



Klinika Kardiologii

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

70-111 Szczecin, ul. Powstańców Wlkp. 72 tel/fax: (091) 4661378/79

e-mail: kardio@sci.pam.szczecin.pl <http://kardiologia.ams.edu.pl>

Uziekanał
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego
wpłynęło dn. 2017-05-10
podpis *[Signature]* l.dz. 823

Prof. dr hab. med. Jarosław Kaźmierczak

Szczecin, 28 kwietnia 2017r.

e-mail: jar.kazmierczak@o2.pl

Recenzja pracy doktorskiej lek. Michała Witkowskiego

„Częstość występowania bezobjawowego migotania przedsionków u pacjentów z implantowanym kardiostymulatorem”

Promotor rozprawy – Prof. dr hab. n. med. Andrzej Lubiński

Migotanie przedsionków (AF) jest najczęstszą arytmia występującą u ludzi. Zapadalność wyraźnie wzrasta po 70-tym roku życia. Szacuje się, że w Europie arytmia ta dotyka ponad 6 milionów ludzi, w Polsce zaś co najmniej 600-650 tysięcy. Poza udowodnionym wpływem na zwiększanie śmiertelności, migotanie przedsionków u większości chorych wydatnie obniża komfort życia. W ostatnich latach zauważa się wzrostowy trend w występowaniu AF. Wpływa na to starzenie się populacji i lepsza wykrywalność arytmii, szczególnie jej postaci bez- lub skąpoobjawowych. Technika zastosowana do diagnozowania AF i czas obserwacji wyraźnie wpływają na częstość wykrywania bezobjawowych epizodów tej arytmii. Piśmiennictwo podaje częstość występowania bezobjawowego AF w zakresie od kilkunastu do nawet 99%. Tak duża rozbieżność wynika zarówno z badania różnych populacji, jak i zastosowania odmiennych technik wykrywania i rejestracji epizodów AF. Zdiagnozowanie bezobjawowych napadów AF ma olbrzymie znaczenie w codziennej praktyce klinicznej, pozwala chociażby wdrożyć leczenie przeciwzakrzepowe i tym samym zmniejszyć ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, szczególnie udaru mózgu.

Doktorant za cel swoich badań obrał ocenę częstości występowania bezobjawowych napadów AF u pacjentów z napadową formą tej arytmii i wszczepionym stymulatorem serca.

Dwujamowy stymulator serca umożliwia precyzyjną rejestrację epizodów AF. Ponadto Doktorant poszukiwał czynników predysponujących do tego, że napad jest bezobjawowy.

Podjęty przez Doktoranta temat wpisuje się w nurt aktualnych badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia AF i badań nad wczesnym wykrywaniem tej arytmii, szczególnie na etapie kiedy jest bezobjawowa. Zatem wybór tematyki pracy i określenie celów pracy są trafne i aktualne ze względu na rosnącą „epidemię” migotania przedsionków.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska liczy 74 strony, w tym 15 tabel, 23 ryciny i 83 pozycji piśmiennictwa. Układ pracy jest typowy dla rozpraw doktorskich.

We „Wstępie” Autor syntetycznie omówił epidemiologię, definicje, mechanizmy patofizjologiczne, obraz kliniczny, następstwa kliniczne AF, postępowanie diagnostyczne, leczenie farmakologiczne (antyarytmiczne, przeciwzakrzepowe i wspomagające), leczenie niefarmakologiczne – ablację migotania przedsionków. Jest to kompendium o migotaniu przedsionków - bardzo dobrze napisane, ale większość zagadnień nie dotyczy tematu pracy i może być bez uszczerbku dla pracy pominięta.

W rozdziale „Materiał i Metodyka” dokładnie i wielokierunkowo scharakteryzowano grupę badaną. Od razu jednak nasuwa się pytanie dlaczego tak mały odsetek (52%) pacjentów przyjmuje doustne antykoagulanty (OAC), skoro wszyscy pacjenci mieli rozpoznane napadowe migotanie przedsionków i byli w dość zaawansowanym wieku? Łącznie 98% pacjentów ma w skali CHADS-VASc 2 lub więcej punktów. Szczególnie dziwi to w stosunku do kobiet, gdzie tylko 62% przyjmuje OAC, a wszystkie pacjentki mają punktację ≥ 3 . To wymaga komentarza w dyskusji.

W opracowaniu statystycznym dobrze dobrano testy; jest ona rzetelna i wielokierunkowa. Wyniki Autor przedstawił czytelnie, posiłkując się 15 tabelami i 23 rycinami. Część danych przedstawionych w tekście pokrywa się z informacjami zawartymi w tabelach. Bez uszczerbku dla wartości merytorycznej pracy można zmniejszyć ilość tekstu lub liczbę tabel.

Do realizacji postawionych celów Doktorant przeanalizował grupę 50 pacjentów z napadowym AF i implantowanym dwujamowym stymulatorem serca.

Autor wykazał, że bezobjawowe napady AF występowały u wszystkich badanych pacjentów. Aż u 56% chorych zarejestrowano tylko epizody bezobjawowe, u tych pacjentów nie było zupełnie epizodów objawowych. To bardzo ważna informacja. Kolejną ważną i praktyczną informacją jest to, że zdecydowana większość (aż 93%) epizodów AF jest bezobjawowa.

Niezwykle ważne, z punktu widzenia praktycznego, było poszukiwanie czynników predysponujących do tego, że napad jest bezobjawowy. Autor znalazł aż osiem takich czynników: krótki czas trwania epizodu AF (<5 min), stosowanie diuretyków, płeć męska, stosowanie blokerów wapniowych, niższa (<130/min) częstotliwość rytmu serca podczas napadu AF, obecność bloku p-k jako wskazania do implantacji stymulatora, niższa klasa NYHA, wyższy odsetek stymulacji komorowej (Vp). Znaczenie praktyczne tych wyników jest takie, że w populacji pacjentów podejrzanych o występowanie bezobjawowego AF, szczególną uwagę (i aktywne poszukiwanie AF) należy zwrócić na chorych płci męskiej w niższej klasie NYHA, stosujących leki zwalniające rytm serca (np. blokery wapniowe) i diuretyki. U pacjentów z dwujamowym stymulatorem serca zawsze należy włączać i kontrolować algorytmy wykrywające tachyarytmie przedsionkowe, szczególnie u chorych z blokiem p-k.

W dyskusji Doktorant zwięźle odniósł się do uzyskanych wyników, porównał swoje dane z wynikami dostępnymi w piśmiennictwie. Lektura „Dyskusji” wskazuje na bardzo dobrą znajomość zagadnienia i aktualnego piśmiennictwa.

Cele pracy postawione w rozdziale „Cele pracy” znalazły odzwierciedlenie w wynikach i wnioskach, które są wyciągnięte poprawnie i korelują z celami pracy.

Pod koniec, z obowiązku recenzenta przytaczam drobne uwagi merytoryczne, edytorskie i techniczne:

- str. 39: Pierwsze zdanie podrozdziału 4.3 jest niezrozumiałe. Z dalszej analizy tekstu i tabeli X wynika, że chodzi o porównanie grupy z napadami bezobjawowymi i grupy z napadami objawowymi. Tutaj od razu rodzi się pytanie czy nie było pacjentów, u których część epizodów AF była bezobjawowa, a część objawowa? Do której grupy ich zaliczyć? 56% pts miało tylko epizody bezobjawowe. 44% - oba rodzaje, ale więcej bezobjawowych - ile?

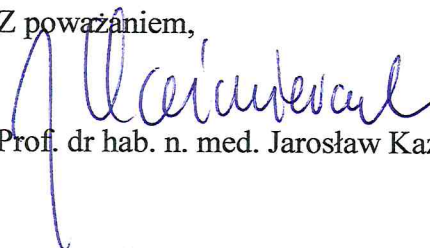
Przedstawione drobne błędy redakcyjne i techniczne w niczym nie zmniejszają wartości merytorycznej pracy.

Podsumowując, należy stwierdzić, że praca lek. Michała Witkowskiego „*Częstość występowania bezobjawowego migotania przedsionków u pacjentów z implantowanym kardiostymulatorem*” dotyczy ważnego i aktualnego problemu klinicznego, wnosi nowe istotne informacje o epidemiologii migotania przedsionków, jest napisana jasno i czytelnie. Autor wykazał dobre przygotowanie merytoryczne, znajomość zagadnienia, umiejętność zaplanowania i przeprowadzenia badań, logicznego wyciągania wniosków i krytycznego osądu własnych

wyników. Praca spełnia wymogi stawiane rozprawom na stopień doktora nauk medycznych i odpowiada warunkom określonym w art. 11 „Ustawy o tytule naukowym i stopniach naukowych”.

W związku z tym wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie lek. Michała Witkowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z poważaniem,



Prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak