

POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE

**Katedra i Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

71-252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Bohatyrewicz

Sekretariat Kliniki tel. 91 425 3236, fax 91 425 3246

e-mail: kkorttr@sci.pum.edu.pl, bohatyrewicz@orthopedics.pl

Dr hab. med. Łukasz Kołodziej, prof. PUM

Szczecin, 9 Sierpnia 2023

Katedra i Klinika Ortopedii,
Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu
Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
Zakład Rehabilitacji Narządu Ruchu
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
Ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin
tel./fax : 091 425 32 38
e-mail: lukas@hot.pl

Recenzja rozprawy doktorskiej dr Michała Malczaka

pod tytułem:

**„Porównanie wpływu dwóch technik dostępu przy endoprotezoplastyce
stawu biodrowego na stan funkcjonalny oraz wybrane wskaźniki postawy
ciała u pacjentów z koksartrozą”**

Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego, stała się złotym standardem postępowania w leczeniu zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego a także najczęściej wykonywanym zabiegiem rekonstrukcyjnym biodra. Wybór dostępu operacyjnego do stawu biodrowego, minimalizujący uszkodzenia tkanek lecz umożliwiający zadowalający wgląd w pole operacyjne, powinien leżeć w centrum zainteresowań każdego ortopedy. Z tego też względu temat badawczy podjęty przez dr Michała Malczaka, dotyczący

porównania dwóch technik dostępu operacyjnego do operacji aloplastyki stawu biodrowego, ma kluczowe znaczenie dla stałego polepszania opieki nad pacjentami. Jak zaznacza we wstępie autor dysertacji, uszkodzenia tkanek powstałe podczas wykonywania operacji, przekładają się bezpośrednio na utratę krwi, występowanie powikłań jak: infekcje, uszkodzenia naczyń i nerwów, zwichnięcia endoprotez, trwałość endoprotezy i konieczność wykonywania operacji rewizyjnych oraz wynik funkcjonalny. Materiał oparty jest na chorych leczonych operacyjnie w Klinice Ortopedii i Fizjoterapii UJ CM, kierowanej przez Profesora Artura Gądka, co w oparciu o wieloletnie doświadczenia ośrodka, pozwala traktować pracę jako podręcznik, mogący służyć pomocą licznej grupie ortopedów pogłębiających wiedzę o alloplastykach stawów biodrowych. Szczególnej wartości szkoleniowej dostarczają opisy dostępów operacyjnych wraz z kolorowymi zdjęciami śródoperacyjnym. Jest to godny polecenia i naśladowania przykład działań zasługujących na szczególną uwagę i promocję.

Z obowiązku recenzenta zmuszony jestem do zwrócenia uwagi na nieliczne niejasności i drobne błędy jakie znalazłem w treści rozprawy, które stanowią będą kolejne pytania do autora, podczas publicznej obrony pracy.

1. Tytuł pracy brzmi: „Porównanie wpływu dwóch technik dostępu przy endoprotezoplastyce stawu biodrowego na stan funkcjonalny oraz wybrane wskaźniki postawy ciała u pacjentów z koksartrozą” , natomiast cele pracy i pytania badawcze – przedstawione w rozdziale 2 na stronie 40, oraz wnioski w rozdziale 6 strona 144, odnoszą się do oceny dolegliwości bólowych, parametrów biochemicznych stanu zapalnego, wyników testów funkcjonalnych oraz radiologicznej oceny posadowienia panewki. Do zapowiedzianej w tytule pracy oceny „...wpływu dostępu na wybrane wskaźniki postawy ciała” wydają się odnosić jedynie różnice w długości kończyn powstałe po alloplastyce. Nie jestem przekonany, czy koniecznym było rozbudowanie tytułu pracy o ocenę postawy

ciała po protezie stawu biodrowego, skoro ocena postawy jedynie długości kończyn i wydaje się, że autor dysertacji śmiało może tytuł pracy skrócić.

2. Podpisy nad wybranymi tabelami i rycinami np. Tabela 2. Skala Kelgrena i Lawrence'a [materiał własny] czy Tabela 3 Skala Tonnisa'a [Źródło materiał własny] etc. Skale te są powszechnie znane i zaczerpnięte z piśmiennictwa i nie stanowią „materiału własnego autora”. Powinny więc być prawidłowo cytowane. Ponadto w rozdziale „Spis tabel” tabela 2 i tabela 3 mają jeszcze inny podpis [Źródło: zbiory własne]. Domyślam się, że autor jako doświadczony ortopeda, posiadał pokaźną biblioteczkę z klasycznymi pozycjami, w których wielokrotnie cytowano powyżej wymienione skale, ale zawsze należy podawać źródło z którego zostały one zaczerpnięte.
3. Recenzent nie odnalazł w spisie treści pozycji „streszczenie”. Spis kończy się na rozdziale 7 „Piśmiennictwo”. Streszczenie w języku polskim i angielskim jest zamieszczone na końcu pracy ale o jego istnieniu i umiejscowieniu w pracy czytelnik powinien móc dowiedzieć się ze spisu treści. Jest to uwaga natury redaktorskiej, lecz ważna dla czytającego. Ja zaczynam czytanie od streszczenia i musiałem przekartkować pracę aby je znaleźć.
4. Nie znalazłem w pracy opisanego sposobu doboru pacjentów do grup badanych. Czy był to dobór losowy? Czy operator dobierał pacjentów według własnych preferencji? Jako praktyk jestem w stanie przewidzieć, u którego z pacjentów dojsie małoinwazyjne do protezy, może mi sprawić problem i lepiej jest go nie wykonywać. Wartości BMI nie odzwierciedlają dostatecznie typu budowy, wiotkości tkanek etc. Dobór pacjentów może stanowić dość istotny czynnik zakłócający.

5. Okołooperacyjna utrata krwi jest jednym z najważniejszych elementów badanych nieomal w każdej z publikowanych prac dotyczących systemów z rodziny ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) czy Rapid Recovery. Określenie szacunkowej utraty krwi jest trudną i złożoną procedurą. W piśmiennictwie naukowym, dotyczącym alloplastyk stawów, zwykle stosuje się bardziej zaawansowane sposoby obliczania utraty krwi takie jak: metoda Grossa, metoda OSTHEO, metoda balansu hemoglobiny etc. Proponuję, w razie przygotowywania publikacji, wykorzystanie jednej z powyższych metod, co nada badaniom większej dokładności. Proszę też o informację czy u leczonych pacjentów stosowano okołooperacyjnie kwas tranexamowy.
6. Leczenie przeciwbólowe. Nie odnalazłem zestawienia stosowanych leków przeciwbólowych/przeciwzapalnych. Czy stosowano śródoperacyjnie, parenteralnie leki sterydowe? Czy zastosowanie leczenia przeciwbólowe, przeciwzapalne było identyczne w przypadku każdego pacjenta? Zastosowanie tych preparatów mogło mieć istotny, potencjalny wpływ na badane parametry stany zapalne.

Autor nie ustrzegł się kilku „literówek”, w tym kilkakrotnie wadliwie napisano słowo „postępowanie”. Uprzejmie proszę autora o poprawki edytorskie przed ewentualną publikacją pracy.

Zasadniczym celem pracy jest ocena wpływu dwóch technik dostępów operacyjnych na stan funkcjonalny i wybrane parametry posadowienia elementów endoprotezy stawu biodrowego.

Z obowiązku recenzenta oraz z ciekawości, jako praktykujący ortopeda, zmuszony byłem do zadania autorowi pracy kilku pytań, których wyjaśnienie przysłuży się do pogłębienia analizy przedstawionego materiału.

Uzyskane wyniki stanowią wielki krok w rozwoju wiedzy nad poprawą techniki operacyjnej a tym samym ograniczeniu urazu, jakim jest operacja, dla pacjentów będących najczęściej w starszym wieku, z licznymi chorobami współistniejącymi, poddawanych dużym zabiegom operacyjnym. Materiał ten, w opinii recenzenta, powinien zostać rozwinięty i omówiony w kolejnych publikacjach doktoranta jakie niewątpliwie zostaną dokonane.

Przedstawiona mi do oceny dysertacja jest ważnym i bardzo profesjonalnym opracowaniem naukowym. Autor w zwięzły, charakterystyczny dla praktyka ortopedy, przygotował praktyczne porównanie dwóch typów dojsć operacyjnych. Pracę czyta się płynnie nie tracąc w myślach najważniejszego wątku. Na podkreślenie zasługuje przydatność uzyskanych wyników w codziennej praktyce klinicznej.

Stwierdzam, iż recenzowana praca spełnia wszystkie kryteria stawiane pracom doktorskim i w związku z tym mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum wniosek o dopuszczenie lek. Michała Malczaka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dr hab. med. Łukasz Kołodziej, prof. PUM