

Sławomir Letkiewicz

Instytut Immunologii i Terpii Doświadczalnej

we Wrocławiu Polskiej Akademii Nauk

RECENZJA

Pracy doktorskiej lek. Sebastiana Piotrowicza pt.:

„Analiza jakości życia chorych poddanych endoskopowej prostatektomii radykalnej z dostępu pozaotrzewnowego oraz endoskopowej prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego, której towarzyszy rozległa limfadenektomia”.

Przełomowym zdarzeniem, które zdecydowało o wyodrębnieniu się urologii jako samodzielnej specjalności medycznej z grupy nauk chirurgicznych było wprowadzenie na przełomie XIX i XX wieku endoskopii narządów układu moczowo – płciowego. Obecnie endoskopowe diagnozowanie i leczenie chorób cewki moczowej, pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, górnych dróg moczowych i nerek jest standardem postępowania zabiegowego.

Obecnie chirurgia laparoskopowa jest zasadniczą i integralną dziedziną endourologii. W jej skład wchodzi zabiegi, które przeprowadzamy wyłączając klasyczne cięcia wykonywane w celach diagnostycznych i leczniczych w obrębie przestrzeni i jam ciała.

Historia chirurgii laparoskopowej ma ponad 100 lat. Za pierwszą operację przeprowadzoną z użyciem tej metody uznaje się wykonany w 1901 roku zabieg wżernikowania za pomocą cystoskopu jamy otrzewnowej psa. Zastosowanie laparoskopii w urologii dynamicznie zaczęło się rozwijać w początkach lat siedemdziesiątych XX wieku. Po upływie prawie pięćdziesięciu lat trudno doszukać się w dziedzinie urologii operacji, która nie mogłaby być zrealizowana tą metodą. Zasoby wiedzy jakimi dysponowała ludzkość w XX wieku, wzrosły ponad tysiącrotnie w stosunku do tych z wieku XIX. Obecnie zauważamy, że istnieje podobny trend w wieku XXI. Dzięki rozwojowi techniki i nowych technologii, dzięki staraniom konstruktorów, inżynierów i lekarzy metoda chirurgii laparoskopowej znacząco się rozwinęła. W dziedzinie endourologii wprowadzono udoskonalone metody, narzędzia oraz urządzenia, które były wyłącznie przeznaczone do zastosowania w tej dziedzinie.

Wraz z rozwojem nowych technologii do endourologii wprowadzano nowe sposoby wykonywania laparoskopii. Zaczęto stosować insuflację jamy otrzewnej, coraz lepsze światłowody, przekaz obrazu, coraz doskonalsze urządzenia do hemostazy. Ukoronowaniem tego wieloletniego procesu jest skonstruowanie i wprowadzenie do praktycznego użycia robota nazwanego Da Vinci, dla uczczenia wielkiego wynalazcy - Leonarda Da Vinci. Urządzenie to umożliwia zdalne sterowanie teleskopem i narzędziami.

Dostęp laparoskopowy aktualnie stosowany jest rutynowo w wielu zabiegach urologicznych. W zabiegach laparoskopowych w urologii stosuje się dostęp przetrzewnowy i pozaotrzewnowy (retroperitoneoskopowy).

Z zastosowaniem tej metody wykonuje się: zwiadowczą laparoskopię w diagnostyce niezstąpionego jądra, operację żyłaków powrózka nasiennego, prostą i radykalną nefrektomię, nefroureterektomię, pieloplastykę, radykalną prostatektomię, adrenolektomię, limfadenektomię zaotrzewnową w przebiegu raka nerki, miedniczą limfadenektomię w przebiegu raka nerki, pobranie nerki do przeszczepu od żywego dawcy, organooszczędne wycięcie guzów nerki, cystektomię radykalną, adenomektomię.

Aktualnie panuje tendencja do coraz bardziej oszczędnego naruszania ciągłości powłok skórnych i warstw mięśniowych. Praktycznie przekłada się to na redukcję liczby portów, służących do wprowadzania narzędzi operacyjnych i urządzeń do przekazu obrazu. Wykonuje się zabiegi wymagające nawet czterech portów jak w przypadku laparoskopowej adenomektomii gruczołaka stercza. Obecnie istnieją tendencje do wykonywania zabiegów laparoskopowych z wykorzystaniem jednego portu.

Wśród wymienionych schorzeń na szczególną uwagę zasługuje rak gruczołu krokowego. Spowodowane to jest faktem, że należy on do najczęściej występujących nowotworów złośliwych w populacji męskiej. Wybór optymalnej metody leczenia uzależniony jest od wielu czynników – różnych u każdego chorego. Dlatego postępowanie lecznicze jest zawsze dobrane indywidualnie.

Głównymi kryteriami doboru metody leczenia są: stopień zaawansowania choroby, rozpoznanie patomorfologiczne i charakterystyka patomorfologiczna nowotworu złośliwego, wartość liczbowa markera PSA wolnego i całkowitego w surowicy, objawy kliniczne, wiek chorego oraz ogólny stan zdrowia w tym głównie wydolność krążeniowo – oddechowa pacjenta i inne.

W terapii miejscowego, niezawansowanego raka stercza na szczególną uwagę zasługują dwie metody leczenia. Są to prostatektomia radykalna oraz radioterapia radykalna. Ostateczną decyzję po aprobacie lekarza podejmuje pacjent. Jego świadoma zgoda jest decydującym

etapem terapii. Znacząca większość pacjentów, którzy kwalifikują się do terapii radykalnej podejmuje świadomą decyzję o poddaniu się leczeniu operacyjnemu.

Radykalne usunięcie stercza polega na wycięciu gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi i dystalnymi fragmentami nasieniowodów. Zabieg operacyjny dopełnia wycięcie węzłów chłonnych miedniczych – limfadenektomia miednicza.

Prostatektomię radykalną można wykonać z dostępu załonowego lub kroczonego. Zabieg ten można wykonać techniką endoskopową. W 1991 roku technikę tę zastosował amerykański urolog Wilhelm Schuessler. Zabieg można wykonać pozaotrzewnowo lub przezotrzewnowo. W związku z postępem technologii w wielu ośrodkach wykonuje się ten zabieg z użyciem robota.

Istotnym jest, aby dobór metody był jak najkorzystniejszy dla chorego nie tylko pod względem skuteczności terapii, ale również pod względem jakości życia po dokonanej zabiegu operacyjnym. Należy zadać pytanie, czy pod tym względem korzystniejsza jest endoskopowa prostatektomia radykalna z dostępu przezotrzewnowego, czy pozaotrzewnowego?

Tego trudnego zadania podjął się lekarz Sebastian Piotrowicz. Należy zauważyć, że takie opracowanie zostało przeprowadzone po raz pierwszy w Polsce. Dotyczyło ono HRQoL Health Related Quality of Life – jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia mężczyzn poddanych TERP (Transperitoneal Endoscopic Prostatectomy) – endoskopowa przezotrzewnowa prostatektomia radykalna z PLND (Pelvic Lymph Node Dissection) - limfadenektomia miednicza (rozszerzoną) lub EERP (Extraperitoneal Radical Prostatectomy z LND (Lymph Node Dissection) (ograniczoną).

W związku z powyższy uważam, że doktorant dokonał trafnego wyboru tematu swoich badań.

Przedstawiona mi do oceny dysertacja liczy 225 stron. Praca podzielona jest w sposób typowy na 13 rozdziałów.

Rozdział **pierwszy** zawiera wykaz 80 rycin, które wykonane są ze szczególną starannością i przedstawiają między innymi strukturę przestrzenną PSA oraz dokumentację fotograficzną z przeprowadzanych zabiegów.

Drugi rozdział przedstawia wykaz 41 tabel. Są one skonstruowane w logiczny i zrozumiały dla czytelnika sposób.

Trzeci rozdział wprowadza objaśnienia skrótów w liczbie 61.

Kolejny rozdział **czwarty** zatytułowany: **Wprowadzenie** przedstawia dane epidemiologiczne dotyczące zapadalności i umieralności na raka stercza, płuc, jelita grubego i pęcherza moczowego, standaryzowane współczynniki zapadalności i umieralności na raka gruczołu krokowego oraz zachorowalność na raka stercza w zależności od wieku.

W dalszym etapie został scharakteryzowany swoisty antygen sterczowy, rozpoznawanie raka stercza oraz określenie stopnia zaawansowania raka na podstawie przesłanek klinicznych. Kolejno doktorant scharakteryzował zasady ogólne wyboru metody leczenia i przedstawił w wyczerpujący sposób prostatektomię radykalną, jej rodzaje, powikłania pooperacyjne, jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. W końcowej części tego rozdziału przedstawione zostały metody i kryteria oceny jakości życia.

Rozdział **piąty** przedstawia cele pracy, którymi są:

1. Dokonanie oceny jakości życia chorych poddanych endoskopowej prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego lub pozaotrzewnowego ze szczególnym uwzględnieniem wpływu na ryzyko nietrzymania moczu i zaburzeń wzrodu prącia.
2. Określenie częstości występowania powikłań obserwowanych w okresie okołoperacyjnym u chorych podanych endoskopowej prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego lub z dostępu pozaotrzewnowego.
3. Określenie optymalnych warunków pozwalających na bezpieczne – zarówno pod względem onkologicznym jak i anatomicznym operowanie chorych na miejscowo zaawansowanego raka stercza, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu obrazowania wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego.

W rozdziale **szóstym** zatytułowanym **Material i metody** doktorant przedstawił materiał badawczy, który stanowiło 101 chorych, poddanych wyłącznie ERP- Endoscopic Radical Prostatectomii - Endoskopowej Radykalnej Prostektomi, którzy odesłali wypełnione przez nich ankiety pod względem QoL przed i po ERP (Extra Radical Prostetctomii) - dotyczące jakości życia po 12 miesiącach od wykonania operacji.

W grupie chorych poddanych TERP (Transperitoneal Endoscopic Prostatectomy) z rozległą PLND (Pelvic Lymph Node Dissection) było 71 mężczyzn. Natomiast w grupie EERP (Extraperitoneal Radical Prsotatectomy) było 30 mężczyzn. Zostali oni poddani ERP (Extra

Radical Prostatectomy) z dostępu pozaotrzewnowego i LND (Lymph Node Dissection). W tej części pracy zawarty został opis endoskopowej prostatektomii radykalnej i rekonstrukcji tylnej.

Dodatkowo autor omówił zastosowane metody badawcze dla określenia jakości życia. Dla potrzeb dysertacji dokonał kompilacji dwóch kwestionariuszy stosowanych powszechnie w badaniach nad jakością życia. Pierwszy opublikowany w 1992 roku i wykorzystywany do oceny HRQoL (HRQoL Health Related Quality of Life – jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia oraz drugi opublikowany w roku 1998 przez zespół autorów z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles. Przeznaczony jest do oceny QoL zależnej od raka stercza (PCaQoL).

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Zastosowano następujące narzędzia oceny statystycznej: test chi kwadrat, dokładny test Fischera, test U Manna – Withney’a – Wilcoxon, test Stuarta – Maxwella .

Rozdział **siódmy** zatytułowany: **Wyniki** przedstawia charakterystykę badanych grup chorych. Początkowo udział w obserwacjach zadeklarowało 165 chorych, a do końcowej analizy zakwalifikowano 101. Ankiety po 12 miesiącach od wykonanej operacji nie odesłało 54 mężczyzn. Dodatkowo 10 chorych wyłączono z obserwacji z powodu wznowy biochemicznej.

Badacz w tym rozdziale przedstawił analizę ogólnej jakości życia chorych poddanych prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego lub pozaotrzewnowego:

- analizę jakości życia zależnej od raka stercza chorych poddanych prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego lub pozaotrzewnowego;
- analizę jakości życia związanej z zaburzeniami wzwodu prącia u chorych poddanych prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego lub pozaotrzewnowego;
- porównanie jakości życia związanej z zaburzeniami wzwodu prącia mężczyzn poddanych endoskopowej przezotrzewnowej prostatektomii radykalnej i poddanych endoskopowej pozaotrzewnowej prostatektomii radykalnej z uwzględnieniem ich aktywności płciowej przed operacją;
- analizę jakości życia związanej z nietrzymaniem moczu chorych poddanych endoskopowej prostatektomii radykalnej;
- analizę jakości życia związanej z nietrzymaniem moczu u chorych poddanych prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego lub pozaotrzewnowego z wykonaniem tzw. rekonstrukcji tylnej;
- analizę jakości życia związanej z zaburzeniami czynności końcowego odcinka

- jelita grubego u chorych poddanych prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego lub pozaotrzewnowego;
- analizę czynności występowania powikłań w okresie okołoperacyjnym;
 - ocenę znaczenia obrazowania miednicy metodą wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego dla wyniku czynnościowego i onkologicznego endoskopowej prostatektomii radykalnej.

Kolejny rozdział **ósmym** omawia wyniki i dyskusję. Autor pracy przedstawił metody badania jakości życia chorych na nowotwór złośliwy, zwłaszcza na raka stercza.

Wskazania do wykonania limfadenektomii miedniczej doktorant oparł na określonych po TRUScoreBx (biopsja rdzeniowa stercza wykonana pod kontrolą ultrasonografii przezodbytniczej) na miernikach charakteryzujących PCa (prostate carcinoma). Mierniki te służą do szacowania ryzyka istnienia przerzutów w miedniczych węzłach chłonnych. Do szacowania ryzyka badacz oparł się na normogramie opracowanym w roku 2012 przez Alberto Brigantiego.

Kolejno wykazał wpływ endoskopowej prostatektomii radykalnej oraz limfadenektomii na jakość życia operowanych mężczyzn. W związku z tym dokonał oceny ogólnej jakości życia, jakości życia swoistej dla chorób gruczołu krokowego, czynność seksualnej, trzymania moczu (kontynencji), czynności końcowego odcinka jelita grubego.

Następnie przedstawił powikłania po endoskopowej prostatektomii radykalnej oraz rozległej limfadenektomii.

W końcowej części tego rozdziału omówione zostało znaczenie obrazowania metodą mpMRI (multiparametric magnetic resonance imaging) - wieloparametryczny rezonans magnetyczny.

Podsumowując należy stwierdzić, że autor w tym rozdziale omawia wyniki wykonanych badań oraz odnosi je do stosowanych dotychczas podobnych metod i osiągniętych rezultatów przez innych badaczy.

Rozdział 9 przedstawia wnioski w liczbie dziewięciu.

Wnioski:

1. Ogólna zależna od zdrowia jakość życia chorych (HRQoL) poddanych endoskopowej prostatektomii radykalnej z powodu raka stercza, mierzona na

podstawie kwestionariusza HR^{PCa/EPR}QoL, w niektórych domenach, zwłaszcza samopoczuciu i funkcjonowaniu społecznym, ulega po roku od operacji poprawie, a w pozostałych: funkcjonowaniu fizycznym, ograniczeniu roli społecznej z powodów fizycznych, ograniczeniu roli społecznej z powodów emocjonalnych, wigorze, bólu i poczuciu zdrowia, nie doznaje istotnej zmiany.

2. Zależny od stopnia ryzyka raka stercza sposób wykonania endoskopowej prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego z rozległą limfadenektomią miedniczą lub z dostępu pozaotrzewnowego z limfadenektomią ograniczoną – nie wpływa na zależną od zdrowia jakość życia mężczyzn po operacji.
3. Zaburzenia czynności seksualnych, związane głównie z upośledzeniem lub brakiem wzwodu prącia, występują aż u 27% chorych zakwalifikowanych do endoskopowej prostatektomii radykalnej, a tylko 2/3 mężczyzn współżyje płciowo przed operacją.
4. Jakość życia seksualnego, oceniona przez badanych mężczyzn po 12 miesiącach od endoskopowej prostatektomii radykalnej, okazuje się wyraźnie gorsza niż przed operacją, niezależnie od dostępu operacyjnego i zakresu limfadenektomii, przy czym zjawisko zmniejszenia jakości życia w zakresie tej domeny jest znamienne wyraźniejsze u mężczyzn aktywnych płciowo przed operacją, niż u mężczyzn nieprzejawiających przed operacją takiej aktywności.
5. Trzymanie moczu, mające znaczenie dla jakości życia zależnej od czynności dolnych dróg moczowych, oceniane przez operowanych mężczyzn w trzecim miesiącu od endoskopowej prostatektomii radykalnej ulega znacznemu pogorszeniu w stosunku do okresu sprzed operacji, jednak w ciągu kolejnych miesięcy dochodzi do znaczącej poprawy pod tym względem, zarówno u operowanych przezotrzewnowo, jaki i pozaotrzewnowo.
6. Wykonanie tzw. tylnej rekonstrukcji mięśniowo - powięziowej, mającej stanowić dynamiczne podparcie zespolenia pęcherzowo - cewkowego po wycięciu stercza, nie przyczynia się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu i tym samym do poprawy jakości życia zależnej od czynności dolnych dróg moczowych.

7. Wykonanie endoskopowej prostatektomii radykalnej, zarówno z dostępu przezotrzewnowego, jak i pozaotrzewnowego, nie wpływa ujemnie na jakość życia zależną od czynności końcowego odcinka jelita grubego.
8. Niebezpieczeństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych w okresie okołoperacyjnym u chorych na raka stercza dużego ryzyka poddanych endoskopowej prostatektomii radykalnej wykonanej z dostępu przezotrzewnowego nie jest większe niż u chorych poddanych mniej inwazyjnej operacji wykonania z dostępu pozaotrzewnowego.
9. Obrazowanie miednicy metodą wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego przed endoskopową prostatektomią radykalną umożliwia zmierzenie długości odcinka błoniastego cewki moczowej, mającego kluczowe znaczenie dla zachowania przez operowanych świadomej kontroli mikcji, a tym samym pozwala na antycypowanie ryzyka nietrzymania moczu po operacji i związanego z nim upośledzenia jakości życia oraz na oszacowanie szansy odzyskania przez operowanych funkcji trzymania moczu.

Kolejny 10 rozdział zawiera streszczenie przedstawione w języku polskim, a **11** w języku angielskim.

W **12 rozdziale** umieszczono piśmiennictwo, które stanowi 405 pozycji, z czego polskich autorów jest 47, a zagranicznych 358.

Ostatni **rozdział 13** - Suplement zawiera:

1. Pozytywna uchwała Komisji Bioetycznej dotycząca wyrażenia opinii o projekcie eksperymentu medycznego/badania klinicznego:
„Porównanie jakości życia chorych poddanych endoskopowej prostatektomii radykalnej wykonanej pozaotrzewnowo lub przezotrzewnowo oraz skuteczności onkologicznej i inwazyjności tych operacji”.
2. Świadoma zgoda pacjenta na udział w badaniu klinicznym.

3. Kwestionariusz oceny jakości życia chorych poddanych prostatektomii radykalnej – w języku polskim.
4. Kwestionariusz jakości życia chorych poddanych prostatektomii radykalnej w języku angielskim – **Ucla Prostate Cancer Index including the RAND 36 -Item Health Survey v2.**
5. **Ucla Prostate Cancer Index including the RAND 36 -Item Health Survey v2. - Scoring Instructions.**
6. References last updated 2002 rok w liczbie 41.
7. Klasyfikacja TNM raka gruczołu krokowego pochodząca z 2009 roku wg. Sobin. L. H. et all.

Recenzja przedstawionej mi do oceny rozprawy była wyjątkowo trudna ze względu na ogromny materiał badawczy, który przedstawił i poddał analizie doktorant.

Oceniana przez mnie praca stanowi ogromny wkład w naukę polską, nie tylko autora lek. Sebastiana Piotrowicza, ale również promotora pracy Pana Profesora dr hab. n. med. Jakuba Dobrucha.

Do oceny w postaci rozprawy doktorskiej otrzymałem wyniki wykonanych po raz pierwszy w Polsce badań dotyczących jakości życia mężczyzn leczonych z powodu raka stercza, za pomocą dwóch metod:

1. Chorych poddanych endoskopowej prostatektomii radykalnej z dostępu pozaotrzewnowego;
2. Chorych podanych endoskopowej prostatektomii radykalnej z dostępu przezotrzewnowego, której towarzyszy rozległa limfadenektomia.

Przedstawiona praca wskazuje, że doktorant jest nie tylko bystrym, spostrzegawczym i pracowitym lekarzem, ale znakomitym badaczem. Trud jaki zadał sobie lek. Sebastian Piotrowicz w trakcie prowadzonych obserwacji i przeprowadzone przez Niego analizy zasługują na najwyższe uznanie.

Konstrukcja pracy, język naukowy, język polski, opracowanie graficzne, zdjęcia, tabele, ryciny są wysokim poziomem. Na najwyższe uznanie zasługuje praktyczna strona przeprowadzonych badań.

Podsumowując należy jednoznacznie stwierdzić, że rozprawa lekarza medycyny Sebastiana Piotrowicza *„Analiza jakości życia chorych poddanych endoskopowej prostatektomii radykalnej z dostępu pozaotrzewnowego oraz endoskopowej prostatektomii*

radikalnej z dostępu przezotrzewnowego, której towarzyszy rozległa limfadenektomia” stanowi wyjątkowo cenny merytoryczny wkład w wiedzę współcześnie wykonujących oba rodzaje zabiegów urologów.

Efektom tego są wnioski, które w praktyce mogą pomóc zespołowi operacyjnemu dokonać wyboru – najlepszej i właściwej dla każdego chorego metody operacyjnej.

Należy zwrócić uwagę, że we wniosku trzecim należałoby ujednoczyć procenty i ułamek liczbowy. W wykazie skrótów brak jest skrótu, rozwinięcia i tłumaczenia - Limh Node Dissection. Nie ma to jednak żadnego wpływu na ocenę dysertacji. Pozwolę sobie zwrócić uwagę na to, że badacz wyznaczył sobie trzy główne cele – tezy, a dokonał odpowiedzi w 9 punktach - wnioskach. Uważam, że wprowadzenie równowagi w zakresie tez i wniosków byłoby korzystniejsze dla pracy, ale nie zmniejsza to jej bardzo wysokiej wartości.

Będąc bardzo wyczuwalnym na punkcie jakości języka naukowego i czystości języka polskiego, chciałbym podkreślić wysoki poziom językowy pracy zarówno pod względem naukowym jak i polonistycznym. Świadczy to o wysokiej kulturze i odczytaniu doktoranta, nie tylko w zakresie literatury fachowej.

Serdecznie zachęcam doktoranta do prowadzenia dalszych badań w tym kierunku, jak również do opublikowania wyników swoich obserwacji z tak znakomitego ośrodka, jakim jest Klinika Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

Stwierdzam, że Doktorant spełnił kryteria zgodne z ustawą z dnia 20 lipca 2018 roku o stopniach i tytułach naukowych.

W związku z powyższym zwracam się do Przewodniczącego Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Szanownego Pana Profesora dr hab. n. med. Ryszarda Gellerta o dopuszczenie lekarza Sebastiana Piotrowicza do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Mimo, iż doktorant nie spełnia kryteriów narzuconych przez Uchwałę Nr 5545 Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego z dnia 31 maja 2017 roku w sprawie ustalenia kryteriów uwzględnianych przy przeprowadzaniu przewodów doktorskich w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz kryteriów wyróżniania rozpraw doktorskich moim zdaniem praca ta powinna otrzymać wyróżnienie. Wydaje mi się, że powyższa uchwała powinna dotyczyć tych postępowań doktorskich, gdzie mamy do czynienia z materiałem naukowym przedstawionym w postaci zbioru publikacji, a nie monografii.

Recenzent nie powinien być ograniczony tego rodzaju uchwałą. Recenzja stanowi osobistą i dogłębną ocenę wartości merytorycznej przedłożonej do recenzji pracy. To czy

materiał naukowy został opublikowany, czy nie, nie może mieć wpływu na obiektywną recenzję i osobiste wrażenia oceniającego. Mając na uwadze fakt, że dzisiaj nie jest łatwo opublikować nawet wartościowy materiał naukowy, że okres oczekiwania na jego wydanie nie jest krótki, a nawet przeciwnie - długi uważam, że ocena i wyróżnienie pracy doktorskiej i jej opublikowanie w periodykach naukowych to zupełnie różne tematy.

W związku z powyższym mając na uwadze wyjątkowo trudne zagadnienie, którym zajął się doktorant, jak również włożony duży wkład w rozwój medycyny – urologii, ogrom pracy klinicznej i naukowej, wzorcowe opracowanie materiału naukowego, składam wniosek o wyróżnienie dysertacji.

Dr hab. n. med., dr n. hum. (filozofia) Sławomir Letkiewicz prof. nadzw.

Specjalista urolog