



Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof
Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Ul. Pomorska 215
Łódź

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Tomasz Gaszyński

Dziekanat
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego
wpłynęło dn. 2016-03-10
podpis

2016-03-11

Łódź, dnia 4 marca 2016.

DZIEKAN
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Prof. zw. dr hab. n. med. Jurek Olszewski

OCENA

rozprawy doktorskiej

Lek. Magdaleny Korpas-Wasiak

pt. „BADANIE ZALEŻNOŚCI MIĘDZY WCZESNĄ TRACHEOTOMIĄ, A RESPIRATOROWYM ZAPALENIEM PŁUC (VAP) U CHORYCH Z OSTRYMI SCHORZENIAMI OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO, LECZONYCH W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII (OIT).”

W pracy poruszono bardzo ciekawy i ważny temat jakim jest analiza wpływu rodzaju sztucznej drogi oddechowej na wystąpienie powikłania związanego z respiratoroterapią – zapalenia płuc związanego z wentylacją mechaniczną. Autorka postawiła sobie za cel analizę powikłań oddechowych u chorych z ostrymi schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego, u których zaszła konieczność przyrządowego utrzymywania drożności dróg oddechowych przy zastosowaniu tracheotomii lub intubacji dotchawiczej do prowadzenia wentylacji zastępczej.

Wciąż trwa dyskusja, kiedy należy wykonać tracheotomię u pacjentów wentylowanych na oddziale intensywnej terapii i czy ma to ewentualny wpływ na częstość powikłań a w związku z tym na rokowanie takich pacjentów.

Z obowiązku recenzenta muszę przedstawić kilka uwag dotyczących pracy.

Pierwsza uwaga dotyczy nomenklatury: respiratorowe zapalenie płuc jest terminem dość niefortunnym. Jest to dosłowne tłumaczenie angielskiej nazwy – VAP – ventilatory associated pneumonia. Wg opinii ekspertów z Polski, przedstawionej m.in. na IV Polskim Kongresie Wentylacji Mechanicznej w Wiśle w 2-5 marca 2016, bardziej trafną nazwą jest zapalenie płuc związane z wentylacją mechaniczną. Nazwa „respiratorowe zapalenie płuc” sugeruje, że to zapalenie płuc jest związane z urządzeniem – respiratorem, a nie z procesem czyli wentylacją zastępczą.

Autorka w bardzo rozbudowanym wstępie liczącym, aż 41 stron szeroko przedstawia zagadnienia związane z pracą od rysu historycznego, poprzez opis zapalenia płuc, w tym „respiratorowego”, ostrych schorzeń OUN i technik tracheotomii w tym rys historyczny, wskazania itd. Tak rozbudowany wstęp z pewnością pomaga wprowadzić czytelnika w zagadnienie, chociaż w opinii recenzenta wstęp nie powinien być aż ponad 2 razy dłuższy od dyskusji. Wydaje się, że sporo informacji ze wstępu mogło i powinno być się znaleźć w dyskusji.

Cel pracy został sformułowany dobrze, ale nie do końca dla mnie zrozumiale: „analiza ...prowadzenia wentylacji mechanicznej ze wskazań innych, aniżeli zaburzenia natlenienia oraz wentylacji”. To znaczy że wykonywano tracheotomię z innych wskazań? Jakich? Czy przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych nie jest związane z zaburzeniami wentylacji w tym przypadku? Ja rozumiem to tak, że tracheotomię wykonuje się czasem u pacjentów bez zaburzeń wentylacji (ośrodkowych w tym przypadku), ale chyba nie tacy chorzy byli badani?

Nie są jasne kryteria włączenia do badania i przydziału do poszczególnych grup. Autorka pisze: „Wskazaniem do wykonania wczesnej tracheotomii było przewidywanie przedłużonej wentylacji mechanicznej (jeżeli przewidywany czas wentylacji mechanicznej miał przekroczyć 15 dni) oraz konieczność reintubacji na skutek braku powodzenia ekstubacji, przy braku możliwości leczenia przyczynowego niewydolności oddechowej. Tracheotomia była wykonywana również u chorych z zaburzeniami mechaniki oddychania. Przewidywano, że takie postępowanie umożliwi skrócenie czasu prowadzenia wentylacji mechanicznej. „Czy oznacza to, że w grupie ETI nie było wskazań do wczesnej tracheotomii? To jakie były kryteria przydziału do grupy ETI?”

Autorka pięknie opisuje poszczególne procedury tj. wymianę rurki intubacyjnej wraz z użytym sprzętem jednorazowym, ale nie opisuje czy stosowano w grupach odsysania treści z nad mankieta uszczelniającego, czy stosowano kontrolę ciśnienia wypełnienia tych mankieta – takie działania są opisane jako sprawdzona profilaktyka VAP. Czy stosowano takie działania? Zastanawia brak opisu takich działań w badaniu autorki, tym bardziej, że doktorantka poświęca kilka akapitów we wstępie i w dyskusji opisowi prawdopodobnego mechanizmu „respiratorowego” zapalenia płuc jako konsekwencji aspiracji treści z jamy gardła.

Jaki był sposób randomizacji? Co to znaczy, że „Pacjenci losowo znaleźli się w jednej dwóch grup badawczych?”. Grupy nie były jednolite, co sugeruje raczej retrospektywną analizę, a nie prospektywną?

W tekście znalazłem kilka błędów redakcyjnych:

Str. 108, 3 akapit od góry: „Użycie mankieta typu *high-volume low-pressure* może zmniejszać częstość aspiracji nawet do 56.” Czy liczba 56 oznacza procent, czy odnośnik do literatury?

Str. 114, 3 akapit od góry: „Autorzy tego badania analizowali wpływ wczesnej tracheotomii wykonanej w 6-8 dniu i porównywali ją do późnej intubacji w 13-15 dniu,” Czy oznacza to, że intubacja była wykonana w 13 dniu?

Ta sama strona:

„We wszystkich przytoczonych pracach zmniejszenie częstości występowania VAP wiązało się ze skróceniem czasu wentylacji oraz zmniejszeniem głębokości sedacji. „– przeczy zdaniu powyżej. Autorka w dyskusji przytacza prace randomizowane, potem metaanalizy, a następnie znowu jedną pracę randomizowaną i na koniec znowu metaanalizę. Z lektury tej strony nie wynika logiczna ciągłość takiego uporządkowania przytaczanych prac.

O mankietach uszczelniających rurek intubacyjnych i tracheotomijnych jest napisane jedno zdanie, a przecież jest wiele prac o różnych mankietach i ich wpływie na ewentualny rozwój VAP. W dyskusji nie ma też analizy wpływu stosowania odsysania z nad mankieta rurek intubacyjnych lub tracheotomijnych na rozwój VAP.

Podobnie doktorantka nie wspomina o nowych technologiach czyli pokrywania rurek intubacyjnych srebrem, fioletem gencjany i innymi substancjami mającymi na celu zmniejszenie tworzenia się biofilmu bakteryjnego, chociaż autorka o biofilmie i jego wpływie na VAP pisze we wstępie.

Wyżej wymienione uwagi nie mają znaczenia w końcowej ocenie pracy. Uważam, że rozprawa doktorska lekarz Magdaleny Korpas-Wasiak pt., *Badanie zależności między wczesną tracheotomią a respiratorowym zapaleniem płuc (VAP) u pacjentów z ostrymi schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego, leczonymi w oddziale intensywnej terapii.* jest samodzielną, spełniającą wymogi Ustawy dysertacją doktorską. Zawiera elementy poznawcze i ma ważne przesłanie praktyczne.

Stawiam przeto wniosek Wysokiej Radzie Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o przyjęcie pracy i dopuszczenie lekarz Magdaleny Korpas-Wasiak do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK
Zakładu Medycyny Ratunkowej
i Medycyny Katastrof
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Tomasz Gaszyński