

Prof. nadzw. dr hab. n. med.
Kryspin Ryszard Niedzielski
Kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii
z Pododdziałem Chirurgii Ręki dla Dzieci ICZMP
w Łodzi

Łódź 11.04.2016r

DZIEKAN
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Prof. zw. dr hab. n. med. Jurek Olszewski

2016-04-12

Ocena rozprawy doktorskiej lekarz medycyny Marcina Milczarka

Pt. „Wyniki leczenia operacyjnego palucha koślawego”

**Z katedry Ortopedii Wydziału Wojskowo Lekarskiego Uniwersytetu
Medycznego w Łodzi**

Promotor pracy: Prof. nadzw. dr hab. n. med. Marcin Domżański

Temat podjęty przez doktoranta leczenie operacyjne palucha koślawego jest ciekawy i celowy ze względu na częstość oraz zagadnienie społeczne jak i jakości życia. Należy potraktować podjęty temat z dużym uznaniem. Panu doktorowi Marcinowi Milczarkowi gratuluję trafności wyboru tematu, zaplanowania badań. Paluch koślawy jest bardzo częstą spotykaną deformacją przodostopia. Częstość występowania tej wady szacuje się 15-35% a kobiety chorują częściej niż mężczyźni. Pacjenci zgłaszają się do lekarza ortopedy o pomoc z powodu deformacji stopy, dolegliwości bólowych, dyskomfortu w obuwiu, które wpływają jednocześnie na obniżenie jakości życia.

Rozprawa doktorska Marcina Milczarka ma typowy układ posiada 6 głównych rozdziałów z licznymi podrozdziałami oraz wnioskami, streszczeniem, spisem tabel i rycin, piśmiennictwem, z wykazem

używanych skrótów co ułatwia czytanie pracy. Lepiej byłoby zamieścić ten wykaz na początku pracy. Zawiera 252 strony. W pracy autor zamieścił 107 tabel oraz 164 ryciny. Piśmiennictwo obejmuje 297 pozycji w tym tylko 4% to cytowania polskojęzyczne. Z punktu widzenia recenzenta doktorant z benedyktyńską pracą zgłębił temat pod kątem przygotowania warsztatu pracy i zrozumienia zagadnienia deformacji palucha koślawego.

Na przeprowadzenie badań autor dysertacji uzyskał zgodę Komisji Bioetyki UM w Łodzi nr RNN/636/13/KB.

W rozdziale pierwszym wstęp z 11 podrozdziałami autor wprowadza czytającego w rys historyczny nowożytnej chirurgii, następnie omawia budowę anatomiczną stopy, biomechanikę stawu MTP I. Omawia szczegółowo etiologię, patogenezę klasyfikację, leczenie zachowawcze i chirurgiczne oraz opisuje metodę osteotomii korekcyjnej palucha koślawego sposobem Scarf. Bardzo podoba mi się przyjęta klasyfikacja Menchester która swoją nieskomplikowaną prostotą wyróżnia: cztery stopnie: brak deformacji, niewielki, średni i znaczny stopień deformacji.

W podrozdziale leczenie wyróżnia że leczeniem nieoperacyjnym ze stosowaniem odpowiedniego miękkiego obuwia często o większym rozmiarze, stosowaniem różnego rodzaju nocnych ortez, wkładek, stosowania NLPZ oraz leczenia fizykoterapeutycznego nie jesteśmy w stanie uzyskać korekcji deformacji. Uzyskujemy jedynie krótką poprawę zmniejszenia dolegliwości. Ma ona zastosowanie u pacjentów z małymi deformacjami lub u pacjentów u których występują przeciw wskazania do leczenia operacyjnego. Ma ono zastosowanie w przypadkach utrwalonej wady, która upośledza funkcję stopy, jakość życia i ograniczenie chodzenia. Ponieważ wada jaką nazywamy paluch koślawy ma wieloczynnikowość i złożoność deformacji spowodowaną układem kostnym, więzadłowym, torebkowym, mięśniowym, dlatego istnieje wiele metod operacyjnych. Na podstawie literatury można wymieni ć ponad 200 procedur i ich modyfikacji, którą wybrać?. Wybór jest

uwarunkowany jest preferencją operatora, jego wiedzą, doświadczeniem, zdolnościami manualnymi. Można stwierdzić skoro jest tak dużo technik operacyjnych to żadna z nich nie może stanowić złotego standardu w leczeniu operacyjnym. Konkluduje to J. Ferari który w swojej pracy stwierdził iż brakuje zadowalających dowodów wyższości jednej z technik nad drugą.

W celach i założeniach autor dysertacji postanowił dokonać oceny wyników operacyjnego leczenia palucha koślawego metodą Scarf oraz jej przydatności i postawił 5 hipotez badawczych:

1. Jakie są korelacje pomiędzy wynikami klinicznymi i radiologicznymi.
2. Powiązania pomiędzy cechami osobniczymi pacjenta a ciężkością i zawansowaniem zmian oraz wynikami leczenia.
3. Różnice pomiędzy wynikami leczenia u osób poddanych zabiegowi a prowadzonymi zachowawczo.
4. Przedstawienie powikłań, które wystąpiły w przebiegu leczenia
5. Ukazanie zależności między zadowoleniem pacjenta a wynikami klinicznymi, radiologicznymi oraz cechami osobniczymi.

Autor wyodrębnił dwie grupy badawczą G1 leczoną operacyjnie oraz kontrolną G0. W grupie G1 materiał stanowi 122 pacjentów (133 stopy) , 11 pacjentów było operowanych obustronnie którzy przebyli zabieg korekcji palucha koślawego sposobem Scarf w latach 2011 -2014 w Klinice Ortopedii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi w wieku od 18 do 85 lat średnia 54 lat w tym 121 kobiet i 13 mężczyzn. W grupie tej u wszystkich wykonano osteotomię I kości śródstopia Scarf, w 35 stopach wykonano dodatkową korekcję palców młotkowatych, w 30 przypadkach wykonano osteotomię zamkniętego klina paliczka bliższego palucha, w 13 przypadkach podano PRP. W grupie kontrolnej G0 kontrolnej znalazło się 11

kobiet które były skierowane do leczenia operacyjnego ale nie wyraziły zgody na przeprowadzenie zabiegu. Natomiast wyraziły zgodę na uczestniczenie w badaniach. Byli leczeni zachowawczo.

Średni czas obserwacji wynosił 17,6 miesięcy (od 9 do 30). U każdego pacjenta przed zabiegiem i w czasie kontroli wykonano badanie lekarskie gdzie określał kąt koślawości palucha, ruchomość stawu śródstopno paliczkowego, pierwszego i międzypaliczkowego palucha, stabilność I promienia, obecność płaskostopia, występowanie odcisków, modzeli, współistnienia innych deformacji. W badaniu zastosował skale HMI AOFAS oraz 23 punktową ankietę stworzoną przez autora dysertacji. Ocenę radiologiczną wykonano na podstawie zdjęć RTG wykonanych na stojąco w obciążeniu w projekcji AP i L. Mierzył kąt koślawości palucha (HVA), kąt pomiędzy I i II kością śródstopia (IMA) oraz kąt nachylenia powierzchni stawowej głowy I kości śródstopia w stawie śródstopno- paliczkowym I (DMMA). Do radiologicznej oceny zaawansowania zmian palucha koślawego zastosował skalę Couglin i Jones mierząc kąt koślawości palucha. Skala ta wyróżnia trzy stopnie: stopień łagodny (HVA 15-19°), średni (HVA 20-39°) oraz ciężki (HVA powyżej 40°). Dodatkowo oceniał radiogramy pod względem stopnia przemieszczenia aparatu trzecztkowego w czterostopniowej skali Smitha-Reynolds-Stewart. Wyniki badań opracował statystycznie przy pomocy pakietu STATISTICA 12.5 używając odpowiednich testów.

Wyniki dysertacji autor przedstawił w 107 tabelach oraz 164 rycinach, omawia je w sposób szczegółowy z odpowiednim komentarzem. Ta olbrzymia ilość przedstawionych tabel i rycin stanowi pewną trudność analizy dla czytającego ponieważ trudno jest zapamiętać dane w nich zawarte. Ale to nie umniejsza wartości pracy.

Następnym rozdziałem jest dyskusja, którą się czyta jak fachową lekturę. Dyskusja jest napisana w sposób odpowiadający celom pracy, rzeczowo omawiająca poszczególne podrozdziały z bardzo poprawnym i prawidłowym cytowaniem piśmiennictwa. Na

podstawie otrzymanych wyników autor dysertacji stwierdza że, występowanie płaskostopia nie ma wpływu na wielkość kąta koślawości palucha jak i wynik skali AOFAS, noszenie obuwia na wysokim obcasie nie ma bezpośredniego wpływu na wielkość HVA i AOFAS jak wynika to również z cytowanej literatury. Problem palucha koślawego raczej jest wieloczynnikowy niż noszenie obuwia na wysokim obcasie jak do tej pory było to przyjęte. Podobnie nie stwierdził korelacji że zwiększona aktywność ruchowa jak bieganie rekreacyjne i zawodowe ma wpływ na pogorszenie HVA i skalę AOFAS. Również wynik korelacji, u pacjentów z wysokim BMI na wpływ kąta HVA oraz IMA, ale uwidoczniał istotną korelację u pacjentów otyłych u których występowały dolegliwości bólowe którzy mieli większy kąt koślawości palucha. Nie zaobserwował takiej korelacji u pacjentów nieotyłych. W badaniach radiologicznych po leczeniu operacyjnym metodą Scarf stwierdził zmniejszenie kąta koślawości o 18° , kąta pomiędzy I i II kością śródstopia o 5° oraz kąta nachylenia powierzchni stawowej głowy I Kś. o $3,5^{\circ}$. Autor pracy na podstawie własnych wyników i literatury konkluduje żeby nie rekomendować do oceny wyników kąt DMMA.

Analiza wieku pacjenta wykazała, że pacjenci starsi skłonni są określać swój poziom bólu jako ciężki, stały a młodszy jako średni, codzienny. Również jeżeli chodzi o wynik „funkcja” badania wykazały ujemną korelację im starszy pacjent tym niższe wartości. Analiza skali AOFAS wykazała istotne powiązanie z całkowitym wynikiem skali. Podobne zjawiska uzyskał w badaniu ostatecznym kontrolnym. Na podstawie badań skali AOFAS wykazał że stopień poprawy zarówno u młodszych i starszych jest podobny. Na podstawie badań stwierdził, że do najczęstszych dolegliwości pooperacyjnych zaliczyć należy nawracający obrzęk stopy stwierdzony u ponad 50% badanych. Całkowita ilość powikłań po zabiegu operacyjnym wynosiła 20% do których zaliczył małą poprawę kąta koślawości palucha szczególnie u pacjentów przy kącie koślawości powyżej 40° . Zaburzenie gojenia tkanek miękkich (odczyn zapalny, rozejście rany, przerosta blizna) stwierdził w 6%

przypadków. U 5 osób wystąpiły zaburzenia zrostu kostnego które wymagały dodatkowych nieoperacyjnych interwencji. W 4 przypadkach wystąpiła migracja zespolenia śrubami. Natomiast u jednej osoby wystąpiła ropowica. Po leczeniu operacyjnym 97,4% pacjentów uznało poprawę wyglądu stopy.

Autor stwierdził za ciekawe brak wpływu PRP na badane parametry użyte w pracy. Nie ma co się dziwić ponieważ w tym przypadku nie można oceniać skuteczności działania PRP na badane parametry a nie prowadził badań do których można się odnieść, chociażby dla oceny zrostu kostnego, szybszego gojenia się zrostu kostnego. Bardzo ważnym wnioskiem jest to że z ankiety na pytanie czy wyraziłby Pan zgodę na ponowną procedurę leczniczą zabiegową uzyskał pozytywny wynik w 92%. W tym pacjenci młodszy wyrażali częściej taką akceptację między innymi z powodu na wygląd stopy, funkcję, dolegliwości bólowe co było przełożeniem wyniku skali AOFAS.

Odnosnie stworzonej grupy kontrolnej leczenia zachowawczego w ilości 11 pacjentów. Stwierdzam, że do analizy porównawczej jest ona stanowczo za mała chociaż do analizy statystycznej wykorzystując metody post hoc można ją prowadzić. Należałoby zastosować jaka jest moc testu i na jakiej grupie należałoby ją stosować. Sugeruję, żeby w przyszłości zastanowić się nad celowością takich badań.

Podsumowanie i wnioski odpowiadają na postawione cele w pracy.


Na zakończenie recenzji chciałbym podkreślić, że praca jest napisana poprawnym językiem, sprawia przyjemność w czytaniu. Dobór piśmiennictwa jest adekwatny do rozprawy ale strasznie olbrzymi bo 297 cytowań. Szata graficzna bardzo dobra z trafnie dobranymi fotogramami deformacji stóp palucha koślawego. Przejrzyste czytelne tabele ale chciałbym jeszcze raz nadmienić, że taka ilość tabel w znaczy sposób utrudnia interpretację i analizę materiału. Autor wykazał dużo samozaparacie w realizacji procesu

badawczego, dużo cierpliwości w doborze literatury i jej analizie. Na koniec zebrał i opracował naukowo cały materiał badawczy i przedstawił w formie dysertacji.

Z uwag recenzenta, pracę warto byłoby kontynuować na szerszej grupie szczególnie pacjentów leczonych nieoperacyjnie. Pracę warto opublikować w czasopiśmie z IF.

Przedstawiona do recenzji praca doktorska lekarza medycyny Marcina Milczarka napisana jest poprawnym bardzo zrozumiałym językiem polskim. Praca wykazała, że lekarz medycyny Marcin Milczarek potrafi samodzielnie rozwiązywać problem naukowy i prowadzić badania .

Na zakończenie recenzji w myśl ustawy o stopniach naukowych i rozprawie doktorskiej (Dziennik Ustaw RP Nr 65, poz. 595) artykuł 13 stwierdzono, że rozprawa doktorska..... powinna stanowić oryginalne rozwiązanie problemu naukowego.... oraz wykazywać ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w danej dyscyplinie naukowej. Stwierdzam że przedstawiona mi do recenzji praca lekarza medycyny Marcina Milczarka pt. **„Wyniki leczenia operacyjnego palucha koślawego”** w pełni odpowiada wymogom ustawy. Biorąc pod uwagę ocenę recenzowanej pracy, znaczącą wartość naukową zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Wojskowo Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego Łodzi o dopuszczenie doktora Marcina Milczarka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK KLINIKI
ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII Z PODODZIAŁEM
CHIRURGII REKI DLA DZIECI INSTYTUTU „CZMP”
W ŁODZI

Prof. nadzw. dr hab. n. med.
yspin Ryszard Niedzielski