Prof. zw. dr hab. n. med. Jacek Dadan
I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Białystok, 2019.06.21

OCENA

rozprawy na stopień doktora nauk medycznych lek. **Przemysława Wyżgowskiego** pt.: **„Ocena skuteczności cholecystektomii laparoskopowej w leczeniu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego".**

Pracę rozpoczyna krótka charakterystyka schorzenia i skrótowy rys historyczny rozwoju chirurgii objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego na świecie i w Polsce. We *Wstępie*, po przedstawieniu anatomii pęcherzyka żółciowego oraz epidemiologii i patogenezy kamicy pęcherzykowej Autor skoncentrował się na części klinicznej opisując obraz chorobowy, zasady rozpoznawania schorzenia i przygotowania przedoperacyjnego, wskazania oraz przeciwskazania do cholecystectomii laparoskopowej. Znaczną część *Wstępu* zajmuje opis technik laparoskopowych stosowanych w leczeniu kamicy pęcherzykowej z uwzględnieniem ich modyfikacji, zalet oraz wad. Wstęp kończy charakterystyka metod oceny jakości życia oraz opis kwestionariusza SF – 36.

Opisując schorzenie, które jest tematem rozprawy doktorskiej dr Wyżgowski wskazuje na fakt, iż kamica pęcherzykowa jest obecnie jedną z najczęściej rozpoznawanych i leczonych jednostek chorobowych w krajach europejskich, a cholecystectomia laparoskopowa jest jedną z najczęściej wykonywanych procedur chirurgicznych na świecie. Pewną wątpliwość budzi stwierdzenie, że „Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną lub laparoskopową z powodu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego jest obecnie złotym standardem leczenia", chociaż Autor przytacza dane literaturowe. Określenie „złoty standard" w stosunku do chirurgicznego leczenia kamicy pęcherzykowej powinno dotyczyć jedynie laparoskopii, chociaż metoda klasyczna jest niezmiernie istotnym elementem uzupełniającym i wspierającym chirurgię laparoskopową. Doktorant słusznie podkreśla wagę ultrasonografii w rozpoznaniu kamicy pęcherzykowej wskazując również na istotne znaczenie badania klinicznego i opisując charakterystyczne cechy kamicy objawowej. Ustosunkowując się do proponowanych badań laboratoryjnych proponuję zamienić określenia „poziom" na „stężenie". Jednym z istotnych celów dysertacji była ocena jakości życia i jak stwierdza Doktorant „W swojej pracy wykorzystałem kwestionariusz SF-36 przede wszystkim

UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
05. 08. 2019
Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu
L. dz. .....

z powodu jego powszechności oraz możliwości łatwego porównywania wyników jakości życia z innymi chorobami czy metodami leczniczymi". Rzeczywiście dość rozbudowany kwestionariusz SF-36 jest powszechnie stosowany do oceny jakości życia w różnych schorzeniach aczkolwiek wydaje się, że dość niezręcznie sformułowano stwierdzenie o możliwości „łatwego porównania wyników jakości życia z innymi chorobami czy metodami leczenia". Wyniki jakości życia można porównać np. w różnych chorobach lub też po zastosowaniu różnych sposobów leczenia tego samego schorzenia, a nie „z innymi chorobami czy metodami leczenia". Proponowałbym również zastąpić określenie „ocena skuteczności elektywnej cholecystektomii laparoskopowej wykonywanej u pacjentów z powodu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego w stosunku do uwolnienia ich od objawów klinicznych", sformułowaniem – „w odniesieniu do uwolnienia ich od objawów klinicznych".

Formułując *Cele pracy* Autor początkowo słusznie zaznaczył, że „Operacja usunięcia pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego jest jedną z najczęściej wykonywanych procedur w Oddziałach Chirurgii Ogólnej" (oddziały chirurgii ogólnej nie powinno się pisać dużymi literami) i że „Nadal mało jest jednak doniesień na temat jego odległych skutków, szczególnie w kontekście pooperacyjnej jakości życia", a następnie stwierdził, że „Celem pracy była ocena wczesnych wyników leczenia oraz jakości życia chorych operowanych z powodu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową", co jest pewnego rodzaju sprzecznością. Wydaje się także, że lepiej byłoby zastąpić sformułowanie „Dokonano również próby porównania wpływu płci oraz wieku na jakość życia po zastosowanym leczeniu chirurgicznym" na określenie – „porównano także zależność pomiędzy płcią oraz wiekiem, a jakością życia ...". Czytelniejsze byłoby sformułowanie konkretnych celów pracy w punktach.

Z rozdział zatytułowanego *Materiał i metoda* wynika, że pracę oparto na analizie czterech badań ankietowych, przed i pooperacyjnych, które stanowiły główne narzędzie badawcze. Autor stwierdza, że badaniu poddano wstępnie 177 chorych operowanych laparoskopowo z powodu kamicy objawowej, z których po weryfikacji wyłoniono 74 (48K i 26M). Byli to pacjenci którzy udzielili pełnych odpowiedzi na wszystkie przygotowane ankiety przed zabiegiem oraz w okresie pooperacyjnym. Z tego wynika, że była tylko jedna grupa badawcza. W rozdziale nie podano przedziału wiekowego zakwalifikowanych do badania pacjentów. Trzy z zastosowanych ankiet były autorskie i przygotowane specjalnie do celów badawczych dysertacji, a czwartą stanowił standardowy formularz do oceny jakości życia SF-36. Wszyscy chorzy przed zabiegiem oraz w okresie 3 i 6 miesięcy po operacji zostali poddani badaniom ankietowym. Brak wzmianki o tym ilu chirurgów przeprowadzało

zabiegi operacyjne, czy był to jeden operator czy kilku, co mogło mieć znaczenie w późniejszych analizach i uzyskanych wynikach.

Pierwsza była *Ankieta kliniczna*, która właściwie nie spełnia kryterium ankiety, a raczej stanowi zbiór danych osobowych i klinicznych, takich jak np.: wiek, płeć, data operacji i czas trwania zabiegu, rodzaj oraz ilość zastosowanych leków, a także rozpoznanie śródoperacyjne. Kolejno do badań użyto *Własny kwestionariusz pytań przed operacją*, którego celem było określenie „funkcjonowania pacjentów przed operacją". Kwestionariusz zawierał 7 punktów, a pytania w nim zawarte były tak sformułowane, żeby uzyskać dane przede wszystkim o dolegliwościach bólowych w okresie przedoperacyjnym oraz o innych problemach zdrowotnych, a także o przebytych hospitalizacjach, operacjach i badaniach diagnostycznych. W kwestionariuszu tym użyto kilkukrotnie określenie „dolegliwości bólowe brzucha", które proponuję zastąpić sformułowaniem – „dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej". Następną ankietę zatytułowaną *Własny kwestionariusz pytań po operacji* chorzy wypełniali po 3 i 6 miesiącach od operacji. Kwestionariusz zawierał 11 pytań, których celem było określenie dolegliwości bólowych, komplikacji pooperacyjnych, czasokresu przyjmowania leków przeciwbólowych oraz powrotu do pełnej aktywności życiowej i ewentualnych pooperacyjnych konsultacji lekarskich. W kwestionariuszu ponownie pojawia się określenie „dolegliwości bólowe brzucha", a niektóre jego punkty są mało precyzyjne i źle sformułowane. Rolą ankietowanego nie powinna być „ocena skuteczności operacji", „ocena wystąpienia ewentualnych komplikacji", czy też wyglądu blizn ale odpowiedź na konkretne pytania związane z dolegliwościami bólowymi i innymi problemami zdrowotnymi, czasokresem ich trwania, związkiem z przyjmowanymi posiłkami itp.

Ostatnim zastosowanym narzędziem badawczym był uznany *Formularz jakości życia SF-36*, który stanowił podstawę do oceny jakości życia. Zawierał 8 kategorii pytań oraz gotowe wielopoziomowe odpowiedzi. Przy pomocy kwestionariusza Autor postanowił sprawdzić „jak rozkłada się poziom jakości życia badanych". Interpretacja uzyskanych wyników jakości życia za pomocą tego formularza polegała na porównaniu uzyskanych wyników w grupie badawczej w określonych odstępach czasowych.

Wydaje się, że pewne zamieszanie wprowadza opis zastosowanych ankiet i kwestionariuszy, który jest niepełny oraz mylący. Ankieta zawsze powinna być czytelna i zrozumiała dla chorego oraz zawierać propozycję gotowych odpowiedzi, co jest łatwiejsze dla pacjentów, jak również do celów późniejszej analizy. Doktorant każdorazowo przed prezentacją kolejnych ankiet stwierdzał, że „stworzono na potrzeby badania własny kwestionariusz, który zawierał poniższe pytania". Tak naprawdę nie były to pytania tylko

określone zagadnienia. Osoba czytająca widząc te „pytania" jest przekonana, że właśnie takie kwestionariusze badawcze otrzymali pacjenci, tj. taką ilość pytań bez propozycji konkretnych odpowiedzi, a tymczasem właściwe kwestionariusze, znamiennie różniące się od zaprezentowanych, znalazły się w załącznikach na końcu pracy, a w rozdziale *Materiał i metoda* nie było o tym żadnej wzmianki ani żadnych do nich odnośników. Aby uniknąć niepotrzebnego zamieszania należało stwierdzić, że na podstawie opracowanych własnych kwestionariuszy, których wzory znajdują się w rozdziale *Załączniki*, zamierzano ocenić pewne aspekty zdrowotne w okresie okołooperacyjnym, które można było wymienić, a nie przedstawić jako konkretne pytania ankietowe. Czytając propozycję tak sformułowanych własnych kwestionariuszy można było domniemywać, że pacjenci udzielali odpowiedzi w formie opisowej i stanowią one ich własną, różnorodną interpretację. Istnieje również pewna wątpliwość w jaki sposób ankietowani chorzy w okresie pooperacyjnym mieli „ocenić" zakażenie, rozejście się rany, zakrzepowe zapalenie żył, zapalenie trzustki, skuteczność operacji itp.; na czym miałaby polegać ich ocena i jak być sformułowana? Mogli oni tylko stwierdzić, czy doszło do jakichkolwiek powikłań, a nie je ocenić. Pytanie nr 5 „Czas trwania i nasilenie dolegliwości bólowych brzucha po operacji" sugeruje, że doszło do nasilenia dolegliwości. W jaki sposób ankietowany ma odpowiedzieć na tak sformułowane pytanie? Zupełnie niezrozumiały jest też pytanie nr 4 „Przebyte badania endoskopowe przed operacją (gastroskopia, ECPW – endoskopowa pankreatocholangiografia wsteczna)", gdyż odwołuje się ono do okresu przedoperacyjnego i już było zadane w kwestionariuszu przedoperacyjnym (pkt.7). Niepoprawnie też sformułowane jest pytanie 11 odnoszące się do ilości ewentualnych konsultacji pooperacyjnych – nie powinno się ono zaczynać od słowa „Liczbie …".

W analizie statystycznej zastosowano 4 różne testy oraz przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ jako istotny statystycznie. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

W rozdziale *Wyniki* Doktorant zastosował formę opisową oraz graficzną. Uzyskane liczne wyniki zostały ujęte w 87 tabelach i 36 rycinach. Rozdział ten jest wyjątkowo obszerny, zajmuje aż 92 strony. Szczegółowej analizie poddano bardzo wiele danych klinicznych pozyskanych z przeprowadzonych kwestionariuszy w okresie przed i pooperacyjnym. Tabele oraz ryciny są czytelne i szczegółowo obrazują uzyskane wyniki badań własnych pod kątem analizowanych parametrów aczkolwiek Autor nie uniknął pewnych błędów.

W ryc.10 – „Rozpoznanie śródoperacyjne" proponuję zmienić określenie które dotyczy 86,5% ilości rozpoznań z „Objawowa kamica pęcherzyka żółciowego" na

„Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego na tle kamicy" gdyż w założeniu głównym pracy, jak również w jej tytule, jest stwierdzenie, że dotyczy ona objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego, czyli wszystkich 74 (100%) chorych, a nie tylko 86,5%. W tab.5 – „Stosowane środki przeciwbólowe" proponuję sformułowanie „liczba" zmienić na „liczba chorych", analogicznie w tabeli 7, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20 itd. Niektóre tabele i ryciny mają określenie „grupy płci", „grupa kobiet", „grupa mężczyzn" ale w rozdziale *Materiał i metoda* nie było stworzonego takiego podziału na grupy kobiet i mężczyzn, stąd też wydaje się, że lepsze byłoby stwierdzenie „w zależności od płci". Na str.48 jest informacja, że chorzy określając charakter dolegliwości bólowych mieli do wyboru różne „stwierdzenia" i mogli zaznaczyć „wiele stwierdzeń jednocześnie". Z tego wynika, że przynajmniej niektóre pytania ankietowe zawierały gotowe odpowiedzi, które nie zostały zaprezentowane w ich charakterystyce w rozdziale *Materiał i metoda*. Podobnie tab.15 informuje nas o innych, konkretnych dolegliwościach bólowych które zaznaczali chorzy. Należało o tym również wspomnieć w opisie kwestionariuszy (w rozdziale *Materiał i metoda* w opisie kwestionariuszy są tylko proponowane pytania, a brak jest propozycji odpowiedzi). Z tabeli 16 wynika, że na pytanie o „Związek bólów brzucha ze spożywanymi pokarmami" chorzy udzielali konkretnej odpowiedzi „tak" lub „nie". Taka informacja również powinna się znaleźć w metodyce. Inne ankietowe pytania także zawierały odpowiedzi „tak" lub „nie" (tab.17, 21, 23, 25) i o tym także nie było wzmianki w opisie kwestionariuszy (*Materiał i metoda)*. Z analizy wyników zarówno przed, jak i pooperacyjnych wynika, że pacjenci mieli do wyboru określone odpowiedzi na zadane im w kwestionariuszach pytania, a niektóre z nich były rozbudowane, o czym przekonujemy się dopiero z załączonych licznych tabel i rycin. Z tabeli 27, 28 i 29 dowiadujemy się, że chorzy mieli także możliwość wykazania innych dolegliwości, poza bólowymi - to również powinno być ujęte w opisie kwestionariusza. W tabeli nr 34 zawarte są informacje, które nie mają związku czasowego z pytaniem nr 4 kwestionariusza pooperacyjnego, a w tab.39 „Utrudnienia w czynnościach" zawarte są dane, które nie zostały ujęte w żadnym z pytań (*Materiał i metoda)*.

Rozdział *Wyniki* kończy analiza kwestionariuszy SF-36 oceniających jakość życia w różnych aspektach. Analiza dotyczyła okresu zarówno przedoperacyjnego, jak również po trzech i sześciu miesiącach od zabiegu. W niektórych tytułach tabel np. nr 50, 51, 54, 55, 61, 62 itd. Autor używa niezbyt czytelnego sformułowania „w ostatnim miesiącu po 3 miesiącu" lub też „w ostatnim miesiącu po 6 miesiącach", a wystarczyło użyć określeń – po trzech lub po sześciu miesiącach. W tabelach oceniających poziom jakości życia zaznaczono różnice istotne statystycznie.

Dokumentacja wyników jest obszerna, staranna i przekonująca, pozwala na czytelne porównanie licznych analizowanych danych zawartych w badanej grupie pod kątem różnorodnych aspektów. Doktorant wskazał na zależności istotne statystycznie. Ilość oraz różnorodność prezentowanych wyników oraz przeprowadzonych korelacji wyczerpująco dokumentuje wytyczone założenia i cele pracy, a nawet je przekracza.

Dyskusję rozpoczyna krótki opis technik operacyjnych stosowanych w leczeniu kamicy pęcherzykowej ze szczególnym podkreśleniem wagi zabiegów laparoskopowych jako aktualnie obowiązującego „złotego standardu". W dalszej części tego rozdziału Doktorant w sposób ciekawy oraz dojrzały, świadczący o pełnej znajomości przedstawianych zagadnień oraz aktualnego piśmiennictwa, kompleksowo omawia, interpretuje oraz dyskutuje wyniki własnych badań porównując je z pracami innych autorów, zarówno krajowych ale przede wszystkim zagranicznych, i wskazując na szereg podobieństw.

Z dyskusji wynika, że poruszona w pracy doktorskiej problematyka jest istotna oraz stanowi przedmiot zainteresowań badawczych szeregu chirurgów i w różnych częściach świata, często na bardzo licznych, kilkusetosobowych grupach operowanych chorych. Część z cytowanych autorów również w swoich analizach stosowała różne kwestionariusze, w tym też użyty w pracy kwestionariusz SF-36, niejednokrotnie w podobnych przedziałach czasowych. Doktorant wskazał na pozytywną i charakterystyczną dla zabiegów małoinwazyjnych, korelację pomiędzy analizowanymi wczesnymi wynikami leczenia objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego, a ocenianą jakością życia. Podkreślił, że u kilkunastu procent chorych w okresie pooperacyjnym zgłaszane wcześniej dolegliwości ustąpiły nieznacznie, nie ustąpiły wcale bądź też się nasiliły, co współgra z cytowanymi danymi literaturowymi.

Trzy *Wnioski* końcowe są tak naprawdę podsumowaniem uzyskanych wyników. Wydaje się, że można je było sformułować nieco inaczej i w odmiennej formie, bardziej ogólnie oraz uniwersalnie. Dobre wnioski zawarte zostały w końcowym akapicie dyskusji, gdzie Autor podkreślił, że samo rozpoznanie kamicy pęcherzykowej nie jest jednoznaczne z towarzyszącymi jej dolegliwościami i nie zawsze leczenie operacyjne jest najlepszym rozwiązaniem problemu zdrowotnego. Dr Wyżgowski trafnie wskazuje także na konieczność wnikliwej analizy zgłaszanych przez pacjentów objawów i próby wyjaśnienia ich rzeczywistej przyczyny przed ostateczną kwalifikacją do operacji. Jak słusznie twierdzi cholecystektomia laparoskopowa chociaż jest zabiegiem małoinwazyjnym nie jest pozbawiona powikłań, niekiedy poważnych, a w przypadku złej kwalifikacji leczenie operacyjne nie powoduje ustąpienie przedoperacyjnych dolegliwości, a niekiedy wręcz może

przyczynić się do ich nasilenia bądź też powstania nowych, związanych bezpośrednio z przeprowadzonym zabiegiem. Podkreśla fakt, że „w dzisiejszych czasach coraz większą uwagę zarówno chorzy, jak i ich bliscy zwracają nie tylko na skuteczność stosowanej terapii medycznej ale również na dalszą jakość oraz komfort życia po przebytym leczeniu". Właśnie takie, bardzo interesujące i cenne wnioski powinny być sformułowane jako końcowe, podsumowujące przeprowadzone badania, gdyż jak sam Autor stwierdza dowodzą tego uzyskane przez niego wyniki.

Pracę uzupełnia *Streszczenie* w języku polskim oraz angielskim oraz *Piśmiennictwo*. Jest ono aktualne oraz obszerne, zawiera 136 pozycji, jego dobór jest trafny, obejmuje prace zarówno rodzime, jak i przede wszystkim anglojęzyczne. Doktorant wykazał się jego dobrą znajomością i umiejętnie wykorzystał w swojej dysertacji. Na końcu w rozdziale *Załączniki* umieszczono *Alfabetyczny wykaz skrótów*, formularz zgody na badanie oraz informacje dla pacjenta, a także wzory zastosowanej ankiety i kwestionariuszy. Załączono także ogólnodostępną zgodę firmy RAND Health Care oraz zgodę komisji bioetycznej.

Podsumowując należy stwierdzić, że Doktorant bezspornie zadał sobie znaczny trud analizy wielu danych, które dotyczą jednego z najczęstszych schorzeń w praktyce chirurgicznej. Wykazał się dużą pracowitością, gdyż przygotowanie i analiza tak licznych informacji zawartych w kwestionariuszach, w okresie przed i pooperacyjnym, wymaga wiele wysiłku i zaangażowania. Jest to jedna z trudniejszych i bardzo pracochłonnych form badawczych. W swojej dysertacji nie uniknął jednak błędów, które w większości mają naturę logistyczną oraz stylistyczną, a tylko niekiedy merytoryczną - poczynając od mało precyzyjnych celów pracy, które powinny być sformułowane jasno i wyraźnie, najlepiej w formie punktowej, poprzez niezbyt dokładnie przedstawioną metodykę badań, z niekompletnym opisem zastosowanych kwestionariuszy, aż do nazbyt rozbudowanej analizy wyników. Praca byłaby zapewne czytelniejsza i łatwiejsza w odbiorze gdyby właściwe kwestionariusze badawcze nie były ukryte na jej końcu w załącznikach tylko zostały umieszczone w odpowiednim dla nich rozdziale *Materiał i metoda,* zastępując ich skrócone, hasłowe i nieprecyzyjne wersje, a jeżeli nie to koniecznie w tym rozdziale powinny być załączone do nich odpowiednie odnośniki. Rozumiem intencje którymi kierował się Autor chcąc zapewne skrótowo nakreślić zakres zagadnień poruszonych w kwestionariuszach badawczych ale uczynił to mało zrozumiale sugerując istnienie ich różnych wersji, co wprowadza niepotrzebne zamieszanie. Wydaje się, że pewne elementy dysertacji powinny być poprawione, co uczyniłoby ją niewątpliwie bardziej logicznie uporządkowaną.

Pomimo pewnych niedociągnięć przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska dostarcza jednak wielu cennych informacji klinicznych, co ma duże znaczenie praktyczne poszerzając zakres wiedzy o zawsze możliwych pooperacyjnych dolegliwościach, niejednokrotnie zróżnicowanych, oraz o czasokresie ich trwania. Doktorant jako praktykujący chirurg wybrał ciekawy temat badawczy ściśle powiązany z problematyką chirurgiczną i chirurgią małoinwazyjną, której zalety są powszechnie znane. Cholecystectomia laparoskopowa od szeregu lat stanowi „złoty standard" w leczeniu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego. Z uwagi na powszechność schorzenia operujemy coraz więcej pacjentów, których pobyty w oddziałach chirurgicznych są zazwyczaj bardzo krótkie, a ich dalsze losy po wypisaniu ze szpitala niejednokrotnie nie są nam znane. W tym aspekcie recenzowana praca doktorska wnosi szereg udokumentowanych, ciekawych informacji, które znacznie poszerzają zakres naszej wiedzy na temat zarówno pozytywnych, jak i negatywnych skutków leczenia operacyjnego kamicy pęcherzykowej oraz możliwych dalszych problemów pooperacyjnych, a z uwagi na częstość schorzenia zgromadzony materiał badawczy ma swoją wymierną wartość poznawczą, jak i niezaprzeczalnie praktyczną. To właśnie jest największym atutem recenzowanej pracy doktorskiej, a wykazane, po jej wnikliwej i krytycznej analizie, błędy są najczęściej natury stylistycznej oraz logistycznej i nie wpływają zasadniczo na ogólnie pozytywną ocenę całokształtu dysertacji.

Uważam, że rozprawa doktorska lek. Przemysława Wyżgowskiego pt.: „Ocena skuteczności cholecystektomii laparoskopowej w leczeniu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego" jest oryginalnym dorobkiem, prezentuje wartość naukową i przede wszystkim praktyczną oraz spełnia wymogi stawiane pracom na stopień doktora nauk medycznych, przeto stawiam Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu wniosek o dopuszczenie lek. Przemysława Wyżgowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Zgodnie z artykułem 13, ustęp 1 ustawy z dnia 14.03.2003 (Dz.U. z 2017r., poz.1789) o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, Doktorant wykazał się wiedzą teoretyczną w dyscyplinie oraz posiada umiejętność samodzielnego prowadzenia badań naukowych.

KIEROWNIK
I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej
prof. dr hab. med. Jacek Dadan

Prof. zw. dr hab. n. med. Jacek Dadan