

Ocena rozprawy doktorskiej

lekarza Krzysztofa Skoczylasa pt. **„Wpływ informacji o lekarzu lub możliwości wyboru jego płci na zgłaszalność osób zaproszonych na kolonoskopię w ramach zorganizowanego programu profilaktyki raka jelita grubego – prospektywne badanie z randomizacją i grupą kontrolną”**

Choroby nowotworowe są drugim, po chorobach sercowo-naczyniowych, najczęstszym powodem śmierci w krajach rozwiniętych. Rak jelita grubego (RJG) jest jednym z najczęstszych nowotworów i jedną z trzech najczęstszych przyczyn zgonów na nowotwory. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego w ciągu całego życia u osób bez czynników ryzyka wynosi około 5%. W Polsce zapadalność na RJG wzrosła, w latach 1980-2013, około trzykrotnie u kobiet i prawie czterokrotnie u mężczyzn.

Zmniejszenie zapadalności na RJG możliwe jest dzięki prewencji pierwotnej, której celem jest zmniejszenie skłonności do powstawania gruczolaków, na podłożu których dochodzi do powstania raka oraz ograniczenie samej kancerogenezy. Inna strategia profilaktyki RJG, zwana prewencją wtórną polega na wykrywaniu i usuwaniu w jelicie grubym zmian przednowotworowych i zmian nowotworowych we wczesnej fazie zaawansowania gwarantującej jej wyleczenie, czyli tym samym redukcję śmiertelności z powodu raka. Przeżywalność w RJG zależy bowiem przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby w momencie jej rozpoznania.

W ciągu ostatnich dziesięcioleci obserwuje się istotną poprawę wyników leczenia. Jest to spowodowane wzrostem rozpoznawalności RJG we wczesnym stadium, między innymi, dzięki wprowadzeniu szeroko zakrojonych profilaktycznych programów populacyjnych mających na celu wykrywanie bezobjawowych zmian wczesnych, a optymalnie zmian prekursorowych. Spośród narzędzi wykorzystywanych w badaniach przesiewowych w kierunku RJG, najbardziej skuteczną wydaje się być kolonoskopia. Wiele krajów, wśród nich Polska, wybrało ją jako metodę skринingową. Na skuteczność programu skринingowego wpływa nie tylko wysoka czułość testu przesiewowego, ale także zgłaszalność osób na badanie przesiewowe, poza tym, wysoka jakość realizacji badania przez personel oraz fakt, że leczenie zmian wczesnych jest bardziej skuteczne niż zaawansowanych. W Polsce Program Badań Przesiewowych (PBP) w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego jest prowadzony od 2000r. Klinika Gastroenterologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. M.Skłodowskiej-Curie -Państwowego Instytutu Badawczego jest jednostką koordynującą działanie tego programu w obrębie całego kraju. Przez pierwszych 21 lat PBP był finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Od 2022 roku, zgodnie z założeniami Narodowej Strategii Onkologicznej, badania profilaktycznej kolonoskopii finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Badania kolonoskopowe wykonywane były początkowo w systemie oportunistycznym, w którym każdy chętny spełniający kryteria wejściowe może zgłosić się na badanie. Ze względu na zbyt niską zgłaszalność w systemie oportunistycznym, od 2012r zmieniono strategię postępowania na system zorganizowany. W systemie tym wysyłane są zaproszenia do udziału w programie. Chociaż obserwowano zwiększenie zgłaszalności, to pozostaje ona

niższa niż pierwotnie planowano, nie przekraczając 20% uprawnionych. Zwiększenie zgłaszalności osób uprawnionych do badania może przełożyć się na wyższą skuteczność programu przesiewowego i tym samym zmniejszenie śmiertelności z powodu RJG.

Biorąc pod uwagę niesatysfakcjonujący odsetek zgłaszających się na badanie przesiewowe, lekarz Krzysztof Skoczylas zdecydował się poddać ocenie modyfikację jednego z ważnych elementów funkcjonowania programu przesiewowego jakim jest zaproszenie na badanie.

Pod względem formalnym praca obejmuje 79 stron edycji komputerowej z podziałem na typowe rozdziały, zawiera 19 tabel, 3 ryciny i 73 pozycje piśmiennictwa oraz 3 załączniki.

We wstępie Doktorant przedstawił w sposób jasny i skondensowany epidemiologię, czynniki ryzyka i metody prewencji RJG. Uwzględnił różne metody zapraszania do programów przesiewowych. Omówił teoretyczne podstawy do podjęcia pracy nad szczególnym rodzajem zaproszenia na badanie przesiewowe. Analiza obecnego stanu wiedzy w zakresie badań prospektywnie oceniających wpływ informacji o lekarzu wykonującym badanie przesiewowe albo możliwość wyboru płci badającego lekarza, na zgłaszalność osób objętych programem przesiewowym wykazała istotne braki, co z kolei stało się przesłanką do precyzyjnego sformułowania dwóch celów.

- 1/ Pierwszoplanowym celem badania była ocena częstości zgłaszania na kolonoskopię przesiewową pacjentów z trzech grup. W grupie STANDARD, członkowie otrzymali standardowy pakiet zaproszenia; w grupie LEK dodatkowo uzyskali informacje na temat lekarza wykonującego badanie wraz z jego zdjęciem i danymi o doświadczeniu i osiągnięciach ośrodka; w grupie SEX oprócz standardowego pakietu zaproszenia zamieszczono informację o możliwości wyboru płci endoskopisty.
- 2/ Drugoplanowym celem pracy była ocena różnic w zgłaszalności w poszczególnych podgrupach zapraszanych w określony powyżej sposób, w zależności od płci i wieku.

W oparciu o hipotezę badawczą, w celu wykazania różnicy istotnej statystycznie między grupą kontrolną (STANDARD) a grupami ze zmodyfikowanym zaproszeniem (grupy LEK i SEX) Autor ustalił, że wielkość próby powinna wynosić - 5100 osób. Ponadto Doktorant sprecyzował kryteria włączenia i wyłączenia z badania, które objęło osoby mieszkające w jednym regionie geograficznym i zakwalifikowane do projektu naukowego NORDICC. Polska od 2009 r. uczestniczy w populacyjnym badaniu NORDICC. Jest to badanie prospektywne, z randomizacją i grupą kontrolną oceniające długotrwały efekt profilaktyczny kolonoskopii dotyczący zmniejszenia zapadalności jak i śmiertelności z powodu raka jelita grubego.

Na podkreślenie zasługuje przejrzyste przedstawienie przez Doktoranta konstrukcji tego świetnie zaplanowanego i przeprowadzonego badania naukowego. Niewątpliwą zaletą pracy są również wykorzystane metody statystyczne.

Pomimo zastosowania trzech rodzajów zaproszeń na badanie, kolonoskopię przeprowadzono u 1295 osób, czyli u około 25,4% wszystkich zaproszonych. Przyczynami niewykonania badania kolonoskopowego w 66% przypadków był brak odpowiedzi lub negatywna odpowiedź na zaproszenie. Autor nie stwierdził różnic statystycznych w zakresie zgłaszalności na badanie pomiędzy grupą STANDARD a grupami ze zmodyfikowanym zaproszeniem (grupy LEK i SEX). Oznacza to, że

zastosowanie zaproszeń zawierających informacje o lekarzu i ośrodku, w którym pracuje bądź zaproszeń z możliwością wyboru płci lekarza badającego nie wpływa istotnie na zgłaszalność pacjentów na badanie kolonoskopowe. Doktorant zaobserwował najwyższą, chociaż nieznamienne statystycznie, zgłaszalność przy stosowaniu zaproszenia standardowego.

Nie stwierdził różnic w zakresie zgłaszalności na badanie kolonoskopowe w podgrupie kobiet i podgrupie mężczyzn, którzy otrzymali zaproszenie standardowe lub którąś z modyfikacji. Podobnie nie wykazał różnic w zgłaszalności na kolonoskopię w podgrupie wiekowej poniżej 60rż i podgrupie powyżej 60 roku życia w zależności od rodzaju otrzymanego zaproszenia.

Uzyskane przez lekarza K Skoczylasa wyniki są wartościowe oraz istotne przy konstruowaniu badań przesiewowych. Badanie, które przeprowadził ma bowiem charakter prospektywny i zostało przeprowadzone w prawidłowy sposób na reprezentatywnej, dużej grupie pacjentów.

W dyskusji Doktorant umiejętnie analizuje wyniki własnych badań i konfrontuje je z danymi literaturowymi, w sposób, który wskazuje na znajomość literatury oraz umiejętność krytycznego podejścia do obu źródeł informacji. Między innymi, duży wpływ na zgłaszalność do programu badań przesiewowych wydaje się mieć lekarz rodzinny, na co Doktorant wskazuje zarówno we wstępie jak i w dyskusji.

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto 2 wnioski, właściwie sformułowane, znajdujące podstawę w przedstawionych wynikach. Piśmiennictwo jest nowoczesne. Prawidłowo zostały zacytowane wszystkie pozycje ujęte w spisie.

Niewątpliwie, oceniana przeze mnie praca stanowi przykład dobrze zaplanowanego i przeprowadzonego prospektywnego badania z randomizacją i grupą kontrolną. Badanie to oceniło, dotychczas nie analizowany w Polsce, wpływ na zgłaszalność do programu badań przesiewowych, czynników takich jak zamieszczenie wizerunku lekarza lub możliwość wyboru płci badającego. Wyniki wskazują na brak korzyści ze stosowania wymienionych wyżej modyfikacji zaproszenia, a tym samym pozwalają z nich zrezygnować.

Lektura pracy wskazuje na osiągnięcie przez Doktoranta znacznej biegłości w warsztacie naukowym, na umiejętność analitycznego i równocześnie syntetycznego myślenia. Praca jest napisana w sposób zwarty i zrozumiały, co sprawia, że lektura pracy dostarcza wiele przyjemności.

Po gruntownym zapoznaniu się z całością pracy, mogę z pełnym przekonaniem stwierdzić, że nie mam żadnych istotnych uwag krytycznych mogących podważyć jej wartość i oceniam ją bardzo pozytywnie.

Praca przedłożona mi do recenzji, stanowi wzorowo wykonaną i napisaną rozprawę na stopień doktora nauk medycznych, która spełnia wszelkie formalne i zwyczajowe kryteria stawiane tego rodzaju dysertacji, zawiera oryginalne rozwiązanie problemów naukowych, mieści się w dziedzinie nauk medycznych, w dyscyplinie medycyna.

Rozprawa ta spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. Nr 65, poz. 595, z późn.zm.), **z pełnym przekonaniem przedkładam Wysokiej Radzie Naukowej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, wniosek o dopuszczenie lekarza Krzysztofa Skoczylasa do dalszych etapów przewodu doktorskiego.**


Grażyna Jurkowska

Białystok 5.12.2022