

Recenzja

dorobku naukowego doktora nauk medycznych Przemysława Nawrota i dwudzielnej rozprawy habilitacyjnej p.t. „ Skuteczność metod małoinwazyjnych w operacyjnym leczeniu neuropatii uciskowych kończyny górnej” oraz „Neuropatie uciskowe nerwów kończyny górnej”, w związku z postępowaniem o nadanie Autorowi stopnia naukowego doktora habilitowanego.

Oceny dokonałem w oparciu o przedstawiony mi niezwykle zdawkowy autoreferat, załączone egzemplarze monografii pod ww. tytułami oraz wykaz opublikowanych prac naukowych. Niestety, w autoreferacie stwierdziłem brak jakiegokolwiek omówienia treści poszczególnych publikacji, czy też wskazania do jakiego zagadnienia poszczególne prace, bądź ich grupy się odnoszą i do jakich wniosków prowadzą. Nie muszę dodawać, że utrudniło to wydanie opinii, czy rzeczywisty wkład habilitanta w rozwój reprezentowanej przez Niego dziedziny naukowej był „znaczący”.

Podstawowe dane o kandydacie

Wiek wnioskodawcy nie został w dossier ujawniony. W 1990 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu i rozpoczął pracę na oddziale ortopedii. Specjalizację z tej dziedziny medycyny uzyskał w 1998 r., a doktorat w 2001 r., na podstawie pracy o neuropatii uciskowej nerwu łokciowego.

Działalność kliniczna

Ten rozdział recenzji zazwyczaj rozpoczyna się od przytoczenia pozytywnych danych na temat wykształcenia zawodowego kandydata, kształcenia podyplomowego, odbytych kursów, staży i szkoleń krajowych i zagranicznych. Niestety w tej recenzji nie mam wiele z tej dziedziny do podkreślenia i wykazania na korzyść Kandydata , ponieważ autoreferat jest w tej części również niezwykle lakoniczny i podaje jedynie wzmiankę o stażu naukowym w Bremie

w 2001 r., podczas którego zapoznał się z podstawami zastosowania ultrasonografii w diagnostyce narządów ruchu (nie wiadomo, jak długi był to staż). Niemniej jednak, wnioskując z treści publikacji i materiału klinicznego załączonych monografii oraz ze zdawkowych wzmianek w autoreferacie należy przyjąć, że Kandydat jest dobrze wykształconym klinicystą, chirurgiem-ortopedą, parającym się głównie małoinwazyjnymi operacjami neuropatii uciskowych kończyny górnej. Nie zanedbuje również bardziej tradycyjnych dziedzin ortopedii, jak chirurgia kręgosłupa, czy endoprotezowanie. Osiąga w tych dziedzinach sukcesy, uczestnicząc w zespołach wykonujących jedne z pierwszych w Polsce rodzaje operacji z tych dziedzin. Osobiście rozwija metody chirurgii małoinwazyjnej oraz diagnostyki ultrasonograficznej. W zasadzie również Jego praca naukowa mieści się w nurcie działalności klinicznej, co zresztą osobiście uważam za zaletę nauki uprawianej przez lekarza-klinicystę i co w moich oczach podnosi wartość dorobku habilitacyjnego.

Działalność dydaktyczna i organizacyjna.

Dr Nawrot prowadzi ćwiczenia i wykłady ze studentami medycyny, a także szkolenie podyplomowe lekarzy biorących udział w kursach i szkoleniach, które odbywają się w jego klinice. Prowadzi również kursy podyplomowe CMKP, a także szkolenia specjalistyczne lekarzy w ramach kształcenia podyplomowego organizowanego przez regionalną Izbę Lekarską. W autoreferacie brak jest danych na temat kierowania przez Kandydata specjalizacjami lekarzy w dziedzinie ortopedii.

Dr Nawrot jest członkiem kilku towarzystw naukowych, w niektórych z nich pełnił funkcje z wyboru, był członkiem-założycielem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki oraz sekcji Spondylologii Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego. Udziela się również w działalności Izb Lekarskich.

Działalność naukowa

Dorobek naukowy dr Nawrota obejmuje łącznie 28 publikacji w czasopismach naukowych, w tym 10 oryginalnych prac twórczych, 11 prac poglądowych, 5 opisów przypadków i dwie prace o charakterze historycznym. Żadna z tych prac nie została opublikowana w czasopiśmie znajdującym się na Liście Filadelfijskiej, czy też posiadających współczynnik wpływu. Wszystkie 10 prac oryginalnych zostało opublikowanych w jednym czasopiśmie polskim - w Chirurgii Ruchu i Ortopedii Polskiej.

Przechodząc do omówienia tego dorobku. Praca oznaczona numerem 10: „Wpływ wieku chorego i czasu trwania neuropatii na wyniki operacyjnego leczenia neuropatii

uciskowych kończyny górnej” została wykonana na materiale 65 pacjentów z w.w. schorzeniem. Zostali oni drobiazgowo przebadani przed i po wykonanej operacji odbarczenia cieśni nadgarstka. Praca ma rzadko spotykaną konstrukcję, gdyż wyniki zostały opracowane statystycznie oraz przedstawione w szeregu szczegółowych tabel i zestawień, zajmujących aż 10 na 13 stron tej publikacji. Dyskusja, zajmująca niecałe pół strony, komunikuje główny wniosek, że wynik leczenia zarówno zespołu cieśni nadgarstka, jak i zespołu rowka nerwu łokciowego zależy bardziej od czasu trwania schorzenia, a mniej od wieku, czy płci operowanych. Zarówno liczba przebadanych pacjentów, jak też skład grupy i inne dane kliniczne, a także przytoczone w pracy metody, zestawienia i wyniki wskazują, że jest to dokładnie ten sam materiał, opracowany tymi samymi metodami i prowadzący do tych samych wniosków, które zostały podane w opracowaniu stanowiącym pracę habilitacyjną.

W podobny sposób można odnieść się do kilku jeszcze prac oryginalnych, a mianowicie do tych oznaczonych numerami 5,6, 7, 8 i 9, gdyż bazują one na tym samym materiale klinicznym, który został przedstawiony i omówiony w pracy habilitacyjnej, jak też na dosłownie tych samych zestawieniach, tabelach, rycinach i ilustracjach. W pracy oznaczonej nr.5 zreferowano wyniki operacji zespołu kanału nadgarstka wykonane jedną z metod małoinwazyjnych, stwierdzając że jest to metoda co najmniej nie gorsza od tradycyjnej i dająca zadowolenie i satysfakcję pacjenta z wykonanej operacji. W pracy nr 6 podobnie zreferowano wyniki operacji małoinwazyjnej w przypadkach zespołu rowka nerwu łokciowego. W pracy tej szczególny nacisk położony został na opis techniki wykonania zabiegu, wyniki zostały zreferowane już bardziej skrótowo, przedyskutowano m.in. dlaczego wyniki subiektywne (z punktu widzenia odczuć chorego) wypadają lepiej niż wyniki tzw. obiektywne. Praca oznaczona nr 9 jest natomiast formą pośrednią pomiędzy pracą oryginalną i przeglądową, czy też raczej edukacyjną, bowiem bazując wciąż na materiale tych samych w/w 65 chorych, bardzo szczegółowo i z pomocą licznych fotografii ukazuje szczegóły techniczne wykonania testów prowokacyjnych, a w dyskusji cokolwiek arbitralnie omawia ich wady i zalety, mniej uwagi poświęcając odniesieniu się do konkretnych uzyskanych w tym badaniu wyników. Formalnie jest to jednak praca oryginalna i nie ma potrzeby tego kwestionować. Nie da się tego jednak powiedzieć o pracy nr 7, którą Autor zaliczył do prac oryginalnych, a która jest tylko zbiorem opinii i refleksji autorów na temat praktycznego zastosowania metod małoinwazyjnych. Również praca nr 8 może budzić takie wątpliwości, gdyż (nawet jak precyzuje to tytuł), zawiera jedynie w luźnej formie „Uwagi dotyczące sprawności nerwów stosowane dla analizy skutków leczenia neuropatii uciskowych kończyny górnej” (tytuł w polskiej wersji oryginalnej).

Publikacje te przeszły proces kwalifikowania do druku w czasopiśmie naukowym, nie ma więc potrzeby ich ponownego recenzowania pod kątem merytorycznym i warsztatowym. Ograniczę się więc tylko do ogólnej refleksji, że Autor (pierwszym autorem jest w tych wszystkich pracach Dr Nawrot) znakomicie się czuje i dobrze wypada kiedy mówi o tle klinicznym schorzeń, ich objawach, stosowanych metodach, kiedy komunikuje swoje sądy na temat wartości poszczególnych sposobów diagnostyki i leczenia, czy konkretnych rozwiązań klinicznych. Te partie opracowań czyta się z przyjemnością, gdyż napisane są z werwą, ciekawie i dobrą polszczyzną, widać też, że znamionują autora, który z erudycją dzieli się swoim niemałym doświadczeniem klinicznym. Gorzej natomiast jest w tych opracowaniach z wywodem czysto naukowym – od sprecyzowania we wstępie problemu, określenia stanu wiedzy i stanu badań nad tym zagadnieniem oraz wkładu, który dane opracowanie zamierza wnieść, poprzez ściśle przedstawienie metodologii, treściwe zreferowanie wyników i dyskusję, w której wnioskowanie rygorystycznie opierałoby się na osiągniętych wynikach i odnoszących się doń danych z piśmiennictwa. Dane w sekcji „materiał kliniczny i metody” zazwyczaj są ujęte niezwykle zdawkowo, za to w tej części prac drobiazgowo opisywana jest technika operacyjna, czy wykonywania testów diagnostycznych. Wyniki w jednej pracy zajmują ćwierć strony, w innej 10 stron. Abstrakty w niektórych pracach to 3-4 linijki tekstu, z którego nie sposób wywnioskować o istotnych treści pracy, itd. Mówiąc syntetycznie, Autor ma wyraźne problemy z konwencją wywodu naukowego i chętnie ucieka w luźne rozważania, w których te niedostatki pokrywane są rzeczywistą erudycją klinicysty.

Prace oznaczone numerami 1, 3 i 4 odnoszą się do różnych innych zagadnień z zakresu ortopedii klinicznej, jak rola badań densytometrycznych, ocena techniki małoinwazyjnej w chirurgii kręgosłupa, czy ocena skuteczności „tradycyjnych” rodzajów operacji w zespole rowka nerwu łokciowego. Są względnie poprawnie napisane, a ich merytoryczna zawartość wnosi nowe informacje w swoim zakresie tematycznym.

Co znamienne, znaczną część dorobku Kandyda stanowią prace pogładowe, gdyż świadomie, czy podświadomie, czuje się on dobrze w roli wykładowcy, nauczyciela, czy wręcz pedagogue zagadnień, którymi zajmuje się w swojej praktyce klinicznej. Ze swadą i temperamentem oraz zazwyczaj ze znajomością rzeczy omawia temat, nie szczędząc osobistych sądów i ocen. Prace te czyta się dobrze, ale biorąc pod uwagę ich treść, jawią się one w znacznej większości jako opracowania o charakterze raczej edukacyjnym, niż „naukowym”. N.p. praca pogładowa „Współczesne poglądy dotyczące diagnostyki i leczenia zespołu rowka nerwu łokciowego” jest dość krótkim opracowaniem podającym podstawowe objawy kliniczne, metody badania i diagnostyki oraz stosowane sposoby postępowania w tej

chorobie. Jest to praca raczej na poziomie propedeutyki zagadnienia, która bardziej odpowiada potrzebom lekarza domowego, niż nawet specjalisty- ortopedy. Podobna w charakterze, a wręcz bliźniacza jest praca pt. „Współczesne poglądy dotyczące diagnostyki i leczenia zespołu kanału nadgarstka”, podobnie można się też wypowiedzieć co do pracy pt. „Ważne aspekty kliniczne w leczeniu i rozpoznawaniu zespołu kanału nadgarstka u osób starszych”, która jest w zasadzie materiałem edukacyjnym dla geriatrów, i tak dalej w odniesieniu do wielu kolejnych opracowań o charakterze pogładowym.

Trochę dziwne, ale przepatrując Internet w poszukiwaniu dorobku naukowego Kandydata, znalazłem również publikację niewymienioną w spisie dorobku, mianowicie „Neuropatie uciskowe nerwu pośrodkowego, występujące na poziomie łokcia”, opublikowaną w r. 2009 w czasopiśmie Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska, 74 (2), 65-67, 2009

Dr Nawrot w swoim dorobku zamieszcza również 15 doniesień zjazdowych, w znakomitej większości, a nawet praktycznie wyłącznie przedstawionych na zjazdach krajowych różnej rangi. Jedynie jedno doniesienie zostało przedstawione na światowym kongresie geriatrycznym. Nie da się ukryć, że jak na dwadzieścia kilka lat pracy klinicznej i naukowej, nie jest to aktywność znaczna, a od kandydata na samodzielnego pracownika naukowego w dziedzinie medycyny klinicznej można by oczekiwać doświadczeń wynikających z aktywnego udziału przynajmniej w kilku międzynarodowych zjazdach i konferencjach naukowych.

Praca habilitacyjna

Przedłożona praca habilitacyjna jest cokolwiek nietypowa, ponieważ składa się z dwóch części. Pierwsza z nich („Neuropatie uciskowe nerwów kończyny górnej”) jest klasyczną monografią dotyczącą szeroko pojętej problematyki zespołów związanych z uciskiem nerwów w obrębie kończyny górnej. Pierwszym rozdziałem jest wprowadzenie do tej problematyki, w którym Autor w sposób ogólny przedstawia patofizjologię zespołów uciskowych, zasady diagnostyki, metody leczenia zachowawczego i chirurgicznego oraz sposoby oceny wyniku leczenia. Następne trzy rozdziały dotyczą patologii nerwu pośrodkowego, nerwu łokciowego oraz nerwu promieniowego.

W sposób typowy dla monografii Autor przedstawia poszczególne zagadnienia od podstaw (które generalnie powinny być znane specjalistom takim jak neurologi, ortopedy, czy neurochirurdzy), do szczegółowych rozwiązań diagnostycznych oraz leczniczych, przy czym te ostatnie naświetla, interpretuje i komentuje opierając się na własnym, bogatym doświadczeniu klinicznym. Właśnie to nasycenie tekstu osobistą refleksją lekarza- erudyty o

bogatym doświadczeniu zawodowym wybitnie podnosi wartość tego opracowania, które zresztą napisane jest w całości w sposób kompetentny, żywy, ciekawy i przystępny, z werwą (chciałoby się powiedzieć „z nerwem”), bardzo dobra polszczyzną. Jest to bardzo dobra monografia zagadnienia, w której rzeczy dla siebie interesujące znajdują zarówno adepci w/w specjalności, jak i specjaliści (włącznie z tymi którzy w sposób szczególny zajmują się zespołami cieśni), a nawet tzw. lekarze rodzinni, czy wręcz zainteresowani pacjenci..

Przy tych wszystkich pozytywach opracowania jako monografii, trudno byłoby mi przyznać mu rolę pracy habilitacyjnej, raczej należałoby je zaliczyć do dorobku habilitanta w jego części dydaktycznej, jako bardzo zresztą wartościową i mocną pozycję. Powody takiego osądu są dwa. Po pierwsze, w drugiej części pracy habilitacyjnej – o której poniżej i która zawiera badania własne Autora – pomieścił On znaczną część tejże monografii i to w wersji wręcz dosłownej, z tym samym układem, treścią, rycinami i omówieniami. Po drugie, nie wydaje mi się dobrym pomysłem mieszanie formuły monografii i pracy kwalifikacyjnej (jak doktorska, habilitacyjna, etc.). Jak wiadomo, rozprawa kwalifikująca na stopień naukowy z zasady powinna eksponować ze szczegółami warsztat badawczy, podawać detale eksperymentu, precyzyjnie i konsekwentnie przeprowadzać rozumowanie od przesłanek podjęcia badań do wyciągniętych wniosków, w sposób ścisły i udokumentowany operować źródłami, zademonstrować w dyskusji znajomość przedmiotu i erudycję badacza, itd. W monografii natomiast autor nie tyle wystawia do oceny swój warsztat badawczy i znajomość rzeczy, co stara się dotrzeć do szerszych kręgów odbiorców, często nie będących ścisłymi specjalistami w danej dziedzinie. Dlatego przedstawia stan rzeczy bardziej syntetycznie i swobodnie, korzysta z wyników badań nie tylko swoich, ale też i innych autorów, a po szczegóły odsyła do prac opublikowanych, ponieważ większości czytelników nie są one niezbędne, a specjalistom wcześniejsze publikacje są na ogół znane. Przy tym wszystkim wygłaszane w pracy sądy mogą być bardziej osobiste i niekoniecznie odpowiadać surowym regułom skrutynizacji naukowej. Dlatego właśnie za pracę habilitacyjną w sensie ścisłym uznałbym tylko drugą przedłożoną pozycję pt. „ Skuteczność metod małoinwazyjnych w operacyjnym leczeniu neuropatii uciskowych kończyny górnej”.

W opracowaniu tym zawarł Autor wyniki obserwacji klinicznych dotyczących grupy 65 chorych z dwoma rodzajami zespołów cieśni, których osobiście kwalifikował do operacji, operował za pomocą metod małoinwazyjnych i badał po upływie 4 tygodni oraz 6 miesięcy od operacji. Ogólnie oceniając to opracowanie należy przyznać, że zgromadzony materiał kliniczny jest znaczny, wszyscy pacjenci zostali drobiazgowo przebadani za pomocą różnych

testów „obiektywnych” i subiektywnych”, a wyniki zostały przedstawione w szeregu wręcz drobiazgowych zestawień, tabel i rycin. Opracowanie statystyczne wyników jest na ogół poprawne. Wykonane badanie doprowadziło do udzielenia odpowiedzi na postawione w założeniach pytania. Tak więc opracowanie to zasadniczo ma wystarczającą „masę krytyczną”, aby mogło być pozytywnie rozpatrywane jako praca kwalifikacyjna na stopień doktora habilitowanego.

Uwagi do pracy mogą dotyczyć jej znaczenia i aktualności oraz pewnych słabości kompozycyjnych, czy nawet warsztatowych. Co do znaczenia i aktualności. Niewątpliwie jest to może jedyne, a może najważniejsze opracowanie monotematyczne dotyczące leczenia chirurgicznego zespołów cieśni kończyny górnej **w piśmiennictwie polskim**. Jednakże, nawet z piśmiennictwa przytoczonego w publikacji wynika, że światowa dyskusja na poruszane w pracy tematy toczyła się raczej na przełomie lat 90-tych i dwutysięcznych. N.p. już w roku 2003 zostało opublikowane badanie randomizowane, porównujące wyniki endoskopowego i konwencjonalnego leczenia zespołu cieśni nadgarstka (poz. 124 piśmiennictwa). Tak więc trudno przyznać walor aktualności niniejszemu opracowaniu, przedstawianemu w roku 2012-13, nawet jeżeli same operacje były wykonane wcześniej. Przyznam, że raczej nie podnosiłbym tego zastrzeżenia, gdyby kolejne, czy też częściowe wyniki tego badania zostały opublikowane wcześniej w jakimkolwiek czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym. Stanowiłoby to bowiem dowód, że Autor w porę i w sposób kompetentny, chociaż odrobinę włączył się w światową dyskusję na podjęte w pracy tematy. Jednakże tak się nie stało, dlatego doceniając zakres wykonanych badań, całą erudycję Autora i jego kompetencje kliniczne, przyznałbym temu opracowanie znaczenie tylko lokalne – a więc dla rozwoju tego działu ortopedii w Polsce, ale nie na świecie. Nie jest to mało i wprowadzenie nowej metody operacji u siebie i w Kraju zasługuje niewątpliwie na uznanie dla Autora jako wybitnego klinicysty, ale ma już mniejsze znaczenie dla rozwoju gałęzi nauk klinicznych zwanych ortopedią.

Uwagi co do kompozycji i warsztatu naukowego pracy. Publikacja składa się z dwóch w znacznym stopniu niezależnych części: w jednej omawia Autor problematykę zespołu cieśni nadgarstka, w drugiej zespół rowka nerwu łokciowego. Obie poprzedza i łączy bardzo krótki wstęp dotyczący patologii zespołów uciskowych, natomiast potem obie sprawy referowane są niezależnie, rzekłbym w sposób lustrzany, z dosłownym wręcz powtarzaniem tych samych elementów i sformułowań, nieraz nawet z tymi samymi błędami. Przykładem takiego zupełnie niepotrzebnego powtórzenia i to z tym samym błędem, jest definicja specyficzności testu na str. 38 w odniesieniu do cieśni nadgarstka i na str. 45 w odniesieniu do nerwu łokciowego.

Specyficzność (raczej w j. polskim swoistość) nie jest, oczywiście stosunkiem wyników testu **prawdziwie pozytywnych** do liczby stanów „negatywnych” (suma pn+fp), a raczej stosunkiem wyników **prawdziwie negatywnych** do „negatywnych” (suma jw.). Aby już nie wracać do oceny siły testów: w metodologii dwukrotnie Autor podaje, że czułość i specyficzność wyznaczał w stosunku do **subiektywnej oceny bólów w nocy** (str. 38 i 45), natomiast w opisie wyników, zarówno na str. 54, jak i na 72 pojawia się stwierdzenie, że te parametry testu wyznaczał „**w odniesieniu do subiektywnej oceny parestezji**”. Pomijając już te błędy i niekonsekwencje, takie dosłowne powtarzanie w dwóch miejscach opisu tych samych elementów metodologii, wyników, omówienia, jest dla czytelnika irytujące i w mojej opinii jest wyrazem słabości kompozycji pracy, do czego nawiążę poniżej.

Przykłady niedostatków struktury i kompozycji pracy odnajdziemy n.p. w pięciostronicowym rozdziale 3.- Materiał. Znajdujemy tam tylko 8 linijek tekstu rzeczywiście dotyczącego doboru i opisu materiału klinicznego, na którym Autor wykonał swoje badania. Resztę, ku zaskoczeniu czytelnika, zajmuje opis małoінwazyjnej techniki operacyjnej. I dopiero w rozdziale 6. Omówienie, znowu znajdujemy informację, której w tym miejscu się nie spodziewamy, bowiem jej miejsce jest właśnie w rozdziale o materiale klinicznym cyt.: *„Grupa chorych z zkn., która była przedmiotem mojej pracy, nie stanowiła grupy ludzi czynnych zawodowo. W zdecydowanej większości ludzie ci korzystali z różnej formy opieki Państwa nad obywatelem (emerytura, renta, zasiłek). Do badań wybrałem grupę osób, u których nie mogłem określić powodu ucisku nerwu. Nie stwierdziłem wywiadu urazowego (brak epizodów złamań i innych obrażeń). Wykluczyłem przewlekłe procesy zapalne i zaburzenia metaboliczne. Utworzyłem grupę chorych, którą mogłem nazwać grupą idiopatyczną, etc. ... Chorzy stanowiący grupę badaną byli już objęci leczeniem nieoperacyjnym, jednak bez stosowania iniekcji steroidów do kanału nadgarstka” ...*

Doceniając nakład pracy niezbędny do wykonania tego opracowania, trudno powstrzymać się od uwagi, że w tym przykładzie, jak w zwierciadle wkłęśłym, skupia się brak doświadczenia Autora w publikowaniu. Umiejętność tę można nabyć jedynie podejmując uparcie próby publikowania w czasopismach o randze międzynarodowej, które stosują rygorystyczne kryteria oceny manuskryptów, w tym również pod kątem formalnym. Wątpię na przykład, aby znalazło się wiele międzynarodowych czasopism naukowych, które dopuściłyby przedstawienie wyników na 10 stronach druku - o czym była mowa przy recenzji dorobku naukowego. Dlatego chcąc pracę wydrukować, autor musiałby nauczyć się, jak, zwięźle i treściwie zaprezentować swoje wyniki. Z kolei rozdział materiał i metody, który wielu autorom wydaje

się zdawkowym, jest zwykle najbardziej uważnie oceniany przez recenzentów - obok wstępu, w którym podaje się dowody na znaczenie i aktualność pracy. Jeżeli autor udowodni recenzentowi, że jego badanie jest ważne i aktualne, materiał właściwie dobrany, a metody akceptowalne, wówczas wyniki automatycznie są wiarygodne, a praca ma otwartą drogę do publikacji. Dyskusję i wnioski można bowiem aż do skutku poprawiać i uzupełniać i zwykle recenzenci dają autorowi tę szansę, dołączając swoje sugestie w tym kierunku. Moje doświadczenie jako autora, jak i recenzenta wielu prac o profilu klinicznym mówi, że powodem odrzucenia manuskryptu są zazwyczaj (obok niedostatecznej ważności i aktualności pracy) właśnie niedostatki w doborze materiału klinicznego i błędy w metodologii, których autorzy nie są w stanie skorygować. Mówiąc krótko i syntetycznie: gdyby Autor spróbował wysłać do publikacji w czasopiśmie międzynarodowym swoje opracowanie w tej formie, otrzymałby prawdopodobnie uwagę pt. „selected material”, co by oznaczało praktycznie dyskwalifikację pracy z powodu niemożności udowodnienia komukolwiek, że pacjenci operowani metodą małoinwazyjną to byli tacy sami pacjenci, jak operowani metodami tradycyjnymi, a nie wyselekcjonowani dla otrzymania lepszego wyniku.

Doceniając całą erudycję kliniczną Autora miałbym również pewne uwagi co do konstrukcji wstępu i dyskusji. Obie te części pracy czyta się z przyjemnością i widać w nich zarówno kompetencje Autora, jego erudycję kliniczną jak i znajomość zagadnienia. Jednakże za dużo tam podstawowej propedeutyki zagadnienia i rozmaitych sądów i osądów personalnych, (wygłaszanych zresztą ze swadą i na pewno słusznych), a za mało „twardego” wskazania w kategoriach naukowych, jaki jest stan wiedzy i aktualnie prowadzonych badań nad zagadnieniem i w którym konkretnym miejscu podjęte przez autora badania włączają się w światowy wysiłek badawczy i jakie luki w wiedzy mają ambicje uzupełnić. Podobnie jest zresztą w dyskusji – zbyt mało jest konkretnej konfrontacji uzyskanych wyników własnych z konkluzjami płynącymi z prac innych autorów.

Podsumowując, praca przedstawiona jako habilitacyjna jest zasadniczo kompetentnym opracowaniem z dziedziny medycyny klinicznej, oparta jest na dużym, generalnie właściwie opracowanym materiale klinicznym. Znamionuje badacza o zacięciu klinicznym, można powiedzieć, że specjalistę wysokiej klasy, obdarzonego też erudycją, werwą i umiejętnością interesującej prezentacji podejmowanych zagadnień. Praca ma też niedostatki w zakresie jej ważności i aktualności, jak również zdradza pewne braki w warsztacie naukowym autora oraz odnośnie jego umiejętnościach właściwego przygotowania pracy do druku. Na korzyść opracowania przemawia fakt, że ma ono charakter czysto kliniczny, co niestety, jest coraz

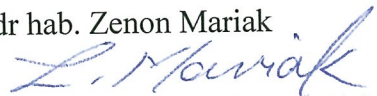
rzadsze w naszej medycynie, ponieważ jest szczególnie trudno osiągnąć sukces „bibliometryczny”, czy też w jakikolwiek inny sposób nawiązać do poziomu światowego uprawiając medycynę czysto kliniczną. Ten charakter pracy w mojej personalnej optyce i ocenie podnosi jej wartość i w jakiś sposób niweluje braki, o których wspomniałem powyżej. Tak więc skłonny byłbym rekomendować tę pracę jako odpowiadającą wymogom, stawianym kandydatom na stopień naukowy doktora habilitowanego.

Niestety, takiej pozytywnej opinii nie mogę wydać o dorobku naukowym Kandydata, którego poszczególne pozycje zdradzają istotne braki w zakresie warsztatu naukowego Autora, w szczególności nieumiejętność zastosowania się do wymogu przedstawienia wyników badań w standardowym wywodzie naukowym. Dorobek jest też zdecydowanie niewystarczający tak w kategoriach ilościowych (jedynie 9, lub nawet 8 prac oryginalnych – p. powyżej), jak i jakościowych – mówimy tu zarówno o randze czasopism, w których kandydat publikuje, jak i o braku w dorobku chociażby jednej nawet publikacji w czasopiśmie posiadającym „Impact Factor”. Kandydat nie przedstawił również dowodu, że brał (przynajmniej więcej niż raz) czynny udział w konferencjach naukowych o randze międzynarodowej. Pozytywna decyzja byłaby po prostu nieuczciwa wobec innych kandydatów, od których dzisiaj wymagamy przedstawienia dorobku obdarzonego tymi walorami i którzy podejmują znaczny nieraz wysiłek, aby mieć takie osiągnięcia. Nabywają przy tym umiejętności i wiedzy, niezbędnej aby publikować samemu i pokierować rozwojem naukowym swoich podopiecznych, co jest przecież podstawowym kryterium, aby przyznać komuś rangę „samodzielnego pracownika naukowego”. Dzięki konsekwentnemu stosowaniu takich kryteriów polska nauka w coraz większym stopniu staje się międzynarodowa i coraz rzadziej słyszymy, że czasopisma międzynarodowe są dla Polaków niedostępne, bo są otwarte tylko „dla swoich”.

Mając na uwadze te okoliczności, muszę niestety odmówić mojej rekomendacji uznania dorobku habilitacyjnego znakomitego klinicysty – Doktora Przemysława Nawrota – za wystarczający do ubiegania się o stopień naukowy doktora habilitowanego. W tej sytuacji zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wnioskiem o zamknięcie na tym etapie przewodu habilitacyjnego i niepodejmowanie dalszych etapów postępowania zmierzającego do nadania Kandydatowi stopnia doktora habilitowanego.

Białystok, 12 05 2013 r.

Prof. dr hab. Zenon Mariak


Klinika Neurochirurgii AM w Białymstoku