

Warszawa 10.06.2023 r.

dr hab. n. med. Dariusz Marczak, prof. CMKP
Klinika Ortopedii i Reumoortopedii CMKP
SPSK im. Prof. Adama Grucy
ul. Konarskiego 13
05-400 Otwock

RECENZJA

rozprawy doktorskiej

mgr Andrzeja Kępczyńskiego

pt. „Porównanie tradycyjnego protokołu fizjoterapii z protokołem monitorowanych, indywidualnie dobranych, ćwiczeń siłowych w zespole cieśni stawu ramiennego”

napisanej pod kierunkiem

dr hab. n. med. Aleksandry Truszczyńskiej – Baszak, prof. AWF

Warszawa 2023 , stron 85

Dolegliwości bólowe barku są bardzo częstym powodem zgłaszania się chorych do poradni ortopedycznych na całym świecie. Szacunkowo pomiędzy 7 a 34% populacji ma lub będzie miało dolegliwości bólowe i dysfunkcję barku, która najczęściej wynika z tzw. zespołu cieśni podbarkowej (ang Shoulder impingement syndrome SIS). Szacuje się, że patologia ta jest na całym świecie odpowiedzialna za około 44 do 65 % zgłaszanych przez chorych dolegliwości bólowych barku, np. w Wielkiej Brytanii SIS jest stwierdzany przez lekarzy rodzinnych aż u 50 % chorych z dolegliwościami bólowymi barku. W 54% przypadków dolegliwości bólowe związane z SIS mają charakter przewlekły, trwający ponad 3 lata. SIS stanowi tym samym ważny problem zdrowotny społeczeństw, ograniczający codzienne czynności życiowe, skutkujący często absencją w pracy, a także utrudniający lub uniemożliwiający aktywność

sportową. Zespół cieśni podbarkowej dotyczy najczęściej osób wykonujących czynności zawodowe lub rekreacyjne związane z częstym unoszeniem kończyny górnej. Są to więc pacjenci uprawiający takie dyscypliny sportu jak piłka ręczna, piłka siatkowa czy pływanie, natomiast zawodowo choroba ta dotyczy przede wszystkim ludzi wykonujących prace budowlano-remontowe, fryzjerów, stomatologów i innych o podobnym charakterze pracy.

Leczenie zespołu cieśni podbarkowej jest wielokierunkowe. Z jednej strony polega na farmakologicznym uśmierzeniu bólu, przez podanie doustne niesterydowych leków przeciwzapalnych lub leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych w postaci bezpośrednich iniekcji sterydowych do kaletki podbarkowej. Następnym, niezwykle istotnym etapem leczenia jest przywrócenie pełnej sprawności obręczy barkowej czyli leczenie za pomocą odpowiednich programów fizjoterapii, które uważane jest za bezpieczne i skuteczne. Trzecią możliwością jest leczenie operacyjne takie jak artroskopowa dekompresja podbarkowa (ASD) polegająca na plastyce wyrostka barkowego łopatki tzw. akromioplastyka, plastyce kaletki podbarkowej oraz więzadła kruczo-barkowego.

Oczywistym jest, że każde leczenie chirurgiczne obarczone jest ryzykiem znacznie cięższych powikłań miejscowych i ogólnych niż fizjoterapia. Ponadto wiele prac wykazuje, że w długofalowej ocenie wyników, leczenie operacyjne wcale nie ma przewagi nad właściwie prowadzoną fizjoterapią, która jest skuteczną i bezpieczną formą leczenia patologii, której dotyczy niniejsza dysertacja, stanowiąc kluczowy element jej leczenia.

Porównanie dwóch różniących się protokołów fizjoterapii: tradycyjnego oraz protokołu monitorowanych indywidualnie dobranych ćwiczeń siłowych w zespole cieśni podbarkowej biorąc pod uwagę częstość i istotność poruszonego problemu zdrowotnego jest zdaniem recenzenta celowe i ma, co należy tu podkreślić, implikacje kliniczne. Zagadnienie to w mojej ocenie jest bardzo ciekawe i nowatorskie, może spowodować większą dostępność chorych do fachowej pomocy fizjoterapeuty co daje szansę na właściwe leczenie większej grupy pacjentów. Wyniki pracy z pewnością będą cennym uzupełnieniem światowego piśmiennictwa.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska mgr. Andrzeja Kępczyńskiego ma układ klasyczny. Praca liczy 85 stron wydruku komputerowego uzupełnionego 36 rycinami i 12 tabelami. Tabele i ryciny są starannie przedstawione, podnosząc czytelność i wartość pracy. Piśmiennictwo specjalistyczne obejmuje 81 pozycji.

Pracę rozpoczyna wyjaśnienie podstawowych pojęć i wykaz skrótów użytych w tekście, spis treści, streszczenia w języku polskim i angielskim. Dalsze rozdziały to : wstęp – rozdział pierwszy (11 stron), część opisująca cele pracy, pytania i hipotezy badawcze - rozdział drugi (1 strona), rozdział trzeci opisujący materiał i metodykę (19 stron), wyniki – rozdział 4 (15 stron), dyskusja – rozdział 5 (8 stron), wnioski – rozdział 6 (1 strona). Pracę kończą bibliografia, spis tabel, rycin oraz załączniki.

Część teoretyczna pracy (wstęp – rozdział 1) jest szczegółowa i dobrze skonstruowana, Doktorant ciekawie uzasadnia potrzebę podjęcia się opracowania niniejszego tematu.

Opisuje epidemiologię, patomechanizm powstawania, a w szczególności możliwości leczenia SIS na podstawie szerokiego i dobrze dobranego piśmiennictwa.

Część teoretyczna jest w ocenie recenzenta bardzo potrzebną częścią pracy doskonale wprowadzającą czytelnika w jej dalsze rozdziały. Została napisana wyczerpująco, starannie i dobrze pod względem merytorycznym, Doktorant dowodzi tym znajomości tematu i rozumie potrzebę powstania tego opracowania. Część wstępna to niewątpliwie mocna strona całej pracy.

Rozdział 2 - **cele pracy, pytania, problemy i hipotezy badawcze**. Po wstępie Doktorant stawia następujące cele i pytania:

Cel poznawczy

- porównanie skuteczności fizjoterapii indywidualnej, wykorzystującej terapię manualną, ćwiczenie prowadzone indywidualnie i fizykoterapię ze skutecznością terapii zakładającej zalecenia do ćwiczeń wykonywanych we własnym zakresie zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty

Pytania i hipotezy badawcze:

1. Jaka będzie efektywność obu zastosowanych protokołów fizjoterapii w poprawie wskaźników stanu klinicznego pacjentów (tj. czy występują istotne różnice wewnątrzgrupowe wartości zmiennych zależnych w grupach hands ON i hands OFF)?
Hipoteza: W przypadku obydwu zastosowanych protokołów terapeutycznych wystąpią istotne różnice wewnątrzgrupowe wskazujące na większą efektywność terapii hands ON.

2. Jakie będą różnice międzygrupowe wartości zmiennych zależnych pomiędzy grupami hands ON i hands OFF?

Hipoteza: Różnice międzygrupowe wskazywać będą na większą efektywność terapeutycznego protokołu hands ON.

Cel aplikacyjny/praktyczny

Celem praktycznym pracy było znalezienie optymalnej z klinicznego i ekonomicznego punktu widzenia terapii zespołu cieśni podbarkowej

Wyznaczone cele i pytania są logiczne i realne. Zdaniem recenzenta na podkreślenie i uznanie zasługuje dążenie przez Autora niniejszej dysertacji, do tego aby praca miała znaczenie praktyczne i proponowała lub promowała pewne rozwiązania, które przyczynią się do możliwości większego dostępu chorych do fachowej pomocy fizjoterapeutycznej bez straty na jej jakości.

Materiał i metody (rozdział 3) Doktorant zakwalifikował do badania łącznie 60 osób i podzielił ja na 2 grupy kwalifikując do dwóch odmiennych programów fizjoterapii „hands ON” i „hands OFF”. Na podkreślenie zasługuje fakt bardzo szczegółowej i wieloaspektowej oceny każdej grupy pacjentów zarówno przed jak i po leczeniu fizjoterapeutycznym (kontrola USG, staranne badanie kliniczne, ocena bólu, ocena w adekwatnych kwestionariuszach). Grupy były statystycznie jednolite pod względem wieku i płci i miały wystarczającą moc testową. Bardzo ściśle określone zostały kryteria włączenia i wyłączenia z badania. Metodyka badań jest wyjaśniona jasno i w sposób nie budzący wątpliwości recenzenta.

Wyniki (rozdział 4) To bardzo obszerna część pracy, przy opracowaniu której Doktorant wykazał się dużą pracowitością i starannością. Wyniki zostały opracowane w wielu aspektach oraz przedstawione graficznie na wykresach i w tabelach. Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem Doktoranta, iż „jeden obraz wart jest tysiąca słów”, gdyż takie opracowanie wyników podniosło moim zdaniem czytelność pracy. Na uwagę zasługuje bardzo dokładna analiza statystyczna uzyskanych wyników za pomocą adekwatnych metod statystycznych. Uzyskane wyniki w mojej ocenie są wiarygodne i pozwalają na formułowanie wniosków.

Dyskusja (rozdział 5) to bardzo ciekawa część dysertacji, została napisana z dużą znajomością opisywanego zagadnienia. Doktorant trafnie dobrał piśmiennictwo, z którym polemizuje odnosząc się do każdego aspektu otrzymanych wyników. Autor rozprawy analizuje przy tym wartość, przydatność i ograniczenia niniejszych badań co świadczy o krytycyzmie Doktoranta i dojrzałym spojrzeniu na otrzymane wyniki. Co więcej dyskusja jest otwarta na kierunki przyszłych badań w aspekcie uzyskanych wyników - to bardzo cenne.

W dyskusji jak również w całej pracy szczególnie cennym jest dowiedzenie na podstawie własnych badań i piśmiennictwa, iż oba programy fizjoterapii są wartościową metodą leczenia SIS. Szersze zastosowanie programu „ hands OFF” który w mniejszym stopniu angażuje czasowo doświadczonego fizjoterapeuty, również ze względów ekonomicznych może uczynić tę metodę leczenia osiągalną dla większej liczby chorych. W ocenie recenzenta ma to duże znaczenie w sytuacji gdy dostępność do wiedzy i umiejętności fizjoterapeuty dla chorych jest w naszym kraju wciąż niewystarczająca i to nie tylko w czasie pandemii, ale każdego dnia. Takie praktyczne podejście niosące za sobą konkretne wytyczne poprawiające jakość i dostępność dla chorych fachowego leczenia powinno być uważane za szczególnie cenne w pracach naukowych. Dyskusję uważam za bardzo mocną stroną niniejszego opracowania i w mojej ocenie podnosi ona wartość całej pracy.

Po interesującej dyskusji w rozdziale 6 Doktorant formułuje następujące **wnioski:**

1. W przypadku obydwu zastosowanych protokołów terapeutycznych nie wystąpiły istotne różnice wewnątrzgrupowe wskazujące na większą efektywność terapii „hands ON”.

2. Różnice międzygrupowe zmiennych zależnych nie wykazały większej efektywności terapeutycznego protokołu „hands ON”. W leczeniu przewlekłych dolegliwości o niewielkim i średnim natężeniu w zespole wklonowania w stawie ramiennym możemy z podobnym skutkiem korzystać zarówno z tradycyjnego protokołu fizjoterapii indywidualnej jak i z protokołu monitorowanych indywidualnie dobranych ćwiczeń siłowych.

Wnioski są sformułowane jasno, logicznie i wynikają z pracy. W ocenie recenzenta mają wartość kliniczną i praktyczną w kwalifikacji chorych do odpowiedniego leczenia jak i zwiększeniu dostępności do odpowiedniego leczenia dla chorych co warto raz jeszcze podkreślić jest bardzo cenne i czyni całą rozprawę doktorską potrzebną w praktyce.

Spis piśmiennictwa zawiera 81 pozycji. Piśmiennictwo jest aktualne i głównie anglojęzyczne. Niewielka niestety ilość prac polskojęzycznych świadczy o trafności doboru problematyki dysertacji podjętej przez Doktoranta i powinna być zachętą do publikacji uzyskanych wyników i wniosków. Poszczególne pozycje piśmiennictwa są prawidłowo cytowane w rozprawie.

Z obowiązku recenzenta wymieniam drobne uwagi :

Zawarte w tytule stwierdzenie „zespół cieśni stawu ramiennego” budzi zdaniem recenzenta kontrowersje w zakresie mianownictwa anatomicznego.

Na stronie 34 i 43 i Doktorant pomylił grupy dwukrotnie używając zamiennie terminów „hands on/off” dla innych programów - traktuję to jako błąd trywialny.

Błędy literowe i stylistyczne są sporadyczne i bez znaczenia. Niniejsza praca napisana jest bardzo starannie i ładnym językiem polskim i jest to warte podkreślenia i ukłonu zarówno w stronę Doktoranta jak i Pani Promotor.

Reasumując, na podstawie oceny całości pracy stwierdzam, że Doktorant wykazał umiejętność wyboru ciekawego, nowatorskiego zagadnienia naukowego o dużej implikacji klinicznej i możliwości praktycznego zastosowania, dobrał właściwą metodykę pracy i przeprowadził badania stosując prawidłowo dobrane metody naukowe. Zredagował prawidłowe wnioski, na podstawie starannie

przeanalizowanych wyników. Drobne uwagi, które zawarłem pod koniec recenzji w żaden sposób nie umniejszają wartości pracy, którą oceniam bardzo pozytywnie.

Stwierdzam, że praca doktorska mgr Andrzeja Kępczyńskiego pt. „Porównanie tradycyjnego protokołu fizjoterapii z protokołem monitorowanych indywidualnie dobranych ćwiczeń siłowych w zespole cieśni stawu ramiennego ” napisana pod kierunkiem Pani dr hab. n. med. Aleksandry Truszczyńskiej - Baszak, prof. AWF spełnia wymogi stawiane rozprawom naukowym na stopień doktora nauk medycznych w świetle obowiązującej aktualnie ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki, oraz Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora.

Mam więc zaszczyt przedłożyć Wysokiej Radzie Naukowej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie moją pozytywną ocenę rozprawy i dopuszczenie mgr Andrzeja Kępczyńskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

dr hab. n. med. Dariusz Marczał, prof. CMKP

dr hab. med.
DARIUSZ MARCZAK, prof. CMKP
specjalista ortopeda traumatolog
6174344