KATEDRA i I KLINIKA ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE

SPSK NR 4, ul. Jaczewskiego 8, 20-090 LUBLIN,
Tel. (0-48)- 81-724-43-32 **Fax** (0-48)- 81-724-45-50 **E-mail** anest@umlub.pl

Lublin 2017-09-10

Recenzja rozprawy doktorskiej lek med. Piotra Bobika pt. *„Ocena analgezji pooperacyjnej i wczesnej aktywności fizycznej u pacjentów poddanych zabiegowi pierwotnej endoprotezoplastyki stawu kolanowego po zastosowaniu blokady nerwu udowego”*.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska pt. „Ocena analgezji pooperacyjnej i wczesnej aktywności fizycznej u pacjentów poddanych zabiegowi pierwotnej endoprotezoplastyki stawu kolanowego po zastosowaniu blokady nerwu udowego”, jest niezwykle interesującą analizą wpływu leczenia przeciwbólowego na wczesną rehabilitację chorych po operacji wszczepienia protezy stawu kolanowego. Praca ta ma wymiar nie tylko poznawczy, lecz także praktyczny. Rozprawa jest napisana w sposób typowy dla tego rodzaju dysertacji, zwięźle i zrozumiale oraz z zachowanym układem rozdziałów. Analiza danych poparta jest 16 tabelami, 14 rycinami oraz 2 fotografiami, które zawierają graficzną analizę uzyskanych przez Doktoranta wyników, oraz przedstawiają sposób wykonania blokady nerwu udowego. Dysertacja poparta jest 120 pozycjami piśmiennictwa, w większości zagranicznego.

Leczenie bólu pooperacyjnego jest jednym z najważniejszych zadań anestezjologa. Niewłaściwe postępowanie przeciwbólowe nie tylko utrudnia prawidłowe leczenie, lecz także opóźnia rehabilitację, wydłuża pobyt chorego w szpitalu oraz pogarsza końcowy wynik leczenia. Źle kontrolowany ból pooperacyjny zwiększa także ryzyko wystąpienia zaburzeń poznawczych we wczesnym okresie pooperacyjnym. Z tego też powodu podjęty przez Doktoranta problem jest bardzo ważny i aktualny, zaś wyciągnięte z badań wnioski wnoszą istotne informacje do praktyki klinicznej.

Swoją rozprawę lekarz medycyny Piotr Bobik rozpoczął zwięzłym wstępem przedstawiając pokrótce anatomię stawu kolanowego oraz przyczyny jego pierwotnego uszkodzenia. Doktorant podkreśla przy tym społeczny charakter choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego będącą szóstą, co do częstości występowania, przyczyną niepełnosprawności. Omawiając pierwotną artrozę stawu kolanowego Doktorant podkreśla także istotną komponentę bólową w rozwoju tej choroby. Problem ten jest niezmiernie istotny dla postępowania pooperacyjnego, gdyż wieloletnie dolegliwości bólowe znacząco potęgują obawy chorego związane z wczesną rehabilitacją. Ostry ból pooperacyjny może bowiem wywołać niepewność oraz znacząco zniechęcić chorego do rehabilitacji.

Jedną z metod leczenia artrozy stawu kolanowego jest całkowita protezoplastyka stawu kolanowego. Operacja ta polega na wszczepieniu protezy w kości piszczelową i udową, zastępując w ten sposób powierzchnie stawowe materiałem sztucznym. Procedurę tą wykonuje się najczęściej w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym, co umożliwia nie tylko zniesienie bólu śródoperacyjnego, lecz także istotną redukcję dolegliwości we wczesnym okresie pooperacyjnym. Doktorant opisał wspomniane metody znieczulenia charakteryzując nie tylko ich zalety, lecz także niebezpieczeństwa związane z ich wykonaniem. Brak mi jednak w tym miejscu krótkiego omówienia przeciwwskazań do wykonania tych znieczuleń, zwłaszcza zaś najbardziej kontrowersyjnego przeciwwskazania jakim jest stosowanie leków wpływających na krzepnięcie krwi. Doktorant pominął także powikłania związane ze znieczuleniem podpajęczynówkowym wspominając tylko o popunkcyjnych bólach głowy.

W kolejnym podrozdziale poruszającym techniki znieczulenia. Doktorant szeroko opisuje zalety i niebezpieczeństwa znieczulenia zewnątrzoponowego oraz znacznie krócej znieczulenia podpajęczynówkowego. W swoich badaniach Doktorant stosował jednak znieczulenie podpajęczynówkowe. Dlatego też znieczulenie to powinno być znacznie szerzej

omówione – przynajmniej tak szeroko jak znieczulenie zewnątrzoponowe. Doktorant omawia blokadę nerwów obwodowych dyskutując skuteczność izolowanej blokady nerwu udowego. W mojej opinii, część paragrafu dotycząca dyskusji nad skutecznością blokady nerwu udowego powinna być umieszczona w rozdziale „Dyskusja".

Ostatnim podrozdziałem wstępu jest omówienie właściwości farmakologicznych buprenorfiny. W mojej opinii Doktorant powinien omówić pokrótce większość, jeśli nie wszystkie znane środki przeciwbólowe, które można zastosować w omawianej przez doktoranta metodzie znieczulenia.

Założenia i cele pracy są jasno i czytelnie sformułowane oraz są ściśle powiązane z tytułem dysertacji. Analizując ten rozdział Doktorant skupia się głównie na ocenie działania buprenorfiny w leczeniu bólu pooperacyjnego chorych poddanych protezoplastyce stawu biodrowego. Brak jest jednak krótkiej informacji o sposobie znieczulenia chorych.

Rozdział „Pacjenci i metody" Doktorant rozpoczyna paragrafem charakteryzującym grupę chorych oraz podziałem ich na dwie grupy badawcze. W mojej opinii fragment ten powinien stanowić część wyników, nie zaś rozdziału omawiającego metodykę pracy. Rozdział „Pacjenci i metody" powinien omawiać metodykę pracy wskazując kryteria kwalifikacji/dyskwalifikacji chorych, kryteria podziału, metody i rodzaj leczenia, technikę wykonania procedury oraz metody statystyczne. Rozdział ten omawia bowiem zasady związane z prowadzeniem badań. Planując badania kliniczne badacz nie posiada informacji dotyczącej płci, wieku, danych demograficznych czasu znieczulenia czy też liczebności grup. Pragnę przy tym podkreślić, że omawianie tych cech w rozdziale metodyka jest typowe i wręcz niezbędne dla badań eksperymentalnych, w których planujemy obserwacje na określonej grupie zwierząt. Mając na uwadze wspomnianą regułę, uważam za niewłaściwe nie tylko umieszczenie w tym rozdziale danych demograficznych, lecz także wyników pomiaru natężenia bólu (tabela 5). Wielu autorów charakteryzuje jednak chorych zakwalifikowanych do badań w rozdziale „Pacjenci i metody". Z tego też powodu nie traktuję tej uwagi za kluczową, jednak sugeruję rozważyć wspomnianą regułę w przygotowaniu kolejnych publikacji.

Rozdział „Wyniki" Doktorant rozpoczyna krótkim powtórzeniem informacji zawartych w poprzedniej części dysertacji. Analiza danych poparta jest 10 tabelami i 9 rycinami, wśród których część stanowią histogramy danych. Ryciny i tabele są przygotowane z dużą starannością i czytelnie obrazują analizę uzyskanych wyników.

Dyskusja jest jedną z najważniejszych części każdej dysertacji. Dowodzi ona dojrzałości badacza oraz podkreśla jego umiejętność analizy wyników własnych w oparciu o dostępną literaturę. Szczególnie istotnym wydaje się być podkreślenie przez Doktoranta wyjątkowego charakteru podjętych przez Niego badań. Niewielka liczba podobnych badań sprawia, że podjęte przez doktoranta obserwacje wnoszą istotne informacje do wiedzy medycznej oraz praktyki klinicznej. Doktorant w sposób właściwy porównał otrzymane wyniki z danymi opublikowanymi w czasopiśmiennictwie. Brak mi jednak krytycznego spojrzenia na wyniki badań własnych.

Dysertacja jest zakończona rozdziałem „Wnioski", co jest typowe dla tego rodzaju prac. Wynikające z przeprowadzonych badań wnioski są kluczowym elementem pracy, gdyż wnoszą istotne informacje do wiedzy medycznej oraz praktyki klinicznej. Wyciągnięte przez Doktoranta wnioski uważam za właściwe, dobrze sformułowane i stanowiące podsumowanie wyników.

Streszczenie, które kończy przedstawioną mi do oceny dysertację, jest syntetycznym opisem prowadzonych przez Doktoranta badań i jest jedną z najważniejszych części pracy, gdyż jego celem jest zachęcenie czytelnika do przeczytania danej pracy. Jego konstrukcja jest bardzo skrótowym omówieniem tematu badań z zachowaniem poszczególnych rozdziałów: wstęp, metody, wyniki oraz wnioski. Doktorant prawidłowo wyodrębnił te rozdziały. Wartość pracy podnosi także umieszczenie streszczenia w języku angielskim.

Przedstawioną mi do oceny dysertację kończy spis piśmiennictwa w liczbie 120, usystematyzowanego w kolejności cytowań. Znacząca liczbę pozycji stanowią jednak prace starsze niż 10 lat od momentu opublikowania dysertacji. Pozycje piśmiennictwa są ułożone w formie: autor/autorzy, tytuł pracy, czasopismo, rok opublikowania, numer wydania oraz numery stron. Niedociągnięciem jest jednak brak konsekwencji w określeniu liczby autorów prac. W niektórych pozycjach Doktorant wymienia wszystkich autorów pracy, zaś w innych wymienia pierwszych trzech kończąc listę autorów skrótem „et al." (np. pozycja 13 – Doktorant wymienia wszystkich 16 autorów zaś w pracach 25 czy też 29 tylko trzech pierwszych). Skrót ten jest skrótem angielskim, więc Doktorant powinien zamienić go na „i wsp.". Niedociągnięcia te powinny być usunięte w trakcie przygotowywania publikacji, bowiem odmienna forma cytowania piśmiennictwa jak i niewłaściwie podane piśmiennictwo są źle postrzegane przez redakcje wielu czasopism.

Analizując całokształt dysertacji lekarza medycyny Piotra Bobika stwierdzam, że praca jest dobrze napisana stylistycznie i poza nielicznymi brakami lub niewłaściwym umieszczeniem znaków interpunkcyjnych, nie budzi zastrzeżeń językowych. Uwagą niewpływającą na wartość poznawczą pracy jest naprzemienne stosowanie słowa „zabieg" i „operacja". Wymienione wyrazy są co prawda używane zamiennie w potocznym języku, jednak oznaczają odmienny rodzaj interwencji – „zabieg" to procedura małoinwazyjna naruszająca ciągłość tkanek w mało istotny sposób, „operacja" to procedura istotnie ingerująca w strukturę tkanek (A Markowski: Jak dobrze mówić i pisać po polsku. Warszawa 2000, A. Markowski: Wielki słownik poprawnej polszczyzny. PWN 2015). Można zatem uważać, że protezoplastyka stawu kolanowego powinna być określona mianem „operacja".

Podsumowując: przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska lekarza medycyny Piotra Bobika pt. „Ocena analgezji pooperacyjnej i wczesnej aktywności fizycznej u pacjentów poddanych zabiegowi pierwotnej endoprotezoplastyki stawu kolanowego po zastosowaniu blokady nerwu udowego" jest bardzo ciekawą analizą, poruszającą niezwykle aktualny i ważny temat w leczeniu okołooperacyjnym chorych poddanych wszczepieniu protezy stawu kolanowego. Całość dysertacji oceniam bardzo wysoko. Rozprawa ta pomimo niedociągnięć jest napisana prawidłowo, z zachowanym układem charakterystycznym dla tego rodzaju dysertacji i spełnia wszystkie warunki określone w art. 31 ustawy z dnia 14.03.2003 o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65 poz. 595 z późniejszymi zmianami). W związku z powyższym zwracam się z uprzejmą prośbą do Wysokiej Rady o dopuszczenie dysertacji lekarza medycyny Piotra Bobika pt. „Ocena analgezji pooperacyjnej i wczesnej aktywności fizycznej u pacjentów poddanych zabiegowi pierwotnej endoprotezoplastyki stawu kolanowego po zastosowaniu blokady nerwu udowego" do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z wyrazami Szacunku

Kierownik Katedry i I Kliniki
Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM w Lublinie

Kierownik
Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii
z Klinicznym Oddziałem Dziecięcym
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Dr hab. n. med. Wojciech Dąbrowski

dr hab. n. med. Wojciech Dąbrowski