

Prof. dr hab. n. med. Aleksander Goch
Collegium Medicum w Bydgoszczy
UMK w Toruniu

Bydgoszcz, 26 marca 2017 r.

Recenzja

pracy doktorskiej mgr Anny Mejer- Barczewskiej

pt. Ocena stężenia wybranych czynników naczyniowo aktywnych a występowanie choroby wieńcowej na podstawie przed – wysiłkowej i wysiłkowej skali ryzyka.

W pracy doktorskiej mgr. Anny Mejer-Barczewskiej nt. ocena stężenia wybranych czynników naczyniowo aktywnych a występowanie choroby wieńcowej na podstawie przed-wysiłkowej i wysiłkowej skali ryzyka.

Choroby układu sercowo-naczyniowego a zwłaszcza choroba niedokrwienna serca są główną przyczyną około 50% zgonów krajach Unii Europejskiej. Stąd też podjęcie badań przez mgr. Annę Mejer-Barczewską w tym temacie należy uznać za celowe.

Praca obejmuje 141 stron maszynopisu i zawiera wstęp, założenia i cele pracy, materiał i metody, wyniki, dyskusję, wnioski, streszczenia, piśmiennictwo i aneks.

We wstępie Doktorantka w sposób zwięzły omówiła epidemiologię choroby wieńcowej serca, jej podział związany z obrazem i przebiegiem choroby oraz konieczność prowadzenia kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (I etap- w szpitalu, II etap - w szpitalu lub ambulatoryjnie i etap III realizowany przez poradnie kardiologiczne lub lekarzy rodzinnych). Następnie omówiła udział czynników naczyniowo-aktywnych (tkankowych inhibitorów, metaloproteinaz-TIMP-1 i śródbłonkowego naczyniowego czynnika wzrostu-VEGF oraz cytokin: interleukiny-1 beta (IL-1β oraz interleukiny 6-IL-6) i stan układu oksydacyjno-redukcyjnego, oceniając układ enzymatyczny w skład którego wchodzi, dysmutaza ponadtlenkowa, katalaza i peroksydaza glutanianionu. Ponad to w badaniach oceniono całkowity potencjał antyoksydacyjny osocza i stężenie dialdehydu malonowego.

Celem pracy było:

- ocenić przydatność skali przed-wysiłkowej i wysiłkowej do oceny ryzyka wystąpienia i rozpoznania choroby wieńcowej przez fizjoterapeutów.
 - Określić, czy istnieją korelacje pomiędzy określonymi czynnikami naczyniowo aktywnymi i parametrami układu oksydacyjno redukcyjnego krwi u pacjentów z chorobą wieńcową, u chorych po przebytych zawale serca oraz u osób zdrowych.
 - Wykazać, czy istnieją różnice w stężeniach czynników naczyniowo aktywnych i parametrów układu oksydacyjno-redukcyjnego pomiędzy badanymi grupami.
 - Z badać w jaki sposób przeprowadzony test wysiłkowy wpływa na czynniki naczyniowo aktywne i parametry układu oksydacyjno-redukcyjnego w badanych grupach.
 - Z badać, czy istnieją korelację pomiędzy badanymi zmiennymi a wynikami uzyskanymi w skali przed-wysiłkowej i skali wysiłkowej w badanych grupach pacjentów.
 - Z badać w jaki sposób przyjęty program rehabilitacji kardiologicznej wpływa na

wybrane czynniki naczyniowo aktywne i parametry układu oksydacyjno-redukcyjnego u chorych po zawale serca.

Do badań zakwalifikowano 159 osób podzielonych na 3 grupy: I-65 pacjentów z chorobą niedokrwienna serca i dodatnim testem wysiłkowym, II-24 pacjentów po przebytych zawale serca poddanych rehabilitacji kardiologicznej, III-zdrowych osób, bez choroby niedokrwiennej serca. W badanych grupach oceniono ryzyko choroby niedokrwiennej serca w skali przed-wysiłkowej oraz w skali wysiłkowej oceniającej wynik testu wysiłkowego. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej, za poziom statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki badań zostały przedstawione w 25 tabelach i 63 rycinach z umieszczonym pod nich komentarzem co znacznie ułatwia ich interpretację.

Pierwszym etapem badania było określenie wyjściowej aktywności wybranych czynników obrony antyoksydacyjnej i stężenia czynników naczyniowo aktywnych przed wykonaniem testu wysiłkowego. Dodatkowo oszacowano występowanie choroby niedokrwiennej serca na podstawie skali przed-wysiłkowej w grupie pacjentów z chorobą wieńcową i ich przebytych zawale serca uzyskane wyniki były istotnie wyższe aniżeli u osób zdrowych. Nie uzyskano korelacji pomiędzy czynnikami naczyniowo aktywnymi uzyskanymi w skali przed-wysiłkowej a reakcjami oksydacyjno-redukcyjnymi. Po wykonanym teście wysiłkowym stwierdzono liczne korelacje między określonymi parametrami układu oksydacyjno-redukcyjnego i wybranymi czynnikami naczyniowo aktywnymi zwłaszcza te obserwacje wystąpiły u osób zdrowych. Ich interpretacja nie może być jednoznaczna, gdyż w badaniach Doktorantki zakwalifikowano 3 różnorodne grupy (I- z chorobą wieńcową serca, II- chorobą wieńcową po przebytych zawale serca leczonych angioplastyką wieńcową oraz III- osób zdrowych).

W doborze osób do badania nie podano czy istnienie zmian w naczyniach wieńcowych i związane z nimi dolegliwości były wynikami związanymi ze zmianami miażdżycowymi naczyń i/lub ich nasileniem. Nie podano również czy czas trwania próby wysiłkowej nie różnicował grupy chorych z dodatnią próbą wysiłkową, grupy chorych po angioplastyce wieńcowej i grupy tzw osób zdrowych. Również nie podano w pracy metody wybierania 12 osób z każdej z grup dla oznaczenia czynników zapalnych oraz wykładników procesu oksydacyjno-redukcyjnych (czy w kolejności zgłaszania się do badania w oparciu o masę ciała i ciśnienie tętnicze ?), czy w tych małych 12 osobowych grupach przeważała ? osób z lewym (jakimi lekami) nadciśnienia tętniczego a zwłaszcza nie została podana frakcja wyrzutowa lewej komory, której wytyczna wydolność serca nie ulega wątpliwości (dotyczy to głównie chorych rehabilitowanych po angioplastyce).

W omówieniu wyników badań i prowadzonej dyskusji Doktorantka umiejętnie wykorzystwała bieżące piśmiennictwo dla interpretacji i krytycznej oceny swoich wyników badań. Wnioski w liczbie czterech wynikają z przeprowadzonych badań. Nie zgadzam się z wnioskiem pierwszym, który brzmi: " Wykorzystanie skali przed-wysiłkowej do oceny ryzyka występowania choroby niedokrwiennej jest przydatne dla fizjoterapeutów w ich praktyce zawodowej. Istnieje ponadto zasadność stosowania skali wysiłkowej do rozpoznania wstępnej choroby niedokrwiennej serca bez znajomości interpretacji elektrokardiograficznej próby wysiłkowej." Moim zdaniem wniosek pierwszy winien brzmieć : " istnienie ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej w skali przedwysiłkowej wskazuje na konieczność ustalenia stanu morfologiczno-czynnościowego naczyń wieńcowych przed wdrożeniem dalszych działań diagnostyczno-leczniczych.

Sto pozycji piśmiennictwa w przeważającej większości z ostatnich lat zostało właściwie dobranych i umiejętnie wykorzystanych w tekście rozprawy. W aneksie podano spis rycin i tabel oraz zgodę komisji Bioetyki UM w Łodzi, której tytuł brzmi inaczej niż tytuł Doktorantki, ale

zawierał elementy związane bezpośrednio z pracą doktorską.

Reasumując stwierdzam, iż praca doktorancka mgr Anny Mejer Barczewskiej została napisana jasno nienagannym stylem.

Wprowadzenie do rozprawy, prezentacja metod laboratoryjnych w pracy i ich interpretacja wskazują na dobre opracowanie przez Doktorantkę warsztatu badawczego. Praca stanowi indywidualny dorobek naukowy, dowodzi dobrego przygotowania teoretycznego i klinicznego Doktorantki w dziedzinie odpowiadającej podjętemu tematowi i trudu z umiejętnościami formułowania problemu badawczego i jego rozwiązywania.

Na tej podstawie mam zaszczyt przedstawić wysokiej Radzie Wydziału Wojskowo-Lekarskiego w Łodzi wniosek o dopuszczenie mgr Anny Mejer-Barczewskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z poważaniem


1953097 | Prof. dr hab. n. med. Aleksander Goch
Specjalista chorób wewnętrznych
kardiologii i hipertensjologii
94-235 Łódź, ul. Zbrojna 1
tel. 605 260 369