Dziekanat
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego
wpłynęło dn. 21. 12. 2016
podpis ..... l.dz. 7600

Kraków, 19.12.2016

Recenzja w postępowaniu o nadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego
dr n. med. Radzisławowi Trzcińskiemu.

Dr n. med. Radzisław Trzciński ma 52 lata. W 1991 roku ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi. Jest specjalistą chirurgii Ogólnej. W 2001 roku uzyskał stopień naukowy doktora nadany mu przez Wydział Lekarski Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. W latach 1991 – 1995 pracował w II Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Łodzi na stanowisku asystenta; w latach 1996 – 2001 w Wojewódzkiej Poradni Proktologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi na stanowisku asystenta i następnie starszego asystenta. W latach 2001-2002 Kandydat pracował w Szpitalu MSWiA na Oddziale Chirurgii Ogólnej i II Kliniki Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, a od 2003 roku do chwili obecnej pracuje w Klinice Chirurgii Ogólnej i KolorektalnejUniwersytetu Medycznego w Łodzi, na stanowisku adiunkta i starszego wykładowcy.

1. Osiągnięcie naukowe

Jako osiągnięcie naukowe, w rozumieniu art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuk, Kandydat przedstawił monografię p.t. "Patologia kliniczna popromiennego zapalenia odbytnicy". Monografia ta kojarzy mi się raczej z klasyczną pracą habilitacyjną, z typowym dla takiej pracy układem: wprowadzeniem, celem pracy, charakterystyką materiału, metodyką, wynikami, dyskusją, wnioskami.

Praca jest mało przejrzysta, w tekście są liczne powtórzenia (np. dwukrotnie omówione metody statystyczne na są sąsiednich stronach tj. 18 i 19; poza tym kilkakrotnie przedstawiony jest problem dotyczący mechanizmów patogenezy powikłań popromiennych),

Praca zawiera dygresje nie mające związku z tematem pracy (m.in. powikłania popromienne w pęcherzu moczowym, skutki radioterapii nowotworów obszaru głowy i szyi, rozwój wtórnych nowotworów, a przecież praca dotyczy popromiennego zapalenia odbytnicy!). Ponadto autor zaprzecza sam sobie – dla przykładu:

- „dokładny mechanizm zmian popromiennych nie jest znany", a w innym miejscu pracy bardzo szczegółowo omawia reakcje zachodzące w tkankach po radioterapii,
- sprzeczne informacje na temat działania radioterapii – w jednym miejscu autor podaje, że ma ona działanie hamujące proliferację, a w innej części tekstu, że jej sprzyja.

Język pracy jest „bogaty" w żargon nienaukowy – autor używa sformułowań niepoprawnych merytorycznie oraz niezgodnych z obowiązującymi mianownictwem medycznym (np. leczenie endoskopowe, łoże naczyniowe, niedobór trombomoduliny rzutuje na …., badanie obejmowało dolegliwości i.t.p.

-szczególnie rażąca jest terminologia dotycząca radioterapii (praca dotyczy popromiennych skutków!) – dla przykładu: użycie energii jonizującej, działanie wysokiej energii, dostarczenie dawek letalnych do komórek raka, naświetlanie (bardzo często używane przez autora jako samodzielne określenie i w różnych sformułowaniach: dawka naświetleń, naświetlenie narządów, celowane naświetlenie).Jest to oczywisty żargon, nie leczymy przecież światłem (naświetlanie), ale promieniowaniem jonizującym, a więc napromienianiem.

Autor nie tylko nie radzi sobie z profesjonalnym słownictwem dotyczącym radioterapii, ale również nie do końca rozumie mechanizmy jakie zachodzą w napromienianych tkankach i narządach, które skutkują objawami wczesnej reakcji i późnych powikłań, z czego wynikają powyżej przedstawione sprzeczności.

Brak znajomości przez autora istoty radioterapii, dotyczy również omawiania:

- aspektów radioterapii, gdzie autor niefrasobliwie przedstawia (według niego) nowoczesne techniki i modyfikacje radioterapii (są to wprawdzie zaawansowane techniki, ale szeroko stosowane od przynajmniej 15 lat) oraz cytuje opinie niewiadomego pochodzenia dotyczące kosztów i braku wiarygodnych badań randomizowanych (str.49, str.55 od 17 wiersza od dołu, str.64).
- stosowanych skal toksyczności radioterapii – autor, obok powszechnie stosowanej skali RTOG/EORTC, wymienia skalę SOMA/LENT , która nie jest obecnie zasadniczo stosowana, a ponadto nie jest skalą opartą wyłącznie na kryteriach klinicznych objawów, jak sugeruje autor.

W pracy autor wielokrotnie odnosi się do „najnowszego piśmiennictwa" a cytuje pracę sprzed ponad 10 lat (m.in. 1983, 2003, 2005). Problem nieaktualnego piśmiennictwa dotyczy przede wszystkim:

(i) danych epidemiologicznych (publikacje z 2003-2009), a opublikowane są już dane z 2013 roku (Krajowy Rejestr Nowotworów 2015),

(ii) opisu mechanizmów powstawania reakcji popromiennej – w rzeczywistości, w aktualnym piśmiennictwie uwzględniane są patomechanizmy zachodzące nie tylko na poziomie komórkowym, ale również molekularnym.

Uwagi do samego badania:

Autor nie podał okresu z jakiego pochodzi jego materiał, a szczególnie grupa badana (czyli osoby z objawami przewlekłego popromiennego zapalenia odbytnicy – PPZO). Budzi to pewien niepokój, ponieważ podany czas pobrania wycinka do badania waha się od 4 do 360 miesięcy od zakończenia radioterapii i podobnie czas w jakim objawy PPZO zaczęły się ujawniać to 1-132 mies. po radioterapii, co może sugerować, że u tych chorych mogły być i prawdopodobnie były, stosowane różne techniki radioterapii, a to z kolei mogło być potencjalnie związane z różnym ryzykiem rozwoju PPZO. Pozostając przy podanych przedziałach czasu pobrania wycinków i wystąpienia objawów; PPZO jest powikłaniem późnym, zatem podanie przez autora, że objawy pojawiły się od 1 mies. po zakończeniu radioterapii, a pobranie wyników od 4 mies. po radioterapii, podważają wiarygodność, że autor oceniał rzeczywiście patologię późnego powikłania (co było tematem jego rozprawy), bowiem zgodnie z powszechnie przyjętą definicją o późnych powikłaniach jest mowa, gdy występują one w czasie ponad 6 mies. od zakończenia radioterapii. Podobne wątpliwości budzi fakt, iż wycinki były pobierane z tylnej ściany odbytnicy, a przecież to właśnie przednia ściana jest narażona głównie na uboczne skutki radioterapii, co wynika oczywiście z warunków anatomicznych.

W analizie stopnia nasilenia zmian Autor nie uwzględnia stosowanych technik radioterapii (a to ma istotny wpływ na ryzyko powikłań). Kolejnym czynnikiem, istotnym z punktu widzenia ryzyka powikłań jest wielkość dawki, jaką otrzymał narząd krytyczny (z uwzględnieniem objętości w przypadku stosowania technik z planowaniem trójwymiarowym).

Ponieważ u niektórych pacjentów była stosowana brachyterapia, autor popełnił błąd merytoryczny, porównując i dodając wprost dawki teleradioterapii i brachyterapii, bowiem istotnie wiarygodne, byłoby uwzględnienie BED lub NSD.

Kandydat nie uwzględnia w ogóle zaawansowania nowotworów, z powodu których prowadzona była radioterapia, np. stan regionalnych węzłów chłonnych ma znaczący wpływ na wielkość obszaru napromienianego, a więc i częstość oraz nasilenie odczynów popromiennych.

Bardzo poważnym i rażącym błędem autora jest brak uwzględnienia, w ocenie korelacji badanych czynników biologicznych i molekularnych z nasileniem PPZO parametrów radioterapeutycznych będących czynnikami, które są istotne dla ryzyka rozwoju powikłań popromiennych:

a. dawki jaką otrzymała odbytnica (a szczególnie jej ściana przednia),
b. sposobu frakcjonowania dawki
c. zastosowanej techniki radioterapii
d. wielkości (objętości) obszaru napromienianego

Badana grupa chorych z PPZO jest w sumie nieliczna (50 chorych) dramatycznie niejednorodna z punktu widzenia oceny powikłań popromiennych:

a. różne lokalizacje (rak prostaty, rak szyjki macicy, rak trzonu macicy); w każdym z tych nowotworów stosowane są odmienne techniki napromieniania, odrębne obszary objęte wiązkami podawanymi z różnych kierunków i.t.d.
b. przy ocenie powikłań popromiennych uśrednianie (co czyni Autor) dawek promieniowaniem jest błędem; ryzyko powikłań jak i ich rodzaj oraz nasilenie w konkretnej lokalizacji nowotworu, jest nawet przy podobnej technice napromieniania, dramatycznie różny np. przy dawce 62 Gy i 75 Gy
c. różnice częstości i nasilenia powikłań popromiennych dotyczą nawet chorych na ten sam nowotwór, napromienianych pooperacyjnie i chorych, u których stosowano wyłącznie radioterapię

   W opinii Kandydata, chorych jego grupy łączy lokalizacja nowotworu w miednicy i napromienianie tego terenu; nie rozumie on znaczących różnic w metodach napromieniania tych chorych, a więc i różnic mających wpływ na częstość i nasilenie powikłań popromiennych. To tak jakby analizować powikłania leczenia chirurgicznego (Kandydat jest chirurgiem) chorych operowanych z powodu raka żołądka, trzustki, wątroby, jelita cienkiego i.t.d., na zasadzie, że są to nowotwory zlokalizowane w terenie jamy brzusznej.
d. Kandydat nie rozumie, że na częstość i nasilenie powikłań popromiennych istotny wpływ ma nie tylko dawka w terenie samego guza, ale i w terenie szeroko guz otaczającym np. w terenie regionalnych węzłów chłonnych.

W pracy brakuje podania jasnych kryteriów doboru grupy kontrolnej. Zwracają uwagę duże różnice pomiędzy grupą badaną (z PPZO) i kontrolną, które dotyczą:

(i) liczebności: 50 vs 20

(ii) średniego wieku: 63,8 vs 44,6

(iii) odsetkowego rozłożenia płci: 74% vs 45% (kobiety) i 26% vs 55% (mężczyźni)

W pracy brak jest również informacji jaki odsetek stanowili chorzy z PPZO w stosunku do wszystkich napromienianych, w tym przedziale czasowym, z powodu tych nowotworów, a autor w dyskusji omawia częstość występowania PPZO podawaną w piśmiennictwie.

Kandydat nie uwzględnił w analizach korelacji, współistniejących schorzeń (nadciśnienie, cukrzyca), których skutkiem może być podwyższone stężenie VEGF, a w omawianej grupie, choroby te występowały u znacznego odsetka chorych. Poza tym wiadomo, że cukrzyca zwiększa ryzyko bardziej nasilonej reakcji i powikłań popromiennych.

Kandydat używa powszechnie określenia „ekspresja VEGF", a oceniał „stężenie VEGF" w surowicy!!

Podsumowując ocenę przedstawionej (pracy! monografii! dzieła!) muszę stwierdzić, że budzi wiele wątpliwości, zawiera wiele błędów metodycznych i merytorycznych.

Niewątpliwie na korzyść pracy i Autora przemawia fakt , że sam temat jest interesujący i godny badań. Autor czyni wszystko by wydobyć z posiadanego materiału, godne uwagi spostrzeżenia i ułożyć je w logiczny ciąg rozumowania; stara się, mimo trudności jakie wynikają z jakości materiału klinicznego, zachować rzetelności i rozwagę naukowca. Niestety zderzył się z materią, w której nie jest specjalistą i, w której, ze zrozumiałych względów porusza się z trudnością.

2. Dorobek naukowy Kandydata

Dorobek naukowy Kandydata obejmuje publikacje z zakresu chorób proktologicznych (15prac), nieswoistych przewlekłych zapaleń jelit (11 prac), a także prace dotyczące stomii jelitowych (6 prac) oraz chorób nowotworowych jelita grubego (12 prac).

Łączny dorobek naukowy Kandydata obejmuje 62 publikacje. Suma punktów MNiSW za publikacje naukowe w czasopismach wynosi 512,5 w tym 129 pkt przypada na prace, w których jest pierwszym lub ostatnim autorem. Impact Factor (IF) prac wynosi łącznie 28,538, w tym 6,597 przypada na prace oryginalne, w których jest pierwszym lub ostatnim autorem. Ponadto Kandydat jest autorem lub współautorem 18 rozdziałów w książkach.

W oparciu i listę Jornual Citation Reports liczba cytowań jego publikacji według bazy Web of Science Core Collection wynosi 127, a indeks Hircha = 6. Natomiast liczba cytować według bazy Scopus wynosi 213, a indeks Hirscha =8.

Kandydat wygłosił 11 referatów na międzynarodowych i krajowych konferencjach naukowych; zaprezentował 47 prac na zjazdach publikowanych w czasopismach lub materiałach zjazdowych w kraju i zagranicą.

Wchodził 11 razy w skład Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowego Sympozjum Proktologicznego, które odbywało się co 2 lata w Łodzi, począwszy od 1995 roku, a ostatnio w 2015 roku. Jednocześnie, podczas tych Sympozjów, czterokrotnie organizował i prowadził Sesje dla Pielęgniarek Stomijnych: 2003, 2007, 2013r. Podczas XI Międzynarodowego Sympozjum Proktologicznego, współprzewodniczył jednej z sesji naukowych – 2015 r.

Był 7-krotnie członkiem Komitetu Organizacyjnego Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Chirurgia – co nowego?", która począwszy od 2010 roku odbywa się corocznie w Łodzi.

Był współorganizatorem i wykładowcą podczas sesji Satelitarnej dla Pielęgniarek Stomijnych zorganizowanej na VI Sympozjum Polskiego Klubu Koloproktologii – 2006, Płock.

Był członkiem Komitetu Organizacyjnego 65. Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich w Łodzi – 2011 r.

Kandydat otrzymał:

- Wyróżnienie za pracę doktorską „Ekspresja onkogenu erbB-1 w modelu doświadczalnym przewlekłego nieswoistego zapalenia jelit u szczurów", 2002; Rektor Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi.

- Nagrodę Naukową Pierwszego Stopnia za cykl publikacji: 2012; Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
- Nagrodę Naukową Pierwszego Stopnia za cykl publikacji; 2013; Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
- Nagrodę Zespołową Naukową Drugiego Stopnia za cykl publikacji; 2015; Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kandydat jest członkiem następujących towarzystw naukowych:

1. Towarzystwo Chirurgów Polskich
2. Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne
3. Polski Klub Koloproktologii
4. European Society of Coloproctology

Kandydat ma znaczące osiągnięcia dydaktyczne i w zakresie popularyzacji nauki lub sztuki poprzez współorganizowanie na terenie Kliniki Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi cyklicznych Warsztatów Proktologicznych lub Warsztatów Chirurgii Kolorektalnej, połączonych z transmisjami z sali operacyjnej zabiegów „na żywo", podczas których wygłosił, w latach 2004-2012, 19 referatów.

Kandydat był kierownikiem specjalizacji w dziedzinie chirurgii – 5 lekarzy; był opiekunem naukowym lub promotorem 4 prac licencjackich i 3 magisterskich na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kandydat odbył krótkie (od kilku dni do 1-2 miesiący) staże w zagranicznych ośrodkach takich jak: York District Hospital, Department of General Surgery, York, UK, The University of Birmingham, Queen Hospital, Department of Colorectal Surgery, Birmingham, UK, Rhe Cleveland Foundation, Department of Colorectal Surgery, Cleveland, USA, ST.Mark's Hospital & Academic Institute, Department of Colorectal Surgery, London, UK.

Kandydat był recenzentem 3 publikacji w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym w latach 2014-2015.

Podsumowując działalność naukową Kandydata stwierdzam, że jego dorobek jest (62 publikacje, IF = 28,539, Hirsch – 6, liczba cytowań – 127) wystarczający do starania się o uzyskanie stopnia naukowego doktora habilitowanego. Abstrahując od dorobku IF, Kandydat ma również znaczący dorobek naukowy w postaci wielu wystąpień na krajowych i międzynarodowych kongresach naukowych, doniesień zjazdowych zaprezentowanych w streszczeniach, rozdziałów w podręcznikach i.t.d. Bierze czynny udział w działalności naukowo – organizacyjnej poprzez członkostwo w zespołach eksperckich oraz krajowych i międzynarodowych towarzystwach naukowych. Odbył staże w ośrodkach zagranicznych w USA i Wielkiej Brytanii.

Pragnę podkreślić, że Kandydat ma istotne osiągnięcia w zakresie opieki naukowej i kształcenia młodej kadry np. był kierownikiem specjalizacji w dziedzinie chirurgii – 5 lekarzy, promotorem 7 prac licencjackich i magisterskich, wygłosił wiele wykładów na temat zagadnień proktologicznych dla lekarzy. Jest laureatem wielu nagród Rektora macierzystej uczelni.

Podsumowując moją recenzję stwierdzam, że przedstawione przez Kandydata osiągnięcie w postaci monografii (?) budzi wiele zastrzeżeń i wątpliwości. Kandydat jest chirurgiem, a poruszał się głównie w zakresie radioterapii, immunologii, biologii molekularnej i.t.p.; przy wszystkich, niekiedy znacznych brakach, monografia prezentuje pewne wartości. W mojej opinii, słabość tej monografii, równoważy znaczący i w pełni wystarczający do habilitacji dorobek naukowy Kandydata oraz jego osiągnięcia w zakresie opieki i kształcenia młodej kadry oraz działań organizacyjno – naukowych. Biorąc powyższe pod uwagę wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o kontynuowanie postępowania w sprawie nadania dr n. med. Radzisławowi Trzecińskiemu stopnia naukowego doktora habilitowanego.

Prof. dr hab. n. med. Marian Reinfuss

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA
ds. Radioterapii
Prof. zw. dr hab. Marian Reinfuss