

RECENZJA

ROZPRAWY DOKTORSKIEJ NA STOPIEŃ DOKTORA NAUK O ZDROWIU

Mgr MARTY KAPATSII

PT.: "FUNKCJONALNA ORAZ PSYCHOLOGICZNA OCENA PACJENTÓW ZAKWALIFIKOWANYCH DO TOTALNEJ ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU KOLANOWEGO I JEJ WPŁYW NA WYNIK LECZENIA"

ROZPRAWA NAPISANA POD KIERUNKIEM PROF. DR HAB. JAROSŁAWA DESZCZYŃSIEGO

Artur Dziak

Emerytowany Profesor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, były Kierownik Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego

Warszawa, dnia 28 maja 2018r.

Oceniana dysertacja doktorska liczy 126 stron maszynopisu, wliczając w to 33 tabele, 35 rycin kreskowych i siatkowych oraz 126 pozycji piśmiennictwa. Zasadniczą część dysertacji kończą 7 Aneksów i Załączników pożytecznie dokumentujących i przybliżających czytelnikowi stosowane działania składające się na diagnostykę i ocenę leczenia operacyjnego pacjentów.

Dysertacja jest napisana w sposób jasny i przejrzysty, według obowiązujących zasad edytorskich, co ułatwia jej czytanie i rozumienie. Ryciny i tabele są opracowane nienagannie graficznie i dobrze korespondują z tekstem.

Doktorantka postawiła sobie za cel ocenę wyników leczenia patologii zwyrodnieniowej stawów kolanowych u pacjentów poddanych operacji endoprotezoplastyki oraz wpływu czynników psychologicznych i fizycznych w przewidywaniu ewentualnych dolegliwości bólowych kolana i deficytów funkcji po zakończeniu leczenia.

Badaniami objęto 60 pacjentów w wieku 52 - 80 lat. Pierwszych pomiarów dokonywano w czasie do 8 tygodni przed operacją, zaś drugich 6 - 9 tygodni po operacji. Pomiar składały się z wywiadu oraz oceny funkcjonalnej kolana, w skład których wchodziły: test chodu, ocena ryzyka upadku, ocena stanu zdrowia psychicznego oraz ocena stopnia natężenia bólu operowanego stawu.

Od dawna już wiadomo, że mimo drobiazgowych rozlicznych badań – z racji powagi społecznej problemu, około 15 - 30% pacjentów operowanych odczuwa wyraźny ból operowanego stawu, przy czym około 20% chorych sygnalizuje silne dolegliwości, co ujemnie wpływa na odległe wyniki leczenia.

Wykazano, że endoprotezoplastyka stanowi skuteczną metodę leczenia patologii zwyrodnieniowej stawu kolanowego, tak ze względu na zmniejszenie czy całkowite eliminowanie bólu i poprawę funkcji kolana - jak poprawę postawy ciała zmniejszających współlistniejącą destabilizację kręgosłupa lędźwiowego, to nazbyt często nadal niedoceniane jest ryzyko groźnych dla zdrowia i życia upadków oraz sprawę polepszenia jakości życia, wynikających pośrednio z poprawy zdrowia psychicznego, przez wyeliminowanie ujemnych skutków życia w stałym niepokoju.

Odzyskanie po operacji potrzebnej sprawności funkcjonalnej oraz siły mięśniowej kończyn dolnych i kręgosłupa potrzebuje czasu – przeciętnie od 6 do 12 miesięcy. Dzieje się tak z powodu wieku, jak i prowadzonego trybu życia i kumulacji narastającego z wiekiem upośledzenia wydolności ważnych dla życia narządów i zespołów tkankowych ciała.

Wyjaśnić dodatkowo należy, że leczenie patologii stawu kolanowego zawsze oznaczało wyzwanie dla ortopedów, a to z racji tego, że stanowi tzw. „koszmar inżyniera” – wynikający chociażby z tego, że musi być jednocześnie odpowiednio stabilne i ruchome.

Z wymienionych względów, oprócz stosowanej farmakoterapii bólu, wielkiego znaczenia nabiera około i pooperacyjna kinezyterapia. O tym, że w tej materii nie dzieje się najlepiej świadczą prace wykazujące, że w procesie usprawniania pooperacyjnego nie bierze udziału do 28% operowanych, zaś około 44% odbywa średnio zaledwie 10 sesji rehabilitacji! Powagę tej niekorzystnej sytuacji podkreśla to, że mimo bezbłędnego wykonania operacji specjalistyczna rehabilitacja decyduje o sukcesie leczenia aż w około 50%!

Praktykowana w naszym kraju wielomiesięczna zwłoka z pooperacyjnym doleczaniem (specjalistycznym) powoduje, że tracone są wyniki nawet najlepiej przeprowadzonych operacji.

Doktorantka postawiła sobie za cel problem równie poważny co niełatwy, z uwagi na złożoność zagadnienia. Jedynie skuteczne leczenie operacyjne zmierzyć się musi z wieloma sprawami, z uwagi na wiek pacjentów a tym samym obciążenia mnogością patologii zużywającego się czy już mocno zużytego organizmu człowieka. W tej sytuacji, kiedy nie ma już mowy o pełnym wyleczeniu – jedynie możemy zapewnić pacjentowi zalecenie – z racji bezpowrotnego zużycia ważnych dla życia tkanek i narządów ciała, łatwo jest o pomylenie gradacji spraw o niedocnienie – czy wręcz zlekceważenie problemów psychicznej i psychologicznej natury. Podkreślić należy, że dopiero w ostatnich latach kiedy to z racji obecnych na świecie setek milionów osób wymagających leczenia operacyjnego sposobem endoprotezoplastyki (jedyne rzetelny sposób leczenia) i następnego złamania się „mocy przerobowej” klinik i oddziałów ortopedycznych zorientowano się, że tradycyjny system leczenia operacyjnego nie wystarcza i sytuację uratować może jedynie jednoczesne połączenie wyraźnego nacisku na czynniki psychicznej natury.

W zależności od różnych badaczy, usatysfakcjonowanych wynikiem endoprotezoplastyki kolana jest od 10 do 30% pacjentów. W tym miejscu należy dodać, że oczekiwania chorych silnie korelują z przewidywaniem pooperacyjnej satysfakcji, stąd do obowiązków zespołu leczniczego należy konieczność zapoznania się z oczekiwaniami pacjenta jeszcze przed przystąpieniem do jego operacji.

Naturalnie, zawsze należy uwzględnić to, że ocena ortopedy i ocena pacjenta mogą być rozbieżne. Należy pamiętać, że zawsze, w jakimś stopniu, ból pooperacyjny ma związek ze stresem psychicznym, dlatego pacjenci z lepszym zdrowiem psychicznym doświadczają mniejszego bólu pooperacyjnego, co ma duże znaczenie dla uzyskiwania szybszego powrotu sprawności pacjenta i polepszenia jego jakości życia. Z kolei tzw. myślenie negatywne intensyfikuje a niekiedy wprost wywołuje dolegliwości bólowe. Jest rzeczą znamienne potwierdzoną, że aktywność pacjenta odgrywa podstawową rolę w skracaniu fazy dolegliwości narządu ruchu, przeto należy czynić wszystko, by operowany jak najszybciej podejmował stopniowaną pracę mięśni. Naturalnie, będzie tak tylko wówczas, gdy pacjent jest poinformowany (i nauczony) już przed operacją, że decydujące znaczenia dla szybkiego powrotu do pełnego zdrowia ma wzięcie przez niego części odpowiedzialności za leczenie – co się wyraża nie tylko rzetelnym wypełnianiem zaleceń lekarza, ale podejmowania stopniowanej kinezyterapii czynnej (a nie trwania w bezruchu, w oczekiwaniu na bierną rehabilitację w której wszelką pracę mięśniową wypełnia za niego rehabilitant czy maszyna).

Pochwała dla doktorantki należy się za podkreślenie roli aspektów psychologicznych w okresie pooperacyjnym (w przywracaniu operowanemu stawowi należnej siły, morfologii i sprawności), gdyż przecież to od nich uzależniony jest dobrostan pacjenta.

Jest to tym ważniejsze, że stosowane w ortopedii analizy zdrowia psychicznego dotyczą tego zagadnienia tylko pobieżnie i lakonicznie. A przecież ocena istniejącego tzw. „niepokoju okołoperacyjnego” (niepokój przed - i po operacji) na skalę zagrożenia upadkami i możliwości utrzymywania czujności równowagi ciała w pozycji stojącej to sprawy których znaczenia przecenić nie sposób.

Odpowiedni poziom aktywności pacjenta po operacji obniża poziom odczuwanego niepokoju, która stanowi pierwszy krok do destabilizacji ciała w pozycji stojącej.

Doktorantka uzyskała wyniki zgodne ze wstępnymi założeniami pracy – związek z okołoperacyjnym dobrostanem psychicznym pacjentów (niższy poziom niepokoju) co wpływa na lepszą równowagę ciała – natomiast lepsza równowaga na mniejsze dolegliwości bólowe. Dobrze się stało, że doktorantka podkreśliła skuteczność obniżania poziomu obawy przez zastosowanie rehabilitacji przedoperacyjnej i objęcie pacjentów rzetelną opieką psychologiczną.

Mając na uwadze powagę opracowanego zagadnienia recenzent przedyskutował z doktorantką wstępną wersję i otrzymał potrzebne wyjaśnienia co umożliwiło zebranie i udzielenie stosownych uwag i wskazówek jeszcze przed końcowym opracowaniem wniosków badawczych. Uzyskał też zapewnienie, że uwagi zostaną uwzględnione w przygotowanej do druku ostatecznej wersji pracy.

Zawarte w recenzji uwagi krytyczne w przeważającej części odnoszą się do spraw porządkowych natury edytorskiej, stylistycznej, językowej oraz używanej terminologii łacińskiej. Co się tyczy materiału ilustracyjnego to nie przynosi chwały dysertacji jakoś kilku rycin anatomicznych. Wysoki poziom publikacji naukowej wymaga stosowania najwyższej klasy materiału ilustracyjnego (gdyż jak mawiali starożytni Chińczycy „Jedna rycina warta jest więcej niż 2000 stron maszynopisu”). W drobiazgowo opisanej części anatomicznej brak jest ilustracji przedstawiających układ tętniczy stawu. Jakkolwiek zgromadzenie w dysertacji wyjątkowo bogatego piśmiennictwa dowodzi erudycji i dogłębnego przestudiowania tematu (aż 126 pozycji) to jednak recenzent uważa, że z pewnych pozycji można by zrezygnować z racji ich niezbyt wielkiej wartości merytorycznej. Uwagi recenzenta w niczym nie podważają sensu i celowości dysertacji, a co więcej, nie umniejszają w niczym pożytku społecznego badań doktorantki.

Zmiany zwyrodnieniowe typu przedwczesnego zużycia stawów kolanowych stanowią najczęstszą przyczynę cierpień i niepełnosprawności ludzi starzejących się i starszych, co więcej, ten niekorzystny problem ulega obecnie stopniowemu nasileniu, z racji przyczyn demograficznych – czyli zwiększaniu długości życia człowieka. Piszący te słowa pamięta, że jeszcze do drugiej połowy ubiegłego stulecia choroba zwyrodnieniowa narządu ruchu występowała rzadko, i z reguły wystarczało leczenie zachowawcze. W chwili obecnej, z racji zaawansowania szkód stawowych konieczne są operacje wymienne stawów prawie u każdego pacjenta, zaś z powodu niebywałego natłoku chorych okres oczekiwania na zabieg wydłuża się do kilku lat! Z tych to względów tak wielkiej wagi nabiera właściwy system profilaktyki, diagnostyki, leczenia i pooperacyjnego doleczenia, gdyż nic nie wskazuje, że odsetek w społeczeństwie ludzi starzejących się i starych przestanie bezustannie wzrastać.

Z wymienionych względów istnieje wielkie zapotrzebowanie na wszelkie prace naukowe pozwalające zwiększyć skuteczność leczenia ortopedycznego patologii zwyrodnieniowych stawów.

Praca zasługuje na szacunek i uwagę gdyż spełnia istniejące zapotrzebowanie społeczne.

Stwierdzam, że przedstawiona mi do oceny dysertacja doktorska „Funkcjonalna oraz psychologiczna ocena pacjentów zakwalifikowanych do totalnej endoprotezoplastyki stawu

kolanowego i jej wpływ na wynik leczenia” stanowi rzetelny fragment samodzielnej pracy naukowej, przeto zwracam się do Wysokiej Rady Naukowej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o jej akceptację i dopuszczenie do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ze względu na ważność przeprowadzonych badań i wartość społeczną opracowania proponuję dysertację wyróżnić.

Z poważaniem


Prof. dr hab. med. ARTUR DZIAK
Ortopeda i Traumatolog
Specjalista Medycyny Sportowej
1744529