

**Recenzja rozprawy na stopień doktora w dziedzinie nauk o zdrowiu mgr Pawła
Konarzewskiego na temat**

**" Analiza zaburzeń posturalnych u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów
i chorobą zwyrodnieniową stawów"**

Promotor prof dr hab. n.med. Anna Kuryliszyn-Moskal

Celem rozprawy doktorskiej przygotowanej przez mgr Pawła Konarzewskiego, z którą Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zwróciła się do mnie o ocenę, było porównanie zaburzeń posturalnych u chorych z rozpoznanym reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) oraz chorobą zwyrodnieniową stawów (ChZS)

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych posiada typowy układ: wykaz skrótów, wstęp, cel pracy, materiał i metodyka badań, wyniki przeprowadzonych badań, omówienie tych wyników badań, streszczenie w języku polskim i angielskim, wnioski oraz piśmiennictwo. Zawiera 113 stron, 38 tabel, jeden wykres, 7 rysunków, jedną fotografię oraz 293 pozycji piśmiennictwa.

Wstęp

Wstęp teoretyczny został właściwie przedstawiony przez autora; obejmował omówienie mechanizmów kontroli posturalnej, metod oceny kontroli posturalnej i sensomotorycznej, przegląd epidemiologii, przebiegu choroby, stosowanego leczenia zarówno RZS jak i ChZS, oraz analizę zaburzeń posturalnych w przebiegu obu tych chorób i metody usprawniania tych chorych. To z kolei stanowiło uzasadnienie dla celu głównego oraz szczegółowych celów pracy. Z punktu widzenia lingwistycznego w przypadku omawiania celów autor pracy powinien bardziej akcentować, co zamierzał uzyskać (swoje zamierzenia) , a nie co już dokonał w tej pracy, gdyż to jest omawiane w rozdziale wyniki i dyskusja.

Pacjenci i metody badawcze

Badana grupa składała się łącznie z 71 chorych (41 chorych na RZS i 30 osób z ChZS kończyn dolnych) będących pod kontrolą Kliniki Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego (przypuszczam iż dotyczy USK w Białymstoku), a grupę



kontrolną stanowiło 56 zdrowych osób. Ich charakterystyka kliniczna została przedstawiona w tabeli 2 i obejmowała takie parametry jak wiek, czas trwania choroby, Body Mass Index (BMI) oraz wizualna skala bólu (VAS) w skali od 0 do 100. W metodyce podano również, iż oceniano stopień zaawansowania RZS wg klasyfikacji Steinbrockera, wskaźnik DAS28 oraz stopień możliwości funkcjonalnych według Goftona. (nie podano przy tym referencji). Autor nie wyjaśnił bliżej dlaczego przyjął podział na DAS28 mniejsze lub równe 5,1, zwłaszcza iż nie pojawia się o tym informacja w charakterystyce grupy w tabeli 2 ale dopiero od strony 46, gdzie stanowi to jeden z ważniejszych czynników różnicujących aktywność RZS i mających znaczenie w analizie badanych chorych. Na stronie 46 informuje też, iż chorzy na RZS jeśli mają $DAS28 < 5,1$ wtedy aktywność ich choroby jest umiarkowana, ale w tej grupie mogą się też znaleźć osoby z niską aktywnością choroby ($DAS28 < 3,2$) lub też i remisją ($DAS28 < 2,6$); brakuje bowiem też informacji o zakresie tych wartości. Nie podano też w tabeli 2 liczebności chorych na RZS z większą lub mniejszą aktywnością choroby, liczebności podgrup z różnym stopniem zaawansowania RZS wg klasyfikacji Steinbrockera, oraz liczebności podgrup według Goftona.

Można się tylko pośrednio domyślać, zwłaszcza iż autor w swoich wynikach nie wyjaśniał, iż w większości tabel podaje liczbę analizowanych kończyn, a nie liczbę chorych.

Autor nie wyjaśnia co to znaczy skrót M (mediana czy średnia arytmetyczna). Więcej informacji co do zbieranych danych można byłoby też wysnuć, co już wspomniałem, jeśli byłyby podane zakresy. Przykładowo jeśli autor później wspomina o otyłości jako czynniku wykluczenia, to miałbym wtedy sposobność sprawdzić jakiego stopnia mogłaby to być otyłość, w tym czy również I stopnia o $BMI > 30$, gdyż przykładowo w chorobie zwyrodnieniowej grupa badana ma średnią 27,8 i SD 3,6. Ponadto korzystniej byłoby precyzowanie przez autora czy wyklucza każdy przypadek pourazowy w zakresie kończyn dolnych czy też kryteria były węższe.

Autor podaje też inne kryteria wykluczenia i tam również w moim przekonaniu powinny być one bliżej scharakteryzowane jak np. okulistyczne, neurologiczne czy laryngologiczne. To są dość ogólnikowe sformułowanie, ale czy np. zaćma lub zawroty głowy też były kryteriami wykluczenia, co może mieć jakiś wpływ na przykład przy porównywaniu wyników stabilometrii przy oczach otwartych i zamkniętych. . Podobnie ma się rzecz w przypadku czynnika wykluczenia jakim miały być choroby układu krążenia (czy dotyczyło np nadciśnienia).



W dalszej części omawiane jest kryterium liczby upadków (s.33), które później jest jednym z istotnych cech różnicujących, ale ponownie nie jest to podane w charakterystyce chorych.

Badania wykonano m. in. za pomocą platformy balansowej, która pozwalała na rejestrowanie oraz analizę wyników testów w sposób obiektywny.

Wyniki badań i dyskusja

Wyniki w grupach badanych zostały przedstawione w formie tabelarycznej i rysunków i miały bardzo szczegółowy charakter, w którym porównywano zarówno osoby chore na RZS i ChZS oraz ludzi zdrowych. Wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie siedmiu wniosków, wśród których pierwszy wniosek dotyczący czucia precyzyjnego pozycji stawu skokowego brał pod uwagę osoby zdrowe i porównywał te osoby z grupą chorych na RZS i ChZS. W badaniu autor wykazał, iż bardziej precyzyjne poczucie pozycji tego stawu występowało u osób zdrowych niż u chorych na RZS i ChZS. W przypadku pozostałych sześciu wniosków wyniki grupy osób chorych nie były porównywane z osobami zdrowymi. Wniosek drugi ogniskował się na wykazaniu różnic pomiędzy RZS i ChZS, gdzie chorzy na RZS mieli większe zaburzenia czucia pozycji stawów niż chorzy z ChZS. Wśród innych wniosków wynikających z tego badania istotne jest, iż zaburzenia wysklepienia stopy, propriocepcji, równowagi i kontroli posturalnej mają duże znaczenie i wpływają na ryzyko upadków u chorych. Uzyskane wyniki pozwoliły na precyzyjną ocenę kontroli posturalnej w grupie chorych na RZS i ChZS, co pozwala m.in na wykrycie ryzyka upadków, a co za tym idzie może być wskazówką na wcześniejsze wprowadzenie strategii terapeutycznych, co może tym upadkom zapobiec.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE

W dyskusji autor podjął się skonfrontowania wyników swoich badań z piśmiennictwem odnoszącym się do tych zagadnień. W szczególności analizuje wpływ dużej aktywności RZS na gorszą stabilność ciała w badaniu stabilometrycznym w porównaniu do grupy z mniejszą aktywnością tej choroby i odnosi się do prac innych autorów w przypadku RZS jak i innych chorobach. Trzeba jednak pamiętać, iż wskaźnik DAS28 obejmuje przede wszystkim stawy kończyn górnych, a spośród stawów kończyn dolnych ocenie tkliwości i obrzęku podlegają jedynie stawy kolanowe. Mogłoby w tym przypadku być bardzo interesujące, gdyby

brano pod uwagę zarówno tkliwość i obrzęk stawów skokowych lub przynajmniej oceniano zajęcie stawów kolanowych na zaburzenia kontroli posturalnej. To samo dotyczy również uogólnionej pierwotnej choroby zwyrodnieniowej, gdzie wg niektórych danych epidemiologicznych najczęściej zajęte są stawy drobne stóp, następnie stawy kolanowe, zaś w przypadku wtórnej choroby zwyrodnieniowej dość często stawy skokowe.


Biorąc pod uwagę wszystkie ograniczenia i moje krytyczne uwagi niniejsza praca przyczynia się w znaczący sposób do pogłębienia naszej wiedzy o tych zagadnieniach. Moje uwagi nie umniejszają wartości merytorycznej jaką stanowi przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska. Chciałbym podkreślić, iż siedem wniosków, jakie autor wymienia w zakończeniu wynikają z przeprowadzonych badań i pozwalają stwierdzić, iż założony cel pracy został w pełni osiągnięty.

Mogę stwierdzić, iż praca mgr Pawła Konarzewskiego jest oryginalną pracą badawczą, która spełnia wszystkie kryteria dysertacji doktorskiej.

Wnoszę zatem do Wysokiej Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie mgr Pawła Konarzewskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Wrocław dnia 15 lipca 2019 roku.

Prof. dr hab. Piotr Wiland


Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
KATEDRA I KLINIKA REUMATOLOGII
I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
kierownik
prof. dr hab. Piotr Wiland