

Łódź 15.08.2025

Dr hab. n. med.

Hanna Bułhak-Guz

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

Ul. Rzgowska 289

RECENZJA

Rozprawy na stopień doktora nauk medycznych lek. Dariusza Mydlaka pt. „ Postępy w diagnostyce i terapii wrodzonego wytrzewienia na podstawie 20 lat doświadczeń jednego ośrodka w interdyscyplinarnym leczeniu wady.”

Każde badanie naukowe oceniające dotychczasowy stan wiedzy na jakikolwiek temat, wzbogacone o własne doświadczenia pozwala na rozwój nauki i postęp w danej dziedzinie. Wrodzone wytrzewienie jest wadą powłok, która wciąż budzi wiele kontrowersji, zarówno co do roli diagnostyki prenatalnej u płodu i jej rokowniczego znaczenia dla noworodka, jak i metod leczenia stosowanych po porodzie.

Chirurdzy dziecięcy cały czas szukają odpowiedzi na pytania: o etiologię wady, co powoduje takie zróżnicowanie jej postaci od prostego wytrzewienia po samo-amputację jelita oraz jakie jest jej najlepsze leczenie. Dla procesu leczenia bardzo ważny jest udział ginekologów i położników mogących ocenić progresję zmian w jelitach u płodu, a w związku z tym rokowanie dla noworodka.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa jest napisana w typowym układzie na 97 stronach wraz ze streszczeniem, 145 pozycjami piśmiennictwa, spisami: zdjęć, tabel, wykresów. Praca jest klasycznie podzielona na rozdziały i podrozdziały.

We wstępie autor bardzo szeroko omawia historię naturalną wrodzonego wytrzewienia: embriologię, etiopatogenezę, diagnostykę pre- i postnatalną oraz leczenie chirurgiczne zależnie od typu wady. Niestety zabrakło kilku krótkich definicji innych wrodzonych wad powłok, przepukliny pępowinowej i

przepukliny sznura pępowinowego, z którymi wytrzewienie wrodzone, a szczególnie pęknięta przepuklina sznura pępowinowego powinny być różnicowane, tym bardziej, że w punkcie 1.4 wstępu autor je wymienia.

Określenie „... odprowadzenie trzewi bez poszerzania powłok”, powtarzające się wielokrotnie w tekście pracy i podpisach pod fotografiami, jest nieprecyzyjnym skrótem myślowym, ponieważ w razie potrzeby poszerzamy otwór w powłokach, a nie całe powłoki. Uważam, że powinno ono brzmieć: odprowadzenie trzewi bez poszerzania ubytku w powłokach.

W mojej opinii rozdział wstępu: 1.5. Model postępowania zespołowego w Instytucie Matki i Dziecka w latach 2000-2021 powinien znaleźć się w części materiał i metody, ponieważ autor omawia w nim doświadczenia własne ośrodka, który reprezentuje.

Wstęp wprowadza w tematykę pracy i uzasadnia postawione przez autora cele szczegółowe: „1. Ocena znaczenia rozpoznania i monitorowania prenatalnego wady w podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania okołoporodowego; 2. Identyfikacja najważniejszych czynników w klinicznej ocenie wytrzewienia warunkujących wybór postępowania chirurgicznego oraz wpływających na ostateczne wyniki leczenia; 3. Opisanie najważniejszych wypracowanych elementów strategii w diagnostyce i terapii wytrzewienia, które przyczyniły się do poprawy wyników leczenia.”

Badania oparto na analizie retrospektywnej danych zawartych w dokumentacji medycznej 95 noworodków z wrodzonym wytrzewieniem leczonych w Instytucie Matki i Dziecka w latach 2000-2021 oraz ich matek. W zależności od okresu leczenia materiał podzielono na 3 grupy: grupa GI -21 dzieci leczonych w latach 2000-2008, grupa GII - 25 dzieci leczonych w latach 2009-2015, oraz grupa GIII – 50 dzieci leczonych w latach 2016-2021. W rozdziale materiał i metoda przedstawiono rodzaj badanych parametrów logicznie grupując je w okres prenatalny i okołoporodowy dotyczący przebiegu ciąży i porodu oraz okres około i pooperacyjny skupiający się na stanie ogólnym, miejscowym, sposobie leczenia operacyjnego, przebiegu pooperacyjnym i powikłaniach u noworodka. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej i szczegółowej porównując badane parametry w poszczególnych grupach. Pozwoliło to na ocenę korelacji wybranych czynników okresów okołoporodowego, około i pooperacyjnego z parametrami charakteryzującymi wyniki leczenia: obecnością infekcji wtórnej, czasem trwania pooperacyjnej wentylacji mechanicznej, żywienia pozajelitowego, hospitalizacji oraz liczbą i przyczynami zgonów.

Wyniki badań autor przedstawił w postaci 9 tabel i 6 wykresów oraz krótkiego ich omówienia. Szersza analiza wyników znalazła się w rozdziale dyskusja, gdzie odniesiono je do zacytowanej literatury. W tabeli 5 doktorant użył określenia „godzina operacji”, co uważam za nieprawidłowe, powinno ono brzmieć: liczba godzin od porodu do operacji.

Analiza porównawcza okresu prenatalnego i okołoporodowego pomiędzy grupami wykazała istotny wzrost rozpoznania prenatalnego wady i monitorowania ciężarnych w III trymestrze ciąży, a także wzrost podaży sterydów. Autor wykazał, że wzrost liczby cięć cesarskich i obniżenie dojrzałości urodzeniowej noworodków nie miały negatywnego wpływu na ich stan po porodzie. W części badań dotyczących okresu około i pooperacyjnego doktorant wykazał istotnie statystycznie: skrócenie czasu między porodem, a operacją; zwiększenie liczby noworodków, u których ubytek w powłokach zamykano pierwotnie bez jego poszerzania; skrócenie okresu pooperacyjnej sztucznej wentylacji. W dalszej części przedstawił wyniki leczenia w odniesieniu do wybranych czynników z okresu okołoporodowego, około i pooperacyjnego wykazując, że stan jelit płodu i noworodka po porodzie miał decydujący wpływ na przebieg leczenia (decyzję o wcześniejszym porodzie, długość sztucznej wentylacji, obecność infekcji wtórnych, konieczność reoperacji).

Dyskusja jest jednym z fundamentalnych elementów każdej pracy doktorskiej, dowodzi dojrzałości naukowej i umiejętności w posługiwaniu się piśmiennictwem. Napisana jest poprawnie tocząc się zarówno wokół wyników własnych jak i cytowanych autorów. Doktorant szeroko przedstawił obecny stan wiedzy na temat wytrzewienia wrodzonego począwszy od etiologii, genetyki, diagnostyki prenatalnej, sposobu i czasu rozwiązania ciąży, poprzez klasyfikacje stopnia zaawansowania wady, metody operacji do wyników leczenia. Wykazał się dużą znajomością tematu co pozwoliło na rzetelne porównanie własnych wyników badań z wynikami innych badaczy. Zastosowanie przez autora w przedstawionej pracy własnej skali oceny jelit, co prawdopodobnie wynikało z konieczności analizy retrospektywnej badanych parametrów, w pewnym sensie ograniczyło porównanie własnych wyników z cytowanymi w piśmiennictwie. Szkoda, że w cytowanym piśmiennictwie jest tak mało prac pochodzących z polskich ośrodków klinicznych pracujących w podobnych realiach i w tej samej populacji. Zacytowanie nawet starszej literatury mogłoby podnieść walory dyskusji chociażby dotyczącej metod leczenia.

W swojej pracy autor podkreśla, że na przestrzeni lat wypracowano własny sposób atraumatycznego odprowadzenia trzewi tzn. metodę Bianchi z wykorzystaniem znieczulenia ogólnego. Podobne metody od lat są stosowane w innych polskich ośrodkach np. w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi od 2000, czy w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka.

Przeprowadzone badania wykazały, że na przestrzeni lat nastąpiła znaczna poprawa diagnostyki prenatalnej. Autor podkreśla rolę ginekologów w monitorowaniu ciężarnych z rozpoznaniem u płodu wytrzewieniem wrodzonym celem uchwycenia pogorszenia stanu ogólnego i miejscowego jelit u płodu. Pozwoliło to na planowanie przedwczesnego rozwiązania ciąży i współpracę z chirurgami i neonatologami.

W swoich badaniach doktorant wykazał, że kluczowe znaczenie dla dziecka ma stan jelit po porodzie. Decydował on o sposobie operacji, miał wpływ na liczbę reoperacji, czas trwania pooperacyjnej wentylacji, żywienia pozajelitowego, hospitalizacji oraz ryzyko wystąpienia infekcji wtórnych.

Pracę kończą wnioski, które odpowiadają na postawione cele, podsumowują dwadzieścia lat doświadczeń w leczeniu wytrzewienia wrodzonego w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. Autor stwierdził, że najważniejszym czynnikiem rokowniczym dla noworodka, warunkującym przebieg i wyniki leczenia był miejscowy stan jelit. Podkreślił kluczowe znaczenie dla noworodka diagnostyki prenatalnej i monitorowania w III trymestrze ciąży z rozpoznaniem u płodu wytrzewieniem. Doktorant potwierdził, że znaczna poprawa wyników leczenia wady była możliwa dzięki wielospecjalistycznej współpracy położników, chirurgów dziecięcych, anestezjologów i neonatologów.

Reasumując, przedstawioną mi do oceny pracę pod względem merytorycznym oceniam wysoko. Rozprawa wykazała umiejętność samodzielnego rozwiązywania problemu naukowego oraz wiedzę doktoranta w zakresie badanego tematu, czym spełnia warunki ustawowe stawiane pracom na stopień doktora nauk medycznych. Na tej podstawie składam wniosek do Rady Naukowej Instytutu Matki i Dziecka o dopuszczenie lek. Dariusza Mydlaka do dalszych etapów przewodu doktorskiego i publicznej obrony pracy.

