



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

**Katedra i Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

71-252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Bohatyrewicz

Sekretariat Kliniki tel. 91 425 3236, fax 91 425 3246

e-mail: kkorttr@sci.pum.edu.pl, bohatyrewicz@orthopedics.pl

Dr hab. med. Łukasz Kołodziej Prof. PUM

Szczecin, 3 listopada 2019 r

Zakład Rehabilitacji Narządu Ruchu

Katedra i Klinika Ortopedii,

Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Pawła Cisowskiego

pod tytułem:

**Analiza skuteczności programów rehabilitacyjnych w leczeniu przewlekłej
niestabilności bocznej stawu skokowego**

Praca liczy 142 strony formatu A-4, a jej układ jest zwarty i zrozumiały, choć w zasadzie zbudowany z dwóch odrębnych dzieł: 1- Adaptacji kulturowej i językowej skali idFAI służącej do identyfikacji pacjentów z problemem niestabilności więzadłowej stawu skokowo-goleniowego oraz kolejnej skali FAAM do oceny funkcji leczonego stawu skokowego; 2- Oceny wyników leczenia niestabilności z zastosowaniem trzech różnych sposobów postępowania.

Już pierwsza część przedstawionej pracy, w opinii recenzenta, z powodzeniem może stanowić odrębną rozprawę doktorską. Uzupełnienie całości o część drugą czyni ją przebogatym źródłem praktycznej wiedzy dla wszystkich zajmujących się problemami skręcenia stawu

skokowego. Leczenie tej choroby należy bowiem do wielu specjalności w tym najczęściej ortopedów i fizjoterapeutów lecz także, na pewnych etapach postępowania, do chirurgów, specjalistów medycyny ratunkowej i lekarzy rodzinnych. Wybór tematu rozprawy jest niezwykle trafny i zarazem ciekawy, ponieważ dotyczy skręcenia stawu skokowego - jednego z najczęściej spotykanych urazów kończyny dolnej, z którym każdy z nas miał szansę zetknąć się w swoim życiu. Pacjentów ze skręceniem stawu skokowego spotkamy codziennie w szpitalnym oddziale ratunkowym czy izbie przyjęć każdego szpitala na świecie a następnie w licznych gabinetach lekarskich i fizjoterapeutycznych. Pomimo tak powszechnego występowania skręceń stawu skokowo, nie opracowano dotychczas jednoznacznego sposobu postępowania pozwalającego uniknąć przewlekłej, nawrotowej niestabilności stawu, skutkującej znacznym obniżeniem jakości życia pacjentów a następnie postępującym zwyrodnieniem stawu i koniecznością dalszego, często okaleczającego leczenia operacyjnego. Doktorant słusznie zauważył, że nie potrafimy skutecznie wyodrębnić populacji pacjentów szczególnie narażonych na powstanie przewlekłej niestabilności. Potwierdza to znaczenie zastosowania skali IdFAI i jej rolę w procesie rozwikłania wielu wątpliwości towarzyszących decyzjom klinicystów, mających w życiu codziennym, do czynienia z problemem skręcenia stawu skokowego. Ocena funkcji stawu w skali FAAM pozwala znacznie lepiej porównać wyniki uzyskane po zastosowanym leczeniu niż dotychczas stosowana przez lata w dziesiątkach prac naukowych skala AOFAS, która była dotychczas nieomal jedynym dostępnym narzędziem do oceny dolegliwości bólowych, funkcji i kształtu stopy, choć sami twórcy tej skali poprosili o jej stopniowe wygaszanie i zaniechanie dalszego używania ze względu na liczne wady i niedoskonałości. Wyrażam nadzieję, że wkrótce po udanej obronie niniejszej rozprawy, w bieżącym piśmiennictwie naukowym, ukaże się polska wersja skali FAAM przygotowana przez mgr Pawła Cisowskiego i stanie się wiarygodnym następcą skali AOFAS. Zaznaczyć należy, że dotychczas ortopedia i fizjoterapia Polska posiadała wyłącznie jedno narzędzie pomiarowe, z przeprowadzonym poprawnie procesem walidacji i

zaadaptowane na język polski, autorstwa Boszyka i wsp. które zostało zacytowane w niniejszej pracy.

Na przeprowadzenie badań autor uzyskał zgodę właściwej Komisji Bioetycznej, kopia której została zamieszczona w pracy.

Z obowiązku recenzenta zmuszony jestem do zwrócenia uwagi doktoranta na drobne niedoskonałości zawarte w sekcjach Materiał i Metodyka badania. W rozdziale 4.2.1 na stronach 13 do 15 autor podaje kryteria włączenia i wyłączenia pacjentów z grup badanych. Skoro są one i powinny być takie same w 3 grupach, dla płynnego czytania pracy i niemęczenia czytelnika, mogły zostać przedstawione jako jedność. Kolejno na Rycinie 1 autor przedstawił schemat klasyfikacji pacjenta i postępowania w przeprowadzonym badaniu. Jak wynika z diagramu, pacjenci z grupy leczonej operacyjnie przechodzą do II etapu badania, gdzie wymagane są do spełnienia następujące kryteria: -brak bólu w czasie stania na palcach, -brak bólu w czasie chodzenia, -zakres ruchu <15% w porównaniu z nieurazową kończyną dolną, -nieznaczny obrzęk stawu skokowego. Jak wynika z doświadczeń recenzenta, znaczna część pacjentów leczonych operacyjnie nie spełnia tych kryteriów nawet przez dłuższy czas po usunięciu unieruchomienia pooperacyjnego i/lub okres ten jest różnie długi u wielu z nich, w zależności od niezwykle licznych czynników, w tym od sposobu przeprowadzenia operacji i jej rozległości. Z dalszej analizy rozdziału 5.3.1 wynika, że w grupie pooperacyjnej też stosowano metodę Kaltenborna-Evjenth co może być czynnikiem zakłócającym. Myślę, że kwestia bezpośredniego postępowania pooperacyjnego, powinna zostać doprecyzowana i jest to zarazem moje pytanie do doktoranta.

Jako że potencjalnymi odbiorcami pracy będą lekarze i fizjoterapeuci starszej generacji (jak recenzent niniejszej rozprawy) wskazane jest wyjaśnienie i przybliżenie im stosunkowo nowych technik ćwiczeń jak „plyometria” oraz podanie kilku przykładów tych ćwiczeń. Kontynuując wątek ćwiczeń, z pewną ostrożnością potraktowałbym możliwość



wykonania „przysiadu jednonóż” zawartego w rozdziale 5.3.2 Sesja ćwiczeniowa. Tak zwany „pistolet” jest niezwykle trudnym technicznie ćwiczeniem, niestety niemożliwym do wykonania przez większość pacjentów. Nawet gdy nie mają istotnych ograniczeń ruchomości sąsiadujących stawów to często zgłaszana obawa przed upadkiem zniechęca do podejmowania dalszych prób. Szczególnie gdy pacjent nigdy wcześniej nie wykonywał tego złożonego ćwiczenia. Czy doktorant nie uważa za zasadne dopuszczenie wersji uproszczonej lub ćwiczenia zamiennego?

Do ważnych i unikalnych wniosków jakie Doktorant zawarł w Pracy zwróciłem szczególną uwagę na 4-ty z nich z nich, a mianowicie, że jak najszybsze odzyskanie pełnego zakresu zgięcia grzbietowego jest jednym z najistotniejszych czynników pozwalających na szybki powrót do pełnej sprawności u pacjentów z przewlekłą niestabilnością boczną stawu skokowego. Recenzent w swojej codziennej praktyce klinicznej, spotyka pacjentów, u których decyzje o sposobie leczenia przewlekłej niestabilności stawu skokowego i ewentualnym powrocie do sportu podejmowano w oparciu o opisy badań rezonansu magnetycznego czy ultrasonografię co przyniosło niezadowalające rezultaty leczenia.

Należy podkreślić, że praca w sposób niezwykle dokładny i szczegółowy zgromadziła szeroki zakres wiadomości na temat leczenia przewlekłej niestabilności stawu skokowego i z powodzeniem może być potraktowana jak nowoczesny podręcznik służący pogłębianiu wiedzy praktyków zajmujących się problemem leczenia następstw urazów narządu ruchu.

Zaprezentowana dyskusja wykazuje wysoki poziom przeprowadzonej analizy zgromadzonych danych w badaniu własnym i systematycznym przeglądzie piśmiennictwa z omawianego zagadnienia. Z obowiązku recenzenta, podniesione w recenzji kwestie, nie stanowią zarzutu w stosunku do autora, ale są próbą wywołania dalszej dyskusji, na wyższym poziomie i zwrócenia uwagi na złożoność zagadnienia jakim jest niestabilność stawu skokowego.

Pomimo nielicznych i o niewielkim znaczeniu wymienionych uwag, pracę uważam za wartościową, przedstawiającą bardzo duże walory poznawcze i praktyczne. Przeprowadzenie



adaptacji kulturowej, walidacji dwóch systemów oceny i ich ostateczne opracowanie wymagało żmudnej pracy i wiele wysiłku. Przedstawiona mi do oceny dysertacja jest bardzo wartościowym, użytecznym praktycznie i zarazem bardzo profesjonalnym opracowaniem naukowym. Na szczególne podkreślenie zasługuje zarówno przydatność uzyskanych wyników w codziennej praktyce klinicznej.

Praca spełnia wszystkie warunki odpowiadające rozprawie na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne. Pokazuje samodzielne rozwiązanie przez autora problemu naukowego oraz potwierdza jego wiedzę teoretyczną i praktyczną. Powinna być cenna dla wszystkich profesjonalistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem schorzeń narządu ruchu.

Zwracam się do Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu o dopuszczenie jej autora mgr Pawła Cisowskiego do dalszych etapów przewodu na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne

Z poważaniem

Dr hab. w med. prof. PUM
Lukasz Korodziej
specjalista ortopedii i traumatologii
1562611