Oddział Ortopedii Onkologicznej

Szpital Specjalistyczny w Brzozowie

Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny

Im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie

Ul. Ks. Bielawskiego 18

36-200 Brzozów

Kierownik: dr hab. n. med. Grzegorz Guzik

Ocena rozprawy doktorskiej lek. Krzysztofa Miśkowca pt**."Aloplastyka pierwotna stawu biodrowego u osób powyżej 65 roku życia"**

Diagnostyka i leczenie zmian zwyrodnieniowych dużych stawów, a zwłaszcza stawu biodrowego i kolanowego są jednymi z najczęstszych i najważniejszych zadań współczesnej ortopedii. Protezoplastyka wykonywana jest szczególnie często u chorych w podeszłym wieku z licznymi chorobami współistniejącymi. Nowoczesne sposoby przygotowania chorych do leczenia operacyjnego z uwzględnieniem edukacji przedoperacyjnej pozwalają poprawić wyniki leczenia, skrócić czas hospitalizacji oraz powrotu do sprawności. Niezwykle ważna jest również sama technika operacyjna, nowoczesne instrumentarium oraz postęp jaki dokonał się w zakresie materiałów służących do produkcji implantów . Istnieje wiele protokołów postępowania okołooperacyjnego lecz szczególnie przydatny wydaje się szeroko ostatnio rozpowszechniany protokół ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Zakłada rezygnację z długotrwałej hospitalizacji, przedoperacyjne przygotowanie chorego do operacji poza szpitalem, edukację zmniejszającą stres, rezygnację z restrykcyjnej diety, stosowania dużej ilości płynów i premedykacji. Zakłada optymalizację dostępów operacyjnych i techniki operacyjnej, śródoperacyjne ogrzewanie chorego, unikanie zakładania cewników i rezygnację ze stosowania drenażu loży pooperacyjnej. Wykorzystywane są napoje węglowodanowe wysokoenergetyczne i wczesne uruchamianie i rehabilitacja .

Lekarz Krzysztof Miśkowiec podjął się trudnego, samodzielnego zadania oceny wyników protezoplastyki biodra u chorych, u których zastosowano autorski protokół postępowania okołooperacyjnego i porównania z wynikami osiąganymi w grupie chorych bez jego użycia. W tym celu porównał grupę 121 chorych prowadzonych sposobem klasycznym – ST z grupą 241 chorych leczonych z uwzględnieniem autorskiego protokołu postępowania okołooperacyjnego – AU. Pacjenci operowani byli w Klinice Ortopedii i Fizjoterapii Instytutu Fizjoterapii UJ CM w Krakowie w latach 2013-2014 – grupa ST oraz 2015-2016 – grupa AU. Z badania wykluczono chorych poniżej 65 roku życia oraz operowanych z innych wskazań niż pierwotna artroza stawu. U wszystkich chorych protezoplastyka stawu była zabiegiem pierwszorazowym. Przeanalizowano wiek , płeć oraz BMI chorych. Oceniono rodzaj użytych implantów oraz sposób ich osadzenia w kości. Doktorant szczegółowo przedstawił technikę operacyjną oraz standardowy oraz autorski sposób postępowania z chorymi. Odmiennością w protokole autorskim była edukacja przedoperacyjna odbywająca się 2 tata,

6 tygodni i 2 tygodnie przed planowanym terminem operacji podczas wizyt w poradni ortopedycznej. Pacjentom przekazywano listę czynności niezbędnych do wykonania przed operacją (szczepienie przeciw WZW, konsultacje lekarzy innych specjalności celem modyfikacji leczenia schorzeń przewlekłych, konsultacja anestezjologiczna, sanacja jamy ustnej, badania laboratoryjne) . Podczas hospitalizacji, przed operacją uzupełniano skale: HHS, WOMAC, PASE, NRS. Przed operacją podawano EXACYL – 1 amp. a w trakcie operacji pacjent był ogrzewany. Podczas zamykania rany operacyjnej wykonywano znieczulenie nasiękowe roztworem lignokainy lub bupiwakainy. W leczeniu bólu pooperacyjnego stosowano analgezję multimodalną. Po operacji stosowano wczesne usprawnianie. Wizyty kontrolne miały miejsce w 10-12 dobie po hospitalizacji (usunięcie szwów) oraz po 6 tygodniach (uzupełniano skale HHS, WOMAC, PASE, NRS).

Analizę statystyczną zmiennych ilościowych przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, minimum oraz maksimum. Porównania wartości zmiennych ilościowych testu Manna-Whitneya oraz t-Studenta. Do porównania zmiennych jakościowych użyto testu chi-kwadrat. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05.

Przedstawiona mi do recenzji praca liczy 67 stron maszynopisu, podzielona jest na 7 zasadniczych rozdziałów: wstęp, cel pracy i pytania badawcze, materiał i metody badań, narzędzia oceny wyników, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo. W oddzielnych rozdziałach autor zawarł streszczenie w języku angielskim, spis tabel, spis rycin, wykaz skrótów i załączniki.

We wstępie pracy autor uzasadnił znaczenie medyczne i społeczno ekonomiczne protezoplastyki biodra, uzasadniając je danymi z piśmiennictwa. Autor przedstawił cechy kliniczne i radiograficzne zmian zwyrodnieniowych biodra ora technikę operacyjną i rodzaje używanych implantów.

W rozdziale zatytułowanym „cel pracy" autor przedstawił problemy badawcze służące ostatecznie ocenie wyników protezoplastyki biodra. Oceniono czy protokół autorski wpłynął na poziom funkcjonalny, aktywność fizyczną, poziom bólu, skrócenie pobytu w szpitalu, i częstość powikłań.

Zasadniczy materiał badawczy obejmuje dokumentację 362 chorych operowanych i kontrolowanych w Klinice Ortopedii i Fizjoterapii Instytutu Fizjoterapii UJ CM w Krakowie i analizowanych z użyciem wcześniej wymienionych metod naukowych. Wyniki badań autor przedstawił w postaci tabel oraz obliczeń statystycznych uwzględniających zagadnienia pracy .

W dyskusji wyników doktorant wykazał się znajomością piśmiennictwa dotyczącego poruszanej problematyki. Szczegółowo ocenił wyniki prac uznanych autorytetów, które dotyczą tych zagadnień i porównał z uzyskanymi w swoich badaniach. Omówił i przeprowadził dyskusję własnych wyników. Wnioski zostały zawarte na stronie 45 w 5 punktach i w sposób jasny wynikają z układu pracy i przeprowadzonych badań.

Z obowiązku recenzenta zwracam uwagę na błędy i niedociągnięcia w przedstawionej dysertacji.

Autor nie dokonał głębszej analizy uzyskanych różnic w skalach HHS i WOMAC pomiędzy porównywanymi grupami chorych oraz braku różnic w zakresie PASE, NRS i liczby powikłań. Nie przedstawiono szczegółowych informacji na temat metod leczenia bólu pooperacyjnego i analizy ilościowej stosowanych leków. Brakuje kryteriów obiektywnych na podstawie których w pierwszej

dobie po operacji usuwano dren z loży pooperacyjnej. Autor nie podaje informacji dotyczących stosowania napojów węglowodanowych przed operacją. Podstawowym celem edukacji przedoperacyjnej jest redukcja lęku u chorych i możliwość rezygnacji z premedykacji. Autor nie przedstawił obiektywnych powodów dla których w autorskim protokole okołooperacyjnym nie zrezygnowano z premedykacji.

Ostatecznie stwierdzam, że praca jest napisana językiem zwartym, syntetycznym i zrozumiałym. Drobne błędy redaktorskie nie pomniejszają jej wartości a przedstawione wyżej zastrzeżenia merytoryczne nie przekreślają osiągniętych rezultatów.

Opiniowana rozprawa lek. Krzysztofa Miśkowca pt**."Aloplastyka pierwotna stawu biodrowego u osób powyżej 65 roku życia"** spełnia wymogi stawiane pracy na stopień doktora nauk medycznych. Jest wartościową pozycją naukową, która może być wykorzystana w sposób praktyczny. Temat podjęty przez autora wymaga dalszych badań i uzupełnienia w formie publikacji.

Mam zaszczyt przedstawić **Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM w Krakowie** wniosek o przyjęcie pracy oraz dopuszczenie lek. Krzysztofa Miśkowca do dalszych etapów przewodu doktorskiego.