

Ocena rozprawy doktorskiej lekarza Michała Wiłkojć pt.: „ Porównanie skuteczności diagnostycznej ultrasonografii przezoskrzelowej i przezprzełykowej węzłów chłonnych śródpiersia oraz rozszerzonego wycięcia węzłów chłonnych śródpiersia z dostępu szyjnego w operacyjnym niedrobnokomórkowym raku płuca ”.

Obecnie w dobie rozwoju programów przesiewowych opartych na niskodawkowej tomografii klatki piersiowej w celu wykrywania raka płuca coraz częściej mamy do czynienia z koniecznością ustalenia diagnozy zmian guzowatych płuc i zaplanowania dalszego leczenia. Niewątpliwy postęp technologiczny w zakresie obrazowania PET-CT jak i ultrasonograficznych metod endoskopowych służących ustaleniu diagnozy raka płuca pozwala na uzyskanie coraz wyższego odsetka potwierdzeń histopatologicznych jak i stopnia zaawansowania choroby a co za tym idzie możliwości zastosowania określonych terapii niedrobnokomórkowego raka płuca.

Doktorant w rzetelnej analizie dokonał próby oceny skuteczności diagnostycznej przezoskrzelowej i przezprzełykowej biopsji pod kontrolą obrazu ultrasonograficznego jak i analizy częstości powikłań w porównaniu do metody operacyjnej TEMLA . Przedstawiona praca doktorska oparta jest na starannej ewaluacji zebranego materiału klinicznego i liczy 87 stron, 19 tabel, 12 rycin i 111 pozycji piśmienniczych. Układ pracy jest typowy i obejmuje wstęp, założenie i cele pracy, materiał i metody, analizę statystyczną, wyniki, dyskusję i wnioski oraz streszczenie w języku polskim i angielskim. Praca jest napisana starannie, doktorant posługuje się językiem zwięzłym, precyzyjnym, zdradzającym przyzwoite opanowanie warsztatu naukowego, przeprowadza wywód logicznie, koncentrując się na analizie własnego, dobrze zebranego materiału. Dobór metod statystycznych należy uznać za właściwy.

W dziale o rozwoju inwazyjnych metod diagnostycznych doktorant w opisie o EUS w oparciu o artykuł Tio i Tygdata z 1986 roku wymienia termin punkcji cytologicznej . Określenie to ten wydaje się być niefortunne bowiem punkcja w powszechnej wiedzy polega raczej na aspiracji płynu i termin ten powinien być zastąpiony określeniem biopsja co też ma miejsce w artykule z przytoczonego piśmiennictwa. W dziale opis badania odnośnie opracowania pooperacyjnego materiału histologicznego doktorant opisuje, że materiał jest pobierany z wykorzystaniem techniki EBUS/EUS z zastosowaniem cytobloków . Siłą rzeczy czytelnik może odnieść wrażenie , że cytobloki są pooperacyjnym materiałem co nie odpowiada prawdzie i opis opracowania cytobloków powinien być umieszczony się w rozdziale cytoblok. W dziale

TEMLA doktorant opisuje tą metodę jako limfadenektomie z usunięciem węzłów chłonnych grup 1,2L,2R, 4R,10R,4L,7,8 w przypadku raka płuca prawego i w przypadku raka płuca lewego dodatkowo węzłów grup 5 i 6. co można rozumieć jako limfadenektomię radykalną dlatego niezrozumiałym do końca jest twierdzenie w dziale o anatomicznych resekcjach , że uzupełnieniem **każdego** z resekcyjnych zabiegów anatomicznych które zostały poddane analizie była limfadenektomia po stronie prawej 2R,4R,7,8,9,10R i 11R. Twierdzenie to wydaje się to być zasadne w grupie która była poddana ewaluacji w kierunku zaawansowania raka płuca za pomocą EBUS/EUS natomiast w grupie z zastosowaniem TEMLA limfadenektomia powinna być uzupełniona o usunięcie węzłów chłonnych grup które są niedostępne w metodzie TEMLA czyli grup 8,9,i 11R bowiem pozostałe grupy węzłowe zostały całkowicie usunięte w trakcie procedury TEMLA. Odnośnie limfadenektomii po stronie lewej doktorant wykazuje że w trakcie resekcji anatomicznych usuwane były węzły 4L. Z uwagi na położenie stacji węzłowej 4L jak i możliwość ich usunięcia za pomocą TEMLA należałoby określić , że usunięcie grupy 4L w zasadzie dotyczy tylko grupy TEMLA bowiem w grupie diagnozowanej EBUS/EUS grupa 4L w zabiegach resekcyjnych jest bardzo trudno dostępna i usunięcie jej wymaga uruchomienia łuku aorty co wydaje się być niemożliwe do wykonania w trakcie np. zabiegów videotorakoskopowych. W dziale wyniki na stronie 25 doktorant napisał ,że grupie EBUS/EUS oceniane były **wszystkie** grupy węzłów chłonnych śródpiersia a podejrzane w TK klatki piersiowej czy PET-CT były poddane biopsji i czytelnik może odnieść wrażenie , że mogły być oceniane i biopsjowane także śródpiersiowe węzły grup 5 i 6 co nie miało miejsca o czym w dalszej części pisze doktorant co może świadczyć o pewnej niekonsekwencji.

Tytuły tabel umieszczamy nad tabelą zgodnie z zasadami pisania prac naukowych a nie pod tabelą jak to ma miejsce w pracy doktoranta natomiast poziom istotności powinien być oznaczony jako  $\alpha = 0.05$  a nie  $p = 0.05$ . Na stronie 73 doktorant opisując stacje węzłowa nr 5 używa określenie więzadło tętnicze Bottala. W nazewnictwie anatomicznym jest albo przewód tętniczy Botalla a nie Bottala albo więzadło tętnicze .

Wnioski rozprawy oparte na rzetelnej analizie danych są zbieżne z danymi z literatury światowej i należy mieć nadzieję , że badanie to będzie dalej kontynuowane celem określenia przeżywalności 5 letniej chorych z badanych grupach.

Przedstawione uwagi krytyczne w żaden sposób nie umniejszają wartości poznawczej przedstawionej pracy ani jej dużego znaczenia naukowego i wynikają jedynie z obowiązku rzetelnej i bezstronnej oceny. W konkluzji wnioskuję do Wysokiej Rady Naukowej o dopuszczenie lekarza Michała Wiłkojc do dalszych etapów przewodu doktorskiego

Dr hab. n. med. Karolaw Piepog  
Specjalista chirurgii  
kateropie ETCS  
i transplentologii klinicznej