

**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, Prof. PRz**

**Ocena rozprawy doktorskiej lek. Michała Malczaka: "Porównanie wpływu dwóch technik dostępu przy endoprotezoplastyce stawu biodrowego na stan funkcjonalny oraz wybrane wskaźniki postawy ciała u pacjentów z koksartrozą "**

Leczenie operacyjne pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów jest szeroko rozpowszechnione, uwalnia chorych od codziennych dokuczliwych dolegliwości bólowych i daje bardzo dobre rezultaty czynnościowe. Techniki operacyjne są stale udoskonalane. Zmieniają się materiały, kształty i sposoby mocowania protez z kością. Modyfikacji ulegają również dostępy operacyjne i narzędzia chirurgiczne. Zabiegi odbywają się z minimalnym uszkodzeniem tkanek miękkich a zwłaszcza mięśni, trwają krótko, rzadko wymagana jest transfuzja krwi. Rany pooperacyjne goją się szybciej, chorzy znacznie wcześniej odzyskują sprawność i wracają do normalnego funkcjonowania. Również powikłania występują znacznie rzadziej.

Niektóre aspekty protezoplastyki zarówno biodra jak i kolana czy barku są wciąż dyskusyjne i stanowią temat do gorących dyskusji oraz badań naukowych. Jednym z nich jest wybór optymalnego dostępu operacyjnego. Każdy ze stosowanych dostępów ma swoje zalety jak i wady a jego wybór w znacznej mierze zależy od indywidualnych preferencji lekarza. Wnikliwa ocena osiągniętych wyników endoprotezoplastyki stawów biodrowych z użyciem różnych dostępów operacyjnych jest istotna dla lekarzy jak i inżynierów i umożliwia dalszy postęp tej dziedziny ortopedii.

Lekarz Michał Malczak podjął się trudnego, samodzielnego zadania oceny wyników protezoplastyki biodra w zależności od stosowanych dostępów operacyjnych. W tym celu ocenił grupę 69 chorych leczonych w Klinice Ortopedii i Fizjoterapii UJ CM w Krakowie. Pacjentów podzielił na dwie grupy. Grupę DLA stanowiło 36 chorych operowanych z użyciem dostępu bezpośredniego bocznego oraz grupę DAA – 33 chorych operowanych z zastosowaniem dostępu przedniego. Doktorant postawił szereg hipotez badawczych: czy zastosowanie dostępu operacyjnego wpływa na poziom bólu, markerów uszkodzenia mięśni, markerów stanu zapalnego, utratę krwi, wyniki testów funkcjonalnych (TUG oraz CHAIR), wyniki skal funkcjonalnych (HHS, WOMAC), parametrów radiograficznych (kąta inklinacji i antewersji panewki) oraz różnicy długości kończyn.

Analizę statystyczną wyników dla DAA i DLA wykonał z użyciem testu T-Studenta i Manna-Whitneya. Do oceny zmian w czasie wykorzystał analizę wariancji z powtarzalnymi pomiarami lub w przypadku braku spełnienia założeń testu kolejności par Wilcoxon. Normalność weryfikował testem Shapiro-Wilka. Zmienne jakościowe ocenił za pomocą testu chi-kwadrat. W analizie przyjął poziom istotności 0,05. Analizę statystyczną wykonał w programie STATISTICA 13.5 PL.

Przedstawiona do recenzji praca liczy 134 strony maszynopisu, podzielona jest na 7 zasadniczych rozdziałów: wstęp, cel pracy i pytanie badawcze, materiał i metody badań, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo. W oddzielnych rozdziałach autor zawarł streszczenie, spis tabel, spis rycin i aneks z opisem skal.

We wstępie pracy znalazł się opis choroby zwyrodnieniowej biodra, jej epidemiologia, etiopatogeneza, objawy, diagnostyka i klasyfikacja. Autor przedstawił podstawy profilaktyki, rehabilitacji oraz leczenia nieoperacyjnego i operacyjnego. Scharakteryzował poszczególne dostępy operacyjne do biodra. Doktorant uzasadnił znaczenie medyczne protezoplastyki biodra i powód dla którego podjął badania.

W rozdziale zatytułowanym „cel pracy” autor przedstawił problemy badawcze. Zasadniczym celem pracy była ocena porównawcza bezpośredniego bocznego i przedniego dostępu operacyjnego w protezoplastyce biodra u chorych operowanych w Klinice Ortopedii i Fizjoterapii UJ CM w Krakowie. Doktorant postawił siedem pytań: czy zastosowanie dostępu operacyjnego wpływa na poziom bólu, markerów uszkodzenia mięśni, markerów stanu zapalnego, utratę krwi, wyniki testów funkcjonalnych (TUG oraz CHAIR), wyniki skal funkcjonalnych (HHS, WOMAC), parametrów radiograficznych (kąta inklinacji i antewersji panewki) oraz różnicy długości kończyn.

Zasadniczy materiał badawczy obejmuje dokumentację 69 chorych operowanych w Klinice Ortopedii i Fizjoterapii CM UJ w Krakowie. Wyniki badań autor przedstawił w postaci tabel oraz obliczeń statystycznych uwzględniających zagadnienia pracy.

W dyskusji 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 w 7 punktach i w sposób jasny wynikają z układu pracy i przeprowadzonych badań.

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

Ryc.28 w podrozdziale 3.4.7 opisuje sposób pomiaru różnicy długości pooperacyjnej kończyn. Podpis pod ryciną jest nieodpowiedni – kopia podpisu z ryciny 27. Sama metoda pomiaru budzi wątpliwości ponieważ po implantacji protezy łoża Kohlera może nie być widoczna jeżeli radiogram nie jest wykonany bardzo precyzyjnie w projekcji przednio-tylnej. W rozdziale dyskusja – str 111 Autor opisuje inny sposób pomiaru długości kończyn jako metodę użytą w badaniu ?.

Wartościowym i bardzo prostym sposobem oceny funkcjonalnej a zarazem uszkodzenia mięśni pośladkowych jest wykonanie testu Trendelenburga – autor powinien ocenić ten parametr w badaniu.

W badaniu brakuje informacji dotyczących liczby i rodzaju obserwowanych powikłań okołooperyacyjnych lub ich braku ( gojenie ran, infekcja, zwichnięcia, uszkodzenie implantów, złamania itd.).

Opiniowana rozprawa lek. Michała Malczaka „**Porównanie wpływu dwóch technik dostępu przy endoprotezo plastyce stawu biodrowego na stan funkcjonalny oraz wybrane wskaźniki postawy ciała u pacjentów z koksartrozą**” odpowiada wymogom stawianym 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. Michała Malczaka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.