

Bydgoszcz, dnia 7 czerwca 2019 r.

dr hab. Robert ŚLUSARZ

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Recenzja

rozprawy doktorskiej

lekarza Adama Druszcza

*pt. „Ocena skuteczności leczenia zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowego
stabilizatorem międzykolczystym”*

napisanej pod kierunkiem

dr hab. n. med. Bogdana Czapigi

Wrocław 2019, stron 127

Zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego stanowią narastający problem zdrowotny współczesnych społeczeństw rozwiniętych. Obecnie coraz częściej używa się pojęcia choroby cywilizacyjnej w odniesieniu do tych schorzeń. Ból powstający w obrębie kręgosłupa charakteryzuje się znaczną różnorodnością i ma tendencję do przekształcania się w ból przewlekły. Leczenie zespołów bólowych kręgosłupa obejmuje leczenie zachowawcze, operacyjne oraz tzw. minimalnie inwazyjne. Klasyczne metody zachowawcze obejmują między innymi fizykoterapię, leczenie ciepłem, odpowiednią pozycję ciała oraz leczenie przeciwbólowe. Cechą wspólną wszystkich metod minimalnie inwazyjnych jest dostęp przezskórny, w którym instrumenty wprowadzane są poprzez niewielkie cięcia punktowe.

Wyniki badań klinicznych z zastosowaniem grupy stabilizatorów dynamicznych w tym DIAM nie są jednoznaczne. Ocena kliniczna nie zawsze potwierdza ich skuteczność. W tym kontekście ocena efektywności stabilizacji międzykolcowej w porównaniu do mniej agresywnego postępowania zachowawczego i rehabilitacyjnego wydaje się bardzo istotna.

Z powyższych powodów podjęcie przez lekarza Adama Druszcza próby porównania wczesnych oraz odległych wyników leczenia chorych z chorobą zwyrodnieniową odcinka lędźwiowego kręgosłupa za pomocą stabilizatora międzykolcowego DIAM z chorymi leczonymi zachowawczo i rehabilitacyjnie, należy uznać za w pełni uzasadnione.

Oceniana rozprawa doktorska ma układ klasyczny. Praca liczy 127 stron wydruku komputerowego. Obejmuje 14 rycin i 5 tabel. Praca zawiera: część teoretyczną (42 strony), część metodologiczną (10 stron), analizę wyników badań (21 stron), dyskusję (21 stron), wnioski (1 strona), streszczenie w języku polskim i angielskim (6 stron), piśmiennictwo (18 stron) oraz załączniki (4 strony). Przywołane treści tworzą logicznie powiązaną całość.

Część teoretyczna pracy, połączona z przeglądem piśmiennictwa (str. 5-46) podzielona została na wstęp i dziesięć podrozdziałów. „**Wstęp**” wprowadza w zagadnienia pracy. Pierwsze dwa podrozdziały (1.1 i 1.2) przedstawiają rys historyczny oraz anatomie z patofizjologią krążka międzykręgowego. Kolejne pięć podrozdziałów (1.3 – 1.7) przedstawia zagadnienie kliniczne - epidemiologię, symptomatologię i diagnostykę, w tym badanie podmiotowe i przedmiotowe chorego oraz diagnostykę obrazową. Pozostałe trzy podrozdziały (1.8 – 1.10) omawiają leczenie zespołów bólowych kręgosłupa w tym technikę i wykonanie zabiegu operacyjnego z zastosowaniem stabilizatora międzykolcowego DIAM. *Zdaniem recenzenta - ta część dysertacji poparta jest specjalistycznym piśmiennictwem, co przemawia za dobrą znajomością zagadnienia przez Doktoranta.*

Część metodologiczna pracy (str. 47-56) uwzględnia cel i założenia pracy oraz zastosowaną metodę i opis grupy badanej. W rozdziale „**cel i założenia pracy**” (str. 47-48), Doktorant przedstawił cel główny pracy, którym było porównanie wczesnych oraz odległych wyników leczenia chorych z chorobą zwyrodnieniową odcinka lędźwiowego kręgosłupa za pomocą stabilizatora międzykolcowego DIAM z chorymi leczonymi zachowawczo i rehabilitacyjnie. Cel główny uszczegółowiony został czterema hipotezami badawczymi. W rozdziale „**Materiał i metody**” (str. 49-54), Doktorant scharakteryzował grupy badane (właściwą – 43 pacjentów leczonych z zastosowaniem systemu stabilizacji dynamicznej DIAM i kontrolną - 43 pacjentów leczonych zachowawczo) oraz kryteria włączenia i wykluczenia osób z badań. W analizie retrospektywno-prospektywnej, Doktorant dokonał trzykrotnej oceny (przed zabiegiem, we wczesnym okresie po zabiegu oraz rok po zabiegu) pacjentów za pomocą Kwestionariusza Oswestry (*Oswestry Disability Index*). Pacjentów leczonych zachowawczo obserwowano od momentu podjęcia decyzji o odstąpieniu od leczenia operacyjnego, po dwóch miesiącach leczenia zachowawczego oraz po roku od

początku obserwacji. Oceny nasilenia dolegliwości bólowych dokonywano w skali VAS (*Visual Analog Scale*). Pozostałe zmienne istotne z punktu przeprowadzenia badań (między innymi: wiek, płeć, nasilenie i długość trwania objawów choroby zwyrodnieniowej, poziom operowany, stosowanie rehabilitacji, nasilenie bólu pleców oraz nasilenie bólu kończyn dolnych, występowanie bądź nie: zaburzeń czucia krocza, zaburzeń funkcji zwieraczy, problemu z wyprostowaniem, impotencji, drętwienia) pozyskano z dokumentacji medycznej.

*Zdaniem recenzenta - pewien niedosyt budzi: 1.) Mało precyzyjny opis dotyczący miejsca przeprowadzenia badania (Oddział Neurochirurgii Szpitala Specjalistycznego im. dr. Alfreda Sokołowskiego w Walbrzychu?); 2.) Mało precyzyjny opis dotyczący pełnej charakterystyki socjodemograficznej grupy badanej i kontrolnej (tabela 5); 3.) Mało precyzyjny opis dotyczący zastosowanych narzędzi badawczych, a mianowicie: a.) brak informacji o zastosowanym Kwestionariuszu Oswestry Disability Index (str. 53) – dane dotyczące narzędzia - wersja oryginalna czy polska; dane dotyczące właściwości psychometrycznych (w tym trafność i rzetelność) polskiej wersji kwestionariusza; b.) brak informacji o zastosowanej skali Visual Analog Scale (str. 52) - dane dotyczące narzędzia - przypisu źródłowego, przedziałów bólowych (3 grupy), dane dotyczące właściwości psychometrycznych (w tym trafność i rzetelność) polskiej wersji skali. W części tej zabrakło również takich informacji jak: 1.) Okres wykonania badania (pacjenci z przedziału XI.2005 – XII.2007 roku?) – istotny z punktu widzenia aktualności uzyskanych wyników; 2.) Numer zgody Komisji Bioetycznej – istotny z punktu widzenia uwiarygodnienia całej procedury badawczej. Otrzymane wyniki poddano **analizie statystycznej** (str. 55-56), wykorzystując program STATISTICA v. 10.0 z zastosowaniem odpowiednich testów dla zmiennych ilościowych i jakościowych. Za statystycznie istotną przyjęto wartość $\alpha = 0,05$.*

Rozdział „**Wyniki badań**” (str. 57-77), przedstawia analizę przeprowadzonych badań własnych z odpowiednim komentarzem (w tym również statystycznym). *Zdaniem recenzenta - rozdział ten napisany jest niestarannie. Autor na podstawie jedynie 5 rycin i tylko 1 tabeli opisuje otrzymane wyniki. Przedstawiony opis nie nawiązuje również do postawionych hipotez badawczych. Obszerny opis przeprowadzonych analiz nie ma odzwierciedlenia w postaci graficznej – tabel, które ułatwiłyby dokładne analizowanie opracowanego materiału. Wszystko to powoduje, że przedstawiony materiał jest trudny do „śledzenia”. Niestety jest to najslabsza część dysertacji.*

W rozdziale „**Dyskusja**” (str. 78-98), Autor poddaje wnikliwej i krytycznej analizie wyniki badań własnych, konfrontując je z innymi badaniami. *Zdaniem recenzenta – ta część*

dysertacji jest nadmiernie rozbudowana. Na stronie 89, wers 10 od dołu, brakuje przypisu w przywoływanym przez Autora badaniu autorów z Czech.

Rozprawę doktorską Doktorant kończy sześcioma „**Wnioskami**” (str. 99). *Zdaniem recenzenta wysunięte wnioski nie są kompatybilne z postawionymi hipotezami badawczymi. A wniosek nr 2 nie nawiązuje do celu głównego dysertacji.*

„**Streszczenie**” (str. 100-105) w języku polskim i angielskim odzwierciedla strukturalnie układ pracy. *Zdaniem recenzenta – mało precyzyjny jest opis grupy badanej (Material), który nawiązuje tylko do pacjentów leczonych operacyjnie natomiast nie ma informacji o pacjentach leczonych zachowawczo. We wnioskach nie powinno uwzględniać się wartości procentowych (%), które przedstawiane są w rozdziale Wyniki. Streszczenie zawiera również błędy o charakterze stylistycznym, gramatycznym – dotyczy to głównie części: Cel pracy.*

Cytowane „**Piśmiennictwo**” (str. 106-123), obejmuje 192 pozycje, sporządzone według kolejności cytowania w tekście. *Zdaniem recenzenta - zastrzeżenie budzi: 1). Brak konsekwentności w mało starannie wykonanym opisie niektórych przypisów – dotyczy to między innymi kolejności przywoływania roku, numeru, stron, czy stosowanych skrótów czasopism (np. pozycje 5,7,21,23,24,28,29,36,102,163 itp.); 2). Niekompletny przypis pozycji 168 – dotyczący braku Autora, Tytułu, Terminu dostępu; 3). Kilkakrotne powielenie tej samej pozycji (36=47=54=99); 4). Dobór piśmiennictwa – na 192 pozycje, tylko 45 (23%) pozycji wydanych jest po 2010 roku; 5). Brak aktualnego piśmiennictwa – „najświeższa” literatura pochodzi z 2015 roku. Zastosowanie klasycznego stylu (alfabetycznego) sporządzenia piśmiennictwa, spowodowałoby uniknięcie większości wymienionych zastrzeżeń.*

„**Załączniki**” (str. 124-127), zawierają spis tabel i rycin oraz wykorzystane w badaniu narzędzie badawcze - *Oswestry Disability Index*. *Zdaniem recenzenta – przedstawione w załączniku narzędzie nie pochodzi z pozycji 151 – jak podaje Autor dysertacji, gdyż jest to wersja polska.*

Podsumowując – praca od strony redakcyjnej i merytorycznej przygotowana została poprawnie, układ jest czytelny i nie zaburza logiki rozumowania. Praca akcentuje istotne aspekty dotyczące próby porównania wczesnych oraz odległych wyników leczenia chorych z chorobą zwyrodnieniową odcinka lędźwiowego kręgosłupa za pomocą stabilizatora międzykolcowego DIAM z chorymi leczonymi zachowawczo i rehabilitacyjnie. Doktorant wykazał się dużą wiedzą teoretyczną oraz umiejętnością samodzielnego rozwiązania problemu naukowego. Wątpliwości i uwagi recenzenta proponuję wyjaśnić przez Autora

podczas publicznej obrony dysertacji doktorskiej, a ewentualne sugestie i zaproponowane zmiany, zostawiam do rozważenia przez Doktoranta przy ewentualnej publikacji pracy.

Stwierdzam, że praca doktorska lekarza Adama Druszcza pt. „*Ocena skuteczności leczenia zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowego stabilizatorem międzykolczystym*” spełnia wymogi stawiane rozprawom naukowym na stopień doktora nauk medycznych w świetle Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018 roku w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora.

Mam więc zaszczyt przedłożyć Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu moją **pozytywną ocenę** rozprawy i dopuszczenie lekarza Adama Druszcza do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK
Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego
i Neurochirurgicznego
dr hab. Robert Ślusarz