asystą robota da Vinci z perspektywy pracy pielęgniarki operacyjnej**” jest samodzielnym dorobkiem naukowym Autorki i wykazuje jej dużą ogólną wiedzę w tematach związanych z patogenezą, diagnostyką i leczeniem chorych na raka pęcherza moczowego. Praca dowodzi także sprawności i umiejętności w samodzielnym prowadzeniu badania i stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego.

Uważam, że Doktorantka zrealizowała cele swojej pracy, a sama dysertacja odpowiada wymogom stawianym rozprawom doktorskim i odpowiada warunkom określonym w art.187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.z 2018 r.poz. 1668 z późn.zm.)

Stawiam przeto wniosek Radzie Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu o jej przyjęcie i dopuszczenie mgr Iwony Strzeleckiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dodatkowo, ze względu na wyjątkową, moim zdaniem wartość dysertacji, ale jednocześnie jej praktyczną przydatność w pracy na bloku operacyjnym wnioskuję o jej wyróżnienie.

Prof. dr hab.n. med. Zbigniew Jabłonowski

I Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Zbigniew Jabłonowski

Prof. dr hab. n. med.
ZBIGNIEW JABŁONOWSKI
specjalista urolog
7767033

